



HAL
open science

Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale : sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s

Claudine Schalck

► **To cite this version:**

Claudine Schalck. Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale : sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s. Psychologie. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2017. Français. NNT : 2017CNAM1155 . tel-01743688

HAL Id: tel-01743688

<https://theses.hal.science/tel-01743688>

Submitted on 26 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE Abbé Grégoire
Centre de Recherche sur le Travail et le Développement

THÈSE présentée par :

Claudine Schalck

soutenue le : **11 décembre 2017**

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**

*Discipline : Psychologie, psychologie clinique,
psychologie sociale/ Spécialité : Psychologie*

**Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale :
Sages-femmes et Gynécologues-obstétricien(ne)s**

THÈSE dirigée par : LHUILIER Dominique, Professeure émérite en
Psychologie du travail, Universités-Cnam, Paris.

PRESIDENTE :

ALMUDEVER Brigitte, Professeure de Psychologie sociale du travail et
des organisations, Université Toulouse Le Mirail 2.

RAPPORTEURS :

MINARY Jean-Pierre, Professeur de Psychosociologie, Université de
Bourgogne Franche – Comté.

SCHEPENS Florent, Professeur de Sociologie, Université de Bourgogne
Franche – Comté.

JURY :

HIRSCH Emmanuel, Professeur d'éthique médicale, Université Paris
Sud/Paris-Saclay, membre absent.

ULMANN Anne-Lise, Maître de conférences, HDR, formation des
adultes, Universités-Cnam, Paris.

À Théo, Louis et Sarah

Au commencement est la relation.

Martin Buber, *Je et Tu*, (1981, p.38.)

Remerciements

Je voudrais d'abord remercier Dominique Lhuilier pour avoir accepté de diriger cette thèse et surtout pour m'avoir fait confiance alors que ma formation initiale ne relevait pas spécifiquement du champ de la psychologie du travail. Mais aussi pour m'avoir écoutée, guidée, encouragée et conseillée avec constance durant presque 4 ans, tout en me laissant beaucoup de liberté. L'aboutissement de ce travail porte la marque du sien.

Je remercie sincèrement l'ensemble des membres du jury, et tout particulièrement les rapporteurs, Jean-Pierre Minary et Florent Schepens, d'avoir accepté d'évaluer le présent travail. Chacun d'entre eux, avec une expertise spécifique, ne peut que l'enrichir pour étoffer sa perspective interdisciplinaire.

Mes sincères remerciements à mes co-doctorantes, Lydia Martin et Gladys Lutz pour leur soutien et leurs conseils à bon escient, ainsi qu'au groupe dit « V », devenu la quatrième équipe de recherche au CRTD. J'ai pu y participer à des échanges de qualité qui ont nourri mon travail.

Un grand merci également à tous ceux qui ont contribué directement à l'aboutissement de cette recherche grâce à des aides spécifiques : Marie-Agnès et Éric Bennet, mes amis ès lettres, pour la relecture attentive de la thèse ; ma collègue Nathalie Perrillat pour son aide précieuse dans les petits et les grands moments de cette recherche puisqu'elle a été menée avec une activité principale conservée ; mes proches aussi pour leur affection et leur compréhension face au peu de temps que j'ai eu à leur consacrer pendant sa réalisation.

Merci à mon époux Gérard Emmanuel da Silva pour son intérêt constant pour mon sujet de recherche et son fidèle soutien tout terrain : intellectuel et affectif autant que pratique par des aides concrètes puisque, par exemple, je ne cuisine plus depuis quatre ans.

Je remercie chaleureusement mes patientes, leurs tout-petits et leur famille, pour ce qui m'a été donné en retour, dont la reconnaissance. Ce travail n'en est que la continuité.

Enfin je remercie Joseph Haydn pour « La Création », mon œuvre préférée, soutien musical vital pour un tel sujet. Je l'ai écoutée des centaines de fois, en 10 versions différentes, durant le travail de rédaction de cette thèse.

Je tiens à honorer la mémoire de Charles Sibetcheu, homme sage-femme ayant participé aux entretiens de recherche, décédé brutalement le 2 juillet 2016 à l'âge de 33 ans.

Résumé en français

La mort périnatale est actuellement reconnue pour son impact sur le vécu des parents avec des répercussions parfois délétères à long terme. Elle donne lieu à un deuil particulièrement complexe, le deuil périnatal, que les soignants sont appelés à prendre en compte au moment de la naissance ; notamment avec la présentation de l'enfant sans vie. Néanmoins au-delà de ces nouvelles pratiques, la question de l'impact singulier qu'elle peut avoir aussi sur les soignants, à leur travail, reste inexplorée. C'est l'objet de cette recherche qui s'intéresse aux professionnels spécifiquement dédiés à la naissance, sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s, concernés au premier plan.

La place de la mort dans la naissance est la toile de fond qui accompagne cette recherche : par son rôle historique dans la configuration actuelle de ces métiers, à la faveur des progrès techniques et médicaux comme de conflits corporatistes aussi vifs que genrés ; dans la division du travail lui-même, où la négativité d'une part de l'activité résonne avec le « sale boulot » ; par un dispositif de santé qui lutte contre la mort avec des maternités à seuils de risques ; ou encore par la force des attentes sociales centrée sur les naissances vivantes.

Des entretiens non directifs auprès de 16 sages-femmes et 16 obstétricien(ne)s permettent de cerner comment ils peuvent être affectés au travail par la survenue d'une mort périnatale. L'analyse qualitative d'une recherche action s'appuie sur l'établissement des trajectoires professionnelles des soignants ainsi que sur trois familles de trajectoires de la mort. Ces dernières rassemblent les différentes modalités sous lesquelles elle peut survenir au travail pour les soignants: la mort anticipée de l'IMG, la mort périnatale inattendue ou encore la mort maternelle, en forte résonance avec la mort périnatale elle-même.

L'état des lieux est variable chez les soignants avec cependant des atteintes majeures pour une naissance à terme. Elles concernent la recherche d'une attribution causale, l'erreur, la culpabilité, la peur au travail, mais surtout les enjeux identitaires et narcissiques. En effet la relation de soin s'ouvre ici sur des déficits de reconnaissance, sociale, professionnelle et/ou personnelle. Sa restauration nécessite des échanges symboliques où la subjectivité engagée au travail, avec les pairs comme avec les parents, reste une voie de dégageant indispensable.

Mots clés : mort périnatale, sages-femmes, obstétricien(ne)s, impact, sale boulot, attribution causale, erreur, culpabilité, peur au travail, blessures et restauration de la reconnaissance, subjectivité, échanges symboliques, collectif de travail, relation de soin.

Résumé en anglais

Perinatal death is recognized today as often having an impact on the parents, sometimes leaving negative repercussions for years. This event gives rise to a singularly complex mourning period, perinatal bereavement. Caregivers are now obliged to take this circumstance into account at birth through new practices which include the presentation of the lifeless child to the parents. Nevertheless, the question of the impact of perinatal death on the caregivers themselves and their work remains unexplored. That is the object of this thesis which focuses specifically on childbirth professionals: midwives and obstetrician-gynecologists who are the first concerned.

The place of death in birth is the canvas on which this research unfolds : through death's historical role in the present structure of the two professions, their technical and medical advances in association with corporatist conflicts as lively as they were gender oriented ; through the occupational division of labor itself which includes negative resonances of the notion of « dirty work » ; through an organization of the medical system based on maternity hospitals with varying risk levels the goal of which is to eradicate death ; through the strength of social expectations forgetting death in birth.

Open-ended interviews with 16 midwives and 16 obstetricians bare witness to how these professionals are impacted in their work by the event of a perinatal death. A qualitative analysis of an action research is here based on the establishment of the professional trajectories of the caregivers and on three types of trajectories of death. The latter expose the different situations under which death can occur: the anticipated death of the medically motivated induced termination, unexpected perinatal death or maternal death which resonates strongly with perinatal death itself.

The impact of perinatal death is variable depending on the caregivers but nevertheless greatly increased in the event of a term birth. The repercussions concern error, guilt, fear at work, the search for a causal attribution, and above all narcissistic and identity issues. Indeed, in the case of perinatal death, the caregivers involved face a deficit of social, professional and personal recognition. To be restored, symbolic processing is necessary for all concerned through the implication of subjectivity at work with peers and parents.

Key words : perinatal death, midwife, obstetrician, impact, dirty work, causal attribution, error, guilt, fear at work, recognition wounds and their restoration, subjectivity, symbolic processes, work collective, caregiver-patient relationship.

Table des matières	7
Remerciements	4
Résumé en français	5
Résumé en anglais	6
Acronymes	14
Introduction	15
Première partie : la mort périnatale, perspectives sociales et historiques	19
Chapitre 1 : La mort périnatale, de quoi parle-t-on ?	19
1.1 Définitions et repères médicaux	19
1.2 Quelle perte ?	21
Chapitre 2 : La mort périnatale, à tout âge	23
2.1 Les temps anciens	23
2.2 La mort périnatale autrefois	24
2.2.1 Plus que la vie, sauver l'âme	24
2.2.2 Les pratiques du <i>répit</i>	25
2.3 La mort périnatale aujourd'hui	26
2.3.1 L'enfant du désir parental et de la réalité médicale	27
2.3.1.1 La régulation des naissances	27
2.3.1.2 L'interruption médicale de grossesse (IMG)	28
2.3.2 Le fœtus, une image d'enfant	29
Chapitre 3 : La mort périnatale et le deuil périnatal	30
3.1 Les répercussions psycho-affectives de la mort-périnatale	31
3.2. Une mort à part, un deuil à part	32
3.2.1 Qu'est-ce le deuil ?	32
3.2.2. Le deuil périnatal	33
Chapitre 4 : Le changement social actuel	35
4.1 Les mobilisations sociales	35
4.2 L'actualité juridique et administrative	35
4.2.1 L'évolution juridique	36
4.2.2 L'état civil, une reconnaissance symbolique	38
4.2.3 Des droits nouveaux, une reconnaissance sociale concrète	38
4.3. Sensibiliser les professionnels	39
4.3.1 Des recommandations pour les pratiques professionnelles	40
4.3.2 Des professionnels en difficultés	41
Deuxième partie : La mort périnatale, son impact sur la division du travail des professions de la naissance.	43

Chapitre 1 : Du passé au présent, généalogie d'un impact	43
1.1 Une approche « interactionniste »	43
1.2 La naissance, un commerce avec la mort	44
1.3 Un « sale boulot »	45
1.3.1 La notion de sale boulot	45
1.3.2 Le féminin, le sale, l'intime	46
1.3.3 Une activité dédiée aux femmes, circonscrite aux femmes	47
1.4 L'organisation sociale du sale boulot	49
1.4.1 Les systèmes de castes	49
1.4.2 Les stigmates du sale boulot	50
Chapitre 2 : la lutte contre la mort dans la naissance	52
2.1 L'organisation d'une lutte	53
2.1.1 Lutter par la formation des sages-femmes	53
2.1.2 Une lutte armée grâce à des instruments efficaces	54
2.1.3 Lutter avec l'art de la guerre, la chirurgie	56
2.2 Vaincre la mort, une affaire d'hommes	57
2.2.1 Une médecine virile	58
2.2.2 Désarmer les femmes sages-femmes	59
2.2.3 Une division du travail et des tâches durable	61
Chapitre 3 : Le paysage actuel des métiers dédiés à la vie	62
3.1. Naître et mourir à l'hôpital	63
3.1.1 De l'assistance à la « machine à guérir »	63
3.1.2 La philosophie de la pathologie	66
3.1.3 Quelle philosophie pour quelle organisation du travail ?	67
3.1.4 Quelle philosophie pour quels services rendus ?	69
3.2 Les acteurs de la profession médicale	70
3.2.1 Licence et mandat d'une profession, selon Everett Hughes	70
3.2.2 Les gynécologues-obstétricien(ne)s	72
3.3.3 Les sages-femmes	73
3.3 La mort périnatale et les scènes professionnelles SF, GO	75
Troisième partie : Le travail des SF et des GO face à la mort. Hypothèses et méthodologie.	78
Chapitre 1 : Cadre théorique, analyse du milieu de travail	78
1.1 Repères cliniques et théoriques pour l'activité des soignants	79
1.1.1 Le sujet au travail, une clinique du travail « ouverte »	79
1.1.2 Le travail, la scène d'une conflictualité intersubjective	81
1.2 Le travail commun, face à la mort périnatale	82
1.2.1 Les diversités d'appartenances	83
1.2.2 Au travail, le sujet et ses groupes	83
1.2.3 L'objectif de travail dans l'activité SF ou GO	86
1.2.4 L'objet du soin dans l'activité des soignants	88

Chapitre 2 : Juger pour agir dans l'activité des soignants	90
2.1 La subjectivité et l'intersubjectivité, au cœur de l'action	90
2.1.1 « les trois niveaux du jugement médical », selon Paul Ricœur	90
2.1.2 Activité prescrite, activité réelle	92
2.1.3 La mort périnatale, ce point de fuite dans le travail des soignants	93
2.2 Les limites du contrôle du risque par l'organisation du travail	94
2.2.1 Le primat du pathologique sur le normal	95
2.3 Normalisation versus normativité, pour les usagers ou les soignants à leur travail	97
2.3.1 La norme et la normativité, selon Georges Canguilhem	97
2.3.2 Normalisation / normativité, pour les usagers de la naissance	99
2.3.3 Normalisation / normativité, pour les soignants à leur travail	99
Chapitre 3 : La version idéologique du risque	101
3.1 Repères pour la notion d'idéologie	101
3.1.1 L'idéologie, la cohésion du groupe	101
3.1.2 L'idéologie dans son omnipotence	102
3.2 Les versions idéologiques du normal et du pathologique	104
3.2.1 La force symbolique d'un corps constitué	104
3.2.2 La version obstétricale de l'idéologie	105
3.2.3 La version maïeutique de l'idéologie	105
3.2.4 Une illustration concrète	106
Chapitre 4 : Mort périnatale et souffrance au travail	108
4.1 La mort périnatale, un foyer de tensions au travail	108
4.1.1 Entre savoir-être et savoir-faire	108
4.1.2 Entre souffrance et angoisse	108
4.1.3 Aux frontières d'activités matérielles si fortement symboliques	110
4.2 La mort périnatale, des souffrances au travail à transformer	112
4.2.1 Grâce aux ressources individuelles et collectives	112
4.2.2 Quelles hypothèses de recherche pour le vécu des soignants SF et GO ?	113
4.2.3 Quel accès au vécu des soignants ?	114
Chapitre 5 : Méthodologie de la recherche auprès des soignants SF et GO.	115
5.1 Une démarche de recherche-action	115
5.1.1 L'analyse compréhensive	115
5.1.2 Articuler la pensée et l'action	117
5.2 Le terrain de la recherche	118
5.2.1 Les lieux d'exercice	118
5.2.2 La constitution de la population des soignants-participants	118
5.2.3 Tableau de présentation des soignants de la recherche	120
5.3 L'implication des différents acteurs de la recherche	122
5.3.1 Les soignants participants, SF et GO	122
5.3.1.1 S'impliquer par intérêt	123
5.3.1.2 S'impliquer en se racontant soi-même au travail	123
5.3.2 La chercheuse praticienne	125
5.3.3 Les effets de « distanciation »	126
5.4 Le temps des entretiens de la recherche	127

5.4.1 Le cadre de l'entretien non-directif	127
5.4.2 Entre proximité et distance	129
5.4.3 Le contre-transfert de la chercheuse	130
5.5 Le traitement du matériel de la recherche	131
5.5.1 L'analyse des entretiens	131
5.5.2 Le modèle de la trajectoire, selon Anselm Strauss	132

Quatrième partie : L'analyse du matériel de la recherche au moyen des trajectoires

Chapitre 1 : La trajectoire professionnelle des SF	135
1.1 Devenir sage-femme	135
1.1.1 La sélection professionnelle	135
1.1.2 La sélection professionnelle pour les hommes SF	136
1.1.3 La filière de professionnalisation belge	137
1.2 La scène professionnelle des SF	137
1.2.1 L'émotion de la naissance toujours recommencée	138
1.2.2 Une clinique relationnelle où prime l'accompagnement	138
1.2.3 Un métier genré par la condition féminine	140
1.2.4 Le travail en équipe sur la scène hospitalière	142
1.3 La mort périnatale et la formation professionnelle	145
1.3.1 Une formation théorique et pratique hétérogène	145
1.3.2 La mort périnatale, une découverte contrastée	146
1.4 Des points marquants du métier de SF au fil de l'expérience professionnelle	148
1.4.1 Un métier sous tension du médico-légal	148
1.4.2 Un métier qui fait faire le grand écart	150
1.4.3 Le plus beau métier du monde	152
Chapitre 2 : La trajectoire professionnelle des GO	154
2.1 Devenir Gynécologue-obstétricien(ne)	154
2.1.1 Devenir médecin	154
2.1.2 La médecine, mais pas la maladie	154
2.1.3 L'attrait d'une médecine efficace et polyvalente	155
2.1.4 La vitalité dans sa quintessence avec les naissances	157
2.2 La mort périnatale dans la formation professionnelle	160
2.2.1 L'interruption volontaire de grossesse	160
2.2.2 Les fausses couches précoces, les morts fœtales <i>in utero</i>	161
2.3 L'itinéraire hospitalier du GO	162
2.3.1 Le chef, l'équipe	164
2.3.2 Être chef d'équipe	165
2.3.3 Un chef ne se laisse pas déborder	167
2.3.4 La SF vue par le GO	169
2.4 Des points marquants du parcours professionnel	170
2.4.1 La révolution obstétricale	170

2.4.2 L'impact de la parentalité	173
Chapitre 3 : Le modèle de la trajectoire de l'IMG	175
3.1 Une mort périnatale des temps modernes	175
3.2 SF, GO : L'IMG à l'épreuve de la division du travail et des tâches	178
3.2.1 L'IMG au trouble de l'identité professionnelle SF	178
3.2.2 L'IMG, la trajectoire d'un « sale boulot »	180
3.2.2.1 Un geste « contre nature »	180
3.2.2.2 Un geste éprouvant qu'il faut « réussir »	183
3.2.2.3 Une assignation d'équipe	185
3.2.2.4 La souffrance éthique	186
3.3 Les épreuves de la mort	187
3.3.1 Une scène silencieuse, la mort sous contrôle	187
3.3.2 L'épreuve du geste fœticide	189
3.3.3 L'épreuve du corps sans vie	192
3.4 Subvertir individuellement et collectivement un processus mortifère	193
3.4.1 Subvertir dans l'alliance parentale	193
3.4.1.1 S'associer à la détresse parentale	193
3.4.1.2 Le travail de la culpabilité	194
3.4.2 Subvertir par le collectif de travail	197
3.4.3 Neutraliser le « sale boulot »	200
Chapitre 4 : Le modèle de la trajectoire de la mort périnatale inattendue	202
4.1 Une mort périnatale immémoriale	202
4.2 La mort périnatale inattendue, de l'indésirable à la tragédie	204
4.3 La mort périnatale inattendue sous la figure de l'accident	205
4.4 Le travail, l'accouchement, dans le silence de la naissance	209
4.5 Partager le « sale boulot »	211
4.5.1 Switcher entre la vie et la mort	211
4.5.2 Le « sale boulot » de l'accouchement	212
4.5.3 Présenter un bébé aux parents	215
4.5.4 Subvertir la mort par un travail de subjectivité	216
4.5.5 Les SF dédiées à la vie, mais vouées à la mort	218
4.5.6 La reconnaissance du « sale boulot » bien fait	220
4.6 La mort périnatale <i>per partum</i> à terme	222
4.6.1 La scène d'une mort traumatique	223
4.6.2 Les troubles psycho-émotionnels	224
4.6.3 Les répercussions sur le travail	225
4.6.4 Un événement potentiellement traumatique pour les soignants	227
4.6.5 Les circonstances aggravantes	228
4.6.5.1 Être actif	228
4.6.5.2 La teneur de l'identification	229
4.6.5.3 L'amplification	231
4.6.6 La recherche récurrente d'une cause	233
4.6.6.1 Le dossier médical comme preuve	233
4.6.6.2 La judiciarisation	236

4.7 De la cause et de l'attribution dans la mort périnatale inattendue	238
4.7.1 La cause par la pathologie	238
4.7.2 L'erreur ou la faute	239
4.7.3 Le GO, la SF, l'erreur ou la faute	240
4.7.4 Les défenses corporatistes	241
4.7.5 Être hors de cause	243
4.7.6 Les causes irrationnelles	247
4.7.7 Les différents destins de la culpabilité	247
4.8 Les enjeux de la parole	249
4.8.1 Parler avec les pairs	250
4.8.2 Parler entre pairs, entre SF	252
4.8.3 Parler entre pairs, entre GO	255
4.8.4 La place de l'aide psychologique	258
4.9 Les aides spécifiques du travail lui-même	261
Chapitre 5 : Le modèle de la trajectoire de la mort maternelle	263
5.1 Une mort oubliée	264
5.1.1 La mort maternelle, d'une mort ordinaire à une mort exceptionnelle	264
5.1.2 Une scène de choc traumatique	266
5.2 Mort périnatale ou maternelle, des circonstances aggravantes similaires	268
5.2.1 La portée de l'identification	268
5.2.2 L'échec dans l'action	270
5.2.3 La recherche d'une cause	271
5.3 Mort périnatale ou maternelle, des retentissements similaires sur les soignants	273
Cinquième partie : Mise en perspective de l'analyse des trajectoires	278
Chapitre 1 : La place de la mort dans le travail des soignants	278
1.1 Un rapport à la mort socialement construit	278
1.2 SF, GO, des choix ou des motivations de métier dédiées à la vie	280
1.2.1 Le métier de sage-femme	280
1.2.2 Le métier de gynécologue-obstétricien(ne)	281
1.3 La mort périnatale, un révélateur de la division du travail	284
1.3.1 L'illusion groupale au travail	284
1.3.2 La mort périnatale, un savoir médical sur la mort qui organise le travail	286
1.4 La mort périnatale, une expérience au travail qui excède tout savoir	287
1.4.1 Un rapport à la mort, au travail, sous le primat de l'intersubjectivité	287
1.4.2 Au travail, l'expérience de la mort	289
Chapitre 2 : Les différents aspects de la rencontre avec la mort au travail suivant les trajectoires de mort périnatale	291
2.1 La mort dans sa réalité biologique	291
2.2 La mort dans sa réalité clinique	295
2.2.1 La mort fœtale <i>in utero</i>	296
2.2.2 La mort liée à l'action	298

2.2.3 La mort paradoxale de l'IMG	302
2.2.4 La mort dans l'expérience de la perte existentielle	305
2.3 Au travail, une expérience de la mort polysémique	307
Chapitre 3 : Quand la mort périnatale fait choc	309
3.1 La subjectivité arasée au travail	309
3.2 Le soupçon de l'erreur	311
3.3 La dynamique de la reconnaissance au travail	313
3.3.1 Une dynamique de l'intersubjectivité	313
3.3.2 La perte des étayages identitaires à l'épreuve de la mort périnatale	315
3.3.3 Les enjeux de la reconnaissance, selon Axel Honneth	318
3.3.3.1 Les trois modèles de la reconnaissance, selon Axel Honneth	319
3.3.3.2 Les expériences de « mépris » dans la reconnaissance au travail	321
Chapitre 4 : Restaurer la reconnaissance au travail grâce à des traitements symboliques	323
4.1 Derrière les causalités, retrouver le sujet	323
4.2 Les recours de la communauté de travail	326
4.3 Au travail, l'aide apportée par la reconnaissance	329
4.3.1 À l'aune de la culpabilité	329
4.3.2 À l'aune de la responsabilité	330
4.3.3 À l'aune du face à face avec l'enfant mort	332
4.3.4 À l'aune de la peur au travail	337
4.3.5 À l'aune de la temporalité	340
Chapitre 5 : Les logiques genrées dans les épreuves de la mort périnatale entre SF et GO	342
5.1 Des positions et des rôles fortement genrés	342
5.2 La figure du couple homme-femme entre SF et GO	344
5.3 Le « négatif psycho-social » et l'activité SF	347
Chapitre 6 : Recours et propositions	349
6.1 L'aide psychologique	349
6.2 L'aide de la communauté de travail	353
6.2.1 L'aide des pairs	353
6.2.2 La qualité de l'organisation de travail	355
6.2.3 Lutter contre l'usure professionnelle	356
6.2.4 Entretenir des « aires » de parole	359
6.3 Limites et perspectives de la recherche	363
Conclusion	366
Bibliographie :	372

Acronymes

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CPDPN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

DAN : Diagnostic anténatal

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EBM : Evidence based medicine

ECN : Examen classant national ou épreuves classantes nationales

EPTS: État de stress post-traumatique

GO : Gynécologue-obstétricien(ne)

IMG : Interruption médicale de grossesse

INED : Institut national des études démographiques

ITG : Interruption thérapeutique de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MFIU : Mort fœtale *in utero*

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACES : Première année commune aux études de santé

PCEM1 : Première année du premier cycle des études de médecine

PIC : Ponction intra-cardiaque

PMA : Procréation médicalement assistée

PH : Praticien hospitalier

RMM : Revue de morbi-mortalité

SA : Semaines d'aménorrhées

SF : Sage-femme

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

Introduction

Le thème général de cette recherche, consacrée aux soignants dédiés à la vie dans leur confrontation à la mort, s'inscrit dans la continuité de mon parcours professionnel et de ma formation. En tant que sage-femme, exerçant ce métier depuis plus de trente ans, comme en tant que psychologue clinicienne, au-delà de la naissance suivie, accompagnée et partagée avec la mise au monde d'un enfant, j'ai pu constater que son non-avènement, lors d'une mort périnatale, s'ouvre sur un versant dramatique souvent occulté. Ses répercussions sur une mère, un père, un couple, une fratrie, une famille n'en sont que plus désastreuses. C'est pourquoi j'ai eu l'occasion de mettre en place depuis 2008 un dispositif original, reposant sur une alliance inédite entre le service de PMI (protection maternelle et infantile) parisien et la maternité des Bluets, pour proposer des visites à domicile postnatales de sage-femme, comme soutien pour ces mères et ces parents « *désenfantés* » (Morel, 2001, p.17) dont le séjour en maternité est toujours fugace. Sans enfant, ces familles restent très seules alors que le deuil périnatal est actuellement reconnu comme singulièrement difficile à traverser et de ce fait susceptible d'altérer leur santé mentale. Dans mes propres suivis, force est de constater que son irrésolution ou sa reviviscence tourmentent une nouvelle grossesse tandis que les soignants en sont impactés à leur tour par la forte tendance à surveiller ou à médicaliser celle-ci de façon beaucoup plus importante, même lorsqu'elle est normale. Ce constat, avec ses questionnements, m'avait fait envisager une recherche explorant le deuil périnatal dans ses corrélations avec les conduites des soignants. La rencontre avec Dominique Lhuillier fut décisive quant à l'orientation finale choisie. Elle permettra de reformuler ce questionnement en explorant résolument les répercussions de la mort périnatale sur les soignants eux-mêmes, à leur travail. Car, si de nombreux travaux concernent aujourd'hui le deuil périnatal, ceux s'attachant à comprendre précisément ce qu'il en est pour les soignants sont singulièrement absents, en dehors de recommandations spécifiques pour accompagner les parents dans leur prise en charge. Explorer cet aspect apparaît de ce fait comme l'autre versant du deuil périnatal, presque oublié, mais partie prenante indéniable dans la relation de soin.

En tant que soignants dédiés spécifiquement dans leur activité aux processus de la naissance, ce sont les gynécologues-obstétricien(ne)s et les sages-femmes qui constituent les protagonistes retenus pour la recherche. À leur rencontre, dans ces lieux d'exercice privilégiés que sont les maternités, il s'agit d'établir et de comprendre à quoi les expose la survenue de la mort sous la figure de la mort périnatale, dans un métier qui a avant tout « charge de vie », plus

que toute autre profession. Quel est l'impact qu'elle a sur eux ? Comment font-ils pour faire face au vécu douloureux des parents, ainsi qu'à leur propre vécu au travail, lorsque celui-ci peut s'avérer proprement déstabilisant ? Qu'en est-il de leur travail lorsqu'il porte la mesure de leur impuissance ou le soupçon éventuel d'une responsabilité quelconque, aggravé par la crainte du recours médico-légal, toujours possible, même de nombreuses années après les faits ?

La première partie de la recherche tentera de cerner ce que représente la mort périnatale aujourd'hui pour la société, pour les parents, mais aussi pour les soignants à leur travail. Les significations qu'elle reçoit s'inscrivent à la fois dans une histoire passée qui éclaire le contexte actuel, autant que dans les progrès des sciences et des techniques médicales qui gouvernent l'activité des soignants dédiés à la vie. La mort y apparaît sous de multiples visages, avec des morts périnatales spontanées, inattendues, ou volontaires et programmées, telle que l'interruption médicale de grossesse (IMG). Sous ces formes, la survenue de la mort est indissociable de la notion de deuil périnatal dont la complexité est largement reconnue, y compris chez les soignants, puisqu'elle a conduit à des changements récents dans leurs pratiques, assortis de recommandations réglementaires légales.

À travers une approche interactionniste (Hughes, Strauss, 1976) et les stigmates du « sale boulot » (Lhuilier, 2005), la deuxième partie s'attachera à définir la division sociale du travail et des tâches des métiers de la naissance, sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s en tant que résultante d'un rapport à la mort qui en est l'organisateur historique, et ce au moyen d'une lutte aussi acharnée que genrée. Le paysage de ces métiers tire ses perspectives d'interactions macrosociales qui, à côté de la figure millénaire de la sage-femme, ont légitimé peu à peu une nouvelle profession, d'abord exclusivement masculine, avec le chirurgien, l'accoucheur puis le gynécologue-obstétricien. Détenteurs de connaissances et d'un savoir technique instrumental, longtemps dénié aux femmes, ils sont les promoteurs de la division du travail et des tâches actuelle. Celle-ci réserve le secteur de la pathologie, point névralgique de la lutte contre la mort, au gynécologue-obstétricien, tandis qu'elle affecte la sage-femme au secteur de la physiologie. Elle s'inscrit dans une organisation de travail afférente où la naissance est l'affaire de maternités dédiées, caractérisées par trois degrés d'expertise, en fonction des risques liés à gravité des pathologies maternelles ou fœtales.

À partir de ce décor en toile de fond, la troisième partie s'attache à restituer la scène hospitalière professionnelle des sages-femmes et des gynécologues-obstétricien(ne)s, où le rapport à la mort n'a rien perdu de sa vigueur d'antan. Il conditionne en effet aujourd'hui

toujours fortement les activités des métiers dédiés, que ce soit consciemment ou plus inconsciemment, avec la force des idéologies professionnelles. Portées au cœur du travail ou des identités professionnelles en fonction des groupes d'appartenances, le primat y est toutefois donné à l'idéologie obstétricale dominante. Pour les soignants, elles occasionnent de nombreux dilemmes, entre le travail prescrit sous gouvernance d'une science appliquée médicale et l'activité réelle de la relation de soin, où l'utilisateur est autant sujet qu'acteur-participant. Ces dilemmes s'expriment par des contradictions qui affectent aussi bien la dimension pratique de l'activité que sa dimension morale ou éthique et se traduisent par des conflits opposant la normativité (Canguilhem, 1966) propre, des usagers ou des soignants, à une forte tendance à la normalisation des conduites ou des comportements. Sur cette scène ils ne sont jamais aussi forts que lorsque la mort périnatale survient, avec une capacité d'autant plus ravageuse pour les soignants et leur travail qu'elle concerne la période *per partum* d'une grossesse à terme. La mise en œuvre de la recherche tente d'identifier cette souffrance née du travail ainsi que les moyens auxquels les soignants ont recours pour la supporter, voire la subvertir, afin de continuer à travailler. À cet effet, quatre hypothèses sont proposées et serviront de guide pour la réflexion. Des entretiens non-directifs, menés auprès de 16 sages-femmes et 16 gynécologues-obstétricien(ne)s, permettent d'en établir les modalités grâce à une démarche de recherche-action. Le matériel rassemblé est traité au moyen du modèle de la trajectoire d'une maladie d'Anselm Strauss (1976), centré sur le travail des soignants plutôt que sur des perspectives trop médicales. Cette analyse offre une place de choix à une clinique du travail qui puise ses ressources dans l'interdisciplinarité de la recherche, telle que l'envisage Dominique Lhuilier elle-même, là où le travail de la chercheuse se nourrit et construit des « *intersignifications* » (Almudever et coll., 2016), grâce à ses différents domaines de vie, acquis d'expériences ou activités. Cette clinique du travail convoque ici aussi bien la psychologie clinique et pathologique, la sociologie, l'anthropologie, l'histoire, que la philosophie, notamment avec les apports heuristiques de Paul Ricoeur.

La quatrième partie est consacrée à l'établissement des différents modèles de trajectoires. D'une part, celles professionnelles des sages-femmes et des gynécologues-obstétricien(ne)s, permettent d'établir les choix et les motivations qui les ont conduits à exercer un métier spécifiquement dédié à la vie et à la naissance. Les trajectoires de mort périnatale sont regroupées en deux familles distinctes. L'une concerne les morts périnatales qui surviennent alors qu'elles sont anticipées et accomplies par les soignants eux-mêmes avec l'IMG. L'autre concerne les morts périnatales qui surviennent de façon inattendue, alors qu'une

naissance était projetée et prévue. S'y ajoute une catégorie mise à jour par la recherche, tant elle est indissociable des épreuves de la mort périnatale au travail pour les soignants, celle des morts maternelles, qui apparaît en quelque sorte tel le vrai visage de la mort. Les éléments identifiés grâce à l'établissement de ces trajectoires font état de multiples répercussions sur les soignants, avec des circonstances aggravantes selon le contexte, capables de provoquer des troubles psycho-émotionnels majeurs et d'altérer leur travail. Des questionnements récurrents s'ouvrent pour eux, à la recherche d'une cause explicative, sous l'ombre de soupçons concernant une erreur ou une faute, avec son lot de culpabilité. L'IMG n'y échappe pas, tant ces aspects sont déplacés vers une souffrance devenue éthique (Dejours, 2006). La subjectivité au travail s'y dévoile profondément éprouvée, en même temps qu'elle se révèle comme l'indispensable ressource, offrant une voie de dégagement, grâce aux enjeux liés à la parole.

La discussion de ces différents aspects, ainsi mis en lumière, est apportée par la cinquième partie, tandis que les hypothèses de la recherche y trouvent des voies de conclusion. Pour les soignants, face aux différentes épreuves imposées par la confrontation à la mort périnatale au travail, où ressurgissent les connotations du « sale boulot », les atteintes de la reconnaissance sont les plus marquantes et les plus significatives. Leur éclairage, grâce à la théorie sociale de la reconnaissance d'Axel Honneth (1992), permet d'en saisir la portée, mais aussi d'en mieux comprendre les recours et la dynamique nécessaires à sa restauration. Cela, afin que les soignants puissent se maintenir à leur travail, et au-delà, recouvrer le sens indispensable à l'exercice d'une activité qui tisse la mort avec la naissance, dans la trame symbolique d'un événement profondément humanisé.

Première partie : la mort périnatale, perspectives sociales et historiques

Chapitre 1 : La mort périnatale, de quoi parle-t-on ?

Le terme « périnatal » en tant qu'adjectif, composé de « péri » et de « natal », renvoie à la période qui précède, accompagne ou suit immédiatement la naissance. On le doit à Jean Bernard (1952, p.532) qui l'utilise pour la première fois dans un article de la revue « Les temps modernes ». Ce terme est devenu courant dans la littérature médicale et scientifique internationale. Cependant, la période à laquelle cet adjectif fait référence, qui englobe la naissance en amont et en aval, est plus ou moins étendue, selon le champ auquel il s'applique. Souvent il délimite celle qui l'entoure au plus près.

1.1 Définitions et repères médicaux

Dans la sémantique médicale, la notion de « mort périnatale » est dérivée de celle de « mortalité périnatale ». Or, celle-ci est avant tout un indicateur de santé publique, construit grâce à l'approche épidémiologique et statistique qui impose une même référence temporelle. De ce fait, une circonscription précise de la période considérée permet un recueil de données et des mesures qui facilitent les enquêtes comme les recherches, en vue d'établir des indicateurs démographiques ou de santé, notamment grâce aux analyses comparatives. Cependant les données épidémiologiques et statistiques concernant la mortalité périnatale reposent sur des difficultés d'inclusion, de frontières et d'enregistrement qui auront conduit parfois à de grandes variations. Elles sont liées aux critères fixés. Essentiellement celles relatives aux seuils de viabilité fœtale, définis médicalement, ainsi qu'aux dispositions législatives en vigueur qui encadrent les déclarations et le recueil des données. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹ fixe des critères internationaux, avec des seuils précis, pour les recherches sur la mortalité périnatale, afin d'établir des indicateurs statistiques fiables. Néanmoins, ces seuils

¹ L'Organisation mondiale de la santé qui fait partie de l'ONU, Organisation des Nations Unies créée en 1948. Elle dirige des travaux ayant un caractère international.

de mesure et de comparaison de la mort périnatale ainsi définie ont eux-mêmes connu des fluctuations. Particulièrement pour ce qui concerne le seuil de viabilité, sensiblement abaissé grâce aux progrès techniques et scientifiques. Actuellement il est possible d'aider à vivre des enfants très prématurés ou de très faible poids. Jusqu'en 1977, l'OMS avait établi ces seuils de viabilité à 28 SA² (176 jours de grossesse) ou 1000 gr de poids de naissance. Ils ont été abaissés en 1977 à 22 SA (154 jours de grossesse) ou 500 gr de poids de naissance. Cette limite inférieure tient compte ainsi également de la vitalité, les signes de vie possible à la naissance, et non pas uniquement de la viabilité, la capacité de vivre, grâce aux moyens thérapeutiques actuels. Cette approche épidémiologique distingue deux types de mortalité périnatale. D'une part la mortinatalité, l'indicateur statistique qui prend en compte les décès *in utero* à partir du seuil de 22 SA ou 500 gr de poids de naissance, soit des mort-nés qui comptent parmi eux également les IMG. D'autre part la mortalité néonatale³ précoce qui concerne les décès survenus entre la naissance et 7 jours de vie. La mortalité périnatale,⁴ à son tour, prend en compte la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce.

À côté de ces délimitations statistiques qui encadrent la notion de mort périnatale, la sémantique médicale fait également référence à la mort en fonction de l'âge de la grossesse ou de son développement. Elle parle de mort embryonnaire, mais surtout de fausse couche précoce jusqu'à 14 SA, fin de la période embryonnaire. Elle parle ensuite de fœtus et de période fœtale jusqu'à la naissance. L'accent est mis sur le statut de celui-ci, car en tant que « produit de conception », complètement dépendant du corps de la mère, non séparé avant son expulsion ou son extraction complète, il est encore une « *pars viscerum matris* », comme l'entend la déclaration classique du droit romain. La mort fœtale *in utero* (MFIU) est considérée précoce jusqu'à 22 SA, puis tardive au-delà. La mort fœtale précoce est sous-entendue dans le cas des « fausses couches tardives », avant 22SA. Pour les « fausses couches précoces » de la période embryonnaire, comme pour l'avortement volontaire, la terminologie médicale parle d'un « produit d'expulsion » ou d'un « produit de curetage ». Ainsi par ces dénominations, l'accent porte sur l'événement relatif à la grossesse plutôt que sur celui relatif à son objet. D'ailleurs les

² La grossesse se mesure en semaines d'aménorrhée et compte 41 SA pour un terme de 9 mois.

³ La mortalité néonatale s'étend de la naissance à 28 jours de vie. La mortalité infantile, quant à elle, concerne la première année de vie.

⁴ Les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale sont calculés en rapportant le nombre de mort-nés et de morts périnatales observées pendant une période donnée au nombre de naissances (enfants vivants ou mort-nés) observées durant la même période.

fausses couches sont dites aussi spontanées ou provoquées, comme c'est le cas pour l'interruption volontaire de la grossesse, pour l'IVG⁵ du même nom, ou pour l'interruption médicale de grossesse (IMG)⁶. Même sous-entendue, la terminologie évacue l'idée première, renvoyant à la mort. Elle est plus apparente avec la notion de perte périnatale. Sous cette acception, la terminologie médicale tient compte de toutes les pertes touchant à l'objet de la grossesse, à n'importe quel stade de son développement, qu'elles surviennent de façon spontanée ou volontaire. Elles concernent toutes les pertes précoces, embryonnaires, même les grossesses extra-utérines (GEU) ou les avortements partiels comme c'est le cas pour la réduction embryonnaire⁷, aussi bien que toutes les pertes fœtales précoces ou tardives. La période périnatale concernée insiste ici sur toute perte embryonnaire ou fœtale en tant qu'événement survenant durant toute la grossesse. Mais elle convoque en même temps une sémantique très subjective, évoquée par le terme de « perte », qui tient compte des tout premiers temps de son développement. Pierre Rousseau (1995), obstétricien belge, a consacré de nombreux travaux à cette notion, en raison de la fréquence de ces pertes périnatales qu'il estime à 30% des grossesses initiales, mais surtout en raison de leurs retentissements possibles sur chacun des parents, sur la fratrie ou même sur toute la famille. En effet, selon lui, toutes ces pertes sont susceptibles d'être suivies de complications psycho-affectives, dont l'importance sous-estimée conduit à un véritable problème de santé publique.

1.2 Quelle perte ?

En raison de cette dimension proprement subjective, convoquée avec la notion de perte, la mort périnatale elle-même renvoie parfois dans son acception à n'importe quelle interruption de la vie au décours d'une grossesse. La période périnatale y reçoit son extension temporelle la plus vaste. Toutes ces distinctions entraînent parfois des incertitudes, voire certaines confusions, quant à la réalité convoquée et aux représentations associées, qu'elles soient médicales ou non. Entre autres, les représentations sociales courantes, où même celles des professionnels de santé, comparées à celles des parents, souffrent parfois d'un décalage considérable. La mort considérée du côté de la perte pour les parents, envisagée à la hauteur de leur investissement,

⁵ L'IVG, strictement encadrée, est autorisée en France jusqu'au terme de 12 semaines de grossesse, soit 14 SA.

⁶ L'IMG, strictement encadrée, est autorisée en France pendant toute la grossesse pour des motifs maternels ou fœtaux.

⁷ En cas de grossesse multiple, avec plusieurs embryons, la réduction embryonnaire concerne l'extraction d'un ou plusieurs embryons de l'utérus, mettant fin à leur développement.

celui du bébé déjà porté et rêvé dans le projet parental, plutôt qu'à la hauteur du terme, du poids de naissance ou des seuils de vitalité ou de viabilité, témoigne de ces enjeux subjectifs et intersubjectifs réels qui accompagnent la relation de soin. Cet imaginaire d'enfant qui accompagne la notion de mort périnatale est sensiblement plus présent lorsque la terminologie médicale parle de mort fœtale, particulièrement à travers les seuils de référence qui mesurent la mortalité périnatale et qui sont relatifs à la viabilité. En effet, un même périmètre fait appel à cet imaginaire d'enfant puisqu'il contient à la fois des représentations de nouveau-nés et des représentations de fœtus en développement. Et cela, d'autant plus qu'à partir des seuils de viabilité, la terminologie médicale ne parle plus de fausses couches, mais d'accouchement prématuré, ou d'un enfant né prématurément. De ce fait, la mort périnatale relative à un fœtus ayant acquis la capacité de vivre, ou relative à un nouveau-né vivant puis décédé, associe toujours plus intensément l'imaginaire de la mort avec celui de la vie, sous la figure de l'enfant qui meurt tout en naissant. Sous cette forme, la mort périnatale constitue un paradoxe puisque naître et mourir surviennent en même temps. C'est d'ailleurs ainsi que le formule le terme « mort-né », qui en allemand se dit « Totgeburt », la naissance morte. La vie elle-même est avortée avec la mort, telle que l'étymologie du terme « avortement » le rappelle aussi ; ce mot étant dérivé du latin *ab* et *oriri*, qui signifie « mourir en naissant ».

Suivant ces considérations, pour cette recherche, l'investigation de l'impact de la mort périnatale sur les soignants s'attachera à considérer celle-ci dans ses résonances les plus fortes avec celle d'une mort d'enfant. Par rapport à l'âge de la grossesse, il s'agit de la mort survenant en période fœtale, soit au-delà du terme de l'IVG. Par rapport à la naissance, il s'agit de la mort fœtale, pendant le travail ou l'accouchement, dite *per partum*, ainsi que de la mort néonatale précoce, dans les premiers jours de vie. La terminologie médicale sera utilisée pour parler d'un fœtus tant que la naissance n'aura pas eu lieu en raison de la forte dimension subjective et intersubjective investie, quel que soit le terme de la grossesse. Elle permet de garder un certain recul par rapport aux décalages dans les représentations entre parents et soignants, notamment pour les morts fœtales précoces. Après la naissance, en fonction du contexte, la référence sera celle d'un fœtus, d'un tout-petit ou d'un enfant selon le point de vue envisagé. La terminologie médicale parle en effet encore d'un fœtus lorsque celui-ci est mort, même après la naissance, pour des termes avancés qui acceptent la viabilité. Cette référence peut colorer facilement le discours des soignants de cette façon. Les parents, de leur côté, ne parlent quasiment jamais de fœtus, mais presque toujours d'un enfant. La notion de tout-petit, quant à elle, par ses références et ses contours moins déterminés, fait place à des représentations et un imaginaire moins précis,

tout en gardant une connotation à forte dimension affective.

Chapitre 2 : La mort périnatale, à tout âge

De toutes les morts, la mort périnatale est la plus singulière, écrit Catherine Le Grand-Sébille (2003, p.18) :

« Rien de ce qui s'applique à la mort à l'issue d'une existence ne semble vraiment correspondre à ces morts bien avant l'heure, avant même, parfois, de naître. Comment en effet, célébrer le mort pour lequel il n'existe quasiment aucune trace matérielle de son passage chez les vivants ? »

Cependant, aussi loin que les recherches puissent remonter dans le temps, ces morts n'ont jamais laissé la communauté des vivants indifférents. C'est ainsi que dans sa recension de toutes les sépultures du paléolithique, Pascale Binant (1991) fait la description de quelques restes humains correspondant à des tout-petits, peut-être même des fœtus.

2.1 Les temps anciens

L'intérêt des archéologues pour les rites funéraires liés aux tout-petits, fœtus, nouveau-nés, nourrissons, est récent. Néanmoins les recherches des trente dernières années montrent le traitement spécifique des morts périnatales dans toutes les sociétés traditionnelles avec une grande diversité de rites et de comportements funéraires, comme le montre une publication du SIAP⁸. Ce sont des morts différentes, par nature, des autres morts. Leur inhumation se fait dans un récipient en céramique, jarre, amphore, vase funéraire, à l'intérieur ou à l'extérieur des habitats, sous le sol des maisons, contre les murs, dans des puits, des fosses, dans l'aire domestique, mais toujours en des lieux particuliers, souvent proches de la vie quotidienne, en marge des lieux d'inhumation habituels des autres membres de la communauté. Certains y auront vu une exclusion, une crainte particulière pour ceux qui, de mauvaise mort comme dans la mort périnatale, pourront être considérés comme des âmes errantes et constituer une menace

⁸ Centre d'investigations archéologiques préhistoriques, Castille, Espagne.

pour la communauté des vivants. Cette idée est largement promue par Arnold Van Gennep lui-même (1969, p.229), dans son ouvrage principes sur les rites de passage :

« Les individus pour qui n'ont pas été exécutés les rites funéraires, de même que les enfants non baptisés, ou non dénommés, ou non initiés, sont destinés à une existence lamentable, sans pouvoir jamais pénétrer dans le monde des morts, ni s'agréger à la société qui s'y est constituée. Ce sont les morts les plus dangereux ; ils voudraient se réagréger au monde des vivants, et ne le pouvant, se conduisent à son égard comme des étrangers hostiles ».

Plus qu'une autre mort, la mort périnatale fait peur, tant elle est redoutée par les vivants comme dangereuse ou malfaisante. Ces considérations ne sont pas partagées de manière univoque par les recherches anthropologiques actuelles. Selon les travaux de Nathalie Baillis-Talbi et Véronique Dasen (2008), ces morts relèvent plutôt d'une catégorie à part des autres morts, avec des traitements spécifiques. Ainsi chez les Anciens, les morts périnatales font partie des *mors immatura*, les morts considérées prématurées. Parfois elles sont définies comme des *mors acerba*, des morts âpres, lorsqu'il s'agit de celles d'enfants. Néanmoins elles sont différentes des *mors immatura*, ces morts trop précoces survenant chez des sujets encore jeunes, ou de celles des *mors naturalis*, celles des sujets âgés, considérées comme naturelles. Morts à part, plus amères, immatures ou prématurées, plus énigmatiques, plus inquiétantes ou angoissantes dans les sociétés de nos ancêtres, elles sont problématiques pour les vivants. Elles apparaissent également de la sorte dans la société d'hier, plus proche de nous.

2.2 La mort périnatale, autrefois

La mort périnatale semble parfois tellement à part des autres morts qu'elle peut même passer inaperçue chez certains historiens spécialistes de la mort. Ainsi Louis Vincent Thomas (1975), dans son « Anthropologie de la mort », n'en fait pas état, en dépit du souci d'exhaustivité de son ouvrage. C'est vers l'histoire de la naissance, dont elle relève intimement, qu'il faut se tourner pour comprendre son impact sur les vivants et savoir à quoi elle ressemble.

2.2.1 Plus que la vie, sauver l'âme

« Le pire, ce n'était pas la mort ; elle était tellement familière qu'elle faisait partie de la vie. Le pire, c'était cet enfant mourant sans avoir été ondoyé, parce qu'on n'en avait pas eu le temps ou parce que l'accoucheuse ne connaissait pas les mots qui auraient pu le sauver...Pour les parents rien n'était plus humiliant ; cette naissance malheureuse, ils la ressentaient comme

une malédiction. Et ce petit mort leur faisait peur. »

C'est le tableau majeur que dresse Jacques Gélis (1984, p.489) de la mort périnatale dans ses recherches sur « La naissance dans l'occident moderne 16^e-19^e siècle ». Cette mort à part, différente et angoissante, qui survient avec la mort périnatale, est pour la société traditionnelle sous influence religieuse, la mort sans baptême. Elle condamne l'âme de l'enfant à une errance éternelle, séparée de ses parents, malgré l'ingénieuse invention du *Limbus puerorum*, le limbe des enfants, par les théologiens à la fin du XII^e siècle. Ce lieu à part, supposé spécifique pour les accueillir, cet intermédiaire entre purgatoire et paradis, n'apportera pas vraiment l'apaisement escompté à la détresse des parents, mais bien plutôt de la révolte et de l'incompréhension. Car l'enfant sans baptême ne pourra pas être enterré dans le cimetière paroissial, en terre consacrée. Qui plus est, il jette le doute d'une faute supposée, l'ombre de la honte et le poids de la culpabilité sur ses parents. Désespoir, honte, culpabilité, le poids du regard social pour les parents d'autrefois n'a rien perdu de son intensité pour les parents d'aujourd'hui lorsqu'il s'agit de la mort périnatale. C'est pourquoi les parents, autrefois, n'avaient de cesse de chercher le baptême par tous les moyens et à tout prix comme le montre Jacques Gélis (2006) à travers ses travaux. Les « soignants » dédiés à la naissance, avec les accoucheuses ou les sages-femmes apparaissent ici déjà très souvent aux côtés des parents, pour tenter de sauver l'enfant, en pratiquant l'ondoieusement, même *in utero*. De ce fait, elles seront toujours très surveillées par les hommes d'Église, par le truchement des curés de paroisse, puisque le baptême d'un mort était considéré comme un sacrilège, tandis que toute transgression exposait à de lourdes sanctions.

2.2.2. Les pratiques du *répit*

Malgré les réserves dont l'Église Catholique a pu témoigner, le désespoir soulevé par l'enfant mort sans baptême conduit peu à peu à l'apparition de sanctuaires à répit qui seront de plus en plus fréquentés localement (Delattre 2008, Séguy, Signoli, 2008, Gélis, 1984). Ils sont le lieu du sauvetage *in extremis* de l'âme. Églises, oratoires, chapelles renommées, on y porte le petit mort, on l'expose sous l'autel de la Vierge ou d'un saint renommé, entre cierges et veillées de prières, afin que lui soit redonné vie le temps d'un baptême. Les signes de « répit » si souvent constatés correspondent, de fait, à des éléments précis de la décomposition et du relâchement du corps mort de l'enfant : « *retour à la flexibilité du corps, à son réchauffement relatif...exceptionnellement des bruits, proches du spasme, du gémissement ou du sanglot, se font entendre...On comprend que de telles manifestations aient impressionné l'assistance et*

accrédité l'idée que quelque chose d'extraordinaire se produisait ». (Gélis, 1984, p.514)

Là encore, les accoucheuses ou les sages-femmes ne sont pas loin, souvent actives aux côtés des parents, allant jusqu'à transporter l'enfant sur le lieu béni du *répit*. Certaines sages-femmes assurent à tour de rôle la permanence sur le lieu même du sanctuaire, afin d'être caution des signes de vie et garantir ainsi le baptême (Gélis, 2006, p.60). Une fois baptisé, la mort peut survenir une deuxième fois, mais cette fois, « *le petit être était né à la vie éternelle et il n'y avait plus à s'inquiéter* », selon les mots du curé de Houyet (in Gélis, 2006, p.31).

Même si elles sont loin d'être généralement répandues, sept siècles sont traversés par ces pratiques et on en retrouve des traces jusque dans les années 1930. Cette désespérance devant la mort périnatale sans baptême contraste avec ce que l'historien Philippe Ariès (1960) présume de ses recherches sur la mort en Occident. Il constate en effet une sorte d'indifférence face à l'enfant, notamment face au tout-petit, qu'il explique par la grande mortalité et le nombre élevé de naissances dans les couples. Leur fréquence escamoterait son investissement par le peu d'attachement. Toutefois, Michel Vovelle (1983, p.270), historien de « La mort et l'occident, de 1300 à nos jours », tout en admettant cette contradiction constate en même temps que « *Le souci tout abstrait du salut de l'âme anticipe sur le respect réel porté à la personne de l'enfant* ». Néanmoins, cet ensemble de pratiques autour de la mort périnatale, qu'elles soient anciennes ou plus récentes, témoigne de la problématique que cette dernière représente à tout âge pour les vivants. En chacune de ces morts, c'est l'humanité qui taraude les vivants à travers la question d'un statut à lui donner, celui qui, à hauteur d'âme autrefois, investit l'imaginaire par la figure d'une mort enfant. Un imaginaire de la mort périnatale alimenté et renforcé dans la société actuelle par les progrès de la science et des techniques médicales ainsi que l'intérêt sans précédent porté à l'enfant lui-même.

2.3. La mort périnatale aujourd'hui

Les changements les plus marquants sont récents. Ils s'inscrivent surtout dans la deuxième moitié du 20^e siècle, jusqu'à nos jours. Ils conjuguent plusieurs facteurs pour transformer sensiblement le tableau général de la mort périnatale. Non seulement la médecine fait des progrès considérables, mais les soins deviennent gratuits en France avec la création de la Sécurité sociale après 1945. L'hôpital, où se concentre l'essentiel des progrès, des connaissances et de la technicité médicale, devient accessible à tous. La mort recule de toute part devant la maladie, devant l'âge avec une espérance de vie qui grimpe significativement,

mais aussi dans les conditions de la naissance. Comme le rapporte l'historienne de la naissance, Monique Kniebiehler (2007, p.32), la mortalité maternelle chute considérablement de 81 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1945 jusqu'à 31,9 décès en 1967, et environ 8 actuellement. De même la mortalité infantile des enfants de moins d'un an passe de 110 pour 1000 naissances d'enfants en 1945 à 18,2 en 1970. Non seulement la mort périnatale chute, mais son retentissement s'intrique par ailleurs peu à peu avec le contrôle des naissances, grâce à la contraception, comme avec l'IVG et l'IMG devenues possibles.

2.3.1. L'enfant du désir parental et de la réalité médicale

L'enfant à naître peut être envisagé comme une réalité qui évolue avec les processus de vie dépendants de l'évolution de la grossesse, à la conjonction du fait biologique, du projet parental et de l'environnement social, notamment l'environnement médical actuel.

2.3.1.1. La régulation des naissances

Aujourd'hui la contraception, les avancées dans le domaine de la fertilité humaine, avec la procréation médicalement assistée, permettent de réguler, de planifier, ou de provoquer une grossesse. L'INED⁹ (Regnier-Loilier Arnaud, Leridon Henri, 2007), estime à deux tiers le nombre des grossesses « bien planifiées » par rapport aux grossesses « non prévues », c'est-à-dire suivies d'un avortement, d'une naissance non désirée ou mal planifiée. En France, actuellement le nombre des naissances avoisine les 800 000 par an. L'information et la délivrance de contraceptifs ont été néanmoins longtemps interdites aux professionnels de santé. La contraception est autorisée et légalisée depuis la loi Neuwirth en 1967¹⁰, il y a à peine cinquante ans. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est légale depuis 1975 avec la loi Veil¹¹ lorsqu'elle est pratiquée avant la fin de la dixième semaine de grossesse (12 SA). Cette loi a été revue en 2001. L'accès à l'IVG a été étendu depuis lors à toutes les femmes, mineures ou majeures, avec un délai qui s'étend dorénavant jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse (14 SA)¹². Malgré le contrôle des naissances offert par la contraception, le nombre de recours à l'IVG reste stable. L'accès à la contraception ou à l'IVG retentit sur le projet d'enfant, fortement investi extrêmement tôt, avant même le début de la grossesse. Cette situation

⁹ Institut National des Etudes Démographiques

¹⁰Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances

¹¹Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

¹²Loi n°156 du 7 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

contribue indirectement à en moduler la perte quand ce dernier est souhaité et que son projet ne peut aboutir, notamment avec la mort périnatale.

2.3.1.2. L'interruption médicale de grossesse (IMG)

Avant 1975, l'interruption de la grossesse n'était possible légalement que lorsqu'elle mettait la vie de la mère en danger, d'où la dénomination « interruption thérapeutique de grossesse » (ITG). En même temps que la loi Veil légalisant l'IVG, l'ITG elle-même s'est transformée en IMG, interruption médicale grossesse, dans la mesure où son autorisation repose sur une indication médicale concernant la mère ou l'enfant à naître :

« L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». (Art. L.2213-1 du Code de la santé publique, modifiée par ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003)

Depuis 1994, et la loi dite de bioéthique¹³, les spécialistes en médecine fœtale sont regroupés dans des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)¹⁴. Ces centres à but non lucratif rassemblent l'ensemble des compétences cliniques, biologiques et médicales, notamment en termes d'imagerie, nécessaires au diagnostic et au pronostic prénatal. Le recours au CPDPN devient obligatoire pour pratiquer une IMG. L'ensemble de la procédure médico-judiciaire ainsi que l'accomplissement de l'IMG y sont pris en charge. Les CPDPN font obligatoirement partie d'une unité d'obstétrique de type 3, c'est-à-dire d'une maternité spécialisée pour les grossesses à hauts risques, disposant également d'une unité de soins néonataux et d'une unité de réanimation néonatale. Depuis 2004, l'Agence de la biomédecine, organisme public d'État, contrôle et centralise l'activité de la cinquantaine de centres existants en France. L'activité principale des CPDPN consiste à diagnostiquer et prendre en charge les pathologies fœtales, dans le but de les traiter. Néanmoins, dans son rapport d'activité 2015¹⁵ ce sont environ 7500 attestations de gravité en vue d'une IMG qui ont été délivrées, dont 98 %

¹³Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, dite loi de bioéthique, modifiée en 2011 et 2013.

¹⁴La loi 97-578 du 28 mai 1997 en définit la composition, le rôle, le fonctionnement et l'agrément.

¹⁵ URL : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/accueil.htm>, consulté le 30 septembre 2016.

pour motif fœtal. Avant les années 1980, le développement du diagnostic prénatal et l'essor de l'échographie fœtale, environ 80% des IMG étaient réalisées pour motif maternel.

Le diagnostic prénatal et l'IMG ont modifié la scène de la mort périnatale actuelle. La mortalité, qui concerne la mort fœtale *in utero*, est estimée relative aux interruptions médicales de grossesse dans la moitié des cas. À la différence des autres morts périnatales, dans le cas des IMG, elles sont motivées par la gravité des atteintes fœtales. Anticipées et programmées, elles demandent des interventions actives. Au-delà de 22-24 SA, leur accomplissement nécessite un geste « d'arrêt de vie », dans la mesure où le fœtus est susceptible d'être en vie, malgré l'accouchement. L'IMG est un tournant dans l'intervention médicale dont le seul but n'est plus seulement de faire advenir et surveiller la grossesse. Elle soulève des questions d'ordre éthique considérables ainsi que des retentissements psycho-affectifs, importants et reconnus, chez les parents. Cette mort périnatale singulière est celle d'un projet d'enfant fortement investi, auquel les parents doivent renoncer par une décision personnelle. Les soignants, quant à eux, gardent la possibilité de refuser d'être actifs ou de participer à sa mise en œuvre, au moyen du droit à la clause de conscience relative à l'IVG et à l'IMG. Inscrite dans la loi¹⁶, elle est reconnue par une décision du Conseil constitutionnel de 2001 comme un principe fondamental de la liberté de conscience. Cette mesure témoigne d'une reconnaissance des retentissements, non moins importants, que ces pratiques peuvent avoir sur les soignants.

2.3.2 Le fœtus, une image d'enfant

Actuellement le suivi de la grossesse prévoit sept consultations médicales et trois échographies systématiques, échelonnées. Ainsi environ 90% des enfants à naître bénéficient d'un dépistage initial. La grossesse est détectée très tôt, dès le retard de règles. Avec les moyens échographiques, l'embryon, puis le fœtus, sont dévoilés et visibles. Leur développement et leur santé sont surveillés. À partir de 14 SA l'image échographique renvoie une image de bébé en miniature. Le battement cardiaque est visible et audible. Entendre, mais surtout voir, donne une réalité extérieure supplémentaire au projet d'enfant et participe à son investissement précoce par les parents, comme à la création du lien d'attachement. Dans une société de l'image et des nouvelles technologies, le rôle de l'échographie est devenu de plus en plus important. Elle propose aux parents une naissance « anticipée », avec une mise en relief des compétences

¹⁶ Article L.2212-8 du Code de la Santé Publique.

précoces de l'enfant à naître, qui nourrissent activement les processus de parentalisation (Soule, 2011). Cette vie autrefois cachée, au développement invisible, de l'autre côté du ventre des femmes est aujourd'hui démystifiée, sondée, inspectée et d'une certaine manière contrôlée par les professionnels (Cesbron, 2006). Avec la femme enceinte, le fœtus est, pour les soignants, le deuxième patient. Des contributions majeures ont modifié le statut du tout-petit pour le faire apparaître aux yeux de tous avec des capacités relationnelles inédites jusqu'alors. En 1973 le pédiatre Terry Brazelton publie sa « Neonatal Behaviour Assesment Scale », une échelle d'évaluation du comportement néonatal qui n'est pas centrée sur les dysfonctionnements ou la pathologie, mais sur les compétences du nouveau-né, insoupçonnées. Elle est toujours d'actualité. En 1984 un documentaire de Bruno Martino, Tony Lainé et Gilbert Lauzun passionne le public : « Le bébé est une personne » montre la vie prénatale avec un fœtus qui entend et réagit, tandis que dans le monde médical commence une lente prise de conscience. Le nouveau-né n'est pas cet être immature, au cerveau en développement, qui le laisse insensible à la douleur. La réalité scientifique apporte peu à peu la preuve du contraire. Autant d'éléments marquants qui participent à modifier radicalement le regard de la société, des parents et des professionnels sur le fœtus et le nouveau-né. Comme une valeur ajoutée, ils contribuent très tôt, pour les parents, à l'investissement d'un imaginaire d'enfant et sollicitent chez les professionnels ou le public la reconnaissance de celui-ci à hauteur de ces connaissances nouvelles.

Chapitre 3 : La mort périnatale et le deuil périnatal

La mort périnatale, longtemps passée sous silence dans la société actuelle, méconnue dans ses répercussions psycho-affectives, a gagné peu à peu en visibilité à travers la mobilisation pour sa reconnaissance de parents et de professionnels sensibilisés, regroupés en collectifs ou en associations. Parfois le récit bouleversant d'une mère concernée trouve un fort écho médiatique. « *Peu importe l'âge auquel meurt un enfant : si le passé est court, demain est sans limites. Nous portons le deuil le plus noir, celui du possible. Tous les parents pleurent les mêmes larmes : ils ont des souvenirs d'avenir* » note l'écrivaine Camille Laurens (1995, p.62) avec « Philippe », le récit aussi magnifique que poignant de la mort de son enfant *per partum* à terme. Tout comme Chantal Haussaire-Niquet (1998), avec « l'enfant interrompu », témoigne d'une IMG à cinq mois de grossesse pour son enfant atteint d'une trisomie 18, et de ce fait non

viaible. L'aube du XXI^e siècle garde les tourments d'antan. Aujourd'hui comme autrefois avec l'enfant mort-né, la mort périnatale confronte les parents à la même question, constate Jacques Gélis: comment faire le deuil de ce qui n'a pas vécu ? Il se demande même « *si la longue manipulation du corps de l'enfant au sanctuaire à répit, tout ce temps à l'exposer, le veiller, à célébrer son retour à la vie n'était pas aussi une manière d'en faire le deuil* » (2006, p.339).

3.1 Les répercussions psycho-affectives de la mort-périnatale

Avec la mort périnatale, la tragédie du sort de l'âme pour une société religieuse n'est pas moins grande que celle à dimension strictement humaine qu'elle sous-entend, pour la société actuelle. Ce sont les recherches en psychologie, avec l'essor de cette discipline, qui apportent cette fois leur éclairage spécifique. De nombreux travaux en attestent, notamment dans le domaine de la psychologie clinique et pathologique, comme de la psychiatrie. Avec un intérêt centré sur la périnatalité s'ouvre un champ d'expertise spécifique pour la psychanalyse, autant que pour ces spécialités à travers la psychologie et la psychiatrie périnatale.

Selma Fraiberg (1975), avec « Fantômes dans la chambre d'enfant », avait montré comment les affects, liés à des deuils ou des abandons, pouvaient se transmettre dans le lien mère-enfant à travers le langage para-verbal des attitudes et des comportements. Elle note une possible désaffection ou des surinvestissements dans les liens avec les autres enfants. L'enfant suivant pourrait ne pas avoir sa propre place et vivre avec un fantôme, ou bien les parents continuent à reporter sur lui les représentations relatives à l'enfant perdu. L'impérieux désir d'un autre enfant, tel « un objet de remplacement », pour éviter la souffrance liée à la perte, est connu par ce qu'il est convenu d'appeler « l'enfant de remplacement » (Hanus, 1982). Parfois né le même jour, ou portant le même prénom, il prend la place du mort, mais sera confronté, sa vie durant, à un rival invisible, parfois à la culpabilité inconsciente du survivant ou à des problématiques identitaires par le fait de se vivre trop confondu avec l'autre (Cain, Cain, 1964, Porot 1996). Les généalogistes soulignent cette situation relativement fréquente dans leurs investigations, où certains de ces enfants sont devenus des célébrités comme Vincent Van Gogh, Camille Claudel, Salvador Dali, Rainer Maria Rilke, Hermann Hesse ou encore Stendhal (Porot, 1991, 1996). Pierre Rousseau (1995, 1998) a consacré sa clinique d'obstétricien à ce sujet. Ses recherches mettent en évidence que la mort périnatale affecte toute la famille par son retentissement sur les liens : à court terme avec la perte actuelle, à moyen terme pour le ou les enfants qui naîtront plus tard, mais aussi à long terme pour les générations ultérieures. Le jeu des identifications et des transmissions, inévitablement à l'œuvre, pèseront tout

particulièrement sur une femme devenant mère, alors que, petite fille, elle faisait partie d'une fratrie touchée. Ces multiples répercussions mettent en relief l'impact psycho-affectif particulièrement délétère que la mort périnatale peut avoir potentiellement. Elles mettent l'accent sur les processus liés à la perte à travers le deuil périnatal. Une enquête récente, publiée en 2015 dans la revue *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, montre que les 272 femmes ayant accouché d'un enfant mort-né sont 17,6 % à souffrir de dépression encore deux années après cet événement. En comparaison en souffrent seulement 1,9% des 522 femmes ayant accouché d'un nouveau-né en bonne santé.

3.2. Une mort à part, un deuil à part

3.2.1. Qu'est-ce le deuil ?

La première analyse du deuil se trouve chez Sigmund Freud en 1917 dans son ouvrage « Deuil et mélancolie ». Il y décrit le travail psychologique nécessaire pour se séparer de l'être aimé, sous le terme de « Trauerarbeit », travail de deuil. Ce n'est pas un état, mais un processus psychique consécutif à la perte, douloureux pour le sujet, mais à l'issue duquel il pourra se réconcilier avec lui-même, et sous une certaine forme, avec ce qui a été perdu. Beaucoup d'études et de recherches ont depuis lors contribué à sa conceptualisation et sa compréhension, dans de nombreux domaines. En France la Société de Thanatologie¹⁷, société savante des sciences humaines de la mort et du mourir, fondée en 1966, y contribue par ses recherches, en œuvrant pour la promotion de la réflexion et de la recherche sur la mort en direction du public, des institutions et des professionnels. Ce sont notamment des chercheurs, reconnus pour leurs travaux en ce domaine, qui en assumèrent la présidence successive, dont Louis-Vincent Thomas, auquel succèdera le psychiatre psychanalyste Michel Hanus, à l'origine des associations « Vivre son deuil », puis Marie-Frédérique Bacqué. Selon ces recherches, le deuil, en tant que réaction à la perte d'un être cher, est considéré comme ayant des répercussions considérables sur la santé physique, bien qu'elles soient le plus souvent méconnues y compris par les professionnels eux-mêmes. Généralement le deuil comprend trois moments successifs qui fluctuent et s'entremêlent fréquemment. Le choc initial de la perte est suivi d'une désorganisation psychique, avec un vécu dépressif, où les affects de tristesse sont souvent

¹⁷ URL : <https://www.mort-thanatologie-france.com/index.html>, consulté le 13 février 2015.

accompagnés de sentiments de solitude et de vide. Le rétablissement, quant à lui, manifeste d'une réorganisation psychique qui permet au sujet d'acquérir la possibilité de vivre en l'absence de la perte. Néanmoins ce travail psychique doit se faire dans la confrontation douloureuse et évolutive avec la perte elle-même. Il nécessite comme condition préalable de pouvoir la reconnaître comme extérieure à soi, puis, peu à peu, soit d'accepter et d'intérioriser ce qui a été perdu, soit de lui donner une nouvelle configuration. Les souvenirs, la remémoration de la réalité, partagée un temps avec le défunt, jouent un rôle essentiel dans cette transition. La culpabilité est une constante et l'intensité de la douleur résulte de la valeur personnellement accordée à ce qui a été perdu (Stroebe, 2008). En résumé, concernant le deuil, la société de Thanatologie annonce que « *son déroulement et son évolution découlent essentiellement de la nature des relations qui existaient auparavant entre les deux personnes, celle qui est morte et celle qui est endeuillée.* »¹⁸

Le deuil n'est pas un phénomène pathologique puisque son processus tend vers un rétablissement physique et psychique. Toutefois il peut se compliquer et le devenir. Les circonstances d'une mort brutale, tragique, inhabituelle lui donnent une valeur traumatique. La solitude et l'isolement l'aggravent et sont considérés comme des facteurs de risque. Son intensité est encore plus douloureuse lorsqu'il s'agit de la mort d'un enfant. Et si les processus mis en jeu sont les mêmes, quelle que soit la perte en cause, chaque deuil peut en réactiver d'autres plus anciens, auxquels il fait écho, rendant ainsi encore plus difficile l'acceptation de la perte. Car, comme le rappelle Michel Hanus (1994), le pré-requis de tout deuil présuppose de pouvoir distinguer l'objet perdu de soi-même. Pour le perdre, il faut auparavant qu'il ait pu avoir une existence en soi. Ce qui est particulièrement compliqué, dans le cas de la mort périnatale.

3.2.2. Le deuil périnatal

L'étude du deuil périnatal avec sa spécificité, ses facteurs de risques, ses répercussions, ses complications, ainsi que son accompagnement, bénéficie de très nombreuses recherches dans les pays anglo-saxons et au Canada depuis de nombreuses années. Ils sont principalement dans la continuité des travaux de John Bowlby (1980), fondateur de la théorie de l'attachement. Il décrit, quant à lui, quatre phases successives dans le processus de deuil qui sont généralement

¹⁸ URL : <https://www.mort-thanatologie-france.com/15html>, société savante des sciences humaines de la mort et du mourir, consulté le 13 février 2015

reprises dans leurs grandes lignes (Hanus, 1994, 1997), par les différents auteurs qui en soulignent aussi la diversité d'expression, en fonction des personnalités et des cultures. Cette approche permet de dégager à la fois les spécificités et les difficultés du deuil périnatal. Communément, le deuil périnatal ressemble à un deuil normal rendu beaucoup plus compliqué, dans sa dynamique et son évolution par son contexte. Lorsqu'il s'agit d'un enfant à naître ou à peine né, un enfant potentiel, à l'existence parfois fugitive, parfois incertaine, les processus du deuil en eux-mêmes seront plus rudes à traverser. Le deuil en sera d'autant plus complexe et susceptible de complications. Ses différentes étapes sont entravées, pour les parents endeuillés, du peu de souvenirs ou de vécus partagés avec l'enfant. Celui-ci reste de ce fait surtout imaginé ou rêvé. L'intégration d'une perte réelle extérieure est donc particulièrement ardue (Hanus 1997). La spécificité de la mort périnatale rend ce constat d'autant plus difficile qu'il ne restera pas de traces de ce qui a existé dans la réalité, à l'image du deuil impossible, en l'absence de dépouille du défunt. D'autre part, la perte se complique pour la mère avec l'éprouvé physique. L'enfant mort, qui avait été porté vivant dans la chair propre, devient tout à la fois une réelle perte de soi, corporelle et imaginaire.

Ainsi Emmanuel Lewis et Anne Page (1978), Kenneth Kellner et Elizabeth Kirkley-Best (1982) attirent l'attention sur les difficultés liées au deuil d'un enfant mort-né tandis que Kenneth Kellner développe, grâce à des équipes interdisciplinaires en 1979 à Gainesville, université de Floride, un programme de soutien spécifique en direction des parents et de la famille, avec le Perinatal Mortality Counselling Program (PMCP). En France la vivacité de l'intérêt actuel est beaucoup plus récente. Le fait qu'il faut « avoir connu » auparavant ce qui est perdu, qu'il s'agit d'une condition indispensable autant qu'une difficulté incontournable pour permettre le deuil périnatal est soulignée en 1997 par Geneviève Delaisi de Parseval. D'autres auteurs de références français, dont Marie-Josée-Soubieux (2008), mettent en relief ces difficultés : renoncer à un projet d'enfant, un projet d'avenir, représente une profonde blessure narcissique, un deuil indicible de l'imaginaire, porteur des espoirs de tout ce qui avait été projeté. En Allemagne, les phases considérées comme normales dans le deuil ont été transposées, très concrètement, par Susanne Ditz (2001), dans le contexte de la perte périnatale, afin de pouvoir distinguer le deuil périnatal normal du deuil pathologique. La compréhension des processus en jeu s'adresse également aux soignants afin de les encourager à solliciter, soutenir et accompagner les parents dans leur confrontation aux différents processus du deuil normal. Le constat, la compréhension des difficultés liées au deuil périnatal, ainsi que les répercussions potentiellement délétères de la mort périnatale sur la santé mentale des femmes

et de leur famille, s'affirment peu à peu à travers les recherches actuelles. De leur côté les parents endeuillés, parfois loin de l'expertise médicale ou psychologique, ont créé progressivement des groupes de soutien, d'entraides ou d'actions pour réclamer une reconnaissance sociale du deuil périnatal ainsi qu'une demande d'accompagnement par les professionnels, face à leur détresse. Ces différents éléments convergent pour modifier la sensibilité sociale actuelle face à la mort périnatale.

Chapitre 4 : le changement social actuel

4.1 Les mobilisations sociales

Les associations de parents, mobilisées autour du deuil périnatal, se sont multipliées récemment. Les plus anciennes se sont constituées en France contre la mort inattendue du nourrisson (appelée mort subite auparavant) il y a une trentaine d'années, avant d'élargir leur soutien au deuil périnatal, comme c'est le cas pour l'association « Naître et Vivre », créée en 1984. D'autres, spécialisées dans l'accompagnement du deuil périnatal, sont plus récentes, telle « AGAPA », association fondée en 1994, ou encore « Nos tout-petits », fondée en 2000. Reconnues d'utilité publique, ce sont les plus importantes par leur réseau d'implantation dans toute la France, ou même en Suisse, en Belgique, en Italie et au Canada. Elles sont actives pour accompagner les parents, autant que pour sensibiliser voire former les professionnels à la compréhension ou la prise en charge du deuil périnatal, mais aussi pour favoriser sa reconnaissance juridique, administrative et médiatique. C'est ainsi que les services funéraires de la Ville de Paris proposent chaque trimestre, depuis 2011, une cérémonie des tout-petits. Laïque, elle cherche à répondre aux besoins de rituels symboliques des parents endeuillés qui le souhaitent ainsi qu'à leurs proches (Rocle, 2014). Toujours à Paris, depuis 2013, au mois de mai, l'association AGAPA organise une journée de sensibilisation nationale sur le thème « Une fleur, une vie ». Depuis 2008 également, à l'initiative de l'association québécoise « Parents Orphelins », cette mobilisation a conduit à déclarer chaque année, le 15 octobre, comme journée mondiale de sensibilisation au deuil périnatal, avec un symbole, un ruban bleu et rose.

4.2 L'actualité juridique et administrative

Du point de vue de la loi, avant 1993, la plupart des morts périnatales passaient

inaperçues. Suivant l'article 5 du Code civil, la législation a considéré pendant longtemps que la déclaration d'un enfant mort-né ou non viable n'était pas nécessaire, puisque la personnalité juridique suppose d'être vivant et viable et qu'elle ne peut, de ce fait, lui être attribuée. L'état civil acceptait d'enregistrer les enfants mort-nés, sous condition d'une durée présumée de la grossesse égale à 180 jours ou 6 mois. Ce seuil, accepté par la loi, était supposé correspondre à la viabilité de l'enfant suite à une décision de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 7 août 1874 qui est restée valable jusqu'en 1993 :

« ...l'enfant n'est réputé viable qu'après un minimum de 180 jours de grossesse ou 6 mois de gestation ; que l'être qui vient au monde avant ce terme, privé non seulement de la vie, mais des conditions organiques indispensables à l'être, ne constitue qu'un produit innommé et non un « enfant », dans le sens que le législateur a attaché à cette expression... »¹⁹

Passées sous silence, sans mots pour les « nommer », sans forme d'inscription juridique, sans considération pour le destin des corps, sans droits et sans devoirs assortis, la majorité des morts périnatales n'étaient traitées légalement pas autrement qu'un fait biologique parmi d'autres. Effaçant ce qu'elles représentent pour les parents réellement, le contexte juridique ne pouvait qu'entraver les processus liés au deuil périnatal. Cette non-reconnaissance sociale de la mort périnatale aggravait leur souffrance comme leurs propres difficultés à la reconnaître et l'intégrer individuellement suivant une réalité extérieure qu'ils ont connue, mais dont il faut se séparer. Tant qu'il n'y a pas reconnaissance qu'il s'agit bien d'une mort, le deuil lui-même n'a pas « droit » de cité. Ce sont les évolutions législatives récentes, intervenues entre-temps, qui traduisent les effets d'une mobilisation qui touche la société actuelle tout entière.

4.2.1 L'évolution juridique

Avant 1993, parmi les enfants décédés avant la déclaration de naissance, seul l'enfant viable était enregistré, avec une durée de gestation estimée à 180 jours, donnant lieu à un « acte d'enfant sans vie », qui recouvre cependant des situations fort différentes. L'enfant pouvait être né vivant et avoir vécu un court moment, susceptible d'avoir une personnalité juridique sans que la loi le reconnaisse. Il pouvait aussi être né vivant, même s'il n'était pas viable, sans capacité naturelle de vivre. On appelait ces enfants les « faux mort-nés ». Ou encore, il avait

¹⁹Assemblée Nationale, Proposition de loi du 7 mars 2008 n° 761, concernant la procédure d'inhumation des enfants mort-nés.

pu décéder *in utero* ou à l'accouchement. Nés morts avant 180 jours de grossesse, soit 27 SA et 5 jours, ils n'étaient que foule invisible, disparaissant derrière un seuil fixé, alors que tous ceux, nés en dessous de ce seuil, mais ayant réussi à vivre néanmoins grâce aux progrès et aux moyens thérapeutiques actuels, étaient entièrement reconnus.

À partir de 1993²⁰, l'enregistrement à l'état civil d'un enfant décédé avant la déclaration de naissance prend en compte la viabilité pour des seuils fixés par une circulaire additionnelle, ceux fixés par l'OMS, soit au moins 500 gr de poids de naissance ou 22 SA. Un enfant né vivant et viable aura un acte de naissance et de décès si un certificat médical a été dressé en ce sens. L'enfant né mort ou l'enfant vivant et non viable peut lui aussi être inscrit au registre des décès comme mort-né par l'établissement d'un « acte d'enfant sans vie ». En 2001²¹ une circulaire vient préciser les modalités d'enregistrement à l'état civil, mais vient surtout régler le devenir des corps et leur traitement. Cependant rien n'est prévu dans la loi en dessous de ces seuils, où les morts périnatales advenues sont toujours qualifiées de « pièces anatomiques », de « débris humains », de « déchets hospitaliers » promis à l'incinération. C'est en 2009²², que la notion de « seuil de viabilité » est abrogée au profit de l'accouchement attesté, y compris à un âge gestationnel très précoce, néanmoins supérieur à 15 SA, soit en dehors du cadre légal de l'IVG, elle-même possible jusqu'à 14 SA. Ce changement intègre les évolutions du cadre juridique de 2008, qui souhaitait répondre à la douleur de trois familles confrontées à un deuil périnatal et dont la situation avait fait jurisprudence en Cour de cassation. Par-là, celle-ci « *a ainsi résolu une contradiction insupportable entre d'une part, les évolutions techniques et médicales qui permettent très tôt, au cours de la grossesse, une représentation très précise, tant visuelle par l'échographie, que sonore par Doppler, de la vie du fœtus, et d'autre part la non-prise en compte de la réalité de cette existence en raison d'un vide juridique.* »²³

Cette circulaire notifie également la réglementation du devenir des corps, ainsi que les conditions d'établissement, très précises, du certificat d'accouchement que doit établir le praticien, sage-femme ou médecin²⁴. Ainsi la mort périnatale est-elle désormais reconnue de

²⁰Loi n°93-22 du 8 janvier 1993 (article 79-1 du code civil) et circulaire du 22 juillet 1993 modifiant le code civil relatif à l'état civil.

²¹Circulaire n° 2001- 576 du 30 novembre 2001

²²Circulaire n° 182 du 19 juin 2009 et décret du 20 août 2008 relative à l'état civil des enfants décédé avant l'enregistrement à l'état civil.

²³Assemblée Nationale, Proposition de loi du 7 mars 2008, op. cit.

²⁴Formulaire Cerfa n° 13773*01 : Certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

« droit », sous le signe d'une inscription et d'une régulation sociale sans précédent, à travers les changements législatifs intervenus, tandis qu'elle dépend, de cette façon, très exactement des déclarations et des attestations faites par la sage-femme ou le médecin.

4.2.2 L'état civil, une reconnaissance symbolique

La situation juridique actuelle est inédite pour des enfants à naître, non viables, au-delà du terme de 15 SA. Elle veut répondre à la « *détresse des parents endeuillés* » comme l'annonce la proposition de loi de 2009 « *en faisant jouer à l'état civil son rôle symbolique (traces de l'enfant, individualisation de celui-ci)* »²⁵. Un ou plusieurs prénoms peuvent lui être donnés. Même s'il n'est pas possible d'établir juridiquement la filiation par un nom, cette inscription désigne cependant le père et la mère. Elle vaut pour toutes les situations médicalement décrites comme fausses couches tardives ou les MFIU et les IMG ayant lieu dès 15SA. Elle donne une réalité à la souffrance des parents en reconnaissant la mort, y compris lorsqu'elle a été décidée, comme dans le cas des IMG. En même temps que la reconnaissance, cette inscription se propose elle-même comme étayage pour ce deuil singulier, par l'aide symbolique d'une procédure qui respecte « *la dignité d'une vie interrompue, fût-elle en devenir, et aide les parents confrontés à cette épreuve à mieux la surmonter* »²⁶. À elle seule, elle rassemble la force d'un rite de passage, capable de distinguer ceux qui sont vivants de ceux qui sont morts, pour les faire reconnaître par tous comme tels. Car « *de tous les rites funéraires, ce sont ceux qui agrègent le mort au monde des morts qui sont le plus élaborés et auxquels on attribue l'importance la plus grande* » (Van Genneep, 1969, p.209-210). Avec l'établissement d'un prénom, le fait biologique est séparé du renvoi à lui-même en ce qu'il fait sens légitimement, aux yeux de tous, à un véritable enfant, qui a été rêvé, imaginé et désiré. « L'acte d'enfant sans vie » ainsi que le prénom donné, établissent simultanément et symboliquement qu'il a été, mais qu'il n'est plus. La mort périnatale dans la sémantique médicale devient clairement un décès périnatal, dans la sémantique administrative et juridique. Le décès renvoie à la mort d'une « personne », ici à la mort d'un enfant en devenir qui aura eu un temps d'existence, attestée par une opération symbolique. Elle témoigne qu'il était bien parmi les vivants, avant d'être avec les morts.

4.2.3. Des droits nouveaux, une reconnaissance sociale concrète

²⁵Assemblée nationale, op. cit.

²⁶Assemblée nationale, op. cit.

Non seulement le deuil et la douleur trouvent une reconnaissance sociale, mais qui plus est, ils sont accompagnés de droits administratifs afférents, qui la vérifient et la confirment. La reconnaissance la plus importante concerne le droit aux funérailles. Depuis 2009, les parents peuvent aussi les organiser pour toute mort périnatale, intervenue entre 15SA et 22SA, s'ils le souhaitent. Au-delà de 22 SA ou de 500 gr de poids de naissance, elles sont obligatoires pour la famille, si l'enfant a été déclaré vivant avant d'être déclaré mort. S'il est né mort, elles ne sont pas obligatoires, mais néanmoins possibles. Au-delà de ce seuil, d'autres droits en découlent, notamment pour l'assurance maladie et le congé de maternité, particulièrement avec la protection contre le licenciement, ainsi que le droit à la reprise du travail. Tout comme le montant de l'assurance vieillesse est, lui aussi, majoré en conséquence.

Tous ces éléments, avec l'inscription à l'état civil, les droits sociaux et la possibilité de réaliser des funérailles, s'intègrent à l'économie psychique du deuil périnatal pour en favoriser le meilleur déroulement. Par ces caractéristiques sociales, la mort périnatale ouvre sur trois aspects fondamentaux nécessaires aux processus du deuil, communément reconnus (Lussier, 2007). La mort se situe ainsi dans une temporalité nécessaire pour penser la finitude, avec une attestation d'accouchement qui la déclare. Mais elle s'inscrit aussi dans un rapport avec le système de parenté, permettant de penser la filiation et la transmission, avec un prénom. Enfin tous ces éléments entretiennent un rapport réel à la perte, notamment grâce aux droits sociaux et aux rites, en même temps qu'ils sont supports de pensées et de représentations pour son élaboration. Toutefois, concrètement, leur possibilité dépend très étroitement du type de certificat médical établi à la naissance par le praticien, sage-femme ou médecin. Une erreur dans sa rédaction de la part des praticiens peut se révéler lourde de conséquences, à tous les niveaux, comme en difficultés psychologiques supplémentaires qui pèseront sur les parents. Les soignants portent non seulement la responsabilité qui leur incombe dans le soin, mais aussi celle de la possibilité pour les parents d'accéder à une véritable reconnaissance individuelle et sociale de la mort de leur enfant. De ce fait, cette perte d'un enfant, ils ne peuvent ni l'ignorer ni la relativiser puisqu'ils en sont les garants autant que les témoins.

4.3 Sensibiliser les professionnels

L'attention portée au corps du tout-petit, si petit soit-il, sa manipulation, son traitement, sont des éléments marquants dans les nouvelles pratiques ; là où autrefois il pouvait parfois avoir été escamoté, oublié ou même laissé de côté, comme un simple résidu d'expulsion ou d'accouchement. En France, ce sont les travaux pionniers de Maryse Dumoulin (1994) à la

maternité Jeanne de Flandres, à Lille, qui auront sollicité ces changements dans les pratiques professionnelles, concernant la prise en charge de la mort périnatale. Ce, en initiant d'autres comportements vis-à-vis de l'enfant mort. Ces changements de pratiques sont devenus progressivement pour les soignants une référence, tant pour le respect du corps que pour accompagner le deuil des parents (Dumoulin, Valat, 1997), avant d'être promus légalement.

4.3.1 Des recommandations pour les pratiques professionnelles

Dans la mouvance de tous ces changements, les parents endeuillés gagnent peu à peu une reconnaissance socialement partagée au-delà d'un vécu singulier. Les professionnels eux-mêmes sont convoqués pour aider par des changements dans leurs pratiques, inscrits dans les textes réglementaires les plus récents. Fait notoire, la loi du 19 juin 2009 dans son article 5-3 indique que « *Dans tous les cas, le personnel soignant veillera à proposer, sans imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil* ». Elle recommande aux établissements de santé des modalités d'accompagnement du deuil périnatal afin d'améliorer la prise en charge de ces situations. Celles-ci sont détaillées longuement en Annexe I du texte de loi pour en préciser les « *principes fondamentaux* ». Ils concernent le suivi des parents, les informations données, la prise en charge respectueuse du corps et son devenir, la nécessité de pouvoir être formé et sensibilisé à cette prise en charge et de bénéficier d'outils adaptés, en tant que professionnel.

Ainsi, dès 15 SA, en dehors de la possibilité de « *prénommer pour faire exister* » (Charrier, Clavandier, 2013) l'enfant sur le livret d'état civil et l'obtention des droits sociaux s'y référant, les soignants ont une mission de prévention auprès des parents dans l'accompagnement du deuil, lorsqu'ils sont confrontés à une mort périnatale. Les interactions immédiates avec l'enfant sont privilégiées, afin de lui donner une réalité perceptible. Les parents pourront voir et toucher l'enfant mort, s'ils le souhaitent. Le tout-petit lavé et habillé est présenté aux parents comme un enfant, dans les bras du soignant. Des photos, une empreinte de pied ou de main sont prises. Le poids de naissance et la taille sont individualisés. Des bracelets de naissance sont donnés aux parents, éventuellement une mèche de cheveux peut être gardée. L'expression de rituels laïques ou religieux est également encouragée. Tout est fait pour apporter des preuves de son existence, matérialiser sa perte, accumuler des souvenirs, en espérant par là favoriser le travail psychique nécessaire pour en faire le deuil. Humaniser le tout-petit, lui donner un « *supplément d'âme* » en place et lieu du baptême d'autrefois, voilà ce qu'on demande aux professionnels, dans la vigilance et la transformation de leurs pratiques. Elles conduisent indéniablement vers une ritualisation de la mort périnatale dans les services de maternité et

sollicitent les soignants par leur portée et leur impact, à un retour sur eux-mêmes, ainsi que sur leur travail. Ils sont à la fois témoins de l'existence sociale de l'enfant, ainsi que les premiers partenaires d'une « *mentalisation de la perte [qui] relie le social à l'affectif* » (Bacqué, 2002, p.269) où se joue une réelle prévention des complications du deuil.

4.3.2. Des professionnels en difficultés

La loi du 19 juin 2009 donne aussi des recommandations pour l'organisation du travail, notamment concernant les liens nécessaires « *entre l'ensemble des professionnels qui interviennent* », dans l'idée « *d'acquérir une culture commune* ». Est souligné l'intérêt pour l'équipe de réunions spécifiques, possibles ou régulières, avec une psychologue pour « *échanger sur les difficultés rencontrées* ». Ce texte reconnaît explicitement l'impact de la mort périnatale sur les parents, en même temps qu'il reconnaît celui possible sur les soignants, à travers les recommandations faites. Le soin, la prise en charge médicale incombent aux soignants autant que le « prendre soin », le soutien et l'accompagnement nécessaire des parents durant cette épreuve. Mais ces pratiques professionnelles peuvent s'avérer bien problématiques pour eux, aussi bien en direction des parents que vis-à-vis d'eux-mêmes. À la confluence de négociations sociales plus vastes, débordant le champ médical, elles ne semblent pas relever pour autant de la seule initiative des soignants, sages-femmes et « psychistes » en tête, qui les auraient impulsées, tandis que les parents seraient quasiment invités, sinon sommés, de faire le deuil, comme l'entend la sociologue Dominique Memmi (2011). La mission première des soignants concernait la mort périnatale dans sa réalité médicale. Voilà qu'il leur est demandé de prendre en charge, à chaque fois, un « décès », même pour des tout petits termes de grossesse, en même temps que la douleur des endeuillés. Des changements pour le travail, dans son organisation et dans les modifications apportées aux pratiques professionnelles, en constituent des conséquences inévitables, notamment pour les sages-femmes et les obstétricien(ne)s. Les mises à distance protectrices, entretenues face à la confrontation à la mort au travail, deviennent plus difficiles. Non seulement la conscience de la mort est fortement sollicitée, mais il faut s'occuper également, au travail, d'un petit mort, par des soins surtout à charge des sages-femmes, qui ne sont pas loin de ceux du thanatopracteur. Tout comme il s'agit d'officier auprès des parents à travers une forme de ritualisation des pratiques, qu'il est difficile d'exécuter tel un protocole de soin à remplir, *a fortiori* quand la participation de toute l'équipe est demandée, afin qu'elles soient rendues possibles.

De nouvelles formes de coopération, entre soignants et parents comme entre soignants

eux-mêmes, s'avèrent nécessaires, tandis qu'elles dépassent le modèle d'intervention médical habituel. Mais qu'advient-il, dès lors, des soignants dans cette confrontation avec la mort périnatale aux multiples visages ? Comment font-ils avec ces nouvelles pratiques au-delà de toutes les attentes et de toutes les recommandations qui leur sont faites ? Que vivent-ils face à la mort périnatale d'une part, face à la détresse et à la souffrance maternelle et parentale d'autre part, ou encore dans le face à face avec un petit corps mort ? Comment leur travail, ou eux-mêmes, sont-ils affectés dans cet espace particulier où habituellement il s'agit pour eux de s'occuper de la vie et de la naissance, plutôt que de la mort ? D'autant plus qu'au-delà des changements intervenus, leur mission princeps, puissamment investie autant par les attentes sociales que parentales et pour laquelle ils sont dépositaires de compétences liées à leur formation, reste malgré tout et principalement, celle de se porter garants de la naissance vivante.

Deuxième partie : La mort périnatale, son impact sur la division du travail des professions de la naissance.

Chapitre 1 : Du passé au présent, généalogie d'un impact

Le questionnement concernant le vécu des soignants, sages-femmes et obstétricien(ne)s, lorsque leur travail les confronte à la mort périnatale, se décline au fil de l'activité considérée sous toutes ses formes, aussi bien matérielle et concrète, qu'affective, tant à travers les actes et les comportements, qu'en fonction des différentes dimensions subjectives investies. C'est en ce sens que l'activité sera envisagée au fil de cette recherche. Étayer ce questionnement, le comprendre et l'analyser dans toute sa complexité actuelle nécessite un préalable incontournable, celui de replacer la division du travail et des tâches, relative à chacune de ces professions, dans le processus historique de leur constitution. Tant il est vrai que le rapport à la mort périnatale aura été un des maîtres d'œuvre de leur configuration comme de leur évolution. Il est à l'origine de processus et de normes sociales de fonctionnement qui, du passé, conditionnent toujours le présent, y compris par le sens donné à la dimension subjective, fortement investie dans les faits sociaux qu'ils représentent.

1.1 Une approche « interactionniste »

« Aucun travail n'est complètement intelligible si on ne le rapporte pas à la matrice sociale dans laquelle il existe, ou au système social dont il fait partie. Dans la plupart des cas, sinon dans tous, le système social ne se réduit pas au cadre institutionnel reconnu, mais comprend aussi des ramifications lointaines et profondes dans la société » écrit Everett Hughes (1996, p.66). Cette conception, ainsi que la démarche générale du courant de la sociologie interactionniste des années 1950 de l'école de Chicago, permet de dresser une toile de fond et des repères précis pour la manière d'avancer dans la compréhension du rapport avec la mort périnatale qu'entretiennent les professions dédiées à la vie et, à terme, leurs acteurs. L'approche interactionniste reçoit ici son acceptation la plus large puisqu'elle cherche à éclairer la

dynamique interactive des rapports sociaux au travail, dans les situations concrètes, individuelles et microsociales, autant que dans les rapports sociaux collectifs, à différentes échelles, dont ceux qui engagent des processus macrosociaux politiques, économiques ou culturels. L'approche interactionniste cherche à mettre en perspective les liens entre ces deux dimensions, notamment par le fait que les situations de travail, concrètes et singulières, renseignent sur des processus sociaux plus globaux, particulièrement en ce qui concerne leurs dimensions subjectives. De ce fait, l'attention se porte de façon privilégiée sur l'activité liée au métier lui-même, qui décline toujours un savoir particulier avec une division du travail et des tâches spécifique, plutôt que sur le développement et l'organisation d'un ensemble professionnel, à partir de son existence structurée. Les activités professionnelles sont ainsi abordées sous l'angle d'une dimension plus subjective et intersubjective, au-delà d'une simple restitution de leur réalité par l'analyse. Une telle démarche ne cherche pas l'établissement de principes directeurs, de structures formelles, de règles ou de normes, tel que la sociologie française moderne le conçoit avec Durkheim (1858-1917). Mais elle cherche à dégager des processus dynamiques, avec leurs variables spécifiques, à travers des ensembles d'interactions plus ou moins vastes, où « *les ramifications* » historiques ont toute leur place pour une histoire professionnelle passée, qui participe à la construction et à la compréhension de l'histoire actuelle. Les problématiques d'aujourd'hui sont aussi examinées, de ce fait, dans leur lien avec celles du passé, pour les restituer avec une perspective heuristique plus vaste, qui échapperait aux efforts d'une analyse strictement actuelle, particulièrement pour ce qui concerne la mort périnatale.

1.2 La naissance, un commerce avec la mort

De par sa spécificité, indissociable des processus de la vie, la mort périnatale concerne les soignants qui œuvrent sur la scène de la naissance. À tout âge, les professionnels qui tiennent ce rôle sont les sages-femmes ou celles qui en font office, et peu à peu, à partir du XVII^e siècle, les chirurgiens, les accoucheurs, les médecins, qui deviendront, avec l'époque actuelle, les spécialistes de la gynécologie-obstétrique. Sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s, à qui le terme de « soignants » fera plus généralement référence dans cette recherche, exercent chacun un métier dont le point d'orgue est la naissance, tandis que le point de fuite en est la mort, inséparable de cette réalité, en particulier avec la mort périnatale.

« *La mort est dans la vie, la vie aidant la mort. La vie est dans la mort, la mort est dans la vie* », ces vers de Jacques Prévert, évoquent l'indicible de toute humanité avec la naissance,

où comme en doigt de gant, pour toute existence, vie et mort sont consubstantielles. Les soignants dédiés à la vie exercent au cœur de cet indicible, par une activité, certes avant tout centrée sur la naissance, mais qui, inexorablement, se retrouve confrontée plus ou moins souvent à la mort. C'est une première caractéristique indissociable du savoir des métiers, comme de la division du travail et des tâches qui leur incombe à chacun. L'autre caractéristique, non moins essentielle, concerne une activité qui reste exclusivement dédiée au féminin, dans son identité sexuée, puisqu'elle associe obligatoirement la féminité, la sexualité et la maternité, avec la grossesse et la naissance. De tout temps et à tout âge, l'activité de ceux qui œuvrent dans la naissance, quel que soit leur statut professionnel, tisse un rapport intime avec les phénomènes vitaux comme avec les phénomènes mortels à travers la naissance, ainsi qu'avec l'intimité féminine elle-même. C'est pourquoi elle apparaît comme une activité très ambivalente, par un versant aussi sombre que parfois honteux, auquel la mort périnatale a toujours contribué. Il suscite, du passé au présent, des processus de régulations sociales qui contiennent et encadrent les composantes d'un « sale boulot ».

1.3 Un « sale boulot »

1.3.1 La notion de « sale boulot »

En portant son intérêt tout particulièrement sur l'activité déployée dans l'investigation des métiers, à la recherche de dimensions plus subjectives, Everett Hughes dégage une division morale du travail qui organise ces derniers, autant que la division sociale ou technique habituellement mise en avant, à travers leur hiérarchie, leur valorisation ou leur prestige lié à leurs savoirs ou leur expertise en ce sens. Cette division morale se répercute par des interactions incessantes entre les ensembles professionnels eux-mêmes ainsi qu'en leur propre sein. « *Dans chaque métier, certaines tâches sont préférées à d'autres ; certaines sont jalousement défendues, alors que d'autres sont volontiers délégués à ceux qui sont considérés comme inférieurs, comme les femmes ou les noirs, qu'ils se trouvent à l'intérieur ou à l'extérieur de la profession.* » (Hughes, 1996, p.125). Cette activité, reléguée ou déléguée parce que peu prisée, reçoit le nom de « dirty work », le « sale boulot ».

Tous les métiers ont une part de « sale boulot », dès lors que le travail se fait avec les autres, sous leur regard et sous celui de la société, tandis que le groupe professionnel et ses membres veulent croire, faire croire ou faire reconnaître une noblesse à leurs tâches. Les travaux de Dominique Lhuillier reprennent cette approche pour en approfondir les perspectives

psychologiques, liées aux traitements symboliques de l'activité considérée, notamment lorsque, par le biais d'une requalification, les activités stigmatisées peuvent être revalorisées : « *Tout travail implique des jugements en termes de valeur et de prestige. Et tout discours sur le travail réalisé comporte une rhétorique de la valorisation de soi et de la distinction avec les métiers voisins. Valorisation et distinction qui passent par l'occultation, l'évitement, la délégation ou la subversion du « sale boulot »* » (Lhuilier, 2005, p.78). Ainsi l'ordre moral du travail comporte deux types de tâches. D'une part, celles qui sont rejetées normalement par tout le monde, une sorte de « sale boulot » par nature, lié en général à la saleté, aux déchets, à la souillure, la pourriture, soit à des tâches « *physiquement dégoûtantes* ». D'autre part, une autre forme de « sale boulot » vient de « *ce qui est considéré comme peu honorable ou peu respectable* » ou qui représente « *quelque chose de dégradant ou d'humiliant* ». (Hughes, 1996, p.81). Les travaux de Dominique Lhuilier font état plus particulièrement de ces dimensions avec l'exploration de toutes les représentations véhiculées, qui leur sont rattachées, notamment en ce qui concerne le registre symbolique de ces activités, lorsqu'elles se font inévitablement sous le signe d'une certaine honte ou dévalorisation.

1.3.2 Le féminin, le sale, l'intime

Ces différentes notions relatives au « sale boulot » apportent un éclairage historique, psychologique et sociologique essentiel sur l'activité du premier métier actif dans la naissance, celui de sage-femme. L'activité du métier apparaît elle-même comme « dégoûtante », voire menaçante, par l'intimité corporelle génitale et sexuelle féminine à laquelle elle expose :

« Le féminin apparaît comme l'expression toujours privilégiée d'une soumission au corporel, aux pulsions incontrôlées. Parce qu'elle est celle qui fabrique et donne la vie, celle qui nourrit et qui soigne, qui baigne et qui berce, la figure de la femme évoque son rapport privilégié à une corporéité qui rappelle trop la nature animale de l'humain. L'entretien de l'ordre symbolique passe par une domination, domestication de tout ce qui est perçu comme un retour en force de la nature, comme un retour à la confusion, à l'indifférenciation dans ce corps à corps premier avec la mère. Les déchets féminins sont synonymes de souillures : ils sont signe d'une nature toujours persistante, irréductible et inconvenante. » (Lhuilier, Cochin, 1999, p.66-67).

C'est ainsi que l'imaginaire, développé à partir du déchet et de la souillure étaye une organisation sociale attenante, qui témoigne à la fois d'une régulation psychologique et d'une régulation sociale, face aux rapports entretenus avec ce qu'ils représentent et les activités qui

les concernent ; ce que Dominique Lhuilier (2011) appelle le « travail du négatif-psychosocial ». Le déchet et la souillure, par ce qu'ils signifient en termes de dégradation, dissolution, disparition, perte, sont inévitablement source d'angoisse dans la mesure où, porteurs d'impermanence, ils rappellent le travail de la mort. Lorsqu'il s'agit du corps, le cadavre en tant que déchet en est le plus angoissant. Occulter ces dimensions pour les oublier, ne pas les voir ou ne pas les reconnaître commande un effort de construction à la fois psychologique et social, l'effort du « travail du négatif psycho-social ». Rapportées à l'activité du métier de sage-femme, elles portent invariablement la marque du négatif, par le féminin, par ses déchets et la souillure qu'il peut représenter. Sa charge négative n'en est que plus grande dans la promiscuité avec la mort, lorsque la mortalité maternelle et périnatale est considérable.

1.3.3 Une activité dédiée aux femmes, circonscrite aux femmes

Pendant longtemps, la mort périnatale s'inscrit dans l'ombre de l'activité déployée par ceux qui œuvrent pour la naissance, tel un négatif dont le poids se mesure à l'effroyable mortalité maternelle, périnatale et infantile. Les analyses démographiques, postérieures à 1700, donnent une mortalité infantile générale de 0 à un an autour de 20 à 30%, tandis que la mortalité des enfants de 0 à 14 ans est de 40% (Braudel, Labrousse, 1970, p.36). « *Morts nés, morts des premiers jours, du premier âge, ou des premières années : le tout cumulé représente quelque 40 à 50%, parfois plus selon les démographes* » constate Michel Vovelle (1974, p.19) dans « Mourir autrefois ». Avant la fin du XVIII^e siècle, l'annonce d'une naissance future portait avec elle tout autant un message funeste, pour la mère ou l'enfant, tandis que « *le cimetière est au cœur du village, au centre de toute vie. Banalités qu'il faut répéter* » (Braudel, Labrousse, 1970, p.35). C'est dans ce terrible contexte que les femmes accouchent et donnent naissance, aidées de leurs semblables. La naissance, et avec elle la mort périnatale, ont été de tout temps, et dans quasiment toutes les sociétés précédant notre époque, d'abord une histoire de femmes, une histoire d'entraide, de secours et d'assistance entre soi, entre femmes. Cette histoire suit une longue trajectoire durant laquelle l'activité de celle qui aide la femme qui accouche passe progressivement de la simple assistance, ou d'un savoir empirique transmis oralement et puisé dans l'expérience, à des connaissances plus rationnelles qui intègrent un savoir clinique fondé sur l'anatomie, la physiologie et la mécanique de l'accouchement.

Longtemps aussi ce métier de femmes n'intéressait pas les hommes. Jusqu'au XVII^e siècle d'ailleurs, la sage-femme était seule admise dans le cercle familial pour assister les femmes. Ainsi l'intervention des hommes dans les accouchements fut-elle gardée à distance par

l'effet des tabous sociaux, religieux, l'indécence d'observer et de toucher les organes génitaux féminins, la honte, l'impureté supposée, la peur, la pudeur ou l'inconvenance sociale, doublée du refus des femmes. Cela, même si une partie d'entre eux est déjà fascinée par les « secrets des femmes », ceux qui concernent la sexualité féminine, la procréation et la génération, que l'intérêt du XVI^e siècle pour l'anatomie et la dissection (Park, 2006) tentera de percer, bien avant l'engouement ultérieur.

Sans accès au corps des femmes, le *Secreta Mulierum*, dans son titre latin, ce fameux manuel du Moyen Âge en fut longtemps, pour tous, la seule instruction possible. Ce savoir revenait aux sages-femmes, dépositaires d'une forme de connaissance que les femmes avaient d'elles-mêmes. Les matrones, bonnes-femmes, ventrières ou accoucheuses des milieux ruraux, qui ne savaient pas lire, pratiquèrent longtemps un art empirique populaire, alors que dans certaines villes, mais surtout à Paris, des « apprentisses » étaient déjà formées dans les hospices comme l'Hôtel-Dieu, dès 1630. Dans ces institutions charitables religieuses qui recueillaient les pauvres, les filles mères et les filles publiques pour accoucher, elles bénéficièrent très tôt d'une vraie formation, enseignée par des maîtresses sages-femmes qui possédaient un vrai savoir (Beauvalet-Boutouyrie, 1999). Ces dernières furent les premières véritables obstétriciennes, qui formeront plus tard chirurgiens et accoucheurs, avant d'être supplantées. La dénomination « sage-femme » traverse le temps, et résiste d'ailleurs toujours actuellement à un changement de nom, celui de « maïeuticien(ne) », proposé avec des études spécialisées devenues « les sciences maïeutiques ». Il tire son origine du moyen-âge qui utilise le mot « saïge », « saïve » puis « sage », c'est-à-dire avisée ou savante, en référence au latin « sapere ». Ce terme lui-même désigne une science ou un savoir plus général et sous-entend « sage », « être perspicace » ou « comprendre ». Le mot « femme », quant à lui, ne désigne pas initialement celle qui assiste l'accouchement, mais bien la femme en couche qui bénéficie de ce savoir.

Cette activité constitue ainsi le plus ancien métier de femme, reconnu et réglementé par des statuts, percevant une rémunération ou une pension, totalement indépendant des médecins, c'est-à-dire des hommes à l'époque. Une indépendance consécutive aux tabous sociaux en vigueur, qui n'en reste pas moins étroitement sous contrôle, puisque la sage-femme, seul témoin de la naissance, est aussi celle qui peut être soupçonnée de participer à des pratiques déviantes par des avortements ou des infanticides, soit être cause de morts périnatales. C'est pourquoi son activité sera longtemps exclusivement contrôlée par l'Église avant de l'être aussi par l'État, à partir du XVIII^e siècle. Dès 1664, les matrones et les sages-femmes sont agréées à la corporation

de Saint-Côme²⁷ des chirurgiens ; un certificat de bonne moralité fait souvent partie des actes à produire, pour obtenir la licence d'exercer des autorités, tandis que, dans l'est de la France et de l'Allemagne, les sages-femmes doivent prêter serment, dès le XVe siècle (Gélis, 1988). Il est question de s'assurer non seulement des « *capacités obstétriques de la nouvelle candidate, mais surtout de sa bonne réputation et de sa fidélité à la sainte religion* » (Bechtel, 1997, p.595).

1.4 L'organisation sociale du « sale boulot »

1.4.1 Les systèmes de castes

Parce que la femme est considérée comme impure, tout autant que le contact avec le sang menstruel ou associé à la naissance, ou le contact avec les pertes corporelles ou le corps d'un fœtus mort, de nombreuses religions, à forte influence sur la société, auront conduit à considérer l'activité sage-femme également comme telle. Dans les sociétés à système de castes, ces activités sont ainsi reléguées à celles et ceux qui sont écartés de la hiérarchie sociale, à travers une division du travail et des tâches afférentes au « sale boulot ». En Inde, elles concernent les « Dalits », les opprimés, exclus du système des castes ; appelés ainsi depuis 1996, alors qu'ils furent longtemps stigmatisés par la dénomination « d'intouchables ». « *Dans toute l'Inde, les intouchables participent activement aux rituels des cycles de vie en absorbant le mauvais augure et les pollutions [...] En Inde centrale, les sages-femmes proviennent des castes intouchables. Les intouchables sont encore fossoyeurs, messagers (conviant les mauvaises et funestes nouvelles), tanneurs et, bien entendu, balayeurs* » (Deliège, 1995, p.188). Ce que Louis Dumont rapporte également dans son analyse du « système des castes et de ses implications », en précisant que les femmes intouchables sont « *souvent des accoucheuses* » (1966, p.174).

Le Japon a, lui aussi, depuis des centaines d'années une catégorie d'intouchables appelés les « burakumins », les « gens des hameaux », autant ostracisés que ces derniers, et qui comptent parmi eux traditionnellement des sages-femmes, de par leur activité : « *So, today's burakumin, 2,5 per cent of Japan's population, are descendants of the leather workers, animal slaughterers, executioners and grave diggers, who were stigmatized by their trade. All debarred*

²⁷ Louis XIV ordonne en septembre 1664 qu'elles soient examinées et approuvées par les chirurgiens de la corporation Saint-Côme et Saint Damien.

from normal social intercourse because of Buddhist strictures which said all who killed (and eat meat) were impure. Even those associated with blood and death (i.e. midwives, surgeons) were subjected to some form of segregation » (Lamont-Brown, 1993, p.137). Cet ostracisme de fait, qui conjugue les obstacles pour les burakumins pour s'instruire, se former, se marier ou trouver du travail est toujours socialement actif, même s'il est caché et dénié, ne serait-ce qu'au regard du fait que ce sont essentiellement des burakumins qui ont été envoyés sur le site hautement radioactif de Fukushima pour le nettoyer (Soubrouillard, 2011, Witherspoon, 2012). Dans la société japonaise, cette appartenance est taboue. Pourtant Nakagami Kenji (1946-1992), un des plus grands écrivains japonais du XXe siècle, aborde ce thème avec constance dans ses romans, étant lui-même d'origine burakumin, alors qu'il l'a longtemps cachée. L'accoucheuse ou la sage-femme apparaissent dans deux de ses romans, « *Miracle* » et « *Mille ans de plaisir* », comme faisant partie du monde des burakumins qu'il n'a cessé de décrire.

La France a eu, elle aussi, ses « intouchables » avec les cagots, marqués ainsi par leur naissance, assimilés à des lépreux non contagieux et une « race maudite » (Francisque-Michel, 1847). Pendant 8 siècles, ils sont condamnés au travail du bois, à l'endogamie, comme de rester à l'écart des villes et des autres habitants, y compris pour être enterrés à part dans les cimetières. De nombreuses archives historiques existent, rapportant la régulation d'un système d'exclusion institué pour ces populations, habitant majoritairement dans le sud et le sud-ouest de la France jusqu'au XVIIIe siècle (Guerreau, Guy, 1988). Dans ce système d'exclusion, l'activité de sage-femme est, là aussi, reléguée principalement aux femmes des cagots. « *Rappelons qu'à la fin du XVIIe siècle et surtout au XVIIIe siècle un grand nombre de cagotes étaient sages-femmes* » note une recherche historique concernant les cagots du sud-ouest (Fray, 1910, p.64). Ainsi, avec une remarquable constance, dans le système social des castes, l'activité des sages-femmes est régulièrement celle d'une femme appartenant aux groupes relégués socialement et dont les métiers portent la marque du « sale boulot ». Toute l'histoire de l'activité traditionnelle de sage-femme porte très fortement la marque d'un travail du négatif psycho-social, où « *la constance et l'efficiace de la structure sociale* » se font essentiellement grâce à « *l'éviction à la périphérie de ce qui porte la marque du négatif. Cette éviction qui traduit un mode de neutralisation du « mal » et de purification par rejet et mise à l'écart, fabrique des organisations et des métiers spécialisés dans le traitement des « résidus »* » (Lhuilier, 2005, p.94).

1.4.2 Les stigmates du « sale boulot »

Dans la société traditionnelle à domination masculine, sous forte influence religieuse,

l'activité des sages-femmes est ainsi toute désignée pour supporter bien des projections qui assurent, tel un « mode de neutralisation du « mal » », une lutte contre les angoisses liées à la mort dans la naissance : « *Les sages-femmes étaient tenues pour spécialement dangereuses. La mortalité périnatale était alors considérable dans tous les pays d'Europe et il était facile de trouver les coupables de la mort des nouveau-nés ou des enfants en bas âge chez celles qui les mettaient au monde ou qui accompagnaient leurs premiers mois* » écrit Guy Bechtel (1997, p.595) dans sa somme historique, « La sorcière et l'occident ». Il souligne que « *Le « Malleus maleficarum »²⁸ avait déjà attiré l'attention sur la nécessité de surveiller les sages-femmes. Il était donc tout naturel qu'un certain nombre d'entre elles soient accusées de sorcellerie* » (p.596). Les accusations de pratiques déviantes ou maléfiques (Muchembled, 1993) sont rapportées par bon nombre de travaux, alors que l'activité ordinaire est stigmatisée par les risques qu'elle comporte.

Ainsi Ramazzini, professeur de médecine à l'université de Padoue, publie en 1700 la première recherche sur les maladies professionnelles, où l'activité sage-femme apparaît comme un métier d'artisan à risque, sous la figure d'un « sale boulot ». Celle des médecins reste absente de ce classement. Les sages-femmes apparaissent, juste après les fossoyeurs et avant les maladies des nourrices : « *Il y a une très grande différence entre l'office des sages-femmes et celui des fossoyeurs, puisque celles-ci amènent les hommes à la lumière, et ceux-ci ne s'occupent d'eux que quand ils en sont privés : cependant l'un et l'autre de ces ouvrages, ayant pour époque l'un le commencement, l'autre la fin de la vie, se réunissent pour prouver la malheureuse condition de l'homme* » (1778, p.73). Ramazzini évoque les conséquences de l'exposition aux écoulements des femmes, utérins avec le sang ou les « *lochies qui arrosent leurs mains* », aux flux menstruels dont la « *qualité nuisible* » est reconnue, comme aux contaminations par la vérole qui les oblige à se protéger « *les mains avec du linge* » (p.74-75). Ingrate et fatigante, côtoyant la vie, mais aussi bien souvent la mort, cette activité intéresse peu les hommes, d'autant plus que s'occuper des femmes n'est guère valorisant.

En référence aux travaux de Dominique Lhuillier, le métier traditionnel de sage-femme apparaît ainsi comme particulièrement ambivalent par son activité, car situé sur des frontières, sociales, psychologiques et symboliques, qu'il doit maintenir. Et cela pour assurer la contenance

²⁸ Le *Malleus Maleficarum* ou « Marteau des sorcières », publié en 1486 à Strasbourg, est un traité dominicain qui aura été le principal manuel de chasse aux sorcières, car légitimé par une bulle du pape Innocent VIII.

de ce qu'il est censé garantir : la vie plutôt que la mort, avec les angoisses qu'elle génère ; la contenance de tout ce qui est craint de la féminité, particulièrement ce pouvoir de donner la vie ; celle d'un ordre social, donné par l'Église, auquel il faut veiller avec le baptême ; mais aussi celle d'un ordre social qui entretient la domination masculine. Car même si cette activité peut rester autonome, à l'intérieur de ses propres frontières dans l'entre-soi des femmes, elle garantit par-là même le contrôle fait par les hommes à sa périphérie, que ce soit par les hommes d'Église ou les hommes de l'art, les chirurgiens, que la sage-femme a l'obligation d'appeler si elle est en difficulté, même s'ils n'ont jamais assisté à un accouchement. En dernier lieu, fût-il symbolique, l'autonomie de l'activité est sous le contrôle des hommes. L'imaginaire social et les représentations relatives au métier de sage-femme sont ainsi fortement déterminés par son rapport à la mort dans la naissance, conjugué à celui du rapport social entretenu avec le féminin, strictement tributaire de la place faite aux femmes dans la société.

Chapitre 2 : la lutte contre la mort dans la naissance

Cet ordre séculaire entretenu, par une activité liée au métier de sage-femme, vient toutefois à être modifié lorsque le rapport à la mort dans la naissance est lui-même bousculé, à travers des changements macrosociaux sans précédent, qui sont à la fois politiques, économiques et culturels. Comme le montre l'historien Jacques Gélis (1984, 1988), au Siècle des Lumières l'effroyable mortalité maternelle et infantile devient insupportable avec la révolution des consciences liées aux progrès scientifiques. Au sein « *d'une société tellement façonnée par la religion* », qui entraîne un mur de réticences de la part des femmes, il pointe l'effort de l'État, mais surtout le rôle prépondérant de l'Église qui finit par accepter l'intervention de « *l'homme-accoucheur que le pouvoir royal essaye de pousser sur le devant de la scène* » (1988, p.389) devant la mauvaise réputation de l'accoucheuse sans formation, mais surtout face aux ravages de la mort dans la naissance. Jacques Gélis tempère ainsi des visions trop réductionnistes qui verraient ces changements uniquement liés aux seuls progrès médicaux, portés par les médecins, tandis que « *les femmes, éternelles mineures, seraient alors tombées dans la dépendance du corps médical masculin* » (p.388). La conjonction de ces processus macrosociaux s'appuie sur l'acquisition de savoirs, de progrès des connaissances et des techniques médicales qui font des enjeux liés à la mort dans la naissance, qu'elle soit maternelle ou périnatale, leur levier majeur. Toutefois, dans une société qui perpétue les

rapports de pouvoirs sexués, c'est à l'intérieur de l'activité de sage-femme elle-même que se profile le changement majeur, par l'irruption des hommes de l'art, les chirurgiens, puis les médecins. Une lutte acharnée, à travers le rapport à la mort entretenu par ces professions, devient le maître d'œuvre de leurs reconfigurations. Elles conduiront peu à peu à la situation actuelle, où les frontières des activités reconfigurées suivent toujours l'ordre issu de la notion de « sale boulot ». De nouvelles segmentations professionnelles apparaissent. Elles transformeront l'activité de sage-femme par une redistribution, où progressivement, les médecins, tous des hommes, se réserveront les tâches considérées les plus valorisantes ou prestigieuses, tandis que les autres seront laissées aux sages-femmes, toutes des femmes, dans le sens d'une division sociale, psychologique et morale du travail, telle qu'elle a été déjà envisagée. Elles reconfigurent en même temps le rapport à la mort dans la naissance, entretenu par ces professions, en le plaçant au cœur de l'expertise de l'activité du médecin et à la périphérie de celle de la sage-femme. Un bref rappel historique permet, là aussi, d'atteindre des ramifications historiques, qui ont toujours toute leur importance actuellement dans la compréhension des faits sociaux relatifs à ces professions, ainsi que leur rapport à la mort dans la naissance, soit aussi celui qui concerne la mort périnatale aujourd'hui.

2.1 L'organisation d'une lutte

Au XVIII^e siècle, la lutte contre la mort dans la naissance devient le terrain privilégié d'âpres batailles de territoire et de reconnaissance, entre les métiers de sage-femme et ceux de chirurgien ou de médecin. Dans un premier temps, cette lutte profite aux sages-femmes.

2.1.1 Lutter par la formation des sages-femmes

Louise Bourgeois (1563-1636) est la première figure de sage-femme instruite à une époque où la situation des villes est sans comparaison avec celle des campagnes. Élève d'Ambroise Paré (1510-1590)²⁹, à qui les accouchements laborieux inspiraient parfois autant d'effroi que les scènes de champs de bataille (Stoff, 1998), elle met en pratique ses

²⁹ Il abandonnera définitivement la référence à la médecine de Galien (131-201), ses connaissances anatomiques animales, ses conceptions médicales, qui avec celles d'Hippocrate (460-370 av JC) se fondent sur le pouvoir des émotions et de l'imaginaire, et dominant encore la médecine jusqu'au Moyen-Âge. Chirurgien de guerre et des champs de bataille, Ambroise Paré revoit l'anatomie, pratique des ligatures, invente la suture du périnée et redécouvre les principes de l'extraction podalique pour l'accouchement difficile.

apprentissages et son enseignement³⁰. Ambroise Paré avait lui-même tiré ses préconisations de ses interventions à l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il était appelé par une maîtresse sage-femme auprès des accouchements difficiles. En 1609, Louise Bourgeois rédige le premier traité d'obstétrique français, qui soit écrit par une femme (Gélis, 2009). Mais ce n'est qu'au XVIIIe siècle et sous l'impulsion de l'État, qu'Angélique Du Coudray (1712- 1792), maîtresse sage-femme de l'Hôtel-Dieu, fera un tour de France de 25 années, pour instruire avec un minimum de formation les futures sages-femmes, choisies par les diverses autorités du pouvoir public et de l'Église, surtout les curés des paroisses. Elle formera près de 5000 sages-femmes et une centaine de médecins dans toute la France entre 1759 et 1783. Elle enseignait grâce à son célèbre mannequin³¹ et un manuel d'accouchement³² qu'elle avait conçu elle-même (Gélis, 2004). Bien que sa mission soit d'éduquer surtout les accoucheuses des campagnes, qui ne savaient souvent ni lire ni écrire, elle participe au changement radical de la formation des sages-femmes par des instructeurs, souvent des chirurgiens. Ses outils permettront une continuité d'instruction et conduiront à la création de véritables écoles régionales pour la formation des sages-femmes.³³ Elle s'accompagne du refus de plus en plus vif de l'accoucheuse traditionnelle, mais aussi de l'intérêt pour la mise au point de techniques et d'instruments qui amélioreront les conditions de la naissance, en faisant reculer la mort, qu'elle soit maternelle ou périnatale. La formation et l'acquisition d'un savoir rationnellement fondé, par les femmes que sont les sages-femmes, sont ainsi possibles et promues par la volonté politique de faire reculer la mort dans la naissance. Toutefois c'est en compétition avec le savoir des hommes de l'art qui s'imposera progressivement, tandis qu'eux aussi se livreront une bataille de prestige et de pouvoir sur le même terrain.

2.1.2 Une lutte armée grâce à des instruments efficaces

Le Moyen-Âge dresse le portrait du médecin, qui sait lire, parle latin, a fait des études, possède des connaissances y compris religieuses, mais ne fait aucune intervention corporelle. Il s'oppose au barbier, qui ne sait pas lire, n'a pas fait d'études, mais dont l'activité est une

³⁰ Toujours d'actualité, elle met en pratique l'extraction podalique par version interne des fœtus mal placés, préconisée par Ambroise Paré lui-même, et que celui-ci avait repris à Soranus d'Ephèse, IIe siècle après J-C, auteur du plus ancien traité d'obstétrique connu.

³¹ Le musée Flaubert et d'histoire de la médecine de Rouen conserve l'unique mannequin restant de la « machine » de Madame Du Coudray.

³² Abrégé de l'art des accouchements

³³ La plus ancienne, cependant, a été fondée à Strasbourg dès 1738.

pratique corporelle constante, au sein d'une corporation nombreuse et puissante. La Renaissance verra s'opposer les médecins aux premiers chirurgiens dans l'art de guérir, tout en entretenant parfois une certaine confusion autour de celui qui est chirurgien, ayant des connaissances médicales tout en n'opérant pas, et celui qui est chirurgien-barbier et qui n'en a pas. Cependant, « *La barberie-chirurgie a toujours été considérée avec le plus profond mépris par les médecins. Pourtant au XVIe et XVIIe siècle, avec Paré et Guillemeau³⁴, la science des accouchements s'affirme et les progrès qu'elle réalise contribuent à rehausser le prestige de l'ensemble de la chirurgie* ». (Gélis, 1977, p.947). En effet, la chirurgie, avec la possibilité d'intervenir pendant la naissance par des extractions instrumentales, permettra aux hommes savants d'entrer dans le monde secret des accouchements des femmes, là où aucun autre, pendant des millénaires, n'aura été accepté. Car médecins, chirurgiens et plus tard accoucheurs, tous sont des hommes, et le resteront quasiment exclusivement jusqu'au début du XXe siècle. Non sans avoir su dépasser les réticences, les tabous et l'indécence liés à un exercice qui fait commerce de l'intimité des femmes, alors qu'elles sont obligées de choisir entre la peur « *de mourir ou celle d'être vue et touchée(s) par un homme* » (Gélis, 1988, p.306). Une indécence que certains médecins d'ailleurs dénonceront parfois eux-mêmes.³⁵

Pour autant les corporations de chirurgiens s'opposeront aussi aux sages-femmes, par d'âpres concurrences. Sont dénoncées, de part et d'autre, l'ignorance, la méconnaissance et « *l'impéritie des matrones* » autant que celle « *des hommes de l'art* », des chirurgiens « *qui n'ont parfois jamais assisté à un seul accouchement, se mêlent d'intervenir, emploient les instruments dans n'importe quelles conditions et créent l'irréparable* » (Gélis, 1977, p.930). Néanmoins, la concurrence professionnelle s'établit autour du rapport entretenu avec la mort dans la naissance, dans la capacité à lui faire perdre du terrain, de plus en plus favorable aux chirurgiens, puis aux accoucheurs proprement dits, grâce aux développements d'instruments *ad hoc*, avec le forceps. Le principe du forceps fut inventé en Angleterre par Peter Chamberlen (1560-1631)³⁶, mais ce n'est qu'au XVIII^e que de nombreux modèles se répandent³⁷. La grande variété de forceps inventés par les chirurgiens ou accoucheurs, chacun cherchant à imaginer le sien et à rivaliser

³⁴ Jacques Guillemeau (1550-1613) : chirurgien-accoucheur, élève d'Ambroise Paré

³⁵ Hecquet Philippe (1708) : *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*, Paris, Librairie Jacques Etienne. Cet ouvrage a été réédité le siècle suivant.

³⁶ Gardé secret pour en conserver l'exclusivité, il fut longtemps une sorte de propriété familiale.

³⁷ Il n'y en avait pas moins de 53 espèces différentes avec 40 sortes de leviers pour accouchement en 1794, avant que les plus sûrs ne s'imposent (Schweighauser, 1801).

avec les autres, s'accompagne de la place toujours plus grande qu'ils prennent dans la naissance, notamment par le recours obligatoire pour la sage-femme à leur intervention, en cas d'accouchement difficile. Dès lors que la lutte contre la mort dans la naissance devient l'affaire des hommes de l'art, le prestige majeur revient peu à peu à la reine de l'art médical, la chirurgie.

2.1.3 Lutter avec l'art de la guerre, la chirurgie

L'art chirurgical s'est développé sur les champs de bataille : Ambroise Paré, son père fondateur lui donna ses lettres de noblesse et fut chirurgien de guerre avant d'être chirurgien du roi. La chirurgie devient une véritable science en 1731, avec la création de l'académie royale de chirurgie par Louis XV. L'imaginaire de cette discipline montre peu à peu le chirurgien comme capable de vaincre l'urgence vitale, par des actes visibles à ses yeux et aux yeux des autres, où il serait à égalité avec les forces de la nature et de la vie, en triomphant de la mort. C'est pourquoi, à côté des instruments développés pour les accouchements difficiles, le recours à la césarienne sur femme vivante, même si elle reste longtemps extrêmement rare, alimente des préoccupations que les chirurgiens entretiennent eux-mêmes. Gélis considère que c'est là pour eux l'ambition et le « *désir d'égaliser les médecins dont ils avaient longtemps supporté le mépris* » (1988, p.367). Elle n'est plus une opération désespérée grâce à Adolf Kehrer (1837-1914)³⁸, qui invente en 1881 la conservation de l'utérus par suture chirurgicale de son ouverture, auparavant enlevé ou laissé béant. Ainsi la mortalité maternelle et périnatale chute drastiquement, tandis que la césarienne s'inscrit comme une victoire inégalée dans la lutte contre la mort dans la naissance et fera rapidement le tour du monde (Lehmann, 2006).

Avec les instruments, l'intervention « armée » techniquement offre le meilleur rôle dans la lutte contre la mort dans la naissance, sous la figure de celui qui se bat et l'emporte hardiment, soit des dispositions sociales masculines fortement genrées et valorisées. Face aux sages-femmes cette intervention, « *s'immisce dans la relation fondamentale de leur activité* » (Hughes, 1996, p.67), tandis que ces dernières supportent un tri, fait au regard de ce nouveau rapport à la mort dans la naissance. C'est ainsi que certaines tâches spécifiques valorisées lui sont reprises ou interdites, alors que d'autres lui sont déléguées, « *c'est-à-dire déclassées* » (Hughes, 1996, p. 65). Car cette immixtion est conforme à l'expression des rapports de pouvoir sexués, solidement enracinés, tels qu'ils se sont structurés dans la société traditionnelle.

³⁸ Une première réalisée le 25 septembre 1881 à Heidelberg,

Conférés par le savoir et les techniques médicales, ils mettent en avant des caractéristiques dites viriles, portées par la profession des hommes-chirurgiens puis des hommes accoucheurs, les futurs obstétriciens(ne)s, notamment celles liées aux différentes formes de pouvoir : pouvoir sur la mort, sur les femmes, sur le monde ou encore pouvoir des apparences, lié au prestige social. Et, ce faisant, les sages-femmes sont progressivement soumises au contrôle médical, qui les oblige à l'assistance plus qu'à l'intervention, mais surtout au retrait féminin, habituellement attendu des femmes par la société. En France, les premiers accoucheurs, qui pratiquèrent exclusivement les accouchements, furent tous également des chirurgiens. Ce ne fut pas le cas dans d'autres pays d'Europe. Ainsi l'activité chirurgicale est l'élément majeur dans l'organisation de l'activité obstétricale, avec de nouvelles segmentations professionnelles en son sein, entre conflits et négociations corporatistes internes ou externes. La capacité d'intervenir avec des instruments modifie les perceptions et les valeurs liées à l'activité déployée dans la naissance, jusqu'alors domaine d'exclusivité des sages-femmes, par « *l'ambiguïté particulière de ce qui est considéré comme honorable, respectable, propre, et prestigieux, par opposition à ce qui est peu honorable ou peu respectable, et à ce qui est sale ou minable* » (Hughes, 1996, p.63).

Ces oppositions délimitent bien des frontières entre « *les faisceaux de tâches* », par la revalorisation de certains d'entre eux, tout en déclassant les autres, générant ainsi une nouvelle division sociale, psychologique et morale du travail. Les remaniements des conformations et des frontières professionnelles y correspondent. L'activité chirurgicale revalorise les chirurgiens ou les accoucheurs, face aux médecins, autant qu'elle efface l'impudeur, la honte ou l'indécence d'intervenir dans l'intimité des femmes, devant l'éclat apporté par les victoires sur la mort maternelle et périnatale. Avec elle, le rapport à la mort dans la naissance n'est plus seulement inscrit dans le pouvoir de donner la vie, déposé dans le corps des femmes, mais il se conjugue aussi dorénavant avec l'art de ces hommes capables, sous une certaine forme, de l'égaliser, tandis que les sages-femmes sont renvoyées à plus de retrait et d'humilité.

2.2 Vaincre la mort, une affaire d'hommes

Face à la mort dans la naissance, l'évolution des connaissances théoriques et pratiques en médecine se fait sur un mode paradoxal, pour les sages-femmes. Elles seront formées à des savoirs, fondés et prouvés, rationnellement, mais ce savoir est d'abord aux mains des hommes, qui en interdiront le plein accès aux femmes, soit aussi aux sages-femmes. La médecine occidentale n'est pas une affaire de femmes, même si quelques exceptions confirment cette

règle, comme la célèbre et énigmatique Trotula de Salerne, médecin et chirurgien au XI^e siècle. Si les femmes et les enfants gagnent en droits à la sécurité, à la protection face au spectre omniprésent de la mortalité dans la génération, les sages-femmes, comme les femmes, perdent progressivement, sur un mode tout à fait paradoxal, l'expertise de la connaissance et du contrôle du corps des femmes, ainsi que leur autonomie dans l'appropriation exclusive par les hommes des savoirs érudits, transmis et produits, comme le montrent de manière éclairante les travaux de Monica Green (2004).

2.2.1 Une médecine virile

L'entrée des femmes dans la profession médicale suit le mouvement progressif de leur accès à l'instruction, à l'enseignement et aux savoirs. Inversement les femmes, à travers les sages-femmes, sont disqualifiées partiellement de leurs savoirs, dans le jeu social de la dépendance des femmes vis-à-vis des hommes, ainsi que dans celui des enjeux corporatistes qui s'en nourrissent. Devenir médecin, plus encore chirurgien, est une longue bataille pour les femmes. Nathalie Pigéard-Micault (2011) analyse particulièrement cette question. Les interdits opposés aux femmes, qu'elle identifie, seront aussi des obstacles pour la formation des sages-femmes. Ils permettront aux hommes-médecins de prendre plus facilement leur place auprès des femmes et de contrôler leur activité, dès lors que l'enseignement universitaire avec la formation médicale leur est refusé, là où d'autres pays auront parfois des cours de médecine, réservés aux femmes. Les arguments des opposants à l'entrée en médecine des femmes reposent sur l'atteinte aux bonnes mœurs, mais surtout sur des représentations considérées comme naturelles, allant de soi, liées à la « nature » même de la femme. Sa nature physique, sa faiblesse pendant les menstruations qui l'obligerait à se ménager, son ventre alors qu'elle est enceinte, la rendrait incapable de soulever des malades, ou en obstétrique, de fournir l'effort physique nécessaire à l'utilisation d'instruments comme les forceps : « *En 1875 une campagne de presse orchestrée par les journaux et périodiques médicaux est dirigée contre les sages-femmes. Deux motifs sont invoqués pour obtenir l'abolition de l'institution des sages-femmes : l'infériorité physique et l'infériorité intellectuelle du sexe féminin* » (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p.195).

Femmes et sages-femmes sont ici logées à la même enseigne. Il est aisé de comprendre qu'elles ne sont pas des adversaires de taille, capables de faire front avec la médecine, dans ces batailles qui l'opposent à la maladie et à la mort. On reproche aussi à la femme sa nature « esthétique ». *A priori* belle et délicate, approcher la vulgarité des corps l'indispose. Sa nature « sensible » devrait l'éloigner de la saleté, du sang et des corps découpés. Il lui faudrait renoncer

au mariage et à sa féminité pour pratiquer la médecine. Enfin sa nature orgueilleuse et ambitieuse est avancée, « *sinon pourquoi ne pas se contenter d'être infirmière ou sage-femme ?* »³⁹. En somme il s'agit de tracer des frontières psychologiques et morales pour une division du travail qui ne menace pas les représentations sociales, ayant trait au féminin.

Cette question de la nature propre de la femme, inférieure à l'homme, affirmée par Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) dans *l'Émile* (1762) alors même qu'il s'oppose comme précurseur des idées républicaines au droit du plus fort dans *le Contrat social* (1762), n'aura pas été balayée par la Révolution. Avec le Code dit Napoléon de 1804, la femme mariée retrouve même une place inférieure, dans pratiquement tous les domaines. Jusqu'en 1938, elle ne peut guère s'inscrire à l'université sans l'autorisation de son mari et jusqu'en 1965 elle n'est pas censée pouvoir travailler sans son accord. Après Madeleine Brès, la première femme médecin française en 1875, la première femme médecin titulaire des Hôpitaux à Paris est Thérèse Bertrand-Fontaine en 1930. En chirurgie, cependant, au début du XXe siècle, les femmes sont toujours rares. Dans cette spécialité, elles le restent de façon significative, encore aujourd'hui, alors que le corps médical s'est fortement féminisé dans son ensemble. Jugées trop fragiles pour un métier difficile, discréditées d'avance par une éventuelle future maternité, elles doivent toujours, plus qu'ailleurs, y « *faire leurs preuves* ». Cette spécialité porte actuellement toujours les caractères sociaux dits masculins les plus forts, valorisés comme tels, par sa technicité et son pouvoir d'intervention face au corps abîmé ou face à la mort (Zolésio, 2011, 2012). La valorisation de l'activité chirurgicale est toujours marquante dans les configurations professionnelles actuelles, que ce soit dans la division du travail entre sages-femmes et obstétriciens, ou encore dans la valorisation des segmentations professionnelles des spécialités médicales elles-mêmes, dont l'obstétrique.

2.2.2 Désarmer les femmes sages-femmes

Initiée sur le terrain du rapport à la mort dans la naissance, sages-femmes et médecins, s'engagent dans une inévitable confrontation des rapports sexués, à travers le face à face professionnel, comme vis-à-vis de l'objet de leur activité qui concerne les femmes. Les rivalités de pouvoir et de prestige entre médecins et chirurgiens rendent les enjeux, liés à la lutte contre

³⁹Pigeard-Micault, Paris X, EA 373, Histoire de la philosophie, Histoire des sciences: Histoire de l'entrée des femmes en médecine: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/femmesmed.htm>, consulté le 2 avril 2015.

la mort dans la naissance, d'autant plus précieux pour ces derniers. L'ensemble de ces interactions sera de plus en plus défavorable aux sages-femmes, suite à un double jeu d'exclusion qui écarte les femmes de l'activité médicale, tandis que celle des sages-femmes, par là même, en sera minimisée le plus possible. Il faudra les bouleversements de la Révolution pour réunir chirurgiens et médecins en un même corps professionnel. En 1806 Napoléon nomme Jean-Louis Baudeloque, chirurgien-accoucheur, à la première chaire d'obstétrique, qui devient ainsi une discipline médicale reconnue. Car seul l'établissement de la pratique des accouchements comme une véritable spécialité médicale à part entière permet la constitution du corps des accoucheurs des hôpitaux, officiellement constitué à partir de 1881⁴⁰, et signe l'apparition d'une nouvelle profession médicale à une époque où n'exerçaient dans les hôpitaux, que les médecins et les chirurgiens. À Paris, la maîtresse sage-femme, qui faisait encore usage des instruments et décidait seule de recourir ou non au chirurgien en chef de la maternité, perdra elle-même son indépendance, devant le médecin accoucheur des hôpitaux, directeur des services d'accouchement hospitalier. Si, depuis 1755, l'exercice de la chirurgie est interdit aux femmes, pour les sages-femmes, l'interdiction d'utilisation des instruments n'est formellement établie qu'en 1892 (Beauvalet-Boutouyrie, 1999). Cependant, même si la « voie royale » de la formation hospitalière s'ouvre ainsi pour les médecins accoucheurs des hôpitaux, elle se fera sous restriction. Les chirurgiens garderont l'exclusivité de la chirurgie gynécologique comme un fleuron, une spécialité à part, qui relève d'une formation supplémentaire, sans commune mesure avec la chirurgie obstétricale. Quant aux médecins accoucheurs, leur propre spécialité relative à « *l'utérus et ses annexes* », est malgré tout une porte ouverte vers d'autres segmentations professionnelles ultérieures, portant de nouvelles expertises, dont la reproduction, et le diagnostic anténatal (Lefaucheur, 1988).

Comme l'envisage Hughes, sur la scène du travail, de *prima donna*, la sage-femme prend un rôle secondaire, proche de celui de la femme dans une société patriarcale, reléguant le sien à l'exercice de la physiologie, la non-intervention, la primauté des processus naturels ; là où l'intervention salvatrice relève du médecin. Le ton est donné par l'accoucheur, puis par le gynécologue-obstétricien, et la scène privilégiée, où se joue cette dépendance, nécessite un changement de décor pour remplacer le domicile par l'univers hospitalier. Car la sage-femme garda encore une réelle autonomie tant que les naissances se sont faites dans le cercle familial

⁴⁰ Tarnier Philippe (1828-1897) fut le premier médecin accoucheur des hôpitaux à Paris.

privé. Au XIX^e siècle et jusqu'à la moitié du XX^e siècle, les sages-femmes exerçaient parfois dans les hospices puis les hôpitaux, mais surtout en libéral, pour les naissances à domicile, particulièrement en zone rurale, au même titre que les médecins. Dans les villes, elles avaient parfois leur propre établissement privé. C'est la fin des accouchements à domicile qui met un terme à l'exercice libéral et parachève la tutelle de l'obstétricien. *« Avec la médicalisation, la profession de sage-femme subit une véritable institutionnalisation. L'indépendance qui a longtemps caractérisé le métier de sage-femme disparaît définitivement. Cette histoire dessine le lent mouvement de médicalisation de la maternité. Les passages de la matrone à la sage-femme puis de la sage-femme au médecin sont révélateurs d'un changement progressif dans la représentation de l'enfantement »* (Jacques, 2007, p.20-22).

2.2.3 Une division du travail et des tâches durable

Ce bref survol historique renseigne sur l'importance prise par la mortalité maternelle et périnatale, en tant que rapport à la mort dans la naissance, dans les différentes reconfigurations professionnelles. Même si ce rapport à la mort dans la naissance n'est pas seul en cause, il reste majeur dans l'orchestration de ces changements. Le résultat le plus marquant tient au fait que l'accouchement devient un acte médical et que le rapport à la mort dans la naissance survient dès lors, sur le terrain de cette médicalisation. Le gynécologue-obstétricien, qui se féminise de plus en plus, dès lors que les femmes auront accès aux études médicales, n'a pas repris en main l'activité de la sage-femme, mais il a commencé par s'y immiscer, d'abord avec son prédécesseur, le chirurgien, puis avec l'accoucheur, provoquant ainsi de nouvelles divisions de travail. S'il se féminise beaucoup, la mixité reste presque insignifiante chez les sages-femmes. Jusqu'en 1982, année d'ouverture de la profession aux hommes, la sage-femme était toujours une femme, tandis que très longtemps, quasiment jusqu'au décours du XX^e siècle, le médecin, le chirurgien, l'accoucheur ou l'obstétricien était un homme. Selon les statistiques de la DREES, début 2016, plus de trente années après 1982, seulement 3% des sages-femmes sont des hommes, alors que dans la population d'ensemble des médecins, 43 % sont des femmes contre seulement 30% en 1990. (Barlet, Marbot, 2016). Parmi les gynécologues-obstétricien(ne)s 46% sont des femmes actuellement, une féminisation sans équivalence, en dehors de l'ophtalmologie et de la pédiatrie, au sein d'une spécialité chirurgicale, qui reste un bastion masculin prépondérant chez les médecins. Même dans sa dénomination, la profession de sage-femme s'inscrit dans une inévitable redondance du féminin, par une population presque exclusivement féminine depuis toujours, par son histoire singulière ainsi que par l'activité

dédiée, qui la lie très intimement à la condition des femmes elles-mêmes.

Avec l'accoucheur puis l'obstétricien, le champ médical se remodèle par l'apparition d'un nouveau « segment » de la profession médicale. Cette notion développée par la sociologie interactionniste d'Anselm Strauss (1961), sous-entend pour son établissement des confrontations et des compromis, aussi bien au niveau de négociations individuelles qu'à des niveaux socialement plus larges, ceux des groupes, des institutions ou de l'espace public plus général. L'accroissement des connaissances scientifiques et des progrès techniques conduit, en toute logique, à de tels remaniements permanents des différents champs de l'activité médicale et paramédicale concernés, pour donner lieu à des divisions du travail négociées. Comme l'écrit Isabelle Baszanger, commentant l'analyse qu'Anselm Strauss fait de la profession médicale, celle-ci apparaît plutôt comme « *un monde non homogène en constante évolution, composé de « segments », porteurs chacun de conceptions (idéologies) différentes, quant à la spécificité de leur pratique et de leurs activités centrales, porteurs aussi d'identités différentes, et qui se forment, se maintiennent, se développent et/ou disparaissent* » (1992, p.22). De ce point de vue, l'immixtion dans cette activité instituée, pratiquée par les sages-femmes, en tant que service offert, se fait pour les médecins avec « *leurs propres conceptions, de la nature des services offerts, de leurs droits et privilèges, de leur carrière et de leur destin* » (Hughes, 1996, p.67), mais aussi avec leur propre « *philosophie* ». La question des frontières dans l'activité en découle. Ce qui est fait ou pas, par l'un plutôt que par l'autre, répond directement à la redistribution de l'activité globale, suivant une répartition des rôles sociaux qui correspond, plus largement, à « *l'idée que l'on se fait du rôle joué par un métier* » (p.73). Chacun veut y apparaître dans le meilleur rôle pour lui-même ou pour sa profession alors que le rapport à la mort dans la naissance n'en est pas moins d'une toujours brûlante actualité.

Chapitre 3 : Le paysage actuel des métiers dédiés à la vie

Les reconfigurations professionnelles ainsi établies, entre sages-femmes (SF) et gynécologues-obstétricien(ne)s (GO), redistribuent le partage des rôles dans la lutte contre la

mort dans la naissance⁴¹. Le métier de SF semble dorénavant bien moins pénible et beaucoup plus gratifiant, puisqu'il est surtout dédié à la naissance vivante ordinaire, dans sa vitalité, avec les processus dits physiologiques, même si c'est au prix de pertes de compétences et d'autonomie. La charge négative de la mort dans la naissance devient l'affaire de l'accoucheur, puis du GO. Toutefois elle s'est atténuée, pour lui aussi, avec la diminution spectaculaire de la mort maternelle et périnatale, si bien que son activité s'entoure même d'une aura de prestige, tant la lutte contre la mort prend désormais une tournure le plus souvent victorieuse. Alors que jadis la sage-femme faisait face, seule, à la vie comme à la mort dans la naissance, le nouveau scénario clive les activités. Celles qui concernent la naissance normale et physiologique sont déléguées à la sage-femme, tandis que celles qui sont dédiées à la lutte contre la mort, ou à la mort elle-même, reviennent à l'obstétricien. Cette séparation entre ce qui a trait à la vie et à la mort dans la naissance, grâce à deux métiers, s'appuie sur la perspective médicale, qui distingue le normal du pathologique. Le normal inclut la vie et la naissance vivante en bonne santé, tandis que le pathologique englobe la maladie et la mort. Ces distinctions, avec leurs enjeux professionnels, sont majeures et indissociables sur la scène hospitalière, devenue depuis peu la scène exclusive des naissances.

3.1 Naître et mourir à l'hôpital

3.1.1 De l'assistance à la « machine à guérir »

Les hospices étaient des lieux de bienfaisance pour les plus pauvres. Ils pouvaient y bénéficier de l'aide des religieuses bien que, par décence, aucune d'entre elles ne soit admise auprès des femmes enceintes et des accouchées, comme c'est le cas à l'Hôtel-Dieu (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p.54). À Paris, dès la fin du XVIII^e siècle le pauvre est remplacé par le malade, qu'il faut soigner, tandis que l'hôpital se tourne vers l'intervention médicale, plutôt que vers l'assistance. Lieu de savoir, comme Michel Foucault (1963) le montre dans « Naissance de la clinique », l'hôpital devient une « *machine à guérir* » selon le vœu de Jacques Tenon⁴² ; une expression que Michel Foucault (1979) reprend, pour envisager dès lors l'hôpital comme un instrument de guérison, à vocation publique et sociale. Pendant longtemps, pourtant, l'hôpital

⁴¹ Par commodité d'écriture nous utiliserons dorénavant les acronymes pour ces professions, avec la SF ou le GO pour leur version générique.

⁴² Jacques René Tenon (1724-1816), chirurgien de guerre, puis de la Salpêtrière, auteur en 1788 du « *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* ».

n'est pas le lieu le plus sûr pour accoucher : « *Il y a plus d'un siècle, seules les filles-mères et les femmes indigentes se résignaient à accoucher à l'hôpital. La mortalité y était effroyable, avoisinant les 5% en période normale et pouvant dépasser les 20% en période endémique, alors que le risque encouru à domicile n'était que 1%* » (Beauvalet-Boutouyrie, 1999, p.5).

Durant une grande partie du XIX^e siècle accoucher à l'hôpital expose à une surmortalité maternelle épouvantable à cause des épidémies de fièvre puerpérale. « *On enregistre même une augmentation dans la décennie 1860, où la mortalité atteint des taux records. Tous les médecins savent que la fièvre puerpérale est la grande pourvoyeuse de mort* » (p. 234). La crainte d'accoucher à l'hôpital est immense et, seules, celles qui n'ont pas le choix s'y exposeront. Philippe Tarnier (1828-1897), grande figure de l'obstétrique, inventeur d'un forceps toujours en usage, et médecin-chef de l'hospice de la maternité de Port-Royal, fera choc dans les consciences, en démontrant dans sa thèse de médecine que la mortalité est 19 fois plus importante à la maternité qu'en ville. De nombreuses théories étaient régulièrement avancées, où l'idée principalement véhiculée relevait de principes de contagion de l'air, notamment des « miasmes » qui contamineraient les femmes (p.144). À Vienne, en 1847, Ignace Semmelweis avait pourtant déjà démontré qu'il suffisait de se laver les mains à l'eau de chaux, avant d'aller examiner les femmes, pour que ce taux chute incroyablement. Mais aucun médecin ne pouvait accepter de se penser l'instrument de leur décès, là où tout à leur gloire, ils ne cherchaient qu'à sauver. Si bien que la force morale des représentations liées à leur exercice les amena à dénigrer et oublier ces théories avant que Louis Pasteur n'apporte la preuve irréfutable de leur fondement et que les principes de l'asepsie et de l'antisepsie ne pénètrent tous les hôpitaux, à partir de 1880. Dorénavant les hôpitaux deviennent sûrs et sont, au-delà de l'instrument de guérison qu'ils représentent, des lieux de constitution et de transmission de connaissances, comme de nouveaux savoirs qui donnent à la formation médicale un cachet d'excellence.

Toutefois la naissance sort vraiment du cercle privé pour devenir l'affaire de l'hôpital, à partir de l'instauration de la Sécurité sociale en 1945, avec la gratuité des soins. Sur 1000 naissances en 1952, 456 ont lieu à domicile. En 1970 il n'y en a plus que 10 pour 1000 (Knibiehler, 2007, p.32). Actuellement, sur un total de 800 000 naissances, un peu plus de 2 pour 1000 ont lieu à domicile, le plus souvent involontairement, car beaucoup sont des naissances inopinées (Charrier, Clavandier, 2013). Avec le reflux des naissances vers l'hôpital, la mort suit le même mouvement. De façon logique, lorsqu'elle survient dans la naissance, mais aussi par le taux des décès en général, qui surviennent, eux aussi, le plus souvent, hors du cadre

privé. Ils suivent ce reflux vers l'hôpital, où celui-ci déploie sa technicité et son expertise, aussi bien envers les maladies qu'envers le grand âge. Plus de 70 % des décès surviennent actuellement en établissement de santé ou en maison de retraite (Bellamy, Beaumel, 2014). Naître et mourir, ces deux passages qui déterminent l'existence humaine sortent de l'univers privé et de l'entourage des proches. Ils sont maintenant essentiellement encadrés par l'univers des soins hospitaliers avec ses professionnels. Ce sont les soignants qui constituent, dès lors, l'entourage premier de la mort et de la naissance, officient dans ces passages et les contrôlent socialement, avec leur activité. Hans-Georg Gadamer considère les progrès des sciences et des techniques médicales comme responsables « *d'une démythification de la vie et, par-là même aussi d'une démythification de la mort* » qui leur ôte, à tous deux, une part de cette dimension mystérieuse, par la capacité de la science à fournir en permanence « *des causalités scientifiques décisives* » (1998, p.71). S'agissant de la mort « *La disparition de la représentation publique de cet événement va de pair avec l'éloignement du mourant de son milieu familial et familial* » ; si bien qu'avec les transformations techniques modernes elle « *fait entrer l'événement de la mort dans le mécanisme technique de la production industrielle* » (p.72).

Cette configuration, spécifique de notre époque, n'épargne pas les maternités hospitalières. En France, avec les réformes de périnatalité⁴³ successives, qui ordonnent peu à peu la fermeture des petites maternités, la concentration de la vie avec les naissances n'a cessé d'augmenter dans des structures hospitalières de plus en plus grandes. L'augmentation du nombre des naissances qu'elles abritent fait entrer de la même façon, l'événement de la vie dans « *le mécanisme technique de la production industrielle* ». Mais, au sein même des maternités, à cette concentration de la vie, répond inévitablement, par un même mouvement, une concentration de la mort, non plus maternelle, parce qu'elle est devenue rarissime, mais périnatale. Lieu de vie, les maternités n'en sont pas moins confrontées à ses aléas et ses échecs avec la mort périnatale aux figures variées, entre mort programmée avec l'IMG, ou mort inopinée, qu'elle soit *in utero*, *intra partum*, ou encore néonatale, lorsqu'elle survient peu de temps après la naissance. Car, si les progrès de la médecine ont permis une chute vertigineuse de la mortalité maternelle et infantile, la mort périnatale reste un événement auquel les soignants en maternité sont très régulièrement confrontés.

Avec d'autres professionnels, SF et GO partagent cette scène désormais commune,

⁴³ Plan de périnatalité, 1994, 1998, 2005-2007.

particulièrement depuis ce mouvement de reflux des naissances du privé vers l'institution hospitalière. L'activité SF y est inévitablement ordonnée, voire subordonnée à celle du GO par la proximité qu'elle entretient désormais avec celle de ce dernier. Mais aussi parce que l'activité dédiée à la pathologie prévaut sur toute autre activité, dans une institution médicale. En effet, l'hôpital rassemble et concentre tous les progrès, les nouveautés, ainsi que les connaissances médicales appliquées aux soins. Les savoirs y sont les plus pointus, les moyens mutualisés pour l'usage commun, et la suprématie du corps médical y est sans égal. Le GO, en tant que figure de la médicalisation, y apparaît comme le garant de la mise à distance de la mort dans la naissance, avec d'autres médecins de l'équipe médicale cependant, dont l'anesthésiste et le pédiatre. Tandis que la sage-femme, en ce sens, œuvre surtout à les faire intervenir à bon escient.

3.1.2 La philosophie de la pathologie

Depuis les années 1970, les plans successifs de périnatalité n'ont cessé de vouloir améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant, c'est-à-dire de lutter contre la mort dans la naissance en améliorant les moyens matériels et humains tout en les coordonnant à travers des normes de fonctionnement imposées aux établissements hospitaliers. Pourtant, dans les années 1990, la France a toujours de mauvais résultats en morbi-mortalité périnatale, par rapport à ses voisins européens. En 1998⁴⁴, le plan de périnatalité instruit une restructuration des maternités pour fermer celles qui comptent moins de 300 naissances par an, mais surtout pour établir un classement hiérarchique des soins entre elles. Elles sont désormais de trois types, offrant trois niveaux de soins, avec des normes de fonctionnement adaptées à des seuils de risques, et aux différentes pathologies mères-enfants qu'elles sont censées prendre en charge. Le type 1 concerne les grossesses normales, avec une maternité sans unité de néonatalogie. Le type 2 dispose d'une unité obstétricale ainsi que d'une unité néonatale. Le type 3 dispose, en plus, d'une unité de réanimation néonatale pour les grossesses à hauts risques et les nouveau-nés présentant des détresses graves. Ces changements visent tous à organiser la médicalisation, afin qu'elle soit plus adaptée aux soins nécessaires. Mais la conception qui la sous-tend est celle de la pathologie, liée au risque omniprésent. L'horizon de la mort est une toile de fond qui donne à la grossesse ce relief incertain, qui alimente la médicalisation. Toute femme ayant une grossesse dite normale peut prétendre accoucher dans la maternité qu'elle aura choisie.

⁴⁴ Plan de périnatalité n°98-899 du 9 octobre 1998.

Néanmoins, la naissance n'est jamais prise en charge en dehors d'un seuil minimum de risque qui correspond à la maternité de type 1. Car toute grossesse, même normale, est conçue comme susceptible de se dégrader à tout moment avec l'accouchement, pour basculer dans la pathologie. L'hôpital reste le fer de lance de la lutte contre la mort dans la naissance. Les impératifs sécuritaires y sont aussi forts que dans les autres services dédiés à la maladie, avec une idée majeure qui détermine le suivi des grossesses et la prise en charge de la naissance : le risque.

La particularité française repose sur cette conception singulière de l'accouchement, qui teinte celle de la grossesse, dont Israël Nisand donne la définition : « *Un accouchement ne peut être considéré comme normal que 2 heures après la naissance et certaines complications (certes rares, mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24H sur 24 d'un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle des naissances). De la même manière, il faut que les accouchements se passent à un endroit où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre* » (Nisand, 1994, p.15).

Ainsi, avec la grossesse dont il clôt le déroulement, l'accouchement n'est physiologique qu'*a posteriori*. L'idée de la lutte contre la mort est sous-jacente avec son corollaire, les pathologies et l'urgence. Cette conception de l'accouchement, qualifiant le risque par une hiérarchie associée, nécessite et justifie le recours et la présence des spécialistes, dont le GO, dans tous les cas ; ainsi que la supervision des événements dits normaux ou physiologiques, ceux dédiés à l'activité de la SF. Dans la division du travail et des tâches, « *le pathologique englobe le physiologique* », avec l'idée sous-jacente que la « *capacité à gérer les cas difficiles peut gérer les cas « normaux* » » (Akrich, 1998, p.199). L'activité SF, dédiée à la physiologie, est ainsi, *de facto*, subordonnée, en grande partie, à celle du GO, puisqu'aucun processus normal ne peut s'envisager, en dehors de l'encadrement prévu pour la pathologie. Les changements intervenus dans l'organisation du système de santé relèvent simplement de « *l'idée d'une hiérarchisation des risques par une hiérarchisation des hôpitaux* » (Akrich, Pasverr, 1995, p.584). C'est-à-dire que la réponse porte sur les ressources techniques et l'accumulation des moyens plutôt que sur l'organisation du travail dédié aux soins, avec l'idée inchangée du danger lié à l'accouchement, soit celui de la mort dans la naissance.

3.1.3 Quelle philosophie pour quelle organisation du travail ?

De nombreuses controverses ont alimenté les différentes conceptions liées à la sécurité périnatale ces deux dernières décennies, suite à plusieurs rapports la concernant, sans cependant remettre en question ce principe. En France, les résultats restent toujours moyens en matière de périnatalité en 2001. Ils donnent lieu à un nouveau plan de périnatalité 2005-2007⁴⁵, préconisant particulièrement plus d'humanité dans l'attention portée à l'information, aux souhaits des patientes, ainsi qu'à la dimension psychologique et affective de la grossesse. Avec d'âpres controverses, ce constat est toujours au cœur des débats actuels. En 2010, un rapport du groupe de travail de L'Académie Nationale de Médecine s'alarme de l'absence de progrès, concernant la mortalité maternelle pour les enfants nés à terme, tandis que, pour la mortalité périnatale, la France est désormais au dernier rang européen (Bréart, Crépin, 2010). De meilleurs résultats, avec une autre approche que la médicalisation accrue, questionnent cette situation ainsi que les orientations françaises. Le cœur du débat repose sur la division du travail et des tâches entre SF et GO avec la question d'une stricte séparation et une autonomie propre entre les compétences des sages-femmes autour de la physiologie et celles des GO avec la pathologie. L'idée de complémentarité est proposée, plutôt que celle des hiérarchies. Mais cette nouvelle division sociale sous-entend une reconfiguration de la division morale et psychologique qui abandonnerait la philosophie de la lutte contre la mort, avec l'idée du risque derrière chaque naissance. Or c'est l'idée princeps qui organise et détermine les pratiques médicales. Elle conduit à une hiérarchie des métiers et des activités et implique une division du travail et des tâches avec une organisation spécifique, entièrement contrôlée par le pouvoir médical, dont l'hôpital est l'élément central, même s'il est conçu actuellement au cœur d'un réseau. Un autre exemple en est le débat général sur les Maisons de Naissance, ces unités physiologiques gérées par les sages-femmes, où il serait possible d'accoucher sans médicalisation, y compris hors d'un hôpital. Ces lieux existent parfois ailleurs, depuis longtemps⁴⁶. Après beaucoup d'atermoiements, depuis décembre 2013, la loi autorise, cependant à titre provisoire et pour cinq ans, ce dispositif, à condition que la Maison de Naissance soit attenante à un hôpital.⁴⁷ Le débat est passionné chez les usagers de la naissance aussi bien que chez les professionnels, toujours sous l'ombre du risque et de la mort pour les opposants, parfois sur le ton du réquisitoire contre les Maisons de Naissances, voire même contre l'accouchement en maternité de type 1,

⁴⁵ Plan de périnatalité 2005-2007, n° 2005-840 du 20 juillet 2005.

⁴⁶ Berlin ouvre la première Maison de Naissance en 1987. La Suisse, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche, la Suède comme l'Australie, le Canada ou les États-Unis les expérimentent depuis une vingtaine d'années.

⁴⁷Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

pour ceux qui affirment que même le bas risque n'existe pas (Carricaburu, 2007).

Des pays qui ont construit, pour la grossesse et l'accouchement, des systèmes de santé reposant sur une complémentarité et une dissociation complète des processus considérés normaux de ceux jugés pathologiques, posent question par leurs meilleurs résultats. Leur situation plaide « *en faveur d'un changement systémique délaissant les soins maternels et néonataux fragmentés, exclusivement consacrés à l'identification et au traitement des pathologies* » (*The Lancet*, 2014)⁴⁸. De tels systèmes sont montrés en exemple, comme en Suède, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni ou même au Canada, qui pourtant n'avait pas de SF avant 1999 et qui, pour ce faire, a configuré une véritable nouvelle profession (Lemay, 2002). L'exemple du Royaume-Uni est particulièrement intéressant, car la médicalisation de la naissance est comparable à la France, jusqu'à une époque récente. Considérant la surmédicalisation comme iatrogène, une transition totale a été entreprise, depuis les années 1990, pour passer d'un modèle obstétrical, où la pathologie est au premier plan, à un modèle où la physiologie prévaut, avec un environnement qui tient compte de la sécurité émotionnelle, affective, psychologique autant que somatique (Richard-Guerroudj, 2014). Ainsi chacune de ces philosophies, concernant la grossesse et l'accouchement, conduit à une organisation de travail particulière et des divisions spécifiques afférentes. En France, elle concentre une accumulation de moyens, de techniques et de compétences à l'hôpital avec une forte dépendance des sages-femmes, dans leur activité dédiée à la physiologie, avec celle de l'activité des GO, dédiés plus spécifiquement à la pathologie. Au-delà des éléments rationnels avancés, sur fond de « causalités scientifiques » jugées décisives, le débat masque des aspects éminemment plus subjectifs qui lient entre eux les différents acteurs concernés, que ce soit entre SF et GO, mais aussi vis-à-vis des usagers qui sont les destinataires des « *services rendus* ».

3.1.4 Quelle philosophie pour quels services rendus ?

La question des services rendus dépasse largement les enjeux déclarés par le discours apparemment objectif et argumenté des différents acteurs, dès lors que chacun d'entre eux a sa « *propre conception des services rendus* » (Hughes, 1996, p.67). Il fait place à une « *dimension subjective des comportements* », derrière une « *rhétorique sociale* » bien entretenue. Celle qui

⁴⁸<http://www.thelancet.com/series/midwifery>, il s'agit du résumé analytique des différentes études disponibles, mené par une revue médicale reconnue, consulté le 11 avril 2015.

fait valoir du côté des professionnels, tantôt en priorité, des services de sécurité et de prise en charge de la douleur par la médicalisation, tantôt le bénéfice des processus dits naturels et les avantages de la non-intervention dans la physiologie. Et cela pour répondre à des usagers qui imposent leur droit de choisir ou de décider pour eux-mêmes le type de soins qu'ils souhaitent au moyen de leur propre conception de ces services. Derrière ce discours d'autres enjeux pourraient déterminer les comportements des professionnels par des jugements ou des représentations qui touchent plus aux « *tâches préférées* » ou encore « *jalousement défendues* », où chaque professionnel essaye de tirer, pour lui-même ou pour son corps de métier, le meilleur avantage des arguments avancés. L'analyse du modèle professionnel des médecins, fait sur de nombreuses années, par le sociologue Eliot Freidson (1970), montre combien les enjeux de l'activité ne sont pas toujours aussi louables qu'il est prétendu. La vocation ou le dévouement affirmés cachent parfois des usages de l'activité au service des jeux de pouvoir, particulièrement entre les professionnels eux-mêmes. La « *dimension subjective des comportements* » renvoie de ce fait encore une fois à la division psychologique et morale du travail, lorsqu'elle concerne aussi la défense ou l'amélioration de la position sociale et professionnelle, la respectabilité dans le rôle entretenu, les privilèges, le prestige ou le pouvoir, et les mécanismes de contrôle de l'activité à ces fins. Tous ces éléments rassemblés, subjectifs ou plus objectifs en apparence ont leur importance pour chaque soignant, SF et GO, à leur travail. Ils sont susceptibles d'être éventuellement tout aussi actifs dans les enjeux de l'activité, lorsqu'elle concerne la mort périnatale. Cependant, avant d'envisager l'activité au travail des soignants en elle-même, afin de mieux cerner l'objet de la recherche, la configuration actuelle des professions de SF et de GO demande à être davantage précisée.

3.2 Les acteurs de la profession médicale

3.2.1 Licence et mandat d'une profession, selon Everett Hughes

« *Les professionnels professent. Ils professent qu'ils connaissent mieux que les autres la nature de certaines questions, et qu'ils savent mieux que leurs clients ce qui ne va pas chez eux ou dans leurs affaires. C'est là l'essence de l'idée de profession et des prétentions qu'elle implique* » (Hughes, 1996, p.108). Pour Everett Hughes, quelle que soit l'activité du métier, le pouvoir professionnel tire sa force de la capacité à faire reconnaître l'ensemble de ses tâches comme une prérogative, en contrepartie de services rendus. Elle se traduit par « une licence », soit une autorisation légale d'exercer, qui conjugue la reconnaissance du métier avec un contrat

légal et des bénéfices matériels, ou un avantage de service. Selon ce point de vue, en France, toutes les professions réglementées, au nombre de 80 environ, font partie des métiers ayant une licence. Cette approche interactionniste, par les négociations qu'elle suppose à différentes échelles, rompt avec le cadre d'analyse fonctionnaliste de l'époque, plus descriptif, partant d'un savoir expert qui en lui-même détermine les statuts, les places et les rôles des professionnels, qui accrédite la vision que ces derniers ont eux-mêmes de leur métier. Cette perspective prend en compte des processus moins apparents, des jeux, des significations, des conflits d'intérêts ou des compréhensions plus subjectives, motivant l'activité professionnelle et dépassant la dimension technique de l'expertise. Chaque métier constitué dispose d'une forme de licence, mais le droit, la médecine et la théologie sont reconnus pour Everett Hughes comme ceux ayant le mieux réussi en ce sens. Plus la légitimité du pouvoir professionnel est grande et reconnue, plus les professionnels ont d'autonomie pour déterminer, entre eux, la façon d'exercer les tâches, et plus ils revendiquent aussi ce qu'il appelle « un mandat » général, qu'il soit moral, légal ou intellectuel. Ainsi « *en tant que groupe, ils prétendent indiquer à la société ce qui, dans tel domaine de l'existence, est bon et juste pour l'individu et la société. En fait ils définissent les catégories dans lesquelles ce domaine peut être pensé. Par exemple, les médecins ne se contentent pas de définir les termes de la pratique médicale, ils cherchent également à définir pour tous la nature même de la santé et de la maladie* » (1996, p.100).

La tendance naturelle du pouvoir professionnel va de la licence au mandat qui peut vouloir imposer, aux autres métiers ou à la société elle-même, ses propres représentations ; que ce soit en termes de valeurs, de jugements ou d'actions. Lorsqu'il parvient à trouver une telle légitimité, « *on peut considérer qu'une profession s'est établie* ». C'est le cas pour toute la profession médicale, dont les trois métiers, médecins, chirurgien-dentiste et sage-femme, ont par ailleurs un Ordre, une organisation professionnelle juridictionnelle interne qui les autorise à réguler leur propre activité par eux-mêmes. À cet égard, l'approche fonctionnaliste réservait le seul terme de « profession » aux métiers ayant réussi à asseoir leur légitimité avec une telle ampleur. En ce sens, la profession médicale, avec les médecins, reste néanmoins la reine des professions - à côté de celles du droit, de l'enseignement et de la recherche (Parsons, 1951) - dans la mesure où elle s'accompagne d'un statut établi, telle une grande structure qui conditionne, par un principe hiérarchique de pouvoir et de prestige, une certaine division sociale du travail pour les métiers qui dépendent d'elle, comme il en est des métiers auxiliaires de la profession médicale. Mais pour Everett Hughes, les licences et les mandats exercés par une profession ne sont en réalité que « *les manifestations premières de la division morale du travail,*

c'est-à-dire des processus de répartition des différentes fonctions morales entre les membres de la société, individus ou catégories d'individus » (p.100).

3.2.2 Les gynécologues-obstétricien(ne)s

L'apparition de ce terme pour désigner les médecins relevant d'une spécialité dédiée suit l'établissement progressif d'un nouveau segment professionnel avec une identité propre, dans la continuité des segmentations ou des agrégations des segments antérieurs ; dans la continuité aussi des conflits internes à la profession médicale, qui donne à la chirurgie une valorisation particulière ; mais dans la continuité aussi des conflits externes avec d'autres professionnels dont les SF. Selon le dictionnaire historique de la langue française, *Le Robert*, le terme obstétrique est un dérivé savant du latin *obstetrix-icis*, « sage-femme »⁴⁹, dérivé de *obstare*, se tenir debout. En ce sens, l'obstétricien serait le masculin du métier de sage-femme. Ce vocabulaire, avec sa référence à une terminologie latine savante, situe d'emblée les représentations dans le champ de l'instruction et du savoir. Le terme obstétrique est d'abord employé comme adjectif pour désigner la technique et la science de l'accouchement vers 1834. Il cède la place à « obstétrical(e) » et donne lieu à « obstétricien (ne) » depuis 1971, désignant le gynécologue, « le médecin des femmes », s'occupant des accouchements. L'anglais a retenu « obstetrician » depuis 1828 pour ce médecin spécialiste. Quant à la gynécologie, du grec *gunê*, femme, elle recouvrait, au XIXe siècle, l'étude scientifique de la femme, au sens le plus large, puisqu'elle incluait la psychologie, avant que ce terme ne se spécialise en médecine vers 1900. Il désigne alors l'étude des organes sexuels de la femme et des maladies qui lui sont propres. Vers 1901, le terme « gynécologue » en dérive avec son sens actuel, au détriment de « gynécologiste », avec lequel il fut en compétition.

Après la guerre, en 1963, une nouvelle spécialité universitaire, la gynécologie médicale, apparaît à côté de la gynécologie obstétrique. Elle ne pratique ni chirurgie ni accouchements. Ces deux formations universitaires, octroyant un CES⁵⁰, se distinguent alors de celle procurée par l'internat, voie « royale » de la formation hospitalière, accessible par concours, dont la formation clinique est jugée meilleure, et qui concerne la gynécologie-obstétrique uniquement.

⁴⁹ En Grèce, les Olympias étaient des sages-femmes au statut de prêtresses, et seules à avoir accès au corps des femmes. Comme à Rome, où elles sont des *obstetrixes medicae* (*obstetrix*), elles étaient instruites. Certaines sont célèbres en raison des hommes dont elles furent proches comme Aspasia, la compagne de Périclès ou Phénarète, la mère de Socrate.

⁵⁰ Certificat d'études spécialisées.

Cette dernière, située dans la continuité du médecin accoucheur des hôpitaux, est toujours non intégrée à la spécialité chirurgicale, qui reste l'exclusivité des chirurgiens. La chirurgie, en obstétrique, est cantonnée aux instruments des accouchements difficiles, aux réfections périnéales et à l'opération césarienne, la voie haute, lorsque la voie basse est impossible. Ces conflits se sont répercutés, un temps, sur le prestige de l'obstétricien qui n'était pas reconnu par ses pairs comme un véritable chirurgien, alors que la chirurgie elle-même s'impose comme la reine des arts en médecine et fonde progressivement un mythe. En 1984, les CES sont supprimés ; une voie de spécialisation unique est constituée, rassemblant la formation universitaire et hospitalière. La gynécologie-obstétrique rejoint alors l'ensemble des spécialités chirurgicales. Depuis 2005, tous les futurs médecins concourent à un examen classant national (ECN), à la fin du deuxième cycle d'études médicales. Il est la voie d'accès aux différentes spécialités médicales, clôturées par un DES⁵¹, et prévoit pour tous des stages d'internat. Pour devenir gynécologue-obstétricien, il faut 11 années de formation, avec 5 années de spécialité, qui suivent 6 années d'études de médecine en formation de base, avant les épreuves de l'ECN. Comme toute la profession médicale, cette spécialité s'est féminisée, malgré sa pénibilité, avec 46 % de femmes, dont la majorité travaille dans les hôpitaux (Barlet, Marbot, 2016). Les segmentations professionnelles à l'intérieur de la spécialité conduisent cependant à de nouvelles expertises, comme le diagnostic anténatal (DAN) ou la reproduction, avec la procréation médicalement assistée (PMA). Le GO apparaît ainsi comme celui qui rassemble le domaine de connaissance et d'intervention le plus étendu et le plus pointu dans le domaine de la grossesse et de l'accouchement. Il s'accompagne désormais de la valorisation d'une formation chirurgicale à part entière, ce qui le destine à exercer de façon privilégiée à l'hôpital, lieu de concentration des pathologies. Le mandat qu'il peut faire valoir, en ce qui concerne sa conception de l'organisation des soins nécessaire pour la naissance, n'en a que plus de poids.

3.2.3 Les sages-femmes

Selon le Code de la santé publique, en France, les SF sont reconnues comme profession médicale, avec deux autres professions, les médecins et les chirurgiens-dentistes. Mais parmi les professions médicales, la SF tient la place la plus ambivalente, avec un droit de diagnostic et de prescription limité par des compétences définies. En principe, les statuts de la SF

⁵¹ Diplôme d'études spécialisées

commandent à « ses obligations dans l'indépendance de ses décisions »⁵², face aux patientes et aux nouveau-nés. Une SF peut pratiquer les soins prescrits par un médecin, tout en gardant la pleine responsabilité de ses actes, puisque la délégation de tâches n'est compatible qu'entre les professions médicales et paramédicales. En principe, aussi, elle travaille « sans hiérarchisation » avec les médecins, mais plutôt en complémentarité, en compétences partagées. Dans la réalité de la pratique hospitalière publique, l'organisation des soins et la proximité de son activité avec celle du GO rendent cette indépendance et le cadre non hiérarchique beaucoup moins évidents, voire problématiques. Depuis les années 1980, l'évolution de la profession va sensiblement vers l'acquisition de compétences élargies, le renforcement des positions et du rôle, dans le domaine de la santé des femmes et de la femme enceinte. La profession cherche à s'établir comme un véritable segment de la profession médicale, avec une spécificité liée à une expertise caractéristique : « les sciences maïeutique⁵³ ».

Ce terme récent est apparu en 2010, avec l'intégration complète des écoles de SF dans le parcours universitaire pour désigner un domaine d'études, de formation et de recherche, qui n'existait pas auparavant, comme tel, dans le champ médical consacré aux pathologies. La définition retenue par la commission de Terminologie et Néologie, siégeant auprès du ministère de la Santé énonce que « *La maïeutique est la discipline médicale exercée par les sages-femmes* »⁵⁴. Pour se différencier de l'activité gynéco-obstétrique du médecin, cette discipline se déclare concerner la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie, dans leur dimension physiologique, ainsi que la santé génésique de la femme, ou la santé sexuelle et reproductive. Le processus de dénomination aboutissant au terme « maïeutique » donne une perspective sur les transactions plus subjectives pour la consolidation de ce segment dans le champ médical, où les SF améliorent leur position professionnelle dans la hiérarchie médicale, et « *anoblissent ce qui est moins noble* » (Hughes, 1996, p.126). En l'occurrence, la respectabilité de la

⁵² Article R.4127-348 du Code de la santé publique et article 48 du Code de déontologie des sages-femmes.

⁵³ « Maïeutique » est un terme de la philosophie antique, emprunté au grec *maieutikê (tekhne)*, soit « (art) d'accoucher quelqu'un ». Il est employé spécialement en parlant de la méthode d'enseignement de Socrate qui, d'après Platon, « faisait accoucher » l'esprit de ses interlocuteurs, en leur faisant trouver par eux-mêmes la vérité. « *Mon art de maïeutique a les mêmes attributions générales que celui des sages-femmes. La différence est qu'il délivre les hommes et non les femmes et que c'est les âmes qu'il surveille en leur travail d'enfantement, et non point les corps* », Platon, *Théétète*, Dialogue VII, 150a-150 e. Lors de l'entrée des hommes dans la profession, il fut question de proposer « maïeuticien » comme féminin de « sage-femme ». Cette dénomination ne s'est pas imposée. Le plus souvent l'usage est de parler d'un homme sage-femme.

⁵⁴ Dans les pays anglo-saxons cette discipline académique s'appelle « Midwifery ». La recherche en maïeutique y est largement développée.

physiologie face à la pathologie, mais aussi la délimitation de frontières sociales, psychologiques et morales, à la fois par rapport aux GO et aux professions paramédicales, dont les infirmières. En ce sens, comme le signale Everett Hughes (p.131) « *les membres d'une profession ne se bornent pas à offrir un service* », mais « *ils définissent eux-mêmes les besoins qu'ils servent* ». Les SF consolident ainsi leur licence professionnelle et tentent d'établir la reconnaissance d'un mandat, qu'elles n'avaient pas. Elles se déclarent juges de la bonne santé des nouveau-nés et des femmes, ainsi que de la sexualité de ces dernières. Mais, par là, elles s'autorisent aussi à porter un jugement sur « *la manière de dispenser les soins* », notamment ceux prodigués par le segment médical le plus puissant. Ces transactions pourraient donc être perçues comme « *une attaque directe contre la philosophie dominante* » (p.104) de ce dernier, dans la mesure où il avait le monopole des définitions en matière de santé et de maladies.

Depuis 2002, la formation d'une sage-femme commence par une année commune avec la première année de médecine (PCEM1), devenue première année commune aux études de santé (PACES) en 2010. Elle prépare les étudiants à 4 concours différents : médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique. La formation se poursuit ensuite par 4 années d'études spécialisées. La profession admet les hommes depuis 1982. Ils restent cependant très peu représentés. Hormis une amélioration entre 2005 et 2010, ils représentent 2 à 3% de la profession. Les hommes SF le deviennent généralement par un choix forcé au départ, lorsqu'ils échouent au classement de la première année des études médicales, pour s'orienter vers cette filière. Depuis la mise en place du PACES, qui impose aux étudiants de choisir leur filière, et non plus d'attendre leur classement aux épreuves, leur nombre a considérablement chuté dans l'intégration à la formation SF. La grande majorité des SF exercent dans les maternités (Sicart, 2014). En France, 75% des 800 000 naissances annuelles relèvent du secteur public, alors que les SF elles-mêmes réalisent 80 % des accouchements par voie basse.

3.3 La mort périnatale et les scènes professionnelles SF, GO

Au terme de cette investigation des rapports entretenus par les professions SF et GO avec la mort périnatale, leur configuration actuelle apparaît bien sous l'influence déterminante de remaniements profondément liés à la mort dans la naissance, qu'elle soit maternelle ou périnatale. Ils redistribuent les tâches et les rôles de l'activité de la SF d'autrefois en fonction d'une répartition genrée, alimentée par l'amélioration des conditions socio-économiques qui permettent à tous d'accéder aux bénéfices des progrès des techniques et des connaissances médicales. La mort, maternelle ou périnatale, autrefois confinée et circonscrite dans l'entre soi

des femmes avec l'activité des sages-femmes, est devenue peu à peu l'objet d'un savoir et de techniques de plus en plus savantes, dont l'expertise princéps revient progressivement au chirurgien, à l'accoucheur puis au GO. Ce processus donne lieu à deux groupes professionnels, tous deux dédiés à la vie et à la naissance, mais avec un rapport sensiblement différent à la mort périnatale, annoncé avec leur licence à travers leur champ de compétences, et promu par une philosophie professionnelle *ad hoc*. L'activité des SF est dédiée à l'assistance de la physiologie, et s'ordonne principalement à la vie plutôt qu'à la mort, puisqu'elles réalisent désormais la majorité des naissances normales, et prennent en charge tous les nouveau-nés en bonne santé. D'ailleurs, en ce qui concerne la mort, leur compétence principale semble être celle de faire « appel » au GO, pour le faire intervenir à temps, grâce à cette licence qui leur permet de diagnostiquer les situations pathologiques. Quant au rapport à la mort du GO, il est plutôt devenu objet de valorisation ou figure de sa maîtrise, particulièrement dans la spécialité obstétricale, où le pouvoir médical a presque réussi à effacer la mort maternelle de la scène de la naissance. Sur le terrain professionnel du GO, la mort a également perdu sa face d'épouvante.

Au sein de la profession SF elle-même, le champ des compétences s'est progressivement élargi avec le mouvement de la spécialisation des GO, comme une part cédée dans la division du travail et des tâches, consécutive au développement de leur intérêt pour d'autres expertises. En découle un processus de hiérarchisation sociale des activités et des professions, lié à la désirabilité et au prestige associés, encore une fois très genré. Ce mouvement de « relégation » tient, pour Everet Hughes, d'un trait général des professions dominantes, et ressemble à ce qu'Eliot Freidson (1970) a décrit des compétences abandonnées aux infirmières par les médecins, avec le développement médical. La formation et la valorisation du métier, par le savoir et les techniques médicales, profitent néanmoins également aux SF dans leur propre champ de compétences⁵⁵. Leur scène professionnelle semble avoir été complètement épurée de ce qui autrefois pouvait teinter l'activité d'une connivence avec un « sale boulot » ou encore d'un « travail mal fait ». Sur le terrain des progrès et de l'intervention médicale, aussi bien pour les SF que pour les GO, la mort n'est plus au premier plan et semble

⁵⁵ En Inde et au Japon, la SF instruite n'est pas dénommée de la même façon que la SF traditionnelle, associée au système des castes. Le savoir médical transforme le rapport professionnel entretenu par l'activité avec la mort ainsi que sa hiérarchisation sociale. Au Japon la traditionnelle « kyu-sanba » devient une « shin-sanba », sage-femme moderne et formée par la science. En Inde la sage-femme traditionnelle, appelée « dai », n'est pas la « midavaeph, midavaepf ou midawaef », termes hindi adapté de l'anglais « midwife », celle qui a reçu une formation médicale.

avoir été reléguée, elle aussi, dans les coulisses, sur cette scène de la naissance dont la réalité a été reconfigurée. Proéminente autrefois, tels les contours d'une figure qui se détache sur un fond, celui de la vie avec la naissance, elle a subi un renversement de perspective, qui la laisse désormais plutôt apparaître elle-même comme un arrière fond, tandis que la vie et la naissance se détachent désormais avec plus d'éclat. Ce renversement laisse d'ailleurs supposer que cet éclat compte dans l'attractivité qu'il entraîne dans les motivations et les choix professionnels, chez les SF comme chez les GO.

C'est toutefois sur la scène hospitalière que la mort ressurgit avec force, sous le visage de la mort périnatale, essentiellement. Attendue sur la scène professionnelle du GO à l'hôpital, elle s'immisce tout particulièrement aussi sur la scène professionnelle de la SF. À l'instar de la maladie et des pathologies, elle y figure d'abord comme un fait médical, inscrit dans les normes d'un savoir, avant d'être traitée comme un événement. L'apparition du DAN, et par voie de conséquence l'accomplissement d'IMG, renforcent à la fois cette inscription dans le fait médical, comme dans la dimension professionnelle du GO. Néanmoins dans l'organisation et le fonctionnement hospitalier, les proximités, les dépendances, les complémentarités, les hiérarchies d'activité entre SF et GO, rendent la division du travail et des tâches beaucoup plus complexes, avec un enchevêtrement inévitable des frontières, sur cette scène exclusive de la naissance. La mort périnatale, lorsqu'elle survient, les rassemble dans l'activité contextuelle au travail. Au-delà du fait médical qu'elle représente, qui nécessite la coopération et la coordination des activités, elle confronte chaque soignant, qu'il soit SF ou GO, à la fois individuellement, mais aussi collectivement, à l'événement humain qu'elle peut signifier. Cette conjonction est portée par le sujet au travail, où son activité propre est toujours conjuguée à celle des autres, ceux qui travaillent avec lui. La mort périnatale s'inscrit de cette façon à la rencontre de l'objet du soin, qui n'est cependant qu'un autre sujet. Une rencontre, dont il s'agit de comprendre les enjeux dans l'activité concrète au travail, pour les soignants.

Troisième partie : Le travail des SF et des GO face à la mort. Hypothèses et méthodologie.

Chapitre 1 : Cadre théorique, analyse du milieu de travail

Dans l'institution hospitalière, non pas en tant qu'établissement de soins, mais au sens d'une organisation sociale spécifique, chaque soignant est en prise interactive avec un ensemble de normes, de règles, de valeurs, de représentations, qu'elles soient formelles ou informelles, qui déterminent et régulent son activité, autant que l'action collective, fruit du travail commun qui en découle. L'activité soignante s'inscrit certes, et par moments réellement, dans le face à face soignant-soigné, le « colloque singulier » traditionnellement décrit dans la relation médicale, mais ce dernier est gouverné plus largement par des systèmes d'interactions qui le dépassent. Ils font référence aux différents ensembles, plus ou moins étendus, auquel chaque soignant participe. C'est-à-dire, le groupe de soignants avec lesquels il travaille, le métier dont il fait partie, qui configure son identité professionnelle, l'équipe de soins, au sens large, qui est la sienne, l'organisation institutionnelle en place, déclinée singulièrement dans son établissement d'affectation, ainsi que le contexte social plus vaste.

« L'hôpital peut-être perçu comme un lieu professionnalisé – un site géographique où des personnes issues de différents horizons professionnels se trouvent rassemblées afin d'y mener à bien leurs objectifs respectifs » remarque Anselm Strauss (1992, p.90) pour résumer cette complexité interactive. Pour lui, de nombreuses conjonctions subjectives différentes rassemblent les soignants dans l'activité, par leurs opinions et formations, parcours personnel et professionnel, théories et philosophies, selon les catégories ou les segments professionnels, ou même à l'intérieur d'un même segment. Et cela malgré les objectifs donnés par le travail commun à l'hôpital autour desquels toutes les différentes activités doivent se coordonner. Anselm Strauss constate que *« les règles qui régissent les activités des divers professionnels, tandis qu'ils accomplissent leurs tâches, sont loin d'être exhaustives, ou clairement établies, ou clairement contraignantes. Ceci implique la nécessité d'une négociation continue »* (p.92). C'est pourquoi malgré le cadre très hiérarchisé et fortement normé du fonctionnement

hospitalier, la division du travail et des tâches comprend des espaces « *non réglementés* », où les enjeux subjectifs, liés aux négociations possibles concernant le travail, restent un lieu privilégié. Un vaste réseau d'interactions se déploie à plusieurs niveaux, entre le sujet au travail et son objet de soin, la personne à qui il est destiné ; mais aussi entre le sujet, ses partenaires de travail et les différents groupes dont il fait partie, comme entre les différents groupes de travail eux-mêmes, qui influencent son activité. Ces interactions peuvent s'entendre en termes de négociations normatives, mais également du point de vue des interactions émotionnelles, liées à la vie affective au travail, ou encore du point de vue des interactions fantasmatiques conscientes, ou même inconscientes, qui animent aussi bien chaque sujet au travail que la vie des groupes qu'il partage. Concernant la mort périnatale dans l'activité des SF et des GO, il s'agit d'envisager ces différents aspects pour en restituer la problématique au travail, lorsque le soignant, en tant que sujet, s'y investit physiquement et psychologiquement.

1.1 Repères cliniques et théoriques pour l'activité des soignants

Cette approche « globale », qui s'intéresse au sujet porteur d'une corporéité, d'une subjectivité et d'un désir dans les interactions nées de son activité, en situation contextuelle, est celle de la clinique du travail. La démarche de cette recherche s'attache à suivre cette orientation en tenant compte du destin du sujet dans sa situation de travail concrète et réelle, tout en analysant les activités déployées et les rapports entre activité et subjectivité.

1.1.1 Le sujet au travail, une clinique du travail « ouverte »

L'orientation choisie en clinique du travail suit celle de Dominique Lhuilier, dans la mesure où elle conjugue différentes perspectives en gardant volontairement une « ouverture » sur des approches différentes, qui tissent une compréhension commune à travers plusieurs disciplines, que ce soit la sociologie, la psychopathologie clinique, la psychanalyse, ou encore la philosophie. La dimension historique y trouve sa place, dans cette recherche, pour donner tout leur relief aux enjeux actuels du travail des SF et des GO, dès lors qu'ils sont confrontés à la mort périnatale. Ces différentes compréhensions nouent leur convergence autour de ce qu'il en est du travail, spécifiquement quand il touche à la mort périnatale, pour mettre à jour comment il les affecte, et comment le travail lui-même s'en trouve à son tour affecté. Il s'agit d'en dégager les charges de difficultés, de négativité ou de souffrance, à la recherche de leurs modalités de dépassement, afin que l'activité déployée au travail puisse se faire au bénéfice, et non pas au détriment, du sujet. Dans la clinique de l'activité, l'éclairage porte principalement

sur les interactions activité-subjectivité dans la manière dont celles-ci s'affectent mutuellement au travail. Avec Yves Clot (2001), cette approche s'intéresse plus particulièrement à « l'activité empêchée », en identifiant les freins, les obstacles ou les entraves subjectives qui peuvent l'altérer, tout en générant une véritable souffrance au travail. Retrouver un « pouvoir d'agir », au moyen des ressources subjectives engagées dans l'activité au travail, est la voie proposée pour dégager le sujet de la souffrance supportée. Cette approche, qui questionne les rapports entretenus entre l'activité et la subjectivité, ne fait cependant pas référence au sujet désirant, porteur d'une histoire personnelle, présent au travail et affecté par lui dans une complexité réciproque, une dimension cependant retenue pour cette recherche. Le travail, ainsi abordé, entre plaisir et souffrance, entre désirs et contraintes, nés pour le sujet de la réalité des situations qui le concernent, fait plus directement appel à l'approche de la psychodynamique du travail de Christophe Dejours (1987), à travers sa référence à la psychanalyse.

Sigmund Freud considère en effet la conflictualité psychique comme constitutive de l'être humain, dans la mesure où elle donne lieu à une dynamique de résolution d'un ensemble de conflits, auxquels ce dernier ne peut échapper. Ces forces contradictoires entre désirs et défenses, principe de plaisir et principe de réalité, suscitent l'invention de formes de compromis ou de réactions qui sont le cœur même de la vie psychique. C'est précisément à partir de la mise en évidence de mécanismes de défenses spécifiques à des situations de travail concrètes et réelles que l'approche psychodynamique a été élaborée. Elle offre ainsi une compréhension nouvelle, face à des questions largement débattues avant elle dans le champ de la psychopathologie du travail. En effet les phénomènes psychopathologiques retrouvés dans différentes formes de travail sont appréhendés, au-delà d'une répartition des causalités qui situent leur origine, soit dans le sujet lui-même, structurellement ou par manque de capacités adaptatives, soit dans l'organisation de travail par sa force de contrainte ou de répression. En effet, la psychodynamique du travail envisage surtout la conflictualité, vécue par le sujet de désir dans sa rencontre avec la situation de travail, comme une disposition au service de l'équilibre psychique du sujet et de sa santé mentale. La conflictualité, qui oppose les contraintes liées au travail au désir du sujet lui-même, pousse celui-ci à trouver les issues résolutoires les plus favorables, pour le moins protectrices, si ce n'est positives. Ainsi, les formes de résolutions trouvées peuvent tout aussi bien s'affirmer très positivement, devenir source de plaisir et de satisfactions, à travers les gratifications narcissiques et identitaires qu'elles procurent, dont l'essentiel se mesure à l'aune de la reconnaissance obtenue. La psychodynamique du travail trace ainsi la voie d'une sublimation possible pour l'économie

libidinale, par le transfert de la force de la pulsion sexuelle vers un autre but, non sexuel, et cependant socialement valorisé, comme l'envisage Sigmund Freud (1932) : « *Nous désignons comme sublimation une certaine sorte de modification de but et de changement d'objet dans laquelle entre en considération notre évaluation sociale* »⁵⁶. Cependant les formes de résolutions trouvées, dans la conflictualité qui oppose les contraintes du travail au sujet désirant, ne s'élaborent pas seules pour ce dernier. Les solutions de compromis trouvées se construisent en situation, c'est à dire à partir du travail réel et contextuel lui-même, mais également avec les autres, ceux avec qui le travail est réalisé et partagé, dans l'action collective.

1.1.2 Le travail, la scène d'une conflictualité intersubjective

« Il faut préciser que l'activité de travail a un caractère fondamentalement social : elle ne peut être seulement une activité immédiate, solitaire, répondant exclusivement à une visée de satisfaction de désirs individuels. Le travail est réalisé avec d'autres, pour d'autres, il est subordonné à un but collectif, organisé, coordonné, canalisé, géré... Ainsi le travail implique toujours une confrontation au réel physique, au réel des rapports sociaux » (Lhuillier, 2006, p.82).

Avec la question de l'activité concrète, la conflictualité localisée proprement à l'intérieur du sujet désirant, selon la psychanalyse, se voit néanmoins déplacée vers les frontières qui limitent le psychisme de ce dernier, c'est-à-dire aux frontières du dedans et du dehors. Ce déplacement est réalisé avec l'approche de Donald Winnicott, dans sa conception de l'accès à l'intersubjectivité pour la subjectivité, et telle qu'il l'a élaborée à partir des observations du jeu avec la réalité, permis à l'enfant, grâce à un « *objet transitionnel* ». Le « *centre de gravité* » de la subjectivité se voit alors proprement déplacé vers les frontières du sujet désirant avec son environnement : « *Le centre de gravité de l'être ne se constitue pas à partir de l'individu : il se trouve dans la structure environnement-individu* » (1969, p.201). La conflictualité intrapsychique se déplace ainsi vers la conflictualité intersubjective, celle précisément retrouvée très concrètement dans le travail lui-même. L'approche de Donald Winnicott constitue de ce fait une heuristique intéressante dans le cadre de la clinique du travail, d'autant plus qu'elle fait référence, elle aussi, aux rapports directement entretenus avec

⁵⁶ Vocabulaire de la psychanalyse, Laplanche J. et Portalis J.B., p. 465.

l'environnement, pour le sujet désirant à son travail.

Ainsi, selon cette perspective, la conflictualité engage la réalité interne du sujet, en prise avec la réalité externe, dans un processus de transformation de cette dernière, au moyen d'une activité matérielle. De ce fait le travail devient réellement partie prenante de la vie subjective et intersubjective du sujet, dans sa constitution comme dans sa transformation. Cette réalité contextuelle réelle concerne, dans cette recherche, très précisément toutes les situations où les soignants, SF et GO, sont confrontés à la mort périnatale dans leur travail, avec l'attention portée aux différents aspects de la conflictualité qu'elle engendre, comme aux formes de résolutions apportées. Mais c'est bien parce que le travail est réalisé « *pour d'autres* » que l'examen de cette dimension convoque un cadrage social et historique tel qu'il aura été proposé jusque-là. Et ce d'autant plus que l'activité singulière se décline avec celle « *d'autres* », de nombreux autres, dans l'institution hospitalière, qui participent tous à l'œuvre commune de l'objectif donné pour le travail collectif. L'examen de cette participation collective sera cependant centré ici sur les zones d'articulation, qui associent l'activité des SF et des GO, dans ce qui relève de la mort périnatale. La question de l'impact de la mort périnatale sur ces soignants est indissociable de la complexité des interactions engagées, coextensives à la fois de la dimension intersubjective mise en jeu, comme du lien social corrélatif, qu'il soit microsocial ou macrosocial. Dans ces enjeux, une dialectique constante réunit la dimension identitaire personnelle à la dimension identitaire professionnelle, avec ses différents cercles d'appartenances, par la manière dont ils s'affectent mutuellement.

1.2 Le travail commun, face à la mort périnatale

SF et GO sont réunis, avec d'autres professionnels, dans un cadre de travail toujours très hiérarchisé, dans l'institution hospitalière. Il inscrit l'activité de chacun dans l'objectif commun du soin prévu par cette dernière, mais également dans le partage du vécu d'événements communs, gérés par un ensemble de normes de fonctionnement du travail et de son organisation. En effet, concernant la mort périnatale, s'y confronter, s'en occuper et la prendre en charge, demande souvent des interventions conjointes autant que des relais constants entre SF et GO, du moins pour son diagnostic et pour l'accouchement, lorsqu'il s'agit d'une mort in utero ou de la mise en œuvre d'une IMG. La mort périnatale *intra partum* les associe presque obligatoirement sur la scène de la naissance, tandis que les soins faits au corps sans vie sont généralement toujours du ressort de la SF alors que l'examen diagnostique relève du GO. Bien que partenaires pour coordonner leur travail et coopérer à bon escient, chaque soignant SF et

GO, met également en jeu sa propre position subjective, tributaire de valeurs et de représentations, relevant de sa position personnelle, autant que des différents groupes professionnels auxquels il appartient. Les reliefs de cette position subjective, dans les interactions avec les autres au travail, sont liés très concrètement à la situation de travail elle-même, ainsi qu'à la conflictualité psychique qu'elle génère.

1.2.1 Les diversités d'appartenances

À l'hôpital, chaque soignant SF ou GO, fait partie d'un groupe de travail désigné par l'équipe dans ses différentes extensions. Le plus souvent, ce terme fait référence à celle qui est au travail présentement, dans les unités distinctes d'une maternité, mais pour cette recherche, principalement, celle de la salle des naissances, point névralgique de la mort périnatale. Chaque unité de travail n'est qu'un sous-ensemble de l'équipe entière des soignants d'un service de soin, lui-même inclus dans l'organisation globale de groupe, constituée par l'institution hospitalière singulière. Bien que les personnes au travail ne se soient pas choisies pour faire œuvre commune, elles sont plus qu'une collection ou un assemblage informel d'individus, au-delà de la coopération ou de la coordination nécessaire pour réaliser les objectifs de soin, à travers les conjonctions subjectives qu'elles forment. Elles donnent lieu à des fonctionnements informels, plus ou moins énoncés de façon explicite, mais néanmoins actifs au moyen de conduites, de règles, de croyances, de valeurs, de normes auxquels le groupe entier adhère et qu'il fait siennes. Leur repérage est singulièrement mis en évidence par les mécanismes de défense communs, constitués en réaction à la souffrance vécue au travail comme l'envisage Christophe Dejours. Ce sont des effets du « collectif de travail », où l'influence du groupe professionnel, auquel chaque soignant appartient, n'est pas des moindres. Ainsi, SF ou GO, tout en conjuguant leur activité commune au sein du collectif de travail que représente l'équipe, sont aussi en même temps dans des positions subjectives liées à leur appartenance à des groupes professionnels spécifiques, en interdépendance avec une « culture » de métier, dont il est nécessaire de tenir compte en ce qui concerne la mort périnatale. Comme nous avons pu le voir, l'approche de la mort périnatale, est sensiblement différente pour les professions SF et GO, avec un point d'entrée normatif, relevant d'une forme de culture professionnelle spécifique, selon que centrée d'abord sur la physiologie ou d'abord sur la pathologie.

1.2.2 Au travail, le sujet et ses groupes

L'importance de la dimension groupale au travail est évidente dès qu'il est question

« d'équipe ». Tout le monde s'accorde pour considérer que le groupe est une « mise en commun », et dans le cas du travail, elle concerne en premier lieu l'objectif à réaliser. Émile Durkheim (1893) a pu montrer combien la manière de penser et de réagir individuellement, soit les sentiments eux-mêmes, était d'abord déterminée par une intériorisation des normes du groupe social, sous forme d'un ensemble d'idées. Mais les recherches ultérieures ont souligné combien la cohésion, surtout dans les petits groupes, était sous influence de la vie affective, consécutive des interactions entre ses membres, les uns par rapport aux autres, ou par rapport au groupe lui-même, donnant lieu à une véritable « dynamique de groupe » (Lewin, 1944). À côté de la dimension rationnelle, qui cimente le groupe par un ensemble d'idées communes, la vie affective et émotionnelle, sous la forme d'attirances, de répulsions, de confiance éprouvée, a parfois été considérée comme le premier facteur de cohésion des groupes (Moreno, 1954) alors que le groupe est envisagé comme étant lui-même générateur de normes organisationnelles et de comportements qui lui sont propres. L'importance des facteurs affectifs dans la vie des groupes, avec la façon dont les membres s'y ressentent à travers la tâche effectuée, la manière dont le groupe est plus ou moins valorisé et valorisant pour chacun d'entre eux, le regard des autres sur soi et sur ce qui est fait, renvoie particulièrement au domaine affectif, mais surtout à l'imaginaire, ce que l'approche psychanalytique a particulièrement développé avec Didier Anzieu (1985).

Selon lui, c'est l'importance du fondement imaginaire de la dimension affective, qui permet réellement de comprendre les mouvements affectifs que les membres développent les uns vis-à-vis des autres, ainsi que la capacité d'intériorisation ou de création de normes singulières. Le groupe est considéré comme « *une mise en commun des images intérieures et des angoisses des participants* », que ce soit vis-à-vis du groupe lui-même, ou envers d'autres groupes (Anzieu, 1996, p.27). Ce phénomène universel s'observe par le fait que, dès que des hommes se réunissent, y compris au travail, surgissent, dans le groupe, du désir, des angoisses, des peurs, des sentiments dont ils vont essayer de se prémunir ou qu'ils vont tenter de partager au moyen d'un imaginaire groupal commun. C'est pourquoi, quels que soient « *les groupes sociaux dits réels* », dont « *les équipes de travail* », le groupe est à la fois « *accomplissement imaginaire de désirs et de menaces* », où la dimension inconsciente est essentielle (1996, p.53). Le groupe repose ainsi sur le partage d'un même imaginaire, où l'élaboration d'une « *illusion groupale* » rassemble positivement tous les membres dans la même enveloppe fantasmatique, indispensable à sa cohésion. Cette enveloppe psychique, à la manière d'une peau, est produite par le groupe et lui sert de contenant imaginaire, pour se représenter les frontières et les passages

entre ce qui appartient au groupe et ce qui ne lui appartient pas (Anzieu, 1985). De cette manière, dans le cadre du métier, elle sert aussi d'étayage à l'identité professionnelle, en fournissant à tous des repères communs.

Cette « *idée d'une réalité psychique spécifique dans les groupes, réalité irréductible à la simple juxtaposition, ou même à l'interaction des réalités « individuelles »* » a été développée par les travaux du psychanalyste René Kaës (2011, p.10) pour tenter de comprendre les articulations psychiques réciproques entre les membres et le groupe ou encore entre les membres eux-mêmes, à travers le groupe. Ces « *modalités d'articulation de l'espace psychique du groupe avec celui des sujets qui le constituent, et de leurs rapports de fondation* » (p.13) permettent d'éclairer les phénomènes particuliers, telles certaines alliances inconscientes, nées des liens intersubjectifs, notamment les processus collectifs de déni, de désaveu ou de rejet, que René Kaës (1988) appelle « *les pactes dénégatifs* ». Ces processus renvoient aussi aux mécanismes de défense, spécifiques à certains collectifs de travail, face à des situations concrètes, ou encore spécifiques à des défenses corporatistes, comme l'envisage Christophe Dejours (1993). Mais ces processus donnent également, en ce sens, un éclairage particulièrement intéressant des enjeux de la division morale et psychologique associée à la division sociale du travail, notamment concernant la question du « sale boulot » dans ses traitements symboliques. Ils invitent à rechercher derrière les faits observables « manifestes », d'autres types de processus interactifs, « latents », non conscients ou inconscients, qui les instruisent. D'autre part, les profondes intrications de la subjectivité individuelle avec celle des autres, dans l'intersubjectivité, ou avec celle du ou des groupes d'appartenance, laissent discerner combien l'identité personnelle se construit, s'entretient et se transforme dans l'activité de travail. Comme en négatif, l'ampleur de cet engagement de soi se révèle surtout dans la clinique individuelle des situations de souffrance au travail où ce dernier est généralement « *en forte résonance symbolique avec notre identité personnelle, notre histoire infantile, on le verra chez tous les patients* » (Pezé, 2010, p. 212).

Néanmoins le travail lui-même, dans ses différentes dimensions, dépend à chaque fois du type de conflictualité engendrée par la situation concrète dont il relève. C'est pourquoi, dans les situations de souffrance, la primauté dans leur compréhension ne peut être donnée, ni aux influences externes vécues par le sujet, ni à son état intrapsychique liée à son histoire personnelle, mais elle s'adresse à la conflictualité spécifique engendrée par des situations concrètes, soit au travail lui-même, dans sa réalité matérielle et sociale contextuelle. En ce sens,

pour cette recherche, il s'agit de comprendre ce qu'elle mobilise chez les soignants SF et GO, dans leur rencontre avec les situations réelles de mort périnatale. Dans ces cas aussi, l'engagement de la subjectivité dans l'activité, entre désirs et défenses, souffrance et plaisir, suit la complexité des liens intersubjectifs tissés avec tous les partenaires, dont les patients et la communauté de travail elle-même, avec une charge symbolique d'autant plus puissante, dès lors qu'il s'agit d'enjeux liés à la naissance et à la mort.

1.2.3 L'objectif de travail dans l'activité SF ou GO

Au travail, la part imaginaire, fantasmatique et symbolique, est toutefois coextensive à la réalité de l'activité engagée, et toujours indissociable de l'action mise en jeu par cette dernière. Elle sous-tend l'objectif global du travail des SF et des GO. L'activité concrète elle-même est référée à des normes d'actions et d'interventions par rapport à des objectifs précis, donnés sous forme de prescriptions inscrites dans la réalité d'un contexte social déterminé qui a été largement éclairé. Ainsi, dans l'activité consacrée à la naissance, l'objectif du travail concerne en priorité la lutte contre la mort et son cortège de morbidité maternelle et périnatale. Cet objectif s'appuie sur une tentative de maîtrise des risques potentiels où, « *la dangerosité est inversement proportionnelle à la représentation de la maîtrise (possibilité offerte par l'organisation du travail de modifier la situation) des personnes qui y sont directement exposées. La maîtrise renvoyant ici à l'efficacité des modes opératoires et des ressources disponibles pour faire face au risque* » (Lhuilier, 2006, p.112-113). Ce dispositif organisationnel coordonne l'action collective par un ensemble de normes établies, en même temps qu'il encadre les actions individuelles. Les normes elles-mêmes se réfèrent aux connaissances, au savoir technique et aux théories médicales, concernant les pathologies du vivant dans le contexte de la naissance. De cette façon, elles justifient la validité des pratiques et l'organisation de travail mis en place. Selon ces perspectives normatives, la lutte contre la mort se décline en fonction de la logique médicale déployée pour lutter contre les maladies et les dysfonctionnements organiques qu'elle cherche à traiter ou à guérir. La mort périnatale entre de ce fait dans la causalité générale d'attribution des maladies qui domine le raisonnement médical fondé sur le diagnostic, l'étiologie et le traitement adapté.

Dans l'institution hospitalière, cette logique apparaît particulièrement « armée » au moyen des ressources techniques, matérielles et humaines, fournies par l'organisation de travail. La « machine à guérir » prend la figure d'une « machine à lutter contre la mort », avec une multiplicité de normes et de règles d'actions, particulièrement avec les très nombreux

protocoles de soins. Les normes d'actions destinées à la maîtrise d'une certaine réalité, celle des pathologies, sont tirées du savoir médical. Mais cette possibilité de maîtrise est problématique rien qu'au regard de l'application de ce savoir lui-même. Ce savoir qui « *est censé s'appliquer à chaque nouveau contexte d'action* », reste néanmoins un « *savoir qui peut être transmis indépendamment de la situation de l'action et qui peut être, de cette manière, abstrait de tout contexte pratique* » (Gadamer, 1998, p.27). C'est-à-dire qu'en dehors de « *l'expérience technique* » où ces difficultés d'application sont moins flagrantes, son usage dans toute situation concrète demande une adaptation. La pratique médicale en constitue une situation emblématique dans la mesure où le savoir dans son usage, dès lors qu'il est appliqué, requiert pour Hans-Georg Gadamer la « *faculté de juger* », soit une activité proprement subjective et intersubjective, dans ses intrications avec le travail des autres, comme avec le sujet du soin. Il dépend ainsi autant de la situation clinique relative à la complexité de l'objet du soin, que de l'expérience de celui qui l'applique.

La référence à la science s'inscrit inévitablement dans ce décalage pour le soignant, même s'il peut vouloir le dénier et faire valoir une quelconque vérité scientifique pour ses normes d'actions, sous la pression notamment de L'EBM, *Evidence Based Medicine*, qui tente d'établir des normes standardisées pour toutes les conduites thérapeutiques. Elle résulte d'une démarche déterministe qui trouve son fondement dans des études épidémiologiques et statistiques. Apparue dans les années 1990 avec les conférences de consensus, la communauté scientifique a voulu harmoniser de la sorte les pratiques médicales par des procédures standardisées, consignées dans des protocoles, correspondant à l'état des connaissances et des recherches actuelles. Il s'agit d'objectiver des normes de conduites, par une hiérarchie de niveau de preuves, et fournir par là une méthode rationnelle pour la gestion des risques. Malheureusement l'EBM, prévue comme une forme d'aide aux prises de décisions, prend de plus en plus souvent la voie d'une simple standardisation médicale. Outre que la relation soignant-soigné y est réduite à sa portion congrue, voire déshumanisée, selon Élie Azria (2012), cette recherche de normes, *evidence based*, nie l'incertitude scientifique elle-même. Elle se prétend capable d'apporter, sous forme de preuves, des supports exclusifs à l'approche clinique, là où les questions posées à la recherche médicale sont loin de pouvoir trouver uniquement des réponses rationnelles. Leur instrumentalisation technique, sous forme de protocoles standardisés, efface la « *faculté de juger* » du professionnel, autant que la complexité de l'objet de leur application au travail, le sujet du soin.

1.2.4 L'objet du soin dans l'activité des soignants

L'objet du travail, dans le soin, n'est pas inerte et passif, tandis que pour le professionnel il s'agit à la fois de travailler « pour » l'autre et « sur », l'autre dans ce que Everett Hughes envisage comme une relation de service particulière. Car les « *activités qui consistent à faire quelque chose pour quelqu'un, ou sur quelqu'un* » (1996, p.62) posent des questions par « *la nature des transactions entre ceux qui reçoivent et ceux qui assurent les services* » (p.103). Les bénéfiques supposés semblent apparemment fragiles dans ce type de relation : « *Peut-être faut-il rappeler que « servir » s'oppose à « desservir », et que la frontière qui les sépare est mince, indistincte et mouvante* » (p.62). Les comportements, les réactions et l'avis de la personne qui reçoit les soins interviennent en effet directement sur le travail lui-même. De son côté, à propos de la maladie chronique, les travaux d'Anselm Strauss identifient et précisent particulièrement « *la part prise par la clientèle dans la négociation* », en ce qui concerne leur traitement et « *l'organisation hospitalière* » elle-même, où, dans les différents registres du soin, les « *profanes* » influencent en permanence l'activité des professionnels les concernant (1992, p.102). Cette activité des patients, qui module la prise en charge de leur propre maladie, est évaluée par Anselm Strauss à la hauteur d'un vrai travail participatif, un « *travail de santé* » (p.144), fourni par les malades, qui les rendent actifs aux côtés des soignants et avec lequel ils doivent compter, dans l'effectuation de leur propre travail. Il n'est pas « *réductible à la tâche que représente la prescription médicale. La « compliance », entendue comme exécution de cette tâche, doit composer avec les exigences et contraintes d'autres sphères de vie et d'activités* » (Lhuilier, Brugeilles, Rolland, 2016, p.50).

Pour parer au risque, la naissance a été circonscrite à l'univers hospitalier, avec une médicalisation sans précédent et de fortes prescriptions normatives. Il n'en reste pas moins que leur application au travail subit une renégociation incessante, lorsqu'elle conjugue les normes d'actions d'un savoir général avec une situation clinique individuelle ; ou que les normes d'actions individuelles sont réactualisées avec celle des autres acteurs en fonction de la situation concrète. Ces normes font toujours référence à des théories, expertes ou profanes, conjuguées à des expériences personnelles, pour le soigné autant que pour le soignant. Le terrain intersubjectif de cette négociation est protégé juridiquement par le contrat de soin, tel que défini

par la loi Kouchner de 2002⁵⁷. L'article L1111-4 du Code de la santé publique stipule : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...] Le médecin respecte la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité* ». Si la médicalisation promet aux femmes de préserver leur intégrité corporelle, de ne pas souffrir, d'assurer leur sécurité en effaçant l'ombre de la mort dans la naissance, elle n'en est pas moins discutée, voire contestée, dans le souhait de bon nombre d'entre elles qui attendent des actions différentes de la part des professionnels (Jacques, 2007). C'est ainsi qu'auront fleuri les projets de naissance⁵⁸ et l'initiative qui a conduit récemment à la création de lieux d'accouchements non médicalisés, avec les Maisons de Naissance. S'il n'est pas négocié, le projet de naissance, établi par les parents ou la future mère, peut apparaître pour les professionnels comme une véritable prescription de travail⁵⁹ dans la prise en charge de l'accouchement, au détriment, souvent, de leurs propres impératifs d'action, relatifs au contrôle du risque.

Par le jeu des prescriptions de travail contradictoires ou paradoxales, cette situation n'est pas sans ressembler à l'accomplissement des IVG qui dépend entièrement de la volonté de la femme lorsqu'elle intervient dans des délais légaux. Rares sont les situations, dans la relation médicale, où la prescription princeps de leur travail, pour les soignants, relève ainsi avant tout du patient. Dans cette recherche, pour les SF, mais pour les GO tout particulièrement, elle rappelle également les situations d'IMG qui nécessitent un motif médical dépendant du diagnostic, fait par les professionnels. Néanmoins, même si l'acte est requalifié par l'expression « interruption médicale », pour laisser entendre combien il appartient aux compétences médicales, là aussi, la prescription de sa réalisation repose entièrement sur le choix et la volonté de la femme ou du couple parental. À ces différents éléments s'ajoute la tendance actuelle à la judiciarisation, que les soignants n'ignorent pas, étant donné le nombre des recours médicaux-légaux (Laude, 2013). Le recours médico-légal se présente toujours sous la figure d'une remise en question de leur travail, pour les soignants. Il impacte particulièrement l'obstétrique, à côté

⁵⁷ Loi n° 2002-03 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁵⁸ Voir notamment Gamelin-Lavois Sophie, consultante en périnatalité, créatrice en 2000 d'un site très visité, devenu actuellement www.projetdenaissance.over-blog.com. Elle a publié plusieurs livres pratiques concernant cette démarche pour négocier, avec les professionnels, surtout SF et GO, un accouchement « personnalisé », où toutes les actions de soins présentées comme obligatoires sont discutées.

⁵⁹ En anglais, le terme consacré est d'ailleurs « birth plan », plus proche de l'idée de plan ou de programme.

des spécialités chirurgicales et de l'anesthésie. Pour les sages-femmes, quasiment la moitié des recours surviennent en cas de décès de la mère, mais surtout de l'enfant, situations les plus fréquentes dans le contexte de la naissance.⁶⁰ Ces différents éléments indiquent combien l'activité des soignants, SF et GO, derrière l'évidence de traitements et de protocoles de prise en charge, suppose de nombreuses négociations, dont la complexité relève de registres très différents, chacun délivrant son propre impératif de prescription pour le travail individuel et collectif, que la mort périnatale interroge tout particulièrement.

Chapitre 2 : Juger pour agir dans l'activité des soignants

2.1 La subjectivité et l'intersubjectivité, au cœur de l'action

L'action qui détermine le faire est le fruit de l'élaboration de la « *faculté de juger* », en prise avec les différentes normes prescriptives. Toutefois, « *l'action est dans le travail de la pensée elle-même* » dans la mesure où c'est elle qui détermine l'agir (Dejours, 1993, p.241). C'est pourquoi, comme l'écrit Gérard Mendel (1998), l'action c'est d'abord « *dans la tête* ».

2.1.1 « les trois niveaux du jugement médical », selon Paul Ricoeur

Même fortement contraints par des standards médicaux et les exigences de l'organisation de travail prescrite, les soignants sont ainsi amenés à investir leur « *faculté de juger* » dans des négociations qui débordent l'usage d'un savoir général, appliqué en situation contextuelle. Avec un texte fondamental de 1996, intitulé « Les trois niveaux du jugement médical », Paul Ricoeur identifie trois registres différents qui interviennent, pour lui, dans la relation de soin, tout en s'entrecroisant les uns avec les autres. L'analyse est rapportée au colloque singulier, celui du face à face médecin-malade, mais elle reste une heuristique intéressante, rapportée au « *colloque pluriel* » (Carlin, 2014), où le malade est face à plusieurs

⁶⁰ Données fournies par la MACSF-Le Sou Médical, qui s'affirme comme étant le premier assureur professionnel des professions de santé, médicales et paramédicales, avec le « Rapport annuel sur les risques des professionnels de santé en 2015 », édité le 27 octobre 2016, consultable en ligne, consulté le 15 janvier 2017, URL : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/download/11158/121995/version/1/file/rapport-annuel-2015VF.pdf>

intervenants, dont l'équipe de soin. Du point de vue des enjeux prescriptifs dans le travail des soignants SF et GO, cette approche permet de dégager une forme de compréhension globale de la complexité de ces interactions, avec leurs dimensions subjectives et intersubjectives relatives aux différents acteurs comme toile de fond. Essentielles comme telles, le premier niveau établi par Paul Ricoeur en rend compte particulièrement avec la singularité de chaque situation, rapportée à l'individualité des personnes, celle du soigné et celle du soignant, qu'il soit seul ou élargi au groupe. Ce niveau « *peut-être appelé prudentiel (le terme prudentia constituant la version latine du grec phronesis) : la faculté de jugement (pour utiliser la terminologie kantienne) est appliquée à des situations singulières où un patient individuel est placé dans une relation interpersonnelle avec un médecin individuel* » (1996, p.21). Ce niveau met en avant l'implication des individualités en tant que sujets, dans la dimension relationnelle du soin. Ainsi un échange contractuel peut donner lieu à une « *alliance* » intersubjective, qui scelle la reconnaissance et l'engagement respectif de chacun avec l'autre, dans un objectif partagé, « *contre l'ennemi commun* » de la maladie. Le rôle du soigné, à la fois objet et sujet, y trouve toute sa place puisqu'il est reconnu dans sa participation au travail du soignant, à savoir par « *l'association du patient à la conduite de son traitement* » (p.25). La visée prescriptive des soignants y est problématique d'emblée si le terrain d'une telle alliance autour d'un objectif commun ne peut être trouvé, ce qui est le cas lorsque le « *projet de naissance* » de la mère ou des parents diffère des priorités des soignants.

Le second niveau transporte l'alliance réalisée vers le « *contrat médical* », celui où intervient le « *jugement déontologique* » par sa référence aux « *normes qui transcendent de différentes manières la singularité de la relation entre tel patient et tel médecin* » (p.21). La prescription des normes et des règles, qui régit la pratique médicale, s'y exprime par leur caractère universel, modulé par la manière d'appliquer ou de se référer au savoir général dans son usage contextuel, réglementé par des devoirs et des obligations encadrées juridiquement. Enfin le dernier niveau, « *réflexif* », celui du « *jugement moral* », engage les professionnels dans la justification et la légitimation des deux formes de jugements précédents, sans écarter le poids de l'influence des conceptions sociales : « *c'est à ce niveau que sont mises en cause des notions telles que santé et bonheur et que la réflexion éthique touche à des problèmes aussi radicaux que ceux de la vie et de la mort* » (p.22).

Par ailleurs, dans l'institution hospitalière, les soignants sont pris dans une organisation de travail où la division du travail et des tâches apporte ses propres contraintes de

fonctionnement, qui interagissent et encadrent les différentes normes d'action. Ainsi, les soignants, même lorsqu'ils sont prescripteurs de leurs actes ou prescripteurs des actes des autres, supportent un ensemble complexe de prescriptions qui ne peuvent jamais s'accomplir telles quelles, au pied de la lettre. C'est pourquoi, dans la réalité des situations très concrètes *« le rapport entre l'organisation du travail et l'homme n'est pas un bloc rigide, mais qu'il est perpétuellement mouvant. En d'autres termes, la stabilité apparente de ce rapport repose sur un équilibre ouvert à l'évolution et aux transformations, c'est-à-dire un équilibre dynamique, un équilibre qui se déplace »* (Dejours, 1993, p. 214-215). Le travail réel accompli, à la rencontre de la réalité d'un contexte, se situe toujours en excès ou en défaut, par rapport à ce qui est attendu et ne recouvre jamais exactement les préconisations prévues par l'organisation hospitalière du travail. Il suscite, dans sa réalité, un décalage inévitable entre ce qui est fait réellement et ce qui était strictement prévu par une somme de prescriptions. Des ajustements, construits au fur et à mesure, œuvrent au cœur de cet écart et rendent l'activité de travail réelle très différente, par un jeu d'adaptations individuelles et collectives indispensables. Pour Christophe Dejours, c'est ainsi que l'organisation de travail réelle prend la forme d'un compromis qui *« n'est pas élaborable sur la base d'arguments techniques uniquement »*, là où *« construire un compromis passe de facto par un jeu social »* (Dejours, 1993, p.219).

2.1.2 Activité prescrite, activité réelle

À l'endroit de cet écart signifié entre activité prescrite et activité réelle se joue cependant l'engagement des intérêts subjectifs et intersubjectifs dans toute leur vitalité. L'écart est une impulsion donnée à la pensée qui s'en empare pour tenter de le combler afin de maintenir la possibilité de continuer à travailler. Par là même, il alimente un travail de restructuration des représentations, inventif et toujours recommencé, où la pensée est constamment mobilisée. Comme dans le jeu de pousser-pousser, ce casse-tête chinois où se déplace un espace vide qui permet de mettre en mouvement toutes les autres pièces, l'écart entre le travail prescrit et le travail réel entretient sous cette forme, cette aire particulière, transitionnelle, que Donald Winnicott définit comme indispensable à tous les enjeux intersubjectifs. Sa réalité est fournie ici très concrètement par les situations de travail. Néanmoins, c'est tout particulièrement *« dans la confrontation à l'échec, aux difficultés »*, là où *« l'irréductibilité de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, entre la tâche et l'activité »* (Lhuillier, 2006, p.94) est rendue manifeste, que les soignants affrontent les contradictions les plus douloureuses au prix d'une conflictualité psychique qui traverse les actions menées, quant à leurs décisions et leurs

réalisations. C'est dans l'action elle-même, dans son accomplissement, que prennent forme des lignes de tensions imprévues, par la force de résistance qu'oppose la réalité concrète à sa transformation projetée. Car *« c'est à travers l'action que se révèle l'écart entre les représentations de la situation de travail et la réalité de celle-ci, que s'expérimente ce qui se dérobe à la volonté, à la maîtrise, à la conquête. Les obstacles rencontrés, et qu'il faut surmonter, font de l'activité une mise à l'épreuve du degré de réalisme des désirs, des fantasmes du sujet, de sa représentation du contenu et des finalités de son travail »* (Lhuilier, 2006, p.22).

La mise à l'épreuve dont il est question se dévoile sous la forme de l'insaisissable, l'impuissance à faire advenir ou à contrôler : ce vers quoi l'action dans l'activité au travail est entièrement tendue et qui, cependant, fait défaut aux efforts déployés. Non seulement l'activité réelle marque un décalage par rapport à l'activité prescrite, mais avec les difficultés, les entraves, les échecs ou les défauts de maîtrise, le réel dont elle cherche à se saisir lui échappe. Pour les soignants, SF et GO, cette conflictualité psychique n'est jamais aussi forte qu'avec l'irruption de la mort dans leur travail, soit dans le cadre de cette recherche avec la mort périnatale inattendue ou celle, anticipée puis accomplie, de l'IMG. Son irruption représente l'échec du contrôle par ce qui n'était ni attendu, ni souhaité et qui ne devait pas survenir au travail alors que l'activité elle-même doit changer d'orientation pour s'occuper de l'insaisissable avec la confrontation à la mort. Même dans le cadre du CPDPN, l'activité est d'abord tournée vers les soins thérapeutiques apportés au fœtus, alors que l'IMG consacre l'échec de cette possibilité. Avec l'irruption de la mort, l'activité des soignants, SF et GO, se heurte au réel et bute sur un point d'achoppement qui ne souffre d'aucune autre comparaison. Elle devient également, de ce fait, le point de résurgence d'un ensemble d'activités confinées au « sale boulot », dans ses différentes connotations, qu'elles soient liées à leur dimension physique ou à leur dimension morale.

2.1.3 La mort périnatale, ce point de fuite dans le travail des soignants

Le changement de tonalité donné à la scène de la naissance par la mort périnatale fait d'elle un révélateur des différentes lignes de perspectives qui traversent par leurs reliefs le travail des soignants. Leurs grands traits se résument par : la jonction impraticable entre activité prescrite et activité réelle ; les limites de validité des causalités scientifiques ; les limites d'un contrôle prescriptif de prévention ; la vulnérabilité de la vie émotionnelle au travail où les sujets-acteurs apparaissent affectés, si ce n'est bouleversés ; le dévoilement des rapports subjectifs secrètement entretenus avec l'objectif du travail ; et une conflictualité psychique qui

confronte le monde intérieur des soignants, individuellement ou collectivement, avec leur vie de groupe, à une réalité du travail qui génère de la souffrance. Mais se révèle et se dévoile surtout la scène imaginaire d'un contrôle illusoire qui pourtant, par la force de sa construction, soutient constamment le travail. Ainsi la mort périnatale se constitue en point de fuite, où comme dans le dessin, un point imaginaire permet d'en rendre visible et de représenter ses différentes perspectives, avec leurs reliefs, leurs profondeurs et leurs directions dans l'espace. C'est de cette manière que celles-ci se prêtent à plus de lisibilité et de compréhension.

2.2 Les limites du contrôle du risque par l'organisation du travail

L'institution hospitalière prend en charge les soins apportés aux femmes et aux enfants dans la naissance par un dispositif matériel, technique et humain ainsi qu'une organisation qui répondent à l'idée du risque obstétrical. Cette idée reste associée à une référence « ubiquitaire », comme l'analyse Danièle Carricaburu (2007). C'est-à-dire que le risque est considéré comme présent partout, derrière chaque naissance. Bien qu'il ait été fractionné par une hiérarchie ordonnée entre les différents types de maternité, même en type 1, il subsiste par une probabilité simplement atténuée. Danièle Carricaburu estime que cette définition « ubiquitaire » du risque est malgré tout au service des rapports de pouvoirs, dans les conflits corporatistes entre SF et GO, notamment avec la polémique enflammée autour des Maisons de naissance : « *In fine, la définition du risque obstétrical dans son acception probabiliste, même si elle a justifié la réorganisation de la périnatalité, n'a pas totalement éliminé l'idée du risque ubiquitaire qui peut être réactivé par la rhétorique du groupe social dominant lorsqu'il s'agit de défendre ses intérêts. Ces deux définitions du risque traduisent des « idéologies obstétricales » en tension, incarnées dans la controverse des Maisons de Naissance, radicalisant ainsi les positions des uns et des autres sur la question de la technicisation de la naissance et du maintien ou non, à plus ou moins long terme, des 80 % de grossesses et d'accouchements « physiologiques » dans le giron des obstétriciens » (2007, p.141).*

La force de cette pensée du risque ubiquitaire est restituée par le long débat qui conduit à la promulgation d'un décret autorisant finalement les Maisons de Naissance, en décembre 2015. En témoigne également le temps de latence de 20 mois qui suivra, pour les décrets d'application, sans quoi la loi serait restée lettre morte. Par comparaison, cette lenteur est bien supérieure à celle de 13 mois de la loi Neuwirth, entre 1967 et 1969, autorisant la régulation des naissances, au moyen de la contraception, souvent citée pour illustrer les résistances faites

à l'entrée en vigueur d'une loi⁶¹. Mais là encore, l'idée du risque ubiquitaire n'a pas disparu, puisque l'expérimentation est de cinq ans, assortie de la condition que la Maison de naissance soit attenante à une maternité, soit comme un appendice, malgré tout, du dispositif hospitalier.

Danièle Carricaburu souligne également que les études, postérieures à l'organisation des maternités par seuils de risque, après 1998, font état d'une sorte d'impossibilité à réorganiser le champ de la périnatalité. Les réseaux mis en place pour coordonner les maternités devaient apporter des complémentarités horizontales et permettre une moindre médicalisation, pour les grossesses normales. Pourtant la lenteur dans les changements et dans la création des réseaux de périnatalité, le constat que les maternités, aux compétences pourtant complémentaires, construisent des partenariats difficiles, incohérents, des parcours morcelés pour la prise en charge des femmes, avec l'intervention de multiples professionnels, n'en conduisent pas moins à maintenir et renforcer ce dispositif. La convergence des situations les plus risquées, avec le transfert des patientes vers le type 3, convoque de ce fait une véritable « *assomption* » du risque (Carricaburu, 2007). Ainsi la pensée du risque rend la démedicalisation impossible, mais provoque au contraire une médicalisation, avec ses prescriptions normatives spécifiques, orchestrées autour du type 3. Si bien que les dispositifs non supervisés par l'activité hospitalière médicalisée sont difficiles à envisager. C'est un dispositif vertical renforcé, par des injonctions normatives confortées en matière de médicalisation, qui est constaté. L'idée du risque ubiquitaire est toujours là, avec ce point imaginaire organisateur qui rassemble les lignes de ces différentes perspectives, le point de fuite de la mort dans la naissance, non moins vigoureux et actif en coulisses qu'il l'était autrefois, lorsque la mort occupait une place prépondérante sur cette scène.

2.2.2 Le primat du pathologique sur le normal

La prescription majeure confiée à l'organisation macrosociale du travail repose sur l'éviction de la morbi-mortalité maternelle et périnatale. Mais elle s'étend, suivant les mêmes impératifs, dans l'activité des SF et des GO, avec la division et l'organisation interne de l'activité des professions, autour du normal et du pathologique. Elle est particulièrement prégnante dans l'univers hospitalier. De ce fait, sur cette scène qui figure l'expression la plus

⁶¹ Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013, suivie du décret 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances dont le décret d'application date du 3 février 1969.

forte de la médicalisation, les frontières entre le normal et le pathologique qui distinguent l'activité des SF de celle des GO, s'enchevêtrent au détriment des territoires alloués à la physiologie. Même si la sage-femme cherche à promouvoir celle-ci, son activité est sous dépendance des soins orientés vers la pathologie, où le risque supposé prévaut toujours, comme une hiérarchie supérieure à son propre exercice, dont elle doit intégrer les normes prescriptives. L'assomption du risque se fait ainsi à l'intérieur même de l'activité partagée, de la SF vers le GO en tant qu'expert de la pathologie, de la même façon qu'il se fait entre les maternités type 1 et type 3. Non seulement l'activité dédiée à la physiologie s'en trouve impactée, par une médicalisation omniprésente qui gouverne la pathologie, mais encore elle contribue elle-même à la prendre en charge, lorsque la SF porte une assistance auxiliaire à l'activité du GO. Le GO lui-même apparaît, comme chef de garde, ou chef de service, associé parfois à l'intervention du pédiatre et de l'anesthésiste, comme garant du risque majeur, là encore tel le type 3 pour les maternités de type 1 ou 2. L'institution hospitalière, centrée sur le soin des pathologies, organise ainsi en même temps, en l'englobant par ses prescriptions normatives, l'activité dédiée à la physiologie, soit celle des SF. Cette situation n'est que la conséquence de la distinction de ce qui est considéré comme normal ou pathologique dans le fonctionnement des processus vitaux, grâce à un arbitrage scientifiquement établi. Des normes, certifiées comme objectives, délimitent, sur un même continuum, ce qui est normal, ce qui est pathologique ainsi que le passage de l'un à l'autre. Le pathologique et le normal se définissent l'un par rapport à l'autre et ordonnent ainsi la médicalisation engagée autour de la naissance dans l'organisation de travail des soignants, en même temps que la prise en charge normative prescrite aux usagers. L'enjeu du risque ubiquitaire, derrière les phénomènes vitaux de la naissance, se décline de ce fait à travers une médicalisation de la naissance sous la forme d'une normalisation sociale, qui s'ajoute à une normalisation des processus vitaux, auxquels la médicalisation a tendance à s'imposer, presque naturellement, dans l'institution hospitalière.

La chasse au risque morbide ou mortel reçoit ainsi sa pleine justification, mais les effets iatrogènes et réducteurs de la naissance au seul risque obstétrical sont néanmoins aussi dénoncés. Un modèle, développé à partir de cette centration, fait passer au second plan celui centré sur la mère, son enfant et sa famille, où le bien-être et la qualité des soins conditionnent la bonne santé, affective et somatique, de la naissance. Dans ce cas, il ne s'agit plus de demander à ces derniers d'accepter de suivre et de s'ajuster à des prescriptions normatives, sous couvert de raisons sécuritaires, dont l'exécution repose sur les professionnels, mais de procurer à la mère, à l'enfant et à sa famille, le meilleur environnement, pour l'exercice optimal de leurs

propres capacités adaptatives ; serait-ce au sein de l'univers hospitalier. Cette réflexion, avec ses critiques, a sollicité de fortes négociations entre les professionnels et les usagers, dont le CIANE⁶² particulièrement, comme entre les SF et les GO. En effet, elle introduit un autre débat, non pas sur la fiabilité ou l'objectivité des normes garantissant la sécurité de la naissance, sous couvert de lutter contre la mort, mais sur le rapport aux normes elles-mêmes, que ce soit dans l'approche médicale des processus vitaux, comme dans l'activité des soignants, SF ou GO. C'est bien tout ce débat qui entoure la création des Maisons de naissance et qui dépasse largement la possibilité d'accoucher ailleurs qu'à l'hôpital, censé garantir le risque ubiquitaire. L'approche de Georges Canguilhem (1966) en apporte une compréhension des plus intéressantes, en ce qu'elle permet de cerner deux tendances qui ont chacune une vision foncièrement différente, tant des processus vitaux que de l'existence humaine, en opposant les phénomènes de normalisation à ceux de « normativité », qu'il considère inhérente et fondatrice de la vie.

2.3 Normalisation versus normativité, pour les usagers ou les soignants à leur travail

2.3.1 La norme et la normativité, selon Georges Canguilhem

Dans son analyse des processus vitaux, Georges Canguilhem (1943) dégage un principe commun et fondateur qui vaut aussi bien pour le normal que pour le pathologique. Telle une « valeur » attribuée à la vie dans le vivant, il s'exprime dans les deux cas, par ce qu'il définit comme la normativité. Dans tous ses fonctionnements, le vivant obéit au même principe qui veut que la vie soit toujours force d'adaptation à son environnement à travers la capacité de l'être vivant à instaurer des normes, indispensables à sa régulation et à son équilibre. Cette capacité est envisagée au regard de l'être vivant singulier, inséparable de son milieu interne ou externe, dans lequel il évolue. Elle s'entend comme contextualisée à ce dernier, sans pour autant être une soumission passive, dans la mesure où les efforts d'adaptation, sous la forme de

⁶²Collectif Interassociatif Autour de la Naissance, qui regroupe en 2016, 33 associations locales, régionales et nationales. Créé en 2003 après les Etats généraux de la Naissance, il est devenu un interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics avec un agrément, depuis 2008, pour la représentation des usagers dans le système de soin. Il mène des recherches partenaires, est actif auprès des instances, des usagers, des professionnels et des médias, pour une réflexion scientifique critique sur la démedicalisation de la naissance, tout en préservant une sécurité globale, autant technique, psychologique, qu'affective. Il a un site internet : www.ciane.net, consulté le 10 décembre 2016.

créations normatives, sollicitent le milieu et contribuent à le transformer lui-même : « *L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instaurer de nouvelles normes, même biologiques* » (1966, p.87). Confronté à des processus pathologiques, ou soumis à des variations contraignantes, l'être vivant cherchera tout autant à produire des normes adaptatives individuelles. Leur force créatrice peut aller jusqu'à conduire à un vécu de bonne santé, alors même que la situation est pathologique, indexée de cette sorte par des normes objectives : « *Le concept de norme est un concept original qui ne se laisse pas, en physiologie plus qu'ailleurs, réduire à un concept objectivement déterminable par des méthodes scientifiques. Il n'y a donc pas à proprement parler, de science biologique du normal. Il y a une science des situations et des conditions biologiques dites normales. Cette science est la physiologie [...] Il en est de la médecine comme de toutes les techniques. Elle est une activité qui s'enracine dans l'effort spontané du vivant pour dominer le milieu et l'organiser selon ses valeurs de vivant. C'est dans cet effort spontané que la médecine trouve son sens, sinon d'abord toute la lucidité critique qui la rendrait infaillible. Voilà pourquoi, sans être elle-même une science, la médecine utilise les résultats de toutes les sciences, au service des normes de la vie* » (1966, p.155-156).

Ainsi dans l'état normal l'activité normative évolue, pour l'être vivant, au bénéfice de la « *centration* » sur ses propres normes par rapport au milieu extérieur, ou encore d'autorégulation vis-à-vis de son milieu intérieur. Par contre, dans l'état pathologique, cette activité est réduite par l'adaptation à des normes coercitives auxquelles il ne peut échapper. Néanmoins, fabriquer des normes pour s'adapter aux normes, ressemble plutôt à un jeu d'adaptation créatif, qui n'est que plus ou moins libre, selon les contraintes imposées. Toute limitation au déploiement de cette activité normative est, pour Georges Canguilhem, un processus de « *normalisation* », une restriction à des normes qui n'est pas une déficience par rapport à l'état normal, mais un bouleversement qui force à vivre avec une normativité singulière, amoindrie dans sa capacité d'ajustement. À travers le rapport au milieu, cette normativité, envisagée d'abord au regard des processus vivants, s'adresse, pour Georges Canguilhem, plus généralement à tout ce qui caractérise la vie propre de chaque être humain pris dans son environnement. La notion de « *milieu* » inscrit la normativité de l'être humain, sujet à des normes biologiques, d'emblée dans la construction des normes sociales, où normes vitales et normes sociales sont envisagées dans leur dépendance réciproque : « *La forme et les fonctions du corps humain ne sont pas seulement l'expression de conditions faites à la vie par le milieu, mais l'expression des modes de vivre dans le milieu socialement adopté* » (1966, p.203). Suivant cette approche, le débat sur la médicalisation de la naissance pour faire face au

risque ubiquitaire, où la mort semble avancer masquée, s'enrichit et se révèle sous un autre jour, pour les usagers comme pour les soignants.

2.3.2 Normalisation / normativité, pour les usagers de la naissance

L'analyse de Georges Canguilhem déplace l'attention de la norme, en tant que « *ce qui fixe le normal à partir d'une décision normative* » (1966, p.182), vers le vécu du sujet avec sa capacité adaptative, face aux différentes variations que son milieu lui impose, qu'il soit biologique ou social. D'ailleurs le point de vue physiologique, où « *les phénomènes pathologiques sont identiques aux phénomènes normaux correspondant, aux variations quantitatives près* » (1966, p.9), ne dit rien de cette capacité adaptative, singulière pour chaque sujet. Par contre, le fait d'ignorer cette capacité adaptative et d'imposer des normes contraignantes, qui viendraient la limiter, pourrait être directement responsable des effets iatrogènes reprochés à la médicalisation dans la naissance. Les normalisations imposées au moyen de modifications du « milieu » concernent tout aussi bien les interventions sur le corps que celui dans lequel évoluent la grossesse et la naissance. Ces contraintes seraient alors directement responsables, par les normes qu'elles imposent, de la marge adaptative ou créative réduite du sujet, face à l'environnement matériel, psychologique, affectif ou émotionnel supporté. Elles ne peuvent plus être considérées au service de l'être humain, « *au service des normes de la vie* ». Pour les usagers, le poids de la médicalisation peut tendre vers une normalisation vitale, inscrite dans les protocoles de soins, des pratiques standardisées, supportées par le corps, qui viennent limiter la capacité d'adaptation corporelle individuelle pour le travail d'accouchement, et de ce fait restreindre sa normativité. Un exemple connu concerne les effets si fréquents du travail dirigé par l'usage d'ocytocine, alors que celui-ci, trop fréquent et non justifié, est aussi reconnu comme un des principaux facteurs responsables des hémorragies de la délivrance, plus nombreuses en France, et par là cause première dans les décès maternels (Blondel, Kermarrec, 2011). La normalisation vitale, dans ce cas, conduit au comble du paradoxe, puisqu'elle est censée protéger de cela même qu'elle provoque. De son côté, la normalisation sociale, à son tour, impose une adaptation du vécu du sujet à l'univers hospitalier et à son fonctionnement, dans ce moment particulièrement déstabilisant que représente une naissance. C'est pourquoi les attentes des usagers de la naissance sont parfois bien loin de ce que proposent les soignants, pour qui cependant, ces demandes s'ajoutent, telle une prescription supplémentaire, à celles qu'il leur est demandé de suivre à leur travail.

2.3.3 Normalisation / normativité, pour les soignants à leur travail

Pour les soignants SF et GO, pris dans leur milieu de travail, il est possible d'identifier deux types de normes prescriptives, liées à deux types de procédures différentes, qui s'imposent à eux, tel un processus de normalisation de leur travail :

- d'une part celles de normes de compréhension et d'interventions, établies scientifiquement, où les activités de soin suivent des normes de pratiques consensuelles issues d'analyses rationnelles. Elles sont fondées sur la distinction entre le normal et le pathologique, à partir « *d'une décision normative* » qui les différencie. Elles ordonnent les conduites et la division du travail et des tâches entre SF et GO. L'organisation micro et macrosociale des différents types de maternités les aménage très concrètement

- celles de normes qui relèvent de jugements de valeurs, des normes axiologiques, morales ou éthiques, établissant un idéal valorisé, qui donnent l'orientation des premières, où l'idée du risque ubiquitaire dresse un idéal prioritaire, celui de la lutte contre la mort.

C'est à ce dernier niveau que se situe le débat contradictoire sur la médicalisation, bien que trop souvent ce soit le désaccord, sur des interventions ou des actes de soin précis et contextuels, qui en tient lieu. Les enjeux réels sont alors escamotés par des arguments médicaux rationnels, qui tentent de tirer leur force d'une validité scientifique, aussi bien vis-à-vis des usagers qu'au sein des équipes médicales elles-mêmes. Néanmoins, cet horizon normatif d'ensemble s'impose aux soignants. Il donne l'orientation prescriptive du travail qui leur est demandée, et conforte leurs normes d'actions, individuelles et collectives. En fonction du débat et des délibérations possibles dans la reprise contextuelle de ces différentes normes par la « *capacité de juger* », les soignants gagneront en normativité à leur travail, ou supporteront, eux aussi, des processus de normalisation, plus ou moins forts, dans leurs décisions et dans leurs conduites. C'est particulièrement notable chez les SF, dès lors que le débat porte surtout sur l'application de normes de compréhension et d'interventions liées au savoir médical qui concernent avant tout les situations pathologiques. Néanmoins, l'activité réelle des soignants n'est jamais aussi problématique que lorsqu'elle s'inscrit comme un défaut général face à cet horizon prescriptif. C'est le cas, lorsque la mort périnatale survient contre toute attente, en dépit de tous les efforts consentis et investis, de ce qui a été mis en place dans le fonctionnement au travail, malgré l'expertise déployée, celle de la médicalisation ou celle des soignants. C'est pourquoi lorsqu'elle survient, selon les circonstances, elle figure l'échec, les limites, l'impuissance, les défaillances, le démenti d'une telle prescription, ou même la faute. S'y révèle cependant l'idéal d'une norme hautement valorisée, dévoilée par sa faillite, celle de la

disparition de la mort dans la naissance qu'il s'agit avant tout de contrôler par la force d'une idéologie.

Chapitre 3 : La version idéologique du risque

3.1 Repères pour la notion d'idéologie

Une telle pensée, puissamment idéalisée, justifiée par la référence à une rationalité et une cohérence conceptuelle, qui cherche à faire croire que son discours représente la solution à un problème social, s'inscrit dans le sillon de l'idéologie, par son acception la plus négative. Si le terme « idéologie »⁶³ désigne, à l'origine, l'établissement d'une nouvelle science, la science générale des idées, il est devenu très rapidement connoté négativement, synonyme d'une construction intellectuelle, sans prise avec le réel. Depuis, Karl Marx (1845) surtout, ce terme désigne communément une théorie qui, savamment déguisée, permet de justifier, de maintenir, et d'étendre la domination d'un groupe social sur un autre, en l'occurrence pour Karl Marx, de la bourgeoisie sur le prolétariat. L'idéologie est ainsi conçue comme au service d'un rapport de force et de pouvoir, pour justifier un ordre social. Elle tire sa vigueur des apparences de légitimité procurées par des démonstrations ou des explications fondées sur des raisons naturelles, culturelles, ou encore scientifiques. En ce sens elle est un ensemble de représentations créées, organisées et mises à l'œuvre par l'activité d'un groupe social précis.

3.1.1 L'idéologie, la cohésion du groupe

Néanmoins cette polarité essentiellement négative peut être nuancée devant le fonctionnement des groupes, dont la vie psychique nécessite des formations et des processus spécifiques que Sigmund Freud (1921) avait déjà supposés en son temps, et qui ont déjà été évoqués. René Kaës considère que *« sur la question de l'idéologie, il semblerait qu'une communauté de vues puisse s'établir sur ce fait qu'aucune formation humaine : psychique, groupale, sociale, ne peut se constituer ni se développer sans construire une représentation d'elle-même, dans laquelle s'inscrit la dynamique de son unité et de sa différenciation. L'échec*

⁶³ Ce mot est forgé par Destutt de Tracy en 1796, pour remplacer celui de métaphysique

de cette représentation, et corrélativement celle de ses objets électifs, est l'échec même du mouvement, vital, par lequel cette formation tente de s'unifier, de se valoriser, de se différencier et de se limiter. Ainsi représentation et processus sont coextensifs » (1980, p.21-22).

Cette polarité positive de l'idéologie permet au groupe de se constituer en une totalité. Elle détermine ainsi les relations intersubjectives entre les individus et les groupes eux-mêmes, au moyen de processus, conscients et inconscients. Pour René Kaës (1993), ils articulent à plusieurs niveaux le sujet et le groupe, avec plus ou moins de jeu selon sa puissance. C'est ce qu'il appelle, sous forme de métaphore signifiante, l'appareil psychique groupal. Elle offre ainsi à tous les membres du groupe un système symbolique, comparable au mythe, capable d'interpréter le monde, que René Kaës rapporte à la « Weltanschauung » de Sigmund Freud, puisqu'elle articule à la fois l'intrapsychique, le culturel et le social. En ce sens, l'idéologie ne cherche pas la validité des preuves de sa conception de la réalité, comme le fait la science, mais elle tire son pouvoir de cet imaginaire partagé qui mobilise « *les puissances de l'illusion* ».

3.1.2. L'idéologie dans son omnipotence

Georges Canguilhem (1977) montre combien la science se débat elle-même avec l'idéologie, dans la mesure où elle a tendance à devenir dogmatique, par « *des systèmes explicatifs dont l'objet est hyperbolique* », alors que tout les oppose en principe. Car la science s'adresse à la logique et cherche à « convaincre », grâce à des arguments rationnels, là où l'idéologie cherche surtout à « persuader »⁶⁴, c'est-à-dire à remporter l'adhésion par la croyance à son interprétation de la réalité et à son orientation de l'action, en jouant sur la sensibilité et l'émotion : « *L'idéologie scientifique ne doit pas être confondue avec les fausses sciences, ni avec la magie, ni avec la religion. Elle est bien, comme elle, mue par un besoin inconscient d'accès à la totalité, mais elle est une croyance qui louche du côté d'une science déjà instituée, dont elle reconnaît le prestige et dont elle cherche à imiter le style* » (2009, p.44).

C'est bien sous ce type de configuration que l'idée du risque ubiquitaire dans la naissance peut être comprise, en même temps que ses corollaires. C'est-à-dire l'idée d'un contrôle possible à travers la division faite entre le normal et le pathologique, restitué par la division du travail entre SF et GO et toute l'organisation hospitalière en seuils à risques. C'est

⁶⁴ La différence entre « persuader » et « convaincre » se réfère à celle faite par Emmanuel Kant, où il distingue l'activité de la raison de celle de l'entendement, plus sensible.

aussi cette construction que l'irruption de la mort, avec la mort périnatale notamment, vient ébranler dans l'activité réelle des soignants. Toutefois, ce que cette idée a comme « idéal » ressemble à l'éradication de la mort dans la naissance, tandis que la force de son emprise se mesure aux effets pratiques et pragmatiques qu'elle a sur la réalité, dans le travail des soignants, comme pour les femmes qui bénéficient de leurs soins. Avec Everett Hughes, elle pourrait même ressembler à un mandat d'exclusivité, revendiqué par un groupe professionnel, qui dicte à la société tout entière sa manière de concevoir la naissance. L'omnipotence de cette idée ne tient pas seulement du fait qu'elle aura entièrement réorganisé un système de santé, avec une exception qui reste française, mais aussi en ce qu'elle tente de s'imposer à toute autre pensée d'alternative ou de différence, de telle sorte que rien ne pourrait être pensé de cette réalité en dehors de sa propre perception. Cette idée, dont découle tout un système d'idées corollaires ainsi qu'un ensemble d'actions au service de son idéal, bien qu'elle réponde à des angoisses, et à un besoin de rassurance, incontournables dans la naissance, se comporte dès lors comme une idéologie qui se radicalise dans sa polarité négative, avec la toute-puissance, où comme le dit René Kaës : « *elle est une pensée d'une extrême certitude, qui comporte un système de causalité unique et universel, et qui par-là tend à s'imposer à tous [...] à l'exclusion de tout autre vision du monde.* » (2016, p.233).

Pour y parvenir, cette pensée « louche » et tire des apparences de légitimité des moyens de la science médicale, en faisant apparaître l'objectivité et les certitudes des lois déterministes de cette dernière, comme les siennes propres. L'idée du risque mortel, derrière chaque naissance, n'est en effet ni réfutable, ni démontrable selon les modalités scientifiques, tandis que le savoir et la technique le sont en eux-mêmes, au moyen de la méthode expérimentale et statistique dont ils découlent. Le principe qui affirme que toute naissance expose à des risques imprévisibles, potentiellement mortels, résiste au savoir et aux tentatives de débat scientifique. Au contraire, chaque fois qu'une pathologie survient, elle semble le confirmer. Aucun élément dans ce principe, ne semble pouvoir être réfutable, car il faudrait qu'il n'advienne jamais rien pour le fausser. Ce qui, selon le philosophe épistémologue Karl Popper (1934), constitue l'essence même d'une croyance dogmatique par excellence, encore appelée idéologie, où une théorie non vérifiable s'établit comme non scientifique. L'idée du risque ubiquitaire ressemble plutôt à la formule d'un syllogisme puisque naître et mourir sont indissociable dans l'existence humaine. Toutefois, l'œuvre d'une telle idéologie vient de sa force à maintenir une affirmation, aussitôt déniée et rejetée par un clivage, c'est-à-dire derrière le risque, la pensée de la mort. Ainsi, après la chute vertigineuse de la mortalité, la mort est encore une fois dissociée de la vie

dans la naissance, par la force d'une opération symbolique. Mais lorsqu'elle survient, malgré tout, elle renvoie l'activité réelle des soignants aussi à une faillite idéologique.

3.2 Les versions idéologiques du normal et du pathologique

3.2.1 La force symbolique d'un corps constitué

L'idée, en tant que telle, source d'un idéal qu'elle génère, conjuguée à une tentative d'omnipotence, constitue pour René Kaës les trois ressorts symboliques de toute idéologie. Dans chaque groupe social considéré, y compris professionnel, l'idéologie rassemble ses différents membres et répond à une double contrainte de forces qui s'opposent, entre diversités et unité. Les représentations communes partagées construisent un système idéal, cette « *illusion groupale* » dans les termes de Didier Anzieu, qui réunit tous les membres à travers leur adhésion et devient par là facteur de cohésion interne et d'unité du groupe. Ainsi ce dernier « *est représenté comme un corps uni ou divisé ; il est composé de membres, chef (tête), de cellules, il dispose même d'un esprit, l'esprit de corps, précisément l'idéologie* » (Kaës, 1980, p.65). Ce mouvement d'investissement partagé, essentiellement inconscient, apporte d'un côté des bénéfices narcissiques certains comme de la sécurité, du plaisir, de la satisfaction et surtout un sentiment d'appartenance, particulièrement prégnant dans la profession médicale, qui contribue à renforcer l'identité professionnelle. Cependant il convoque en même temps des renoncements, des obligations et des interdépendances mutuelles, tout comme il distribue les places et les rôles. Ces investissements concourent en effet à la défense d'un espace propre par des mouvements d'exclusion de tout ce qui s'attaque au système idéal commun, en tant qu'atteinte à l'intégrité du groupe et du sujet, lui-même menacé dans son identification. Chaque sujet reçoit donc une double assignation qui, selon la structuration de l'idéologie dans le groupe, permet ou non un travail de changement et de transformation, ou de différenciation. La tendance à l'isomorphie est une réduction du même au même qui contraint à un « *double repliement du groupe dans l'individu et de l'individu dans le groupe* » avec une « *correspondance univoque* » (p.66). C'est alors un alignement sans faille du fonctionnement individuel avec le fonctionnement du groupe. La tendance homomorphique est plus souple puisqu'elle ne réalise que des appareillages partiels, laissant de la marge pour « *des lois différentes et des fonctionnements spécifiques* ». Lorsque l'isomorphie prédomine, l'idéologie dans sa version la plus négative, conduit à ce que René Kaës appelle sa « *clôture sur elle-même* », un système entièrement réduit à lui-même qui évacue fantasmes, pensées, échanges ainsi que tout savoir qui ne seraient pas à son service, telle

une menace l'empêchant de se maintenir dans son fantasme de toute-puissance.

3.2.2 La version obstétricale de l'idéologie

Cette approche permet de s'intéresser aux aspects les plus subjectifs qui gouvernent la répartition du travail entre SF et GO, en tenant compte de la forme que prend l'idéologie professionnelle spécifique qui ordonne leur activité, ainsi que la manière dont la survenue de la mort peut l'affecter. Elle montre que le territoire de la pathologie, dévolu aux GO, est dominé par une idéologie dont l'idéal évacue la mort dans la naissance, grâce à la toute-puissance médicale, octroyée par les moyens, les ressources du savoir et des techniques médicales, associés à l'organisation de travail de l'institution hospitalière. Elle s'appuie dans l'activité sur la capacité d'intervention du GO. Sous l'image du « leader », du « chef », il garantit le lien groupal, par sa représentativité et le fait d'être dépositaire de la toute-puissance médicale. Toutefois, même si elle concerne ici la mort dans la naissance, elle n'en fait que recouvrir l'idéologie médicale générale, où l'idée de guérir s'accompagne de l'idéal de lutter contre la mort dont la puissance s'exprime avec l'ampleur de la médicalisation. C'est ainsi que l'idéologie peut dénier la mort et rassurer sur les angoisses archaïques les plus profondes liées à la condition humaine, celles de la finitude, de l'incertitude et de la vulnérabilité. Au risque, malgré tout, de les voir ressurgir derrière chaque acte supplémentaire mis en place pour les neutraliser et les contrôler. Par sa proximité et sa dépendance avec le GO, l'activité de la SF n'échappe pas à la portée de l'idéologie médicale générale. Néanmoins, cela ne signifie pas que ce groupe professionnel n'est pas porté par une idéologie singulière. En s'intéressant à la teneur de l'idéologie qui gouverne le territoire du normal, soit celui dit de la physiologie, les éléments d'une idéologie spécifique au groupe professionnel des SF sont repérables.

3.2.3 La version maïeutique de l'idéologie

En témoigne, pour les SF, la revendication de faire partie à part entière du monde médical, en étant reconnues à la hauteur d'un de ses segments professionnels. Tout comme le fait de spécifier leur activité par le terme de « maïeutique » contribue à la construction idéologique d'un espace propre. Les frontières sont ici moins liées aux actes médicaux autorisés par l'exercice professionnel, que relatives à un ordre symbolique restitué par une idéologie singulière. Soit, en suivant Everett Hughes, moins en termes de licence qu'en terme de mandat. Si les sciences maïeutiques définissent la discipline médicale exercée par les SF, cette activité est définie comme relative à la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie dans sa dimension

physiologique. L'idée qui soutient l'activité s'exprime avec le bon fonctionnement des processus vitaux, dits normaux. L'« idéal » en serait de mettre l'accent sur leur puissance, où, capables de se suffirent à eux-mêmes, ils ne peuvent que triompher de la mort, tandis que leur expertise est déposée dans le corps de chaque femme. Alors que sous la forme de la toute-puissance l'idéologie médicale s'incarne dans la médicalisation systématique, l'idéologie maïeutique, sous cette forme, s'incarne dans son absence. D'un côté, l'intervention extérieure aux processus vitaux est exaltée alors que, de l'autre, ce sont les processus vitaux eux-mêmes qui le sont, si bien qu'ils deviennent garants de la neutralisation de la mort. Néanmoins ces deux idéologies se rejoignent par une communauté d'intérêts pour la vie que chacune cherche à préserver à sa façon.

De ce fond commun, se dégage également une communauté de défenses où, comme le conçoit Didier Anzieu (1984), ces groupes apparaissent aussi comme le lieu de processus imaginaires, de réalisations de désirs et de défenses contre l'angoisse, inconsciemment partagés, liés à la pensée de la mort dans la naissance. Ils réalisent, ainsi, de façon différente, mais ensemble, un véritable déni de la mort, un pacte dénégatif. L'idéologie toutefois, considérée dans sa polarité positive, constitue le principal facteur de cohésion, de maintien et d'organisation du groupe. C'est pourquoi, dans le cas des groupes professionnels, l'atteinte la plus importante sera portée par celle qui attaque l'idéologie qui les constitue : « *Chaque fois qu'un groupe se trouve confronté à une situation de crise ou de danger, il tend à s'appareiller en liant ses « membres » dans l'unité sans faille d'un « esprit de corps » [...] Toutefois, il arrive qu'une telle modalité d'appareillage soit nécessaire à la survie du groupe, au maintien de l'idéal commun, à l'intégrité de son espace psychique, social ou territorial* ». (Kaës, 1999, p.66). La survenue de la mort au travail pour les soignants, avec la mort périnatale, est une mise à mal, à la fois de l'idéologie obstétricale et de l'idéologie maïeutique, qui laisse envisager le recours à des mécanismes de défense professionnels, processus que Christophe Dejours a bien identifié en tant que stratégies de défenses, face à la souffrance au travail.

3.2.4 Une illustration concrète

Durant le temps de cette recherche, la grève des sages-femmes, entre octobre 2013 et novembre 2014, en donne une illustration par le regain de l'idéologie liée au groupe professionnel sous forme d'un « *esprit de corps* », pour le défendre ; ce que Christophe Dejours a défini comme « *l'idéologie défensive de métier* » (1993). En effet les SF réclamaient plus d'autonomie et de reconnaissance professionnelle, mais surtout le fait d'être positionnées

comme « premier recours » pour le suivi gynécologique et obstétrical des femmes en bonne santé. Soit une revendication qui, en séparant nettement les compétences des SF, autour de la physiologie et de la santé, de celles des gynécologues médicaux et obstétriciens autour de la pathologie, met un terme à la hiérarchie du pathologique sur le physiologique, où ces derniers pouvaient désormais se trouver en compétition avec les SF pour le suivi des femmes. Des réactions « épidermiques » corporatistes ont été médiatisées si bien que le Conseil de l'ordre des sages-femmes a porté plainte, en février 2014, auprès du Conseil de l'ordre des médecins pour « *propos malveillants, injustifiés, portant atteinte à l'honneur de la profession* »⁶⁵, tenus par deux syndicats, la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)⁶⁶ et le syndicat national des gynécologues obstétriciens (SYNGOF)⁶⁷. Les premiers contestent aux SF la compétence pour « *différencier une situation normale d'une situation pathologique* » et alertent sur la « *situation de dérive qui est de la plus haute gravité* », si leur demande de « premier recours » était accordée. Les seconds affirment que « *l'autonomisation des sages-femmes, portée par le climat d'effervescence actuel, ne peut se faire au péril des patientes* », et ne veulent pas laisser croire que celles-ci puissent « *en toute sécurité, assurer le suivi gynécologique au même titre que les docteurs en médecine* ». Le risque d'un « *recul archaïque* » est même annoncé au journal télévisé. Les arguments ne sont pas scientifiques ou rapportés à des études circonstanciées, mais ils sont idéologiques, avec l'évocation de l'idéal, celui du contrôle du risque vital derrière la physiologie, face à l'idéal professionnel des SF, où la bonne santé des femmes se suffit à elle-même. Tout en illustrant combien la dimension de ces frontières subjectives est active derrière les conflits corporatistes des SF et des GO, elle laisse entrevoir combien celle-ci peut s'immiscer aussi dans l'activité collective concrète des SF et des GO, au sein de l'institution hospitalière. Là aussi la SF peut se voir reprocher de ne pas avoir fait appel à l'intervention du GO par un excès de confiance fait à la physiologie, au point de ne pas avoir jugé certains éléments comme indicateurs de pathologie. Mais le GO, à son tour, peut se voir reprocher d'être trop invasif ou trop angoissé par une trop grande propension à intervenir, au détriment des patientes. En tout état de cause, ces frontières sont inévitablement

⁶⁵ Communiqué du conseil de l'ordre des sages-femmes, 20 février 2014, URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques_de_presse/lordre_des_sagesfemmes_porte_plainte_contre_l_a_fncgm_et_le_syngof/index.htm, notes consultées le 10 mars 2016.

⁶⁶ Communiqué de la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, FNCGM, 19 décembre 2013, URL : http://www.fncgm.com/images/PREMIERE_PAGE/fncgm_131219_comquesf.pdf

⁶⁷ Communiqué du syndicat national des gynécologues obstétriciens, SYNGOF, du 21 janvier 2014, URL : <http://syngof.fr/communiques-presse/pouvoirs-publics-responsabilite-competences-sages-femmes/>

mises à mal dès lors que la mort périnatale les bouscule par sa survenue.

Chapitre 4 : mort périnatale et souffrance au travail

4.1 La mort périnatale, un foyer de tensions au travail

4.1.1 Entre savoir-être et savoir-faire

Non seulement point de fuite, révélateur d'un ensemble de perspectives moins apparentes, en fonction du contexte et de ses caractéristiques, la mort périnatale est aussi un générateur de tensions plus ou moins intenses, qui déstabilisent les frontières de l'ordre habituel de l'activité des soignants. Selon le contexte, elle les questionne, les ébranle, voire les désorganise. Car la mort périnatale n'est pas ce vers quoi l'activité est dédiée dans son essence. Au-delà de l'irréparable écart entre ce qui est prescrit, attendu, et ce qui survient dans l'activité réelle, manifesté rudement par l'achoppement de celle-ci avec la mort, au-delà de l'impuissance d'un contrôle normatif, au-delà de la mise à mal d'une scène imaginaire sous-tendue par les idéologies professionnelles, l'aspect le plus marquant de la mort périnatale tient à ses effets, à savoir l'ensemble des épreuves auxquelles les soignants sont confrontés, individuellement et collectivement au travail. D'une part, dans la relation de soin, où « *les registres de l'être et du faire sont intimement mêlés* », les soignants, SF et GO, sont eux-mêmes engagés sensiblement dans le face à face avec la douleur et la souffrance des parents. Une situation où « *la relation ne passe pas, loin de là, seulement par la parole. La proxémie, la gestualité, l'intonation contribuent avec la verbalisation à la coconstruction du sens de l'interaction. Tout le non verbal est mobilisé, perceptions et émotions au service d'indices disponibles, de signes manifestes dans le comportement de l'autre afin d'orienter l'action. Cette part de l'activité est tout entière inscrite dans le corps et elle a du mal à trouver les mots pour le dire* » (Lhuilier, 2006, p.74). D'autre part, les tensions générées dans l'activité peuvent engager les soignants, SF et GO, très sensiblement dans la perception d'une épreuve, par le ressenti d'une véritable souffrance, plus ou moins diffuse, ou plus ou moins vive.

4.1.2 Entre souffrance et angoisse

La souffrance générée par le vécu au travail est entendue comme relative à « *des affects*

ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement », ainsi que Paul Ricoeur (1986, p.59) la définit pour la distinguer de la douleur, localisée au corps par les affects ressentis. Pour les soignants ces « *affects ouverts à la réflexivité* » sont déclenchés par la confrontation avec la mort périnatale. Même si souvent les acceptions se confondent et s'entremêlent « *la souffrance n'est pas la douleur* » souligne Paul Ricoeur, pour mettre l'accent sur le lieu singulier de son expression, la dimension subjective et intersubjective. Pour opérer cette distinction, Christophe Dejours (1994, p.140) fait référence au « *vécu* » de la souffrance qui correspond à un « *état mental* » particulier, ce qui la distingue pour lui de l'affect. Toujours est-il que la notion de souffrance, ainsi conçue pour les soignants à leur travail, convoque aussitôt les sujets dans leur identité et dans leur histoire singulière, avec une corporéité indissociable de leur subjectivité.

« *Autre que tout autre, le souffrant est unique* » (1986, p.60) dit Paul Ricoeur, devant ce qui ne peut pas être partagé, qui reste « *insubstituable* », dès lors que chaque sujet est toujours seul à souffrir comme il souffre. Conséquence directe des rapports subjectifs entretenus avec le travail, la souffrance des soignants est à la mesure de leur déstabilisation par la portée des altérations, individuelles autant que collectives, lorsque l'unité et la cohésion interne de l'équipe sont mises à mal. Car l'altération du rapport au travail est coextensive pour les soignants d'une altération du rapport à soi ainsi que du rapport à autrui, qu'il soit soignant ou soigné. Mais ces « *affects ouverts à réflexivité* », avec le retour sur soi, prennent une tonalité particulière lorsqu'ils touchent à la confrontation à la mort, avec la mort périnatale, dans la mesure où c'est une porte ouverte sur l'angoisse. Pour le moins, comme l'évoque Paul Ricoeur (1953, p. 40), « *au plus bas degré, au niveau vital, l'angoisse concerne la vie et la mort ; plus exactement, elle détecte la proximité de la mort par rapport à la vie* ». La mort périnatale se situe, par elle-même, essentiellement dans une telle et si grande proximité, qu'elle pousse vers cette prise de conscience singulière, à laquelle il est difficile d'échapper. « *L'homme est en effet cet étrange animal qui sait qu'il doit mourir. Que le sentiment d'une fondamentale vulnérabilité soit communément partagé par tous les vivants, nul n'en doute. Mais l'être humain est le seul à être conscient du caractère éphémère de son existence. Il sait que celle-ci ne peut indéfiniment se prolonger et que, de même qu'elle a connu un début, elle devra, un jour, prendre fin* » résume Françoise Dastur (2005, p.5).

Toutefois, à ce niveau, l'angoisse générée par la détection de la proximité de la vie avec la mort peut se cantonner, malgré tout, à « *une relation qui flotte entre le dehors et le*

dedans » (Ricoeur, 1953, p.40). En ce qui concerne les soignants, dans le contexte de la souffrance au travail, par la vulnérabilité singulière rendue sensible, ce rapport à la mort peut cependant modifier l'intensité de l'angoisse et lui frayer un chemin jusqu'aux tréfonds de l'intimité de chacun. Le lien d'altérité, indissociable de la relation de soin, vecteur de ce retournement, peut faire « *virer en quelque sorte la menace du dehors au-dedans* », au moyen du constat de la mort d'autrui, comme l'évoque Paul Ricoeur, « *...par l'horreur du silence des absents qui ne répondent plus, la mort de l'autre pénètre en moi comme une lésion de notre être commun ; la mort me « touche »* » (p.40-41). Le silence des absents, cette parole qui s'éteint définitivement, qui rassemble l'humanité de chacun en un « *être commun* », est l'expérience d'un silence où, « *en tant que je suis aussi un autre pour les autres, et finalement pour moi-même, j'anticipe ma future mort comme la possible non-réponse de moi-même à toutes les paroles de tous les hommes* » (p. 41). Dans le cas de la mort périnatale, cette expérience touche à un silence singulier, celui d'une promesse qui s'éteint, celle de la parole attendue, espérée, d'un enfant qui n'advient pas, et qui retire aux parents, comme à autrui, les conditions mêmes de sa possibilité, soit celle de l'expérience de son altérité. Jérôme Porée souligne ainsi, par contraste dit-il, « *la folie où sont parfois jetées les mères d'enfants morts in utero* », alors que se ferme pour elles, sous un paradoxe, cet avenir d'une parole toujours recommencée, « *celui d'un être qui se comprend lui-même comme un être-pour-un -autre et qui l'exprime en donnant la vie* » (2009, p. 326). Ce silence de ceux dont la parole restera absente à jamais est bien celui qui affecte les parents avec la mort périnatale. Mais il est aussi celui qui peut marquer les soignants, par « *cette lésion* » d'un « *être commun* », qui vient s'immiscer en eux et faire monter l'angoisse de la mort vers « *une intensité plus spirituelle que biologique* » (Ricoeur, 1953, p. 41). D'ailleurs « *Stille Geburt* », la naissance silencieuse est l'autre mot pour désigner communément le « *mort-né* » dans la langue allemande.

4.1.3 Aux frontières d'activités matérielles si fortement symboliques

Dans le contexte de l'activité réelle, c'est ce silence de la naissance que les soignants tentent d'éviter constamment et qui survient pourtant avec la mort périnatale. Silence qui peut prendre une tournure accusatrice, et pour lequel ils ne manqueront pas d'être questionnés, tandis qu'ils doivent en rendre compte, dans leur travail, tels parfois les auteurs d'un préjudice. Le paradoxe dans l'activité réelle est alors majeur, tout en aggravant la souffrance au travail, puisque les soignants, SF et GO, se voient comptables de la survenue de la mort périnatale alors qu'ils sont censés en être le rempart. Face à l'IMG, ce paradoxe atteint son comble en se

transformant en prescription normative sous forme d'une « *déviaton institutionnalisée* » (Hughes, 1996, p. 109), dès lors que l'activité réelle donne lieu à la transgression d'un interdit social et médical habituellement fondamental, celui d'ôter la vie. Ainsi, avec la survenue de la mort périnatale, anticipée comme pour l'IMG ou non, les rapports subjectifs liés à l'activité changent de tonalité. Non seulement le travail se transforme en une scène ingrate, mais il devient un lieu de résurgence de problématiques ou d'angoisses existentielles fondamentales, liées à la vie et à la mort. Quant à la prise en charge de la mort périnatale par les soignants, elle rassemble un ensemble d'activités qui sont ou qui deviennent de ce fait peu attrayantes, peu gratifiantes, peu prestigieuses ou même angoissantes en comparaison des activités dédiées à la vie avec la naissance. Même pour l'IMG, comme l'indique en son temps Everett Hughes pour l'IVG, lorsqu'un « *besoin illégitime devient, au moins formellement légitime* », « *cela ne signifie pas que ceux qui satisfont ce besoin obtiendront des positions plus prestigieuses dans le système médical* » (1996, p. 132).

Dans la tâche commune qui incombe aux soignants, ces activités apparaissent en effet avec des particularités qui les confinent au « sale boulot ». De ce fait il est légitime d'envisager que la division du travail et des tâches entre SF et GO puisse donner lieu à des négociations, des relégations, des délégations, des alliances ou encore des traitements symboliques, pour y faire face individuellement ou collectivement. Toutefois, dans la mesure où ces activités concernent des zones dont les professionnels tirent très peu de bénéfices, elles offrent en même temps beaucoup moins de résistances à l'exploration de « *l'envers du décor* » (Hughes, 1996, p.123). Comme le remarque Jean-Michel Chapoulie, « *L'usage de cette démarche repose sur une conviction souvent exprimée par Hughes : les obstacles que rencontre l'analyse sociologique d'un ordre de phénomènes sont particulièrement forts pour ceux d'entre eux qui bénéficient d'une plus grande légitimité* » (1996, p.52). C'est ainsi que, pour la profession médicale, dans la situation de l'époque, Everett Hughes envisageait, sans l'avoir fait, que l'activité qui touche à l'avortement pourrait se révéler fructueuse en ce sens. Anselm Strauss avait été amené à faire la même remarque : « *Si j'étudiais la médecine aujourd'hui, je pense que je commencerais par étudier l'avortement au lieu de partir de la profession* » (cité par Isabelle Batzanger, 1992, p.50). Dans cette perspective, interroger l'activité médicale à partir de la mort périnatale est aussi une réflexion à partir de ses limites et de ses frontières, là où une activité dédiée à la vie doit faire avec la mort, s'en occuper, s'y consacrer, suivant des enjeux qui se dévoilent différemment, loin du prestige et des enchantements de la vie. Et cela d'autant plus que les soignants se donneront moins de peine pour les dissimuler derrière un faire-valoir

professionnel, avec la possibilité d'un meilleur accès à leur vécu.

4.2 La mort périnatale, des souffrances au travail à transformer

4.2.1 Grâce aux ressources individuelles et collectives

« Si la souffrance n'est pas suivie de décompensation, c'est parce que, contre elle, le sujet déploie des défenses suffisamment efficaces. L'investigation clinique a montré que, dans le domaine de la clinique du travail, existent à côté des mécanismes de défense classiquement décrits par la psychanalyse, des défenses construites et portées par les travailleurs, collectivement. Ce sont les « stratégies collectives de défenses » qui sont spécifiquement estampillées par les contraintes réelles du travail » (Dejours, Molinier, 1994, p. 140). La psychodynamique du travail identifie, avec la notion de souffrance, la conflictualité psychique qui oppose l'organisation de travail, au moyen de l'activité prescrite, à l'engagement subjectif du sujet, avec son groupe, dans l'activité réelle. Cette souffrance trouve sa résolution dans les différentes formes de « compromis » inventés et réalisés, individuellement et collectivement, très concrètement en fonctions des situations rencontrées. Dépendants des rapports subjectifs et intersubjectifs investis, ces compromis déterminent les tonalités prises par le vécu au travail, soit plus ou moins positivement ou négativement à travers le plaisir ou la souffrance qui en résultent. « L'usage de soi », expression d'Yves Schwartz (1992) citée par Dominique Lhuilier, y joue son destin au travail, avec son ambivalence et sa bipolarité, entre usages que « les autres veulent faire de nous » et celui que « l'on fait de soi-même dans une quête d'accomplissement de soi » (2006, p. 83). Ainsi, en contexte social, tel que le travail l'établit, cet usage de soi s'inscrit dans des compromis sans cesse construits et remaniés avec les autres, où il oscille entre cet « espace privilégié de la construction du sujet » et ce lieu de « contraintes et d'exploitation » (p.84), voire d'aliénation.

Pour les soignants, cet usage de soi concerne aussi très concrètement les patients, parties prenantes et partenaires de leur activité. Ils participent eux aussi de toute tentative de résolution de la souffrance au travail, tandis qu'avec l'intensité de cette dernière l'usage de soi ne peut que s'en exacerber davantage. Épreuve du travail, épreuve du sens, qui n'en est que plus ardue avec l'IMG, achoppement à un réel démesuré qui résonne de questions et d'angoisses existentielles à cette « frontière qui sépare l'ontologie de la biologie » (Porée, 2009, p. 319), disqualification des activités valorisées de la vie par celles connotées négativement de la mort, la mort périnatale, charrie son lot de souffrance dans le travail des soignants SF et GO. Plus ou

moins intense, celle-ci traverse toutes les activités, pratiques, matérielles, autant que les activités imaginaires et symboliques. Elle affecte les soignants individuellement et collectivement en même temps qu'elle affecte leur travail, là où l'action se construit, pour chacun, en étroite interaction avec ce que fait l'autre, le partenaire du soin, soignant ou soigné. Mais, parce qu'elle se saisit du sujet dans sa totalité, dans son rapport à lui-même et au monde, donné en contexte social au travail, la souffrance s'adresse au « *tout, vécu par le sujet vivant* », c'est-à-dire dans le même temps à sa capacité d'adaptation, de riposte ou de dégageant, qui lui permet de la transformer grâce à « *son pouvoir de « faire face à* » » (Canguilhem, 2002, p. 82). Cette transformation fait appel à l'engagement subjectif et intersubjectif, développé en communauté d'intérêts avec les autres, en situation concrète de travail, au bénéfice de la meilleure issue pour l'accomplissement de soi. Les ressources symboliques individuelles y sont mises à contribution, indissociables et articulées aux ressources collectives, sous la forme de mécanismes de défense, dans le but de se maintenir au travail. L'appartenance au groupe professionnel avec son identité propre apporte ici la voie d'un recours et d'une contribution spécifique.

Ainsi, la souffrance au travail liée pour les soignants à la mort périnatale, peut-elle être envisagée comme un processus dynamique, liée à la conflictualité psychique qu'elle sollicite, suivant deux mouvements interactifs. Celui d'une épreuve par le fait de « subir », de « pâtir », d'entraîner une « *diminution de la puissance d'agir* », où Paul Ricoeur rassemble « *du côté du souffrir toutes les blessures qui affectent tour à tour le pouvoir dire, le pouvoir faire, le pouvoir (se) raconter, le pouvoir de s'estimer soi-même comme agent moral* » (1994, p.62). À cette épreuve répond le mouvement d'une riposte individuelle et collective indispensable. À tout le moins pour « *endurer* », « *c'est-à-dire persévérer dans le désir d'être et l'effort pour exister en dépit de...* » (Ricoeur, 1994, p.69), au travail, si ce n'est pour faire œuvre de transformation, par une puissance d'agir recouvrée, inscrite au cœur des ressources symboliques, disponibles ou à inventer. L'épreuve au travail de la mort périnatale pour les soignants, SF et GO, est alors en même temps aussi celle de la possibilité de son dépassement.

4.2.2 Quelles hypothèses de recherche pour le vécu des soignants SF et GO ?

L'exploration de la problématique que représente la mort périnatale au travail des soignants SF et GO, à travers les différentes perspectives abordées, laisse envisager un impact au « vécu » variable, en référence à l'acception de Christophe Dejours. Au-delà de la dimension individuelle, pour chaque soignant, il apparaît néanmoins dépendant de l'appartenance à ses

groupes professionnels, que ce soit celui de son métier ou de l'équipe dont il fait partie. Ces différents aspects semblent être nuancés de façon significative par le lieu d'exercice professionnel. En effet, les maternités types 3 qui sont dédiées aux pathologies maternelles et fœtales les plus lourdes, apparaissent comme des lieux de confrontation avec la mort périnatale plus marqués, par la plus grande fréquence de ses occurrences. Mais aussi par la présence d'un CPDPN qui en fait des centres de référence pour l'accomplissement des IMG. Les soignants qui y travaillent sont confrontés à une plus grande fréquence de morts périnatales, mais aussi à cette mort à part, singulière dans sa problématique, que représente l'IMG. Cependant, quoi qu'il en soit, les soignants devront nécessairement avoir recours à un ensemble de ressources symboliques, à mettre en œuvre individuellement ou collectivement, pour affronter la mort périnatale et continuer à travailler. Plus généralement, en suivant les idéologies professionnelles qui sous-tendent de façon plus inconsciente ces métiers dédiés à la vie, il semble légitime de supposer que les motivations et les choix professionnels conscients tiennent plus à l'attrait pour la vie qu'à ceux habituellement envisagés dans la profession médicale, à savoir la lutte contre la mort. C'est pourquoi l'investigation de cette recherche auprès des soignants, SF et GO, tentera de répondre aux hypothèses suivantes ainsi établies :

- Première hypothèse : Les trajectoires professionnelles des SF et des GO montrent des motivations et des choix de métier essentiellement liés à l'attrait pour la vie avec la naissance.
- Deuxième hypothèse : Selon qu'on soit SF ou GO, le vécu au travail dans la confrontation avec la mort périnatale a des différences notables.
- Troisième hypothèse : Le vécu au travail, chez les SF et les GO, dans la confrontation à la mort périnatale, est fortement dépendant du cadre d'exercice, spécifique à chaque maternité.
- Quatrième hypothèse : Le vécu au travail, chez les SF et les GO, requiert dans la confrontation à la mort périnatale, le recours nécessaire aux ressources symboliques disponibles ou à construire, individuellement et collectivement.

Afin de répondre à ce questionnement par la voie d'hypothèses formalisées, des renseignements étayés sur le vécu des soignants et la possibilité d'y avoir accès sont indispensables. Se donner les moyens d'y accéder, le recueillir en vue de l'analyser, constitue de ce fait un préalable incontournable.

4.2.3 Quel accès au vécu des soignants ?

Les soignants sont les informateurs de première main pour tenter de mettre à jour la façon dont la mort périnatale les impacte à leur travail. De ce fait, leur parole est l'outil, aussi indispensable que nécessaire, pour tenter de dégager des événements ou des processus signifiants qui permettent d'en donner une pleine compréhension, soit d'offrir un accès à l'objet de la recherche. La parole des soignants est source d'informations pour recueillir les signes visibles de leurs comportements en situation, à travers les faits, dire, gestes, actes qu'ils peuvent en rapporter, mais aussi pour accéder à d'autres éléments, invisibles, subjectivement pensés ou éprouvés, qui les sous-tendent et qui ont trait au vécu individuel et collectif, au travail : la division du travail et des tâches dans l'activité, son organisation, la vie affective ou émotionnelle, les représentations et l'imaginaire qui accompagnent ce vécu, les idées ou les valeurs qui les étayent, les fantasmes parfois à l'œuvre, ou encore les significations conscientes, voire inconscientes. Ces éléments portent la marque d'une subjectivité individuelle, porteuse d'une histoire personnelle, tissée avec l'intersubjectivité collective de l'équipe au travail. Tenter de saisir la réalité du vécu au travail des soignants, à partir de tels éléments, commande le choix du type de cheminement de la recherche. C'est pourquoi la démarche de la recherche-action et le choix de l'entretien clinique, comme outil méthodologique privilégié, ont été retenus, car jugés les plus adaptés pour une telle entreprise. Ils sont aussi les moyens les plus simples et les plus adéquats pour aller à la rencontre des soignants, sur leur lieu de travail dans les maternités, comme pour mettre en œuvre une méthode descriptive et analytique pour cette recherche.

Chapitre 5 : Méthodologie de la recherche

5.1 Une démarche de recherche-action

5.1.1 L'analyse compréhensive

La recherche expérimentale s'appuie sur une approche objectiviste, où le chercheur est considéré comme totalement extérieur à son objet. Son travail consiste à formuler des hypothèses théoriques qu'il cherchera à confronter à ses données d'observation ou d'expérimentation, qui apporteront éventuellement la preuve de leur validité et de leur prédictibilité. Elle est *a priori* considérée comme la seule véritable démarche scientifique, puisqu'elle permet d'apporter des explications causales reproductibles par un cheminement hypothético-déductif, où la proposition avancée dans l'hypothèse est soumise à l'épreuve des

faits. En répondant à la question du « pourquoi » de ce lien entre les choses, elle en donne une version explicative. Elle subsume le particulier à des conditions ou des lois générales, par des liens de causalité qui revendiquent une certaine universalité par leur fiabilité, souvent quantitativement démontrée. C'est l'approche princeps des sciences expérimentales, qui gouverne la science médicale dont les soignants font usage. Ce savoir scientifique, qui a pour objet les sciences de la nature, de type explicatif, n'est cependant pas tout le savoir dont l'homme dispose en termes de connaissances. Car écrit Wilhelm Dilthey (1833-1911) avec sa formule célèbre : « *Nous expliquons la nature, nous comprenons la vie psychique* »⁶⁸. Et cela tandis qu'il tente de constituer les fondements d'une autre science, non plus explicative, mais compréhensive qui serait descriptive et analytique, réservée aux sciences de l'esprit, aujourd'hui appelées sciences humaines. Son point de vue s'adresse à l'homme pour qui « *la vie ne se présente jamais que comme une totalité* »⁶⁹ (Dilthey, 1947, p.150), sous forme d'interdépendances réciproques entre celui-ci et son milieu, souligné par le terme « *zusammenhang* », et traduit par « *totalité* ». En tant que globalité qui structure toute vie humaine et qui lui précède avant toute appréhension, ces interdépendances sont aussi bien naturelles que sociales, dans leurs conditions historiques, culturelles ou contextuelles. Quelle que soit l'expérience que l'homme soit amené à faire, elle ne peut que l'englober lui-même en même temps que ses objets d'expérience. C'est pourquoi en sciences humaines, pour Wilhelm Dilthey, la « *marche doit être analytique et non constructive* » (p.174), là où chaque détail investigué procède d'un tout qui détermine sa pleine compréhension.

Ainsi la démarche compréhensive dans les sciences humaines tente de répondre à la question du « comment » les choses sont en lien réciproque les unes avec les autres. Elle cherche à identifier des processus à portée heuristique plutôt que des liens de causalité. La valeur scientifique se fonde ici moins sur la validité quantitative ou démonstrative des choses que sur leur pertinence ou leur authenticité à l'épreuve des contextes étudiés, par la portée du sens ou des significations dégagées : ce d'autant plus qu'elles éclairent d'autres champs d'études. Les principes de cette science compréhensive, telle que l'entend Wilhelm Dilthey, résumés de cette façon la démarche choisie dans le cadre de cette recherche, soit plus inductive, essentiellement qualitative, incluant nécessairement la chercheuse⁷⁰ elle-même à l'objet sur

⁶⁸ « Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir »

⁶⁹ « Leben ist überall nur als zusammenhang da »

⁷⁰ Nous optons pour cette orthographe, comparable à auteure dont l'usage est désormais admis.

lequel elle travaille. L'analyse de l'objet, cependant, n'est pas entendue comme une simple prise de conscience descriptive de la chercheuse, mais une attention focalisée sur l'objet de la recherche au moyen de ce qui est dit, fait ou parlé, où la parole est moyen d'accès aux représentations. Selon ces principes, pour s'en approcher, c'est-à-dire pour comprendre et analyser le travail des soignants dédiés à la vie, SF et GO, face à la mort périnatale, la recherche-action propose un cadre étayant et cohérent. C'est pourquoi elle a été choisie pour mener à bien cette exploration. La recherche dite action, « Aktionsforschung », telle que la concevait déjà à Vienne Kurt Lewin (1946), son fondateur, a connu de nombreux développements, particulièrement en sciences sociales. Elle reste actuellement une démarche privilégiée dans les recherches qui s'intéressent au travail où elle réunit tous les acteurs, chercheur et participants, par une démarche d'élaboration collective dans la compréhension des problèmes comme dans la formulation d'actions de transformation.

5.1.2 Articuler la pensée et l'action

La recherche-action requiert l'engagement de tous, en tant que partenaires associés dans le même processus, et permet ainsi de « réarticuler deux ensembles que la science classique oppose : la pensée et l'action ainsi que leur déclinaison, l'abstrait et le concret, la théorie et la pratique, le général et le particulier, l'intemporel et le contingent ». Lhuilier (2006, p.66). Les participants ne sont pas passifs, uniquement consultés pour fournir des données recueillies par la chercheuse, mais ils collaborent activement avec elle au même « travail », celui de la compréhension et de la transformation des situations de travail. Celles dont ils ont l'expertise intrinsèque et qui sont croisées avec les compréhensions et les théories de la chercheuse, sur la voie de nouvelles significations. Comprendre la situation autrement qu'auparavant, c'est bien déjà permettre un changement dans son appréhension, à travers la participation et la coopération de chacun, au moyen d'une coactivité que la recherche-action privilégie. Il s'agit de « comprendre pour transformer et transformer pour comprendre » suivant l'expression qu'Yves Clot (2005, p.296) reprend à l'ergonome Jean-Marie Faverge (1968). Modifier son rapport subjectif à la réalité ouvre en effet la possibilité d'être en capacité de la transformer concrètement. « L'action est indissociable d'un travail d'élaboration qui pourtant n'a convoqué que la pensée et la parole », note Christophe Dejours (1993, p.241).

Lorsque les remaniements de la subjectivité investie au travail sont à l'origine de transformations significatives, c'est bien que pensée et action se réarticulent. C'est pourquoi les entretiens avec les soignants doivent leur permettre, conjointement avec la chercheuse, de

développer de nouvelles compréhensions de leur travail, face à la mort périnatale. L'objectif de la recherche-action va cependant encore plus loin puisqu'il s'oriente aussi vers la production de véritables savoirs. Face à ceux purement théoriques, de portée plus générale, ils n'en sont pas moins authentiques, même s'ils sont simplement différents par leurs gradations dans l'abstraction : car, entre « *savoir-expérience* » et *savoir-objet théorique* [...] *Il n'y a pas de différence fondamentale, mais seulement des degrés d'abstraction entre les deux savoirs* » (Lhuilier 2006, p.66). Dans le cadre de cette recherche, ce serait produire des éléments de connaissance ou de compréhension qui seraient susceptibles de concerner les soignants SF et GO de façon plus générale, dans la mesure où ils pourraient s'y reconnaître, y trouver du sens et peut-être les réinvestir, à leur tour, dans leur propre travail.

5.2 Le terrain de la recherche

5.2.1 Les lieux d'exercice

La recherche a été entreprise auprès des soignants SF et GO, dont l'activité professionnelle est spécifiquement dédiée à la naissance. La rencontre de professionnels exerçant principalement en salle des naissances était privilégiée puisque c'est le lieu de survenue à la fois de la naissance et de la mort périnatale. Initialement il était prévu de rassembler des entretiens de soignants travaillant dans les trois différents types de maternités afin de pouvoir appréhender l'impact de la mort périnatale sur ces derniers en fonction du lieu d'exercice. Néanmoins dès les premiers entretiens, il s'avéra que les soignants avaient souvent un parcours professionnel réunissant des expériences professionnelles faites successivement dans ces trois types de maternité, surtout pour les GO dont le parcours de formation est beaucoup plus long. Suivant cette perspective, rencontrer un nombre de soignants répartis en trois groupes égaux, travaillant dans ces trois types de maternités, ne s'avéra plus nécessaire, ce qui facilita la recherche. D'autre part, le maintien de l'activité principale de la chercheuse durant le temps de la recherche, au contact permanent de soignants SF et GO, ainsi que l'expérience professionnelle propre, lui permettront de croiser les éléments d'information, d'observation ou d'analyse, ainsi recueillis, avec le matériel fourni par les entretiens de recherche eux-mêmes. La prise en charge de patientes et de parents, suite à une mort périnatale, dans le cadre de visites à domicile postnatales de sage-femme, y contribuera par l'éclairage des informations apportées par les parents sur ce qu'ils ont vécu avec les soignants à leur travail.

5.2.2 La constitution de la population des soignants-participants

Pour solliciter les soignants, SF ou GO, le réseau offert par l'activité professionnelle de la chercheuse-praticienne fut suffisant. En fonction des maternités, les premiers contacts furent pris directement, grâce à l'entremise d'autres professionnels, SF ou GO, ou encore indirectement, par l'intermédiaire de la SF coordinatrice de la maternité. Presque tous les GO auront été rencontrés pendant leur travail, entre deux temps d'activité ou sur la pause-déjeuner. L'impression laissée fut celle d'un intérêt certain ou encore de la bonne volonté malgré un rythme de travail tendu. De ce fait, le temps disponible pour l'entretien dépassera rarement une heure, avec le risque d'être parfois interrompu par des sollicitations de patients, de collègues ou d'autres soignants. Les SF, par contre, proposèrent presque toutes un temps hors travail pour l'entretien, même si la maternité resta le plus souvent le lieu de rencontre. Ce fut le cas pour 13 d'entre elles. L'intérêt manifeste pour le sujet de la recherche s'est vraisemblablement aussi associé avec une forme de solidarité, pour faciliter le travail d'une collègue. Une seule SF, sollicitée directement, accepta sans donner suite. Les 3 refus et les 5 reports, dont 3 soldés sans suite, vinrent essentiellement des GO.

Plusieurs de ces situations apportent des éléments d'informations intéressants pour l'objet de la recherche. Une GO, motivée pour l'entretien, le reporta plusieurs fois pendant plus d'un an, pour lui laisser du temps, alors qu'elle était encore très éprouvée par une mort périnatale à terme, *per partum*. Deux autres GO reportèrent *in extremis* le rendez-vous puis ne donnèrent plus suite alors que deux morts périnatales à terme, successives et dans les mêmes conditions, venaient d'avoir lieu dans l'équipe. Deux SF de cette maternité ont cependant été rencontrées, mais huit mois seulement après ces événements. L'une d'elles, étant concernée par les deux morts périnatales, demanda ce report significatif afin de « *pouvoir en reparler* ». Elle a signifié par ailleurs clairement que la demande tombait mal pour les soignants de l'équipe. Elle pensait que « *c'était remuer les problèmes* », avec le risque pour les professionnels « *de se sentir jugés* ». Cette intervention extérieure à l'équipe semblait prendre l'allure d'un vécu inquisiteur, voire dévalorisant face à un regard étranger, même si la chercheuse pouvait être considérée comme partageant la même activité professionnelle. Il est vraisemblable que ce contexte ait eu son importance dans l'évitement de l'entretien de recherche par les deux GO de cette équipe, d'autant plus que dans un autre cas, ce fut presque le même scénario. Pour ce dernier, le premier contact se fit avec une SF de l'équipe. Elle annonça d'emblée que trois morts périnatales à terme avaient eu lieu en l'espace de 6 mois et que l'équipe en était encore très affectée. Une fois la demande relayée auprès de la coordinatrice SF, celle-ci s'opposa d'abord fermement à une quelconque participation d'un soignant SF ou GO, alors qu'elle-même avait

œuvré de façon remarquable à une meilleure prise en charge du deuil périnatal dans son équipe. Ce n'est qu'après un temps d'échange et de discussion, avec la coordinatrice SF, qu'une SF et un GO participèrent finalement à la recherche. Encore une fois, pour la chercheuse, l'impression première fut celle de vouloir se mêler de ce qui ne la regarde pas ou d'être susceptible de nuire à la réputation de l'équipe. Ces observations ont en commun de témoigner de réactions défensives, individuelles ou collectives, de la part des soignants, alors qu'ils ont été confrontés douloureusement à des morts périnatales à terme récentes. Ces données seront à réinterroger avec le matériel récolté des entretiens.

5.2.3 Tableaux de présentation des soignants de la recherche

SF	Homme/Femme	Maternité	Localisation	SF depuis	Expérience professionnelle
Aude	femme	Type	Province	1 à 5 ans	Type 1 et 2
Gaby	homme	Type 1	Ile de France	5 à 10 ans	Type 1 et 2
Elena	femme	Type 2	Province	5 à 10 ans	Type 1 et 2
Elsa	femme	Type 1	Paris	10 à 15 ans	Type 1
Emy	femme	Type 3	Paris	> 20 ans	Type 1 et 3
Eva	femme	Type 2	Paris	1 à 5 ans	Type 2
Inès	femme	Type 1	Province	15 à 20 ans	Type 1 et 2
Jane	femme	Maison de naissance	Paris	5 à 10 ans	Type 1 et 3
Léa	femme	Type 3	Paris	> 20 ans	Type 2 et 3
Lise	femme	Type 1	Ile de France	1 à 5 ans	Type 1 et 2
Luce	femme	Type 2	Paris	10 à 15 ans	Type 2
Nell	femme	Type 2	Paris	5 à 10 ans	Type 2 et 3
Paul	homme	Type 2	Paris	10 à 15 ans	Type 2 et 3
Pia	femme	Type 2	Paris	> 20 ans	Type 2
Romy	femme	Type 2	Ile de France	5 à 10	Type 2
Yan	homme	Type 3	Province	< 1 an	Type 1, 2 et 3

32 soignants, 16 SF réparties à parts égales avec 16 GO constitueront la population de soignants rencontrés sur 12 structures différentes entre Paris, l'Île-de-France et la province :

- Pour Paris elles concernent 2 maternités de type 1, 3 de type 2 et une maternité de type 3.

- Sur Île -de-France, elles concernent une maternité de type 3 et une maternité de type 2.
- Pour la province, elles concernent deux maternités de type 2 et une maternité type 1.

GO	Homme/Femme	Maternité	Localisation	GO depuis	Expérience professionnelle
Alix	femme	Type 1	Paris	10 à 15 ans	Type 1 et 2
Anna	femme	Type 2	Paris	1 à 5 ans	Type 2 et 3
David	homme	Type 2	Paris	1 à 5 ans	Type 2 et 3
Fred	homme	Type 1	Ile de France	> 20 ans	Type 1 et 2
Jade	femme	Type 3	Ile de France	> 20 ans	Type 1, 2 et 3
Jean	homme	Type 2	Paris	15 à 20 ans	Type 2 et 3
Jules	homme	Type 3	Paris	> 20 ans	Type 1, 2 et 3
Laure	femme	Type 1	Paris	5 à 10 ans	Type 2 et 3
Lili	femme	Type 2	Paris	5 à 10 ans	Type 1, 2 et 3
Loïc	homme	Type 2	Province	> 20 ans	Type 1, 2 et 3
Marie	femme	Type 3	Paris	10 à 15 ans	Type 2 et 3
Maya	femme	Type 2	Paris	15 à 20 ans	Type 1, 2 et 3
Olga	femme	Type 2	Province	10 à 15 ans	Type 2 et 3
Rose	femme	Type 1	Paris	> 20 ans	Type 1 et 2
Sarah	femme	Type 3	Ile de France	43	Type 1, 2 et 3
Sam	homme	Type 2	Province	15 à 20 ans	Type 2 et 3

À ces différents établissements, il y a lieu d'ajouter une Maison de naissance parisienne pour une des SF. En dehors de cette dernière, 5 SF travaillent en maternité type 1, 7 SF en type 2 et 3SF en type 3. En comparaison des SF, 4 GO travaillent en maternité type 1, 8GO en type 2 et 4GO en type 3. Les parcours professionnels montrent par ailleurs que les GO ont quasiment tous travaillé dans les trois types de structures, avec une expérience plus importante en maternité type 2 ou 3. Inversement, seules les SF les plus jeunes ont des expériences aussi variées, surtout dans des maternités type 1 ou 2. D'autre part 7 SF et 6 GO travaillent dans la même structure depuis au moins 10 ans. L'ensemble des professionnels couvre ainsi un éventail d'exercice plutôt équilibré entre les différents types de maternité, que ce soit pour les SF comme pour les GO. Les soignants les moins nombreux sont néanmoins ceux qui travaillent en

maternité type 3. Ces maternités sont elles-mêmes quatre fois moins nombreuses que celles de type 1 ou 2.

La grande majorité des entretiens de recherche se faisant sur le lieu de travail des soignants, les SF, mais surtout les GO seront très souvent en tenue professionnelle, la blouse de travail. Tous les participants ont accepté que leur entretien soit enregistré et retranscrit, avec des données rendues anonymes, tout en ayant la possibilité de le consulter. Les prénoms des soignants présentés sont, de ce fait, tous fictifs.

13 entretiens de GO et 14 de SF, soit 27 entretiens en tout, furent réalisés en dix mois durant l'année 2014. Les autres, celui d'une GO qui aura souhaité attendre, ainsi que ceux de soignants de province qui avaient déjà donné leur accord, eurent lieu au printemps 2015. La méthodologie arrêtée pour la recherche prévoyait d'entreprendre quelques entretiens exploratoires afin de permettre à la chercheuse de mieux définir sa posture et les thématiques qu'il lui faudra avoir à l'esprit dans les échanges avec chaque participant. Néanmoins le matériel des trois premiers entretiens fut suffisamment riche pour les inclure comme des entretiens principaux dans le corpus à réaliser. Il était prévu de rassembler un nombre d'entretiens équivalent pour les professionnels de chaque métier. Avec l'avancement de la recherche, après une vingtaine d'entretiens faits respectivement avec les SF autant qu'avec les GO, les éléments rassemblés constituèrent non seulement un matériel très dense, mais apportèrent aussi essentiellement le même type d'informations, sous des versions différentes. C'est ainsi que le corpus apparut suffisant. Toutefois les occasions déjà prévues furent maintenues pour établir un corpus final de 32 entretiens, 16 de SF et 16 de GO. Ce corpus retranscrit constitue un manuscrit de 450 pages, en corps 11, interlignes simples.

5.3 L'implication des différents acteurs de la recherche

L'implication fait appel au sujet. Elle renvoie directement à la mise en jeu de la subjectivité individuelle et des espaces d'intersubjectivité partagée. Chacun des participants, chercheuse ou soignant, doit trouver des motivations qui conduisent au fait qu'il peut se considérer comme « concerné » par l'exploration de l'objet de la recherche et en tirer quelques bénéfices. Le statut de l'implication se décline toutefois selon des perspectives différentes, entre la chercheuse et les soignants, même s'il est voulu réciproque.

5.3.1 Les soignants participants, SF et GO

5.3.1.1 S'impliquer par intérêt

La participation de chaque soignant est envisagée comme volontaire et dépend de ce fait de son accord individuel, donné après sollicitation directe ou indirecte. Elle laisse supposer un intérêt manifeste dont les caractéristiques sont sûrement variables et qui, sans être exhaustives, touchent à : la curiosité ou l'intérêt pour la question de la recherche, que ce soit versus deuil des parents et/ou versus enjeux professionnels au travail ; la solidarité avec une collègue qui partage la même activité professionnelle, pour l'aider à remplir les conditions de sa recherche ; l'intérêt pour échanger sur les pratiques ou le vécu au travail avec une collègue chercheuse ; l'intérêt pour la recherche en général ; l'intérêt pour les gratifications, liées au fait de s'exprimer en étant écouté ; l'intérêt pour communiquer et parler de son travail, de son métier ou de soi. Chez les SF, cinq d'entre elles avaient eu des expériences d'une ou plusieurs morts périnatales très éprouvantes, dans un passé professionnel récent. Ce sont autant de raisons qui mettent l'accent sur le consentement des soignants à accepter un entretien de recherche, les amener à jouer le jeu de la rencontre avec la chercheuse, tout en supposant que « *l'information est d'autant plus valide qu'elle est fournie librement* » (Hughes, 1996, p.285) et que ce n'est pas une simple prestation sociale ou un jeu de rôle.

5.3.1.2 S'impliquer en se racontant soi-même au travail

Aucun des professionnels rencontrés n'avait été invité auparavant à parler de cette façon de son vécu au travail. L'un ou l'autre avait bien participé à une enquête ou à un entretien pour cerner une problématique de soin ou de traitement. Être invité à parler et penser librement de soi au travail à travers ce qui a été dit, fait, ressenti, parlé ou pensé, sollicite directement le participant en tant que sujet, pris dans ses interactions individuelles et collectives. Cette situation semble inédite au travail, au sein d'une organisation hospitalière contraignante par le poids de sa réglementation, de ses hiérarchies ou du rythme des soins. Cinq SF avaient déjà réfléchi à la thématique de la recherche en prévision de l'entretien, avec l'intention de s'y « *préparer* ». Quatre SF et une GO diront que l'entretien leur « *a fait du bien* », par cette parole convoquée autour de leur confrontation à la mort périnatale au travail. Malgré la plus grande retenue générale des GO, six d'entre eux marqueront néanmoins leur surprise face à ce temps d'échange particulier, pour n'avoir « *jamais parlé comme ça* » de leur travail ou de certaines questions qu'ils ne s'étaient pas posées de cette façon-là. Cette occasion de parler de soi au travail conduira cinq d'entre eux à construire quasiment un récit de vie, ponctué d'expériences de confrontation à la mort périnatale, à travers le parcours professionnel. Pour la grande

majorité des professionnels, autant SF que GO, le récit de soi est manifeste par le récit de leur confrontation à des morts périnatales singulières à travers la parole mise en jeu.

Dans la perspective de Paul Ricoeur, se désigner soi-même à travers un « je », qui est à la fois l'auteur du récit et le personnage qui le compose, restitue toute la complexité du sujet dans son identité personnelle. Car celle-ci « *ne peut précisément s'articuler que dans la dimension temporelle de l'existence humaine* » (1990, p.138). L'identité personnelle constitutive du sujet répond en effet à ce paradoxe. Elle suppose « *un principe de permanence dans le temps* » comme fondement du maintien de la similitude, l'identité-*idem* conjuguée avec celle de la « *continuité ininterrompue du changement* », l'identité-*ipse*. Car dit-il, « *le temps est ici facteur de dissemblance, d'écart, de différence* » (p.142). À travers le récit, ces deux principes sont continuellement restitués lorsque « *la personne, comprise comme personnage de récit, n'est pas une entité distincte de ses « expériences »* » (p.175). Ainsi celui qui raconte les événements du travail, en un tout dans lequel il se reconnaît lui-même, engage avec son récit toute sa subjectivité. « *Raconter c'est dire qui a fait quoi, pourquoi et comment, en étalant dans le temps la connexion entre ces points de vue* » dit Paul Ricoeur (p.174). Mais ce faisant le sujet se raconte lui-même grâce aux événements qui prennent sens dans la construction narrative à l'aune de ses valeurs, de ses idéaux et de sa sensibilité. Ces temps, où le vécu au travail est restitué par le récit de soi, abondent dans les entretiens. Ils s'inscrivent pour les soignants dans la temporalité convoquée, avec cette réflexivité qui revient sur les choix, les motivations, le parcours professionnel, mais aussi les situations singulières de confrontation à la mort périnatale. Lorsque cette dernière apparaît dans le récit, celui-ci devient très souvent plus sensible par des manifestations émotionnelles non verbales, dont l'intensité est moins marquée chez les GO que chez les SF. Dans les interactions, tout se passe comme si, après un temps d'installation réciproque dans l'entretien, les comportements formels et la retenue cédaient le pas à la confiance pour pouvoir « *se dire soi-même* » (Ricoeur, 1990), parfois même avec des éléments personnels biographiques, proches d'une confidence. De ce fait presque tous les entretiens ont un certain rythme émotionnel qui les sous-tend. Lorsque les situations les plus éprouvantes ont été rapportées, souvent un changement significatif se produit, comme si le soignant avait dit ce qu'il avait à dire, ou comme s'il lui était difficile de rester ensuite au même niveau de discours dans les échanges. Même si les questions qui soulèvent des émotions « *rendent difficile l'investigation objective* » (Hughes, 1996, p.296), leur reprise est suffisamment investie par les soignants pour apporter des éléments d'analyse ou de compréhension qui s'étofferont au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

5.3.2 La chercheuse-praticienne

L'implication de la chercheuse, elle-même praticienne, intervenant sur son propre terrain professionnel, à la rencontre de ceux qui partagent le même métier ou la même activité, conjugue non seulement deux identités, mais elle interroge à la fois son positionnement par rapport à la recherche comme par rapport aux soignants participants. L'intérêt de la chercheuse pour son objet de recherche nécessite qu'il soit lui-même analysé, puisqu'il en est indissociable. D'une part cet intérêt est déterminant pour l'existence de la recherche elle-même, comme pour le choix tout particulier et personnel de son objet. S'intéresser à cet objet, qui plus est, le soumettre à un travail de recherche pour l'élaborer de cette manière, relève en premier lieu de la subjectivité de la chercheuse, animée par son histoire singulière, son parcours professionnel, son parcours de vie, sa sensibilité et son désir. Pour la chercheuse il n'y a ici pas de neutralité possible lorsque, en tant que sujet, elle est impliquée vis-à-vis de son objet de recherche par son propre désir qui la soutient et la motive, autant que par le terrain sur lequel elle a lieu, celui de son activité professionnelle ; celui où ses partenaires sont également des collègues soignants. À la rencontre de ses partenaires, dans cette posture spécifique revendiquée par la sociologie clinique et la psychosociologie, « *la non-séparation à priori du sujet connaissant et de l'objet à connaître* » (Giust-Desprairies, 2004, p.61) est indubitable.

« *Que cherche-t-on si ce n'est ce qui pose question à soi-même ?* » se demande Jacqueline Barus-Michel dans un article au titre éloquent « *Le chercheur, premier objet de la recherche* » (1986, p.801-804). Cette question posée à soi-même relève ici pour la chercheuse de la singularité de son histoire personnelle. La part du sujet qu'elle engage concerne autant le désir de vie et de vivre interrogé dans sa confrontation avec la mort, que l'intérêt de retrouver ce questionnement chez l'autre. Mais par l'épaisseur de cette question, la subjectivité de la chercheuse pourrait tout aussi bien se révéler être un obstacle pour la recherche, en l'éloignant de la réalité de son objet. Ou encore, à trop se tourner vers soi-même, Jacqueline Barus-Michel évoque le risque pour le chercheur de s'y perdre comme dans un « *rêve narcissique* ». La subjectivité de la chercheuse ainsi convoquée comme instrument pour mener la recherche, comme agissante dans l'intersubjectivité partagée avec celles des soignants rencontrés, mais encore comme objet, dans un retour sur elle-même afin d'en mesurer ses investissements, peut apparaître comme bien encombrante, tant ce jeu est complexe. D'autant plus que la thématique de la mort, qui accompagne avec constance la mise œuvre de la recherche pouvait l'affecter ou l'épuiser par son poids de négativité. C'est pourtant le parcours personnel de la chercheuse qui

permet de s'en dégager, par cette conviction que le désir de vie et de vivre, interrogé dans sa confrontation avec la mort, mobilise d'autant plus l'espoir et les forces des « *ressources les plus profondes de la vie à s'affirmer encore* » (Ricoeur cité par Porée, 2009, p.335). C'est bien cette conviction, reprise et vérifiée chez l'autre, qui entretient l'intérêt professionnel de la praticienne, comme l'intérêt de la chercheuse pour son objet de recherche.

5.3.3 Les effets de « distanciation » ⁷¹

Si la distance, censée garantir l'objectivité de la chercheuse, n'est pas de mise comme dans le cadre des méthodes de recherche à validité scientifiques traditionnelles, si la neutralité n'est pas souhaitée, l'implication de la chercheuse-praticienne pose néanmoins la question d'une trop grande proximité avec les soignants comme avec l'objet de la recherche. Il s'agit de veiller à trouver les moyens de garantir une mise à distance indispensable au travail de la subjectivité. À cette fin, la chercheuse a pu compter sur un certain nombre d'outils ou de ressources propres dont elle aura fait usage, tels des effets de distanciation. La démarche de la recherche en clinique du travail requiert une approche pluridisciplinaire, la formation de la chercheuse l'est également. La diversité d'approche de l'objet de recherche offre une médiation intéressante pour faciliter le recul nécessaire à l'analyse des processus mis en jeu, mais aussi pour favoriser le dialogue des différents points de vue interdisciplinaires. Elle associe, dans une même démarche clinique dédiée aux sujets en situation sociale au travail, la sociologie, la psychologie clinique et pathologique, la psychanalyse et la philosophie. L'analyse des faits concrets historiques, concernant l'objet de la recherche, a participé à cette médiation par la dialectique établie entre le passé et le présent. Car « *Les études des mondes sociaux attirent notre attention sur l'histoire du monde social, c'est-à-dire quels en sont les origines, où en est-il aujourd'hui, quels changements a-t-il traversés et vers où semble-t-il se diriger ?* » (Strauss, 1992, p.280)

Quant à tenir compte de sa propre subjectivité, associée à des processus intersubjectifs manifestes, par une analyse qui fait retour sur soi-même, cette posture est ici pour la chercheuse un exercice familier, tant par son activité professionnelle que par sa formation à la psychologie clinique et pathologique. Elle s'est construite à partir du « travail sur soi », et se maintient avec

⁷¹ En référence au théâtre de Berthold Brecht, ils font appel aux procédés qui permettent de créer une distance entre les événements et le spectateur afin de renforcer son attitude d'observateur critique. Ici c'est pour permettre à la chercheuse de prendre de la distance par rapport à son terrain professionnel.

la participation à un dispositif de régulation des pratiques professionnelles. L'activité de formation en direction des professionnels de santé en est partie prenante. Ces différentes activités, avec leur expérience propre, permettent d'aider la chercheuse à trouver les positionnements subjectifs et intersubjectifs les plus adéquats pour sa recherche. Néanmoins dans cet objectif, des outils spécifiques accompagneront la recherche dès l'écriture de son projet, telles des aides concrètes et pratiques : un carnet de notes, toujours à portée de main quelles que soient les circonstances, pour y consigner tout élément d'information, d'observation ou de pensée, susceptible d'intéresser la recherche ; un cahier consignait régulièrement les idées, liens ou questionnements, émergeant au fur et à mesure de son cheminement ; des dossiers rassemblant les fiches de lectures et les informations recueillies activement. Ils permettront de constituer un matériel polysémique dans la continuité de la recherche, comme de le questionner et de le mettre à l'ouvrage avec celui qui sera fourni par les entretiens eux-mêmes. Ces outils, avec le choix de n'opérer aucune réelle coupure durant les congés professionnels, participèrent de la sorte à la distanciation la plus significative du terrain professionnel, grâce à une sorte de mise en tension de celui-ci avec les questionnements incessants, suscités par le travail de recherche. Cette tension favorisera aussi une dynamique plus sensible par l'entrée en résonance plus intuitive des différents éléments de la recherche, capables « d'affecter » comme de motiver le travail d'analyse et de compréhension engagé.

5.4 Le temps des entretiens de la recherche

5.4.1 Le cadre de l'entretien non-directif

L'entretien de recherche est conçu comme un entretien clinique non directif, c'est à dire sans guide d'entretien, qui réunit en face à face deux professionnels-sujets, la chercheuse et le partenaire soignant, SF ou GO. Même si durant le temps de l'entretien la chercheuse doit garder à l'esprit la thématique de son objet de recherche, il demeure un temps d'écoute qui cherche à s'adapter à chaque soignant rencontré. Cette écoute doit lui permettre de s'installer dans l'échange intersubjectif de telle façon qu'il puisse y déployer, dans un contexte suffisamment sécurisé, sa propre pensée concernant son rapport au travail dans les situations de confrontation à la mort périnatale. Il ne s'agit pas d'un entretien psychologique centré sur la dimension intrapsychique du participant, mené par une chercheuse psychologue clinicienne, d'autant plus que l'initiative vient de la chercheuse, sous la forme d'une demande participative. Il s'agit néanmoins d'un entretien clinique, qui s'adresse à un sujet pour explorer avec lui les

particularités de son propre rapport au travail, dans des situations particulières. Dans ce dispositif la chercheuse peut compter sur sa formation et son expérience de l'entretien clinique, pour prendre à la fois une posture d'écoute active, et d'un point de vue plus intuitif, entrer en résonance avec l'affectivité et la subjectivité de l'autre. L'écoute active ou bienveillante a été développée par Karl Rogers (1962) comme une attitude active développée par l'écouter pour signifier à l'écouter qu'il a bien saisi ce que celui-ci lui a communiqué. Par la dynamique propre de son questionnement et des reformulations variées, la chercheuse peut ainsi apporter les preuves de cette compréhension à son interlocuteur. Elle suppose pour la chercheuse une attention portée aux réactions physiques de ce dernier comme à la façon de se représenter et d'éprouver la situation au travail rapportée. Par ce que l'écouter renvoie, reflets de ses pensées et de ses affects, l'écouter peut se sentir reconnu dans ce qui fait sens pour lui, sans être jugé. Il peut ainsi se sentir encouragé à développer encore autrement sa compréhension de la situation, c'est-à-dire, ici, comprendre encore différemment son rapport subjectif au travail dans la confrontation à la mort périnatale. Loin d'un élan de sympathie spontané né d'un jeu d'identifications qui ferait sauter les distances entre les partenaires, ce dispositif veille au contraire à les préserver dans leur qualité grâce à la « *compréhension empathique* » qui, pour Karl Rogers, « *consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui [...] sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie, mais d'identification* » (1962, p.197).

La question de la bonne distance entre la chercheuse et le soignant est en effet indispensable, tant pour dépasser le jeu de convention des rôles sociaux, ou de la désirabilité sociale, que pour pallier des biais où le soignant passerait sous silence des éléments qu'il pense implicitement déjà connus par la chercheuse, par ce partage du même champ d'activité professionnelle. Les bonnes distances favorisent pour la chercheuse la prise en compte de sa propre subjectivité comme celle de l'autre, au bénéfice de l'accès à son objet. Dans l'entretien de recherche, ces conditions intersubjectives sont susceptibles de faire de la chercheuse et du soignant de véritables partenaires qui conjuguent leurs efforts à parts égales, mais de façon différente, dans l'appréhension de l'objet de la recherche. Ils offrent la possibilité d'un processus dialectique renouvelé qui permet à la chercheuse, avec ses partenaires, de dégager peu à peu cet objet, soit à le construire ensemble au fur et à mesure.

5.4.2 Entre proximité et distance

En fonction des prises de contact et des intermédiaires, les échanges se firent sous la forme du tutoiement, à l'initiative des participants. Quatre fois pour les GO et six fois pour les SF, mettant de ce fait l'accent sur une indéniable proximité professionnelle dont la chercheuse devra prendre soin. Après un temps de présentation de la chercheuse et de la recherche, chaque entretien commence par un retour en arrière sur les choix, les motivations et le parcours professionnel du soignant, qui l'ont amené à exercer son métier actuel. Ces informations sont précieuses en vue de répondre à la première hypothèse. Ce temps est également indispensable pour permettre à chacun de se positionner dans l'échange afin que l'entretien soit « *comme une relation entre deux personnes où les parties se comportent comme si elles avaient un statut égal pendant sa durée – qu'il en soit ainsi ou non en réalité* » (Hughes, 1996, p.288) ; de façon à ce que le participant puisse s'engager en s'écartant d'une « *rhétorique sociale* » (p.283) ou encore des stratégies de « face » tel qu'Erving Goffman (1974) le conçoit par la mise en scène d'une image professionnelle valorisante de soi. Mais aussi afin que la chercheuse puisse être perçue comme un tiers digne de confiance pour livrer une parole sincère sur le travail, et non pas comme une experte ou une collègue qui partage la même scène de travail. D'autant plus qu'avec la mort périnatale, il s'agit de revenir sur des situations difficiles et d'aborder ensemble des épreuves, où il est question de tenter de mettre à jour et de comprendre, s'il y a lieu, les recours à des stratégies de dégageant individuelles ou collectives.

Durant le temps spécifique de la réalisation des entretiens, la question de ces projections a également son importance, en raison de la longue période de mouvements sociaux, entre fin 2013 et fin 2014, menés par les SF, avec des échanges corporatistes parfois acerbes entre les deux professions SF et GO. Pour le soignant, la chercheuse pouvait apparaître marquée par son appartenance professionnelle dans la mesure où elle a contribué aux revendications des SF en publiant deux tribunes dans le journal *Libération*⁷² et une autre dans le journal *Médiapart*⁷³. Néanmoins il n'en fut jamais question, ni dans les prises de contact ni dans les différents échanges avec les professionnels. L'activité professionnelle de la chercheuse reste cependant sous-entendue dans la grande majorité des échanges, par le fait que la description des situations

⁷² *Libération*, 11 novembre 2013 : Les sages-femmes s'impatientent de ne pas être reconnues ; *Libération*, 27 février 2014 : Sages-femmes contre l'ordre médecin.

⁷³ *Médiapart*, 14 mars 2014 : Sages-femmes : Le refus d'égalité.

cliniques est restituée avec le langage médical spécifique dédié, notamment pour les acronymes, supposant connu le contexte professionnel auquel ils renvoient. Pour en tenir compte la chercheuse aura soin de se faire préciser autant que possible, ce qui est dit, fait ou parlé au travail, car ces éléments pourraient tout aussi bien rester sous silence, puisque qu'eux aussi supposés connus de la chercheuse par les professionnels. Il s'agira de garder à l'esprit la portée de ces enjeux que ce soit durant les entretiens ou durant les autres temps de la recherche.

5.4.3 Le contre-transfert de la chercheuse

Avec Freud (1910), le contre-transfert est considéré comme cet « *ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* » (Laplanche, Pontalis, 1997, p.103). Longtemps considéré comme une gêne et redouté dans ses répercussions, il était susceptible de faire perdre son objectivité à l'analyste. C'est pourquoi il se devait de le contrôler, par sa neutralité et son silence. Cette notion classique a connu bien des controverses ou des acceptions variables. Sa pertinence a conduit à une extension à d'autres champs que celui de la cure, avec une définition plus large, englobant l'ensemble des réactions inconscientes et conscientes. Lorsqu'elles sont facilement repérables, elles pourraient même contribuer à mieux cerner ce qui se joue dans la relation liée à toute rencontre humaine. C'est ainsi que Donald Winnicott (1947) envisageait la nécessité de reconnaître ses propres émotions dans la relation thérapeutique afin qu'elles puissent être mises au service d'une meilleure compréhension du patient. L'entretien de recherche, sans être une relation thérapeutique, n'en est pas moins une rencontre humaine où ces enjeux ont leur place, à travers les attentes, les motivations, l'engagement de chacun des partenaires, comme à travers la mise en jeu de l'écoute active, orientée vers une « *compréhension empathique* ». Envisagé sous cette forme, le contre-transfert de la chercheuse ne doit plus être perçu comme un obstacle, mais comme une aide supplémentaire, voire indispensable, par son identification et sa reconnaissance. Qui plus est, dans un dispositif de recherche-action, il est à intégrer dans cette coactivité qui réunit les partenaires de l'entretien, au moyen de l'effort commun pour comprendre ce qui se passe au travail.

De ce fait, durant chaque entretien, la chercheuse a eu soin d'être attentive à son propre climat émotionnel, son propre imaginaire ou les résonances convoquées. C'est ainsi que les premiers entretiens réalisés ont sollicité beaucoup plus amplement la propre scène professionnelle de la chercheuse, avec l'impression que son propre métier lui était raconté, tel qu'elle ne l'avait jamais entendu restitué ou tel qu'elle n'avait jamais eu l'occasion d'en parler

elle-même. Le caractère saisissant des événements rapportés autour de la mort périnatale était prégnant et semblait fournir peu d'éléments qui ne soient déjà connus. Ce n'est qu'au moment de la reprise de ces échanges qu'ils apparurent avec toute leur complexité et leur richesse. Dans les entretiens ultérieurs, cette dimension s'estompera au bénéfice d'un entretien de recherche, perçu sensiblement comme tel, différent d'un entretien professionnel ou d'un entretien psychologique. Hormis les désagréments liés aux interruptions ou la disponibilité temporelle des GO parfois réduite, la chercheuse a toujours été bien accueillie. L'investissement dont les soignants ont fait preuve pendant les entretiens se mesure à la qualité des échanges, la confiance témoignée à travers l'authenticité de parole ou d'expression, notamment émotionnelle, et la richesse du matériel rassemblé dont la chercheuse ne peut que se montrer reconnaissante. L'investissement réel des soignants est manifeste, tout comme leur volonté de contribuer à l'analyse ou la compréhension de l'objet de la recherche. Pour la chercheuse, chaque rencontre singulière s'accompagne souvent de la satisfaction d'un « travail » partagé.

5.5 Le traitement du matériel de la recherche

5.5.1 L'analyse des entretiens

L'analyse du matériel fourni commencera en même temps que la réalisation des derniers entretiens de la recherche. Dans cette intention, chacun d'entre eux sera intégralement retranscrit, par un même rédacteur autre que la chercheuse. La retranscription sera effectuée le plus souvent très rapidement afin de rester proche de la vivacité du souvenir laissé par l'entretien. Chaque entretien sera ensuite réécouté par la chercheuse, texte à l'appui pour les corrections nécessaires et relever l'ensemble des manifestations non-verbales perceptibles. Enfin il sera repris une troisième fois, sous sa forme écrite, afin d'y intégrer les corrections faites. Une fois le corpus des entretiens constitué de cette façon, la démarche analytique et compréhensive d'ensemble s'est basée sur le rassemblement d'événements similaires survenant au travail pour les relier progressivement à des idées puis à des théories ou des connaissances plus générales. Le propre vécu ainsi que les données issues de l'expérience professionnelle de la chercheuse y trouveront leur place pour en dégager la pertinence. Cette démarche s'inspire de la « *méthode de comparaison continue en analyse qualitative* », telle qu'Anselm Strauss (1967) l'a développée pour la sociologie qualitative et interactionniste. Ainsi chaque entretien est repris en détail pour repérer les différents événements survenus, qui sont rassemblés sous forme de catégories. Chaque événement, ainsi rattaché à une catégorie d'ensemble, est comparé aux autres catégories si bien que cette « *comparaison continue des occurrences commence très*

rapidement à générer certaines propriétés génériques de la catégorie » (1996, p.289). La catégorie suggère aussi des idées qui pourront elles-mêmes être reliées aux théories de la chercheuse ou des professionnels. À titre d'exemple cette méthode apportera rapidement avec la catégorie de la « mort », l'idée que les soignants font face à des figures de la mort différentes au travail, dont celle de la mort maternelle, indissociable en termes de résonances de celle de la mort périnatale elle-même. Les entretiens ainsi repris, fragmentés et triés, donneront lieu à des « *unités de comparaison* », qui elles-mêmes se modifieront avec l'évolution de l'analyse. Cette étape minutieuse prendra un an, avant de permettre une première analyse du matériel ainsi constitué, au moyen de la notion de trajectoire, elle aussi empruntée à Anselm Strauss (1985).

5.5.2 Le modèle de la trajectoire, selon Anselm Strauss

« La force d'une réflexion en termes de trajectoire est, me semble-t-il, de donner au chercheur un cadre pour appréhender la complexité du phénomène qu'il cherche à étudier, et de diriger ses investigations » écrit Isabelle Baszanger (1992, p.37) dans son introduction aux textes d'Anselm Strauss. En effet, pour faire face à une telle complexité dans l'analyse du travail des soignants, celui-ci a proposé le modèle de la trajectoire d'un événement. Ainsi, dans ses travaux sur la mort à l'hôpital il a considéré celle-ci en tant que processus temporel d'un événement, autour duquel pouvait s'articuler et se négocier toute l'organisation de travail des équipes soignantes. Puis, dans ses recherches sur la maladie chronique, il a envisagé, de la même façon, la maladie sous sa forme évolutive dans le temps, pour y articuler au fur et à mesure la manière dont s'organise le travail des soignants. Avec cette projection linéaire dans le temps, sous forme de trajectoire d'un événement, l'analyse du travail des soignants ainsi que toute l'organisation afférente, ont été plus facilement identifiables, en adoptant un point de vue extérieur à la perspective médicale ou psychologique centrée sur le malade. Car la notion de « trajectoire » fait « *référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » (Strauss, 1992, p.143).

Ce modèle paraissait pertinent pour la recherche, d'une part pour explorer les motivations et le parcours professionnel des soignants, d'autre part pour explorer la mort périnatale elle-même, sous la forme de la trajectoire d'un événement, avec sa complexité, sa variété et ses répercussions sur les soignants et sur leur travail. Quatorze mois seront consacrés à cette étape de la recherche qui tentera d'articuler les événements et les idées avec des éléments

de connaissances plus théoriques. Enfin la dernière étape, qui s'étendra sur six mois, reprendra les éléments de cet ensemble pour les articuler avec une analyse compréhensive faisant appel à des théories plus générales, sur la voie éventuelle de constitution de nouveaux savoirs.

Quatrième partie : L'analyse du matériel de la recherche au moyen des trajectoires.

En suivant le modèle d'Anselm Strauss, deux familles de trajectoires ont été constituées. D'une part celles qui permettent de donner une vue d'ensemble de chaque métier et de son activité, en rassemblant les parcours des SF et des GO sous la forme d'une trajectoire professionnelle, dans le but de repérer des éléments signifiants concernant les choix, les motivations et l'intérêt liés au métier, ou relatifs à la mort périnatale. D'autre part la famille des trajectoires de morts périnatales, regroupées en trois modèles caractéristiques, portant chacun la même figure de la mort pour les soignants. Autour du déroulement temporel de la trajectoire modèle, pourront être articulés tous les événements liés au travail pour les soignants, aussi bien en amont qu'en aval de la mort périnatale, tout en les associant au contexte de sa survenue et à l'âge de la grossesse. L'analyse pourra apparaître ainsi moins rivée aux caractéristiques strictement médicales ou psychologiques, notamment face à l'objet du soin, proprement humain et variable, entre la mère, le fœtus, l'enfant ou sa famille, qui influencent en permanence l'activité des soignants. Chaque modèle de trajectoire regroupe ainsi, sous la figure d'une même mort, une foule d'autres trajectoires temporelles similaires, avec le vécu et les événements liés au travail des soignants qui s'y rapportent. Dans la famille des trajectoires de mort périnatale, trois ensembles différents apparaissent ainsi, donnant lieu chacun à un modèle particulier :

- La trajectoire de la mort périnatale de l'IMG : Elle prend la figure d'une mort attendue. L'activité des soignants a comme objectif son anticipation et son accomplissement.
- La trajectoire de la mort périnatale en dehors du cadre de l'IMG. Elle prend la figure d'une mort inattendue pour les soignants, qu'elle survienne *in utero*, *per partum* ou dans la période néonatale.
- La trajectoire de la mort maternelle : C'est une trajectoire apparue dans le discours des soignants comme réverbérée, inséparable dans l'activité des soignants de la mort périnatale elle-même, que ce soit dans leur imaginaire ou dans leur vécu.

Chapitre 1 : La trajectoire professionnelle des SF

1.1 Devenir sage-femme

9 SF sur 16 ne pensaient pas à ce métier initialement, 2 parmi les 6 ayant fait leur formation avant 2002, 7 parmi les 9 l'ayant faite après, soit après passage par PCEM1. Lorsque seules les études médicales étaient investies au départ, les motivations se reformulent peu à peu, avec la formation, pour se conjuguer avec l'attrait de l'activité autour des naissances. Aucune des SF rencontrées n'en parle néanmoins comme d'une « *révélation* », au sens fort du mot, revenu chez plusieurs obstétriciens. Entre choix et opportunités, elles se construisent plutôt une « *vocation* », au fur et à mesure, qui leur fait dire qu'elles aiment leur métier où le « *destin* » fait son œuvre pour mettre « *sur la bonne voie* ». Pour les SF ayant d'emblée choisi ce métier, cette conviction se vérifie avec la formation. L'une d'elles, réalisant une reconversion professionnelle, dit néanmoins que le versant « *terriblement scientifique* » lui avait échappé. Car c'est la rencontre avec une SF, lors de son premier accouchement « *facile* », qui avait motivé son choix : « *j'avais pas conscience de la des difficultés médicales pour la naissance et du coup j'avais pas l'impression...que sage-femme c'était un métier médical* »^{SFElsa}.

1.1.1 La sélection professionnelle

Les SF rencontrées, formées en France, se divisent en deux catégories selon leur ancienneté dans le métier. Les plus anciennes, formées avant 2002, ont passé un concours avec un numérus clausus. C'est le cas de 4 d'entre elles. Une cinquième échoue au concours et décide de se former à l'étranger, en Belgique, avec les mêmes motivations. Néanmoins deux d'entre elles ont échoué deux fois au concours de PCEM1 avant de se présenter au concours de sage-femme. Dans cette filière d'accession à la profession, les représentations au sujet de l'activité professionnelle future sont toujours d'emblée assez claires. Les 9 SF formées après 2002 ont obligatoirement été intégrées dans la formation par le classement au choix de PCEM1. Aucune d'entre elles n'est passée par PACES, puisque cette réforme n'a été mise en place qu'à la rentrée 2010/2011 et qu'il faut 5 ans au mieux pour être formé. Sur ces 9 SF, 7 avaient choisi d'être médecin. C'est le cas de 70% des SF avant la réforme PACES (Charrier, 2011). Faute d'être assez bien classé au concours, le choix s'est porté sur SF plutôt que sur odontologue, lorsque c'était possible. La durée de la formation semble un critère important dans le choix, dès le départ ou suite à des échecs : « *5 ans, sage-femme, c'est une bonne alternative, c'est pas mal*

au niveau d'années d'études »^{SFLuce}. Les études médicales sont parfois réévaluées par leur « résultat incertain » concernant le choix de la spécialité désirée après un parcours jugé finalement « trop long, trop difficile »^{SFNell}.

Au début de la formation, les représentations concernant le métier restent malgré tout encore assez générales, « quand j'ai commencé mes études je ne connaissais pas tout l'univers de la SF »^{SFLéa}. Néanmoins, par la suite le choix se confirme généralement : les SF évoquent globalement la satisfaction d'avoir retrouvé les intérêts qui avaient conduit certaines d'entre elles à vouloir devenir initialement médecin : « Et puis au final, en fait tout ce que je recherchais, je l'ai trouvé en tant que sage-femme et donc je suis très bien d'être où je suis et d'ailleurs je suis bien contente d'être là. »^{SFLise}. Ainsi la découverte du métier semble générer par la suite une forte adhésion au-delà d'un choix finalement souvent fait par défaut, où la SF ne serait qu'un médecin « raté », comme l'écrit déjà joliment Louis Roux (1840, p. 178) : « Le préjugé les condamne, à d'honorables exceptions près, à n'être que des diminutifs des médecins ».

1.1.2 La sélection professionnelle pour les hommes SF

Le choix par défaut est présent chez les trois hommes SF rencontrés, comme chez tous ceux d'entre eux qui constituent 2% à 3% environ de la profession. Depuis PACES presque aucun homme n'entre plus dans la formation, faute d'avoir inclus cette filière dans le choix initial. Dans un premier temps, l'entrée dans la formation semble conduire ici à des efforts de restructuration plus intenses pour réduire une dissonance cognitive (Festinger, 1957), face à un choix forcé, comme pour cet homme SF après deux échecs en PCEM1 : « Je n'avais pas le choix. C'était deux ans de travail, je n'avais jamais (insiste sur ce mot) autant travaillé de ma vie »^{SFGaby}. SF reste un métier de femmes. Les hommes aspirent peu à exercer des métiers féminins qui, par « nature », sont moins valorisés et bien moins bien rémunérés comme le montrent les nombreuses recherches consacrées à cette question. La mixité peine à s'y établir pour un métier où le féminin se fait redondant, lorsqu'il renvoie exclusivement à des rôles, des qualités, ou des activités essentiellement considérées comme féminines et, qui plus est, dédiées aux femmes avec la naissance. Un métier qui porte les stigmates genrés actuels d'un passé proche, où la condition féminine se déclinait essentiellement en inégalités et soumissions, tant du point de vue privé que social, dans le travail. Néanmoins fait remarquable, depuis que les hommes sont entrés dans la profession SF en 1982, celle-ci a suscité l'intérêt de travaux sociologiques, notamment consacrés au destin de ces derniers, là où auparavant les recherches

brillent par leur absence, exception faite de l'histoire. Toutefois les hommes SF de l'enquête auront, eux aussi, été convaincus par la découverte du métier pendant la formation : « *Ça a changé quand sur le terrain on commence à pratiquer, en fait. [...] je suis plus dans l'action en fait même si j'aime bien le relationnel* »^{SFGaby}. Là aussi l'alternative paraît intéressante face au constat : « *médecine, médecine, j'en suis pas encore sorti avant dix ans* »^{SFPaul}. Cet homme SF s'avoue malgré tout amèrement déçu de la « non-reconnaissance » dont souffre le métier, mise en évidence, pour lui, par la longue grève 2013-2014. Il regrette du coup ses possibilités initiales : « *sur les accès aux écoles d'ingénieur que j'ai eues au début, sur le même nombre d'années d'études la finalité n'était pas la même sur la reconnaissance (insiste sur ce mot), je partage ce sentiment avec certaines sages-femmes, j'ai été éprouvé par cette grève, par la non-reconnaissance* »^{SFPaul}.

1.1.3 La filière de professionnalisation belge

Pour devenir SF, une autre filière de formation, toujours actuelle, concerne trois de celles rencontrées : se former en Belgique et revenir travailler en France grâce à un diplôme européen reconnu. Vu le nombre de candidates cherchant à devenir SF, la Belgique a établi par décret en 2006 un quota de places, accessibles par tirage au sort, pour les Françaises désireuses d'y faire leurs études. Il a été supprimé depuis 2011. Se former en Belgique permet de contourner le barrage de la première année de médecine ou reste une possibilité, après l'échec des épreuves en France. En Belgique, les études spécialisées durent quatre années, comme en France, comportant une partie commune avec les études d'infirmières les deux premières années de formation. Le cursus y est plus étoffé en sciences sociales et psychologiques, dont une approche de la mort et du deuil périnatal moins succinct. Le suivi de l'étudiant bénéficie d'une régulation plus conséquente du vécu et des apprentissages professionnels, comme l'explique une des SF avec ces « *ateliers portfolio où on peut discuter avec nos profs, parler en tête à tête, on est chacune convoquée une heure pour parler de tout ce que l'on a du mal à digérer de nos stages* »^{SFAude}. Généralement les étudiantes françaises font l'essentiel de leurs stages de formation en France, afin de les préparer à leur future professionnalisation. Ces lieux de stage leur permettront éventuellement d'être embauchées plus facilement, car la formation belge est jugée en France comme d'un plus faible niveau médical. Comme le note une des SF, qui en a « *souffert de son diplôme belge* », les jeunes diplômées auront souvent à faire leurs preuves, avant d'être reconnues au même titre qu'une sage-femme formée en France.

1.2 La scène professionnelle des SF

1.2.1 L'émotion de la naissance toujours recommencée

Sans surprise pour un métier consacré à la femme enceinte et à l'enfantement, la naissance est le point d'orgue qui donne leur tonalité aux autres intérêts trouvés dans l'activité. Cette satisfaction exprimée trouve une résonance générale dans le discours des SF rencontrées à travers cette dimension existentielle, « *l'arrivée d'un petit être humain* »^{SFJane}. Dans cette perspective elle rassemble l'essentiel de l'attrait, de la conviction du choix de métier ou de la satisfaction au travail. La participation à cet événement, grâce au côté « *manuel* », « *pratique* », où l'activité se situe sur le « *terrain de l'action* », donne une intensité supplémentaire à ce « *super moment* » de la naissance, où la vie s'impose le plus souvent d'elle-même. L'aspect constamment renouvelé de l'activité à travers chaque naissance, ainsi que le caractère exceptionnel et unique de celle-ci, s'opposent à toute forme d'ennui ou de routine sous la figure de la vie toujours recommencée : « *un émerveillement à chaque fois. Vraiment, vraiment, et que je pouvais agir et cette espèce d'émerveillement que quelque part, grâce à moi, j'allais aider à ce que ça arrive, voilà, à ce moment merveilleux ; en fait y participer et dix fois par garde, neuf fois, deux fois par garde et ça c'était quelque chose de très merveilleux, voilà* »^{SFPia}.

Néanmoins l'action dans le cadre de l'urgence est également prisee, surtout par les 3 hommes SF, pour qui une sorte de « *challenge* » semble se tenir entre la mise en jeu des compétences et les processus vitaux : « *j'aime bien quand il y a un peu de stress, des situations compliquées, qu'on doit y faire face, qu'on doit bien réagir, l'urgence, l'impression de se prouver tous les jours qu'on va y arriver, et en plus ça se termine en général par la naissance, ça se finit par un bon moment* »^{SFYan}. Les hommes SF de la recherche s'adaptent bien à un métier dans « *un milieu extrêmement féminin* »^{SFPia} sans renoncer pour autant à l'imaginaire dit masculin (Charrier, 2007), celui de l'attrait de l'action, de la technique, du stress, ou du challenge à côté de l'aspect relationnel : « *beaucoup de réflexion, de l'action et pas mal de stress des fois* »^{SFGaby}. Ainsi la composante émotionnelle est une part intégrante et incontournable de l'activité. Avec « *de la joie, oui de la joie* »^{SFRomy}, elle apparaît intense et fondamentalement positive : « *il y a de l'émotion, ça c'est un métier émotionnel, on a toujours les larmes aux yeux quand un bébé naît et qu'on voit les parents* »^{SFAude}. Néanmoins la gestion émotionnelle ne va pas de soi, même si elle est plus aisée autour de la naissance. Positive ou négative, elle demande une régulation permanente et un apprentissage fourni par la formation et l'expérience : « *la joie c'est plus facile à gérer, la mort c'est plus difficile* »^{SFAude}.

1.2.2 Une clinique relationnelle où prime l'accompagnement

Plusieurs SF évoquent également dans leur motivation professionnelle initiale des intérêts marqués pour une activité au service de l'autre. Que ce soit à travers le fait de « *prendre soin* » de l'autre, le « *care* » selon la terminologie anglaise, associé ou non au soin thérapeutique lui-même, le « *cure* ». La recherche d'un « *métier avec du contact* », qui permet « *l'aide à la personne* », « *d'être utile* » ou même de « *sauver les autres* » se conjugue avec ce que les SF mettent en avant comme principe général dans leur activité et qu'elles appellent « *l'accompagnement* » : « *je pense que j'ai toujours aussi ce côté de vouloir me sentir utile là. Je pense que j'ai pas fait sage-femme pour faire que des naissances et des belles naissances, moi je voulais accompagner les gens, quelles que soient les situations* »^{SFElena}. Bien que le versant technique, scientifique et médical soit très présent, la composante relationnelle singulière semble constituer pour les SF le caractère distinctif de la profession face au GO : « *le médecin il n'y a pas forcément tout cet accompagnement, cette relation vraiment (insiste sur ce mot) assez particulière avec la patiente* »^{SFLise}.

Ainsi pendant que « *le médecin va être plus dans le côté médical, répondre à des questions médicales* », la SF est « *plus dans l'accompagnement* »^{SFNell}. De ce fait, en tant que métier de la famille médicale, SF apparaît plutôt comme un segment discordant, plus proche des activités paramédicales par la place donnée à l'accompagnement dans l'activité professionnelle autant que par le fait qu'il ne s'adresse pas à des malades, mais à des personnes en bonne santé, tels un paradoxe ou un contre sens. Pour parler de leur métier, dans le vocabulaire des 16 SF rencontrées, les termes « accompagner » ou « accompagnement », reviennent presque 4 fois plus souvent que chez les 16 GO.⁷⁴ Les SF rencontrées, du moins les femmes, proposent de leur profession une figure du soutien avant d'être celle d'une figure du soin. La dimension intersubjective est fortement valorisée avec une certaine proximité relationnelle. Dans la division du travail et des tâches à l'hôpital, les SF sont auprès des patientes sur des temps de présence beaucoup plus longs comparés à celui des GO, ce que les GO soulignent eux-mêmes. Auprès des patientes, cette temporalité dans l'activité est transformée en « accompagnement » qui lui donne tout son sens. Dans le travail conjoint avec le GO, il peut apparaître comme l'espace d'une autonomie et d'une indépendance professionnelle entière, réalisant de cette façon une voie de dégagement, face au pouvoir médical de celui-ci. De ce fait le travail relationnel clinique représente un élément marquant de

⁷⁴107 fois chez les SF et 29 fois chez les GO

l'identité professionnelle des SF, autant que la grossesse normale ou physiologique qui délimite leur champ de compétence par rapport aux GO : *« même si le travail, l'accouchement ne s'est pas très bien passé sur le plan médical eh ben l'accompagnement joue beaucoup beaucoup dans chaque situation »*^{SFLise}.

Comme en miroir, les processus physiologiques qu'il s'agit de soutenir, de surveiller, de favoriser ou de guider sont eux aussi « accompagnés », autant que la dimension relationnelle. Si bien que lorsque les SF parlent de « physiologie », elles sous-entendent généralement « l'accompagnement », tel un équivalent, qui associe la composante médicale et relationnelle au cœur du métier. De ce fait la SF *« n'est pas qu'une technicienne »*^{SFLuce} alors qu'elle pourrait l'être, dans la mesure où *« c'est apprendre les soins techniques, mais euh en même temps trouver la globalité des patientes aussi »*^{SFRomy}. C'est pourquoi le niveau 3 représente pour les SF, généralement, le lieu d'une limitation encore plus grande de leur indépendance et de leur autonomie professionnelle avec *« trop de pathologie »* et *« la tendance à laisser un peu de côté la physiologie »*^{SFLise}. Mais aussi en raison des contraintes qui pèsent sur la relation d'accompagnement dont le manque de temps ou la difficulté à préserver une relation singulière : *« Le niveau 3 c'est l'usine et on me « pique » un peu mon accouchement, entre guillemets en fait. Y a plein de gens autour de moi pendant l'accouchement et moi je n'aime pas ça. Moi j'aime bien l'effet cocooning qu'il y a autour de la naissance »*^{SFAude}.

1.2.3 Un métier genré par la condition féminine

Plusieurs SF expriment un engagement possible vis-à-vis des femmes à travers leur métier, derrière l'intérêt pour la physiologie ou l'accompagnement : *« c'est l'accompagnement des femmes qui m'a vraiment plu et j'ai bien vu que c'était, oui on s'occupait un peu des nouveaux nés oui bien sûr, mais que c'était vraiment l'accompagnement de la femme quoi »*^{SFEmy}. Cet engagement peut s'entendre comme la défense du droit des femmes au respect du corps dans ses fonctionnements intimes : *« pour le respect, pouvoir accoucher les gens sur le côté, à quatre pattes, debout, comme elles veulent, prendre le temps avec elles, respecter leur souhait d'accouchement »*^{SFAude}. Mais c'est aussi un soutien à la condition féminine dans la sphère sociale ou privée, de l'intimité du couple et de la famille : *« et sage-femme, moi je suis un peu féministe, même un peu pas mal, la femme, les enfants, la famille, c'est quelque chose auxquels j'attache de l'importance, la condition de la femme, sa vie de femme, etc. »*^{SFLéa}. Une cause qui pourrait s'entendre commune aux femmes et au corps professionnel des SF, par une forme d'alliance dans la relation de soin, alors qu'elles partagent le même sexe et la même

condition sociale. Elle superpose l'identité sexuée avec l'identité professionnelle, au risque de les confondre, tout en sollicitant des rapports genrés, y compris entre femmes, SF et GO : « *il y a un lien hiérarchique entre les médecins et leurs patientes et il y a moins de lien hiérarchique entre les sages-femmes et leurs patientes [...] C'est-à-dire qu'on est dans une relation ...d'accompagnement alors que les médecins ils sont dans une relation hiérarchique avec tout le monde. Ils ont le savoir et ce savoir il est d'une sorte, il est scientifique* »^{SFElsa}.

Certaines remarques des hommes SF sont révélatrices de cet état des lieux où la SF se vit renvoyée, avec la femme qu'elle est le plus souvent, à une double assignation genrée construite socialement, celle de son sexe, comme celle de sa profession. Ce vécu genré relève bien du discours général des femmes SF, confirmé par celui des hommes SF, mais nuancé, quant à leur assignation propre, par une identité sexuée non concordante : « *non c'est, c'est anonyme ? (rire) [...] (rire, silence) les hommes médecins et les femmes sages-femmes il y a encore ...les mecs masculins et supérieurs à la femme en gros c'est un peu ça voilà. Mais un mec médecin avec une sage-femme mec y a ce contact homme-homme qui fait que il fait gaffe à ce qu'il va dire. Il va s'énerver des fois c'est normal parce qu'il a toujours été comme ça, mais il sait qu'il ne va pas aller trop loin. [...] c'est je ne sais pas, mais c'est moi qui dis ça comme ça, mais c'est ce que j'ai un peu observé quand même* »^{SFGaby}.

Ainsi, chez les SF, la construction genrée de la profession renvoie aussi à des rapports de hiérarchie sexiste des rôles, des fonctions, des professions, des rapports de dépendance et de pouvoir, avec lesquels s'entremêle, en toute confusion, un sentiment de non-reconnaissance professionnel et social récurrent. L'un des hommes SF constate parfois un « *petit côté patriarche* » chez le GO : « *c'est pas tant la patho et la physio, c'est la présence du médecin qui vient empiéter sur la sage-femme, c'est, on fait quelque chose y a un médecin qui arrive dans la salle, c'est même pas de la pathologie, mais c'est « qu'est-ce que vous faites là » (insiste sur ces deux mots), c'est des choses comme ça qu'on vit* »^{SFPaul}. Cet homme SF parle de rapports de travail genrés, qui sous-tendent les relations professionnelles, révélés par la grève et dont il ne mesurait pas l'acuité. Cependant, cette reprise exacerbée de rapports sociaux genrés dans l'équipe n'est pas automatique. D'autres SF font état de la grève pour déplorer avec amertume des revendications sociales déniées, tout en soulignant que les GO ont quand même joué le jeu : « *ils ont pris notre place et quand on est revenu on a eu des petites vanes gentillettes, mais ils nous ont soutenues quoi quand même, donc ils nous ont permis de le faire* »^{SFLuce}. La grève a certes laissé des traces, mais sans trop détériorer les rapports professionnels pense cette SF,

grâce à la bonne entente et la cohésion d'équipe : « *la confiance qu'on a les uns envers les autres et le fait que, oui, on s'entend bien et qu'on aille dans le même sens* »^{SFLuce}. De ce fait l'équipe a une place prépondérante sur la scène du travail pour les SF.

1.2.4 Le travail en équipe sur la scène hospitalière

La notion d'équipe s'entend chez les SF d'abord par l'inclusion dans un groupe de pairs, dont l'importance est manifeste à travers son évocation. Il s'agit d'être ou de se sentir « *intégré* » dans « *une équipe de sages-femmes soudées, vraiment solidaires* », qui laisse espérer du « *soutien* » de la part des collègues, si besoin. Les termes utilisés renvoient à la métaphore corporelle d'un « *corps* » professionnel dont les « *membres* » s'ajustent avec cohérence à l'unité réalisée, et dont l'état d'esprit, « *l'esprit de corps* » en référence à René Kaës, vient étayer le travail collectif, comme fondement d'une bonne entente dans le vécu au travail : « *La complicité je trouve est primordiale dans une équipe de sages-femmes* »^{SFEmy}. En dehors de celle qui travaille en Maison de naissance, toutes les SF rencontrées exercent dans le secteur public. Il leur semble gage d'une meilleure autonomie professionnelle grâce à ce travail en équipe : « *je voulais travailler dans le public, travailler dans le privé m'intéressait pas plus que ça puisqu'on était plus les petites mains des médecins que vraiment sages-femmes* »^{SFRomy}.

Le secteur public, avec le travail en équipe, offre aussi davantage de sécurité face aux responsabilités solitaires du secteur privé : « *... et aucun médecin sur place... Donc il pouvait m'arriver tout et n'importe quoi* »^{SFLise}. Tout comme il permet d'éviter une forme de solitude : « *j'ai fait 6 mois de remplacement dans un cabinet libéral et oui c'est dur à un moment de donner ton avis toujours tout seul, de réfléchir tout seul, dans ton cabinet à attendre, tu as quand même besoin à un moment de pouvoir échanger avec un collègue, prendre un avis, un sentiment* »^{SFGaby}. Cette coopération avec les pairs est davantage mise en avant chez les SF que chez les GO. Une raison en est sûrement l'organisation de travail liée au système des gardes. Le GO est souvent seul de garde en salle des naissances, alors que les SF sont fréquemment en binôme, voire plus. Cette coopération chez les SF est manifeste par l'intégration des nouvelles collègues, ce « *boulot* » supplémentaire, réalisé sous la forme d'un compagnonnage, avec « *le soutien de la sage-femme plus ancienne dans le service pour la sage-femme qui vient d'arriver comme moi* »^{SFLise}. Ce travail permet d'être « *chapeautés* » pour les nouvelles SF qui arrivent dans l'équipe jusqu'à constituer un accordage avec des équipières capables de « *se seconder l'une l'autre* ». La surcharge de travail, suite à l'augmentation du nombre d'accouchements

dans les maternités fait d'ailleurs craindre à certaines la mise à mal de ce fonctionnement : « *parce qu'il y a de moins en moins de sages-femmes expérimentées en salle d'accouchement parce que c'est difficile par rapport aux rythmes* ». Les jeunes SF, « *déjà usées après trois-quatre ans de carrière* »^{SFE_{my}}, cessent rapidement les gardes, au détriment de l'expérience apportée par l'ancienneté dans l'activité.

Dans la perspective de l'équipe de garde, les SF se situent dans l'accordage avec leurs collègues SF, mais celui réalisé avec le GO comme « chef d'équipe » n'est pas moins important. Ces accordages se révèlent être très variables puisque les membres qui composent l'équipe de garde changent en fonction de combinaisons préétablies par une planification. Mais tous font partie de la même équipe institutionnelle. Chez les SF, l'accordage avec le GO oscille, entre proximité et distance, selon des configurations variables, voire contrastées en fonction des lieux d'exercice, notamment lorsque la SF est seule de garde comme dans les maternités plus petites : « *Je pense que le fait qu'on soit petit, on discute* »^{SF_{Inès}}. Le temps de présence auprès des femmes, lié à la division du travail et la répartition des rôles, en est un élément marquant. Sur la scène de la naissance, les GO font des apparitions plus ponctuelles, pour les diagnostics et les interventions, tandis que les SF sont présentes auprès des femmes avec plus de continuité : « *les médecins, ils arrivent pour l'accouchement, enfin ils interviennent quand ils ont besoin et puis après ils repartent* »^{SF_{Lise}}. GO et SF s'entendent pour constater cette particularité où comme le dit ce GO : « *la sage-femme a un rôle qui va se jouer beaucoup plus dans le court terme, dans l'accompagnement et puis l'accouchement* »^{GO_{Marie}}. Elle voit cette continuité pour le sien plutôt dans le long terme, avec le « *suivi longitudinal* ». Une SF formule ce constat par « *oui, mais bon après il [le GO] est resté une heure, moi je suis restée douze heures* »^{SF_{Luce}} auprès de la patiente, alors qu'elle se rend compte que le GO ne se souvient déjà plus d'elle tandis qu'il sera intervenu pour de nombreuses autres situations. Cette temporalité auprès des patientes organise l'accordage SF-GO à travers leur activité respective : « *je pense que là on n'a pas la même vision des choses. Je pense que eux ils mettent au cœur de leur métier le versant médical. Après, ça n'empêche pas qu'ils peuvent être dans un bon accompagnement, mais, mais ils ont quand même moins de temps en général, pas de la même façon que nous* »^{SF_{Nell}}.

Néanmoins cette collaboration nécessaire n'est pas forcément gage de proximité « *lorsque chacun est pris dans son activité* »^{SF_{Léa}} et que de ce fait « *c'est cloisonné, on n'a pas beaucoup d'échanges* ». Chacun reste alors plutôt dans une forme d'entre soi corporatiste. Avec l'esprit d'une bonne entente générale dans l'équipe, l'accordage semble mieux se faire, toujours

grâce aux ingrédients déjà évoqués, la reconnaissance des compétences, des rôles, les qualités individuelles, augmentées du respect et de la confiance : « *ça se construit de travailler ensemble (insiste sur ce mot), dans le quotidien (insiste sur ce mot), dans le partage (insiste sur ce mot), dans ...le respect (insiste sur ce mot) de l'autre en fait, dans ses capacités, dans son rôle en fait, et je pense, oui, que le respect de l'autre ; alors après bien sûr on ne peut pas s'entendre avec tout le monde [...] on part en croisière pour 12 heures et il ne faut pas qu'il y en ait un qui tombe à l'eau, en tout cas on ne peut pas faire l'échange si ça ne se passe pas bien* »^{SFLuce}.

Sur le terrain, autour de cet accordage SF-GO, ce n'est pas strictement « l'accompagnement » ou l'activité autour de la physiologie en ce sens qui est en cause. Il est clairement identifié et dévolu aux SF. D'ailleurs quand une femme GO s'intéresse ou assiste volontiers les SF sur ce versant, elle est sujette à d'amicales moqueries : « *mais t'es une sage-femme ratée, quoi* »^{SFLuce} ; lorsqu'elle ne se questionne pas parfois elle-même sur son choix professionnel : « *je me suis souvent demandé si je n'aurais pas dû être sage-femme* »^{GOOiga}. Ce sont bien les accordages réalisés contextuellement qui peuvent être problématiques. Selon le fonctionnement de l'équipe, selon l'étayage mutuel à travers une reconnaissance partagée des compétences et des responsabilités respectives, les SF vivent et interprètent leur place différemment face au GO ; et ce pour les mêmes situations. Ainsi l'arrivée de celui-ci, alors que tout va bien, peut être vécue positivement par la SF, tout comme elle peut ressembler à une immixtion excessive. Cette complémentarité peut s'avérer aussi simple que paradoxale et particulièrement sensible avec la question des « appels », lorsque la SF doit passer le relais au GO et en principe l'aider dans son intervention : « *je me pose beaucoup la question, parfois, est-ce que j'appelle maintenant, est-ce que j'attends encore un peu, il est trois heures du matin, je vais me faire envoyer sur les roses si j'appelle maintenant, voilà c'est, on se pose beaucoup la question de savoir si c'est le bon moment d'appeler, s'il faut attendre un peu, je me suis déjà fait reprocher d'avoir appelé un peu tard [...] Je n'ai jamais eu de gros soucis (insiste sur ce mot) non plus, mais, donc je m'en fiche un peu plus maintenant qu'il y a trois-quatre ans de me faire engueuler pour avoir réveillé un médecin pour pas grand-chose.* »^{SFRomy}.

Toutefois, cette scène professionnelle révèle les dépendances réciproques entre SF et GO. La SF doit pouvoir compter sur le GO lorsqu'elle ne peut plus intervenir, comme une complémentarité indispensable qui confirme sa propre activité au service de la naissance. Elle attend de lui qu'il soit présent et compétent : « *en règle générale, vu que c'est le dernier maillon de la chaîne, il faut qu'ils [les GO] montrent qu'ils peuvent rassurer tout le monde, c'est le*

dernier maillon, c'est le ...on le voit bien quand il y a des gynécologues qui ne sont pas, sont un peu comme ça, un peu perdus, on va se dire « oh là là ça peut pas aller », il est pas assez fort »^{SFElena}. De son côté le GO est dépendant de la SF qui reste maîtresse de la scène sur laquelle il va entrer, comme de la teneur du rôle qu'il va devoir jouer, pour lui donner la réplique. Ainsi SF et GO apparaissent liés par les dépendances réciproques et nécessaires de leur activité hospitalière, dans cet enjeu commun qu'est la naissance.

1.3 La mort périnatale et la formation professionnelle

« C'est sûr quand on part pour sage-femme, on ne sait pas qu'il y a tout ça, les morts fœtales, qu'on fait des accouchements par voie basse de bébés morts. Mais tout ça on ne me l'a pas expliqué à la base »^{SFAude}. Autant pour devenir médecin, la rencontre avec la maladie et la mort semble incontournable, autant pour devenir SF la pensée de cette occurrence dans l'activité ne semble pas aller de soi. La force des représentations liées à la vie, que suggère le métier, éclipse celles plus sombres, liées à la mort. La pensée de la mort peut même apparaître comme résiduelle dans l'activité, en maternité type 1, lorsque *« 99% du temps », « on ne vit que de la joie et qu'on a de beaux bébés qui naissent et que les couples on voit de la magie dans leurs yeux parce que sinon, moi je sais que je fais ce métier parce que ça reste 1% de mon boulot, on va dire, le deuil périnatal »*^{SFAude}. Fraction réduite, négatif enseveli sous la souveraineté de la naissance ou encore *« sale boulot »*, la pensée de la mort se dévoile pourtant peu à peu, dans l'activité professionnelle, en fonction des aléas de la formation, mais surtout en fonction des situations réelles, variables, vécues à la rencontre des patientes.

1.3.1 Une formation théorique et pratique hétérogène

Lorsque les SF parlent des apports théoriques concernant la mort périnatale, elles n'évoquent pas les connaissances médicales acquises, pourtant nombreuses, concernant les pathologies susceptibles de la provoquer ou même plus spécifiquement sa gestion médicale. Elles ont tendance à se situer d'emblée sur le versant relationnel de l'accompagnement. Mais pour celui-ci l'apport est généralement jugé insuffisant : *« je me suis toujours dit qu'il faudrait peut-être travailler sur la formation initiale parce que j'ai senti qu'on n'était pas assez armé pour ça »*^{SFNell}. La formation belge semble plus adaptée de ce point de vue, car plus complète, avec l'approche des sciences humaines : *« Quand je discute avec mes collègues qui ont fait leurs études en France, on sent un petit décalage, peut-être. On a eu une grosse grosse formation en psychologie, en philosophie, et en anthropologie, on avait énormément de cours,*

et c'est vrai qu'en France, ce n'est pas du tout péjoratif ce que je vais dire, puisque j'y travaille et suis épanouie en tant que sage-femme, c'est plus former une technicienne »^{SFLuce}.

Néanmoins, généralement les SF remarquent en même temps combien la théorie et les connaissances sont limitées pour rendre compte d'une situation professionnelle où « *c'est difficile de former les gens sur l'attitude à avoir* »^{SFNell}. Elle ne prendra sens, en général, qu'à travers l'expérience de situations réelles rencontrées dans l'activité : « *tant que je n'ai pas expérimenté moi-même sur le terrain, c'était quelque chose de très flou pour moi* »^{SFRomy}. La formation pratique, quant à elle, dépend d'un ensemble d'éléments relativement variables selon les lieux d'enseignement et de formation, la diversité du terrain des stages et la confrontation à des situations cliniques contrastées. Les hasards du parcours des études peuvent même laisser sans expérience de la mort périnatale comme pour cette SF qui en prend conscience à travers l'expérience d'autres étudiantes qui « *ont vécu ça tout de suite pendant les études, elles ont été plongées directement dedans* »^{SFElsa}. Elle raconte avoir développé de ce fait une appréhension particulière pour la mort périnatale potentielle dont elle se sera protégée par la formation : « *dans mes études, ça a toujours été la mort du bébé qui m'avait posé des problèmes, donc j'ai fait plein de stages en réanimation néonatale en me disant que j'allais apprendre là à bien réanimer les bébés et c'était cette peur-là* »^{SFElsa}.

Pendant le temps de formation, les étudiantes SF n'ont pas à faire avec les IVG comme c'est le cas pour les internes de spécialité. Elles n'ont pas, non plus, à prendre en charge les fausses couches précoces ou, même tardives, puisque la division du travail et des tâches les réserve d'abord aux internes, aux GO ou aux SF, tandis que ces dernières les affectent plutôt aux naissances vivantes. D'ailleurs, selon la taille des maternités, leur type, la présence d'internes ou non, les SF elles-mêmes interviennent peu pour les grossesses dont le terme est inférieur à la période de viabilité du fœtus ; avec un critère souvent concret, le monitoring du rythme cardiaque fœtal, dont l'interprétation visuelle reste peu fiable auparavant. Le temps de la formation peut laisser la future SF avec relativement peu d'acquis dans la confrontation à la mort périnatale et toute une expérience à construire pour y faire face : « *j'ai l'impression que c'est assez général parce que quand on voit des jeunes diplômées qui arrivent c'est dans ces situations qu'elles sont en difficulté qu'elles manquent d'expérience [...] effectivement je me souviens quand je sortais du diplôme c'était ce qui m'inquiétait le plus ce qui m'angoissait le plus c'était de me dire « quand ça va m'arriver comment je vais réagir »* »^{SFNell}.

1.3.2 La mort périnatale, une découverte contrastée

Pour les étudiantes SF, la logique des apprentissages du début de la formation donne priorité aux acquisitions médicales, théoriques et pratiques, dites physiologiques avant celles dites pathologiques, réservées à un second temps. L'économie de ces situations relève presque naturellement d'une gestion d'émotions plutôt positives au travail. La pensée de la mort périnatale peut être absente initialement des représentations professionnelles, même lorsqu'elle se présente dans une confrontation quasiment nez à nez : « moi, petite élève, je l'accueille, je pose le monito et là je trouve rien... et sur le coup je me suis dit, j'ai pas j'ai pas saisi (insiste sur ce mot) d'emblée que ça pouvait être un bébé mort, en fait, et puis elle disait « si je le sens bouger », c'était un peu confus »^{SFLéa}. Et cela va parfois jusqu'à mettre en doute sa propre compétence lorsque l'étudiant SF cherche les bruits du cœur pour un monitoring fœtal : « voilà, j'ai fait clac clac, une ½ heure, clac clac, c'est bizarre ça et la sage-femme va te dire « non non t'arrives même pas à trouver le cœur du bébé »^{SFGaby}.

Ce rôle méconnu de l'activité SF se découvre de façon très contrastée, parfois par surprise, « au fur et à mesure » sans y avoir « franchement pensé », ou même violemment comme pour cette SF durant son stage en fœtopathologie, spécifique à son lieu de formation. Elle s'y confronte, de façon éprouvante, avec la manipulation de corps de fœtus morts, pour des autopsies, alors que les étudiantes SF n'ont jamais à faire avec la dissection comme les étudiants en médecine, ou avec les morts d'adultes, comme les étudiantes infirmières. Par l'épreuve qu'elle représente, cette situation est proche de celles évoquées par deux autres SF concernant la formation des plus anciennes, où la confrontation aux aspects les plus pénibles du métier, dont la mort périnatale, relevait d'une forme de mise à l'épreuve dont le passage sanctionnait l'appartenance au groupe professionnel : « actuellement c'est plus trop le cas, mais l'ancienne génération c'était un peu à la baguette, le baptême du feu et si tu ne peux pas supporter ça eh ben t'as qu'à pas faire ce métier, quoi »^{SFJane}.

Un ensemble de contradictions et d'éléments aléatoires entoure la rencontre avec la mort périnatale dans la formation pratique des étudiantes SF. Malgré les changements survenus dans les pratiques professionnelles, avec l'attention portée au deuil périnatal, elles peuvent être tenues à l'écart de ces situations : « parce que c'est vrai qu'on nous « protège » entre guillemets quand on est étudiante, les professionnels nous protègent en nous disant « non tu auras bien le temps de vivre ça »^{SFLuce}. Cette mesure de protection peut néanmoins relever d'autres motifs, dans la mesure où elle facilite l'activité déployée au travail. La présence de l'étudiante peut « biaiser » le soutien relationnel spécifique qu'il nécessite : « l'enseignement à ce moment-là

il est difficile, pourquoi, parce que émotionnellement ça peut être un peu lourd, comme je le disais il faut limiter les intervenants auprès des patientes et après est-ce que c'est juste, est-ce qu'on a raison de faire ça, je ne sais pas »^{SFNell}. C'est comme si la gravité de la situation ne laissait pas de place pour une apprentie, même observatrice, dans une situation où, à strictement parler : « *transmettre et ce n'est pas quelque chose qui s'apprend* »^{SFNell}.

La mise à distance de l'étudiante SF répond néanmoins pour celle-ci à la mise à distance des émotions et de représentations susceptibles d'accompagner la mort périnatale : « *on entend les sages-femmes en parler, on est entre guillemets « un peu à distance » un regard un peu extérieur, et on nous emmène pas dans la salle c'est sûr qu'il y a une sorte de mystère qui entoure ces salles-là [...] On nous dit « C'est mieux que tu n'y ailles pas* »^{SFNell}. La nécessité d'apprendre se heurte à la difficulté de transmettre, qui souligne néanmoins l'aspect éprouvant que représente la mort périnatale, dans le métier. L'apprentissage est ainsi différé devant celui considéré prioritaire pour une future SF, celui de la gestion de la vie. C'est pourquoi certaines SF font état d'initiatives personnelles qui leur auront permis de participer, étudiantes, à ces prises en charge. Elles ressemblent à une stratégie active, face à une forme d'activité empêchée dans l'apprentissage, d'autant plus qu'il est encore possible, à ce moment-là, de « *se cacher un peu derrière la sage-femme* »^{SFLuce}. Cette volonté d'apprendre, face à la mort périnatale, s'adresse à la prise en charge des femmes, mais aussi à celle du petit mort : « *et c'est moi en fait qui avais demandé à la sage-femme si je pouvais (insiste sur ce mot) voir le corps du fœtus parce que de toute façon je savais qu'un jour ou un autre je serai confrontée à ça et il fallait que j'en voie donc je l'ai vu euhhh après je n'ai pas été choquée ou quoi que ce soit . Je n'ai pas été traumatisée ; donc j'ai vu le corps c'était déjà tout formé, c'était pas l'idée que je m'étais faite avant, parce que je n'en avais jamais vu* »^{SFLise}. Le voir et s'en occuper concrètement permettent ainsi souvent d'avoir accès pour « *la première fois* » à la réalité d'un « *bébé mort* » alors que, de même que les SF en général, l'occasion d'être confronté à une dépouille, en dehors de la sphère professionnelle, ne sera jamais présentée.

1.4 Des points marquants du métier de SF au fil de l'expérience professionnelle

1.4.1 Un métier sous tension du médico-légal

Sous la figure du risque, la mort périnatale avance masquée dans l'activité quotidienne de la salle des naissances. Omniprésente, mais tenue secrète, elle n'est pas formulée et même

refoulée des représentations trop explicites : « *parce qu'est-ce qu'on surveille en salle de travail si ce n'est l'arrivée d'un gamin qui est en train de décélérer, qui est en train de mourir en gros, parce qu'on ne te dit pas on dit jamais, oui on surveille le monito quand tout va bien, mais sous-entendu quand même « quand ça va décélérer il y a un moment où ça va arrêter de décélérer, mais ce moment-là, il va être mort le gamin »*^{SFPia}. Sur la ligne de front du risque, la SF travaille en scrutant constamment l'horizon de son activité. Rien ne doit lui échapper depuis son poste de surveillance, telle une sentinelle, parfois sollicitée par la pensée de la mort dans cette délégation, malgré tout : « *je me souviens quand je faisais les GHR [grossesses à hauts risques] où les responsabilités médico-légales étaient très très fortes quand je sortais du service je me disais pour me rassurer « elles ne peuvent pas toutes mourir le même jour » (rire) »*^{SFPia}.

Certaines évoquent des procédés de clivage dont l'action est particulièrement efficace dans les situations d'urgence vitale : « *Du coup, on est allé très vite à la césarienne et ça c'est super bien passé. Non, j'avoue, jamais je ne pense jamais à la mort, pour ça il faut rester positive »*^{SFAude}. Même avec la réanimation d'un nouveau-né, « *la mort qui rôde. On n'y pense pas du tout. Sur le moment, on n'y pense pas [...] on pense à agir, réanimer le bébé, tenir les parents au courant, appeler tout le monde qu'il faut »*^{SFIInès}. Cette pensée, avec l'émotion qui l'anime, est dissociée de l'action, afin de lui donner toute son efficacité, là où trop d'affects empêchent de bien faire son travail. Le temps des émotions est différé à celui du dépassement du danger qui peut laisser médecins et SF « *tous flagada* ». Ces situations, où le risque de mort périnatale est plus important, sont inévitables en maternité type 3. Elles peuvent être recherchées délibérément, comme pour cet homme SF, fraîchement diplômé, qui commence à y travailler avec la volonté de « *se prouver à soi-même que je peux le faire »*^{SFYan}. En maternité type 3, il est incontournable et conditionne l'activité par une pénibilité certaine comme le confie une des SF : « *bon aujourd'hui le bébé le plus « âgé » était à 34 semaines, le plus gros pesait 1 kg 2», c'est vrai qu'il y a des gardes quand même difficiles »*^{SFEmy}. À l'inverse pour celle qui exerce en Maison de naissance, à l'écart de toute médicalisation, l'empreinte de la mort périnatale est minime en comparaison de l'activité hospitalière, ce que relève une autre SF : « *je pense que les sages-femmes de la Maison de naissance elles ont à 100 % l'idée de préserver leurs patientes de quelques risques que ce soient et que ces risques elles savent que ça existe, mais après elles ne se laissent pas envahir par ça et je pense qu'à l'hôpital on est plus envahi par ça, oui oui notre façon de travailler est axée sur ça »*^{SFElsa}.

Toutefois, comme les GO, les SF sont averties du risque de judiciarisation accru dans

l'exercice de l'activité. Comme eux, elles recourent à une assurance professionnelle en guise de protection, qui en témoigne. Le risque médico-légal peut susciter peur et crainte dans l'activité des SF au quotidien, dont les GO font état eux-mêmes : *« Et même par rapport au tout début de mon internat ...les gens sont obnubilés par le médico-légal, même les jeunes sages-femmes, les sages-femmes aussi »*^{GODavid}. Les SF semblent plus vulnérables face à cette crainte comme si elle pouvait plus facilement les concerner : *« oui c'est la peur du médico-légal, je veux dire, oui c'est ça, la peur du procès, le procès qui quoi, qui va dire « tu es coupable de ne pas avoir exercé euh de ne pas avoir éliminé tous les risques », je sens qu'on travaille dans ce sens-là en fait, tout le temps »*^{SFElsa}.

Une des raisons est liée certainement à la hiérarchie du contrôle des risques, où la SF peut se vivre dans son activité propre comme sous surveillance de celle du GO, non plus comme sa collaboratrice, mais comme son auxiliaire, et l'inciter par-là à une certaine méfiance : *« les sages-femmes, je ne sais pas si c'est vrai ou c'est un mythe qu'on se raconte, mais on a souvent l'impression dans les procès qu'on se défause sur nous, en fait [...] on marque tout dans le dossier et on marque de plus en plus et quand on est étudiante « et tu as bien noté ça » et « note, note, note, note que tu as appelé le médecin et qu'il est pas venu » on nous fait peur aussi quand on est étudiantes »*^{SFJane}. Ainsi, cette forme de droit de regard du GO sur l'activité SF lui donne déjà, d'une certaine manière, l'allure d'une émanation médico-légale en tant qu'expert.

1.4.2 Un métier qui fait faire le grand écart

Sur la scène hospitalière, telle que les SF le restituent, leur activité fait état de nombreuses contradictions, si ce n'est de paradoxes qu'elles doivent concilier au quotidien contextuellement. Actives de façon autonome dans le champ dit physiologique, mais actives aussi à côté du GO dans le champ dit de la pathologie, les SF flirtent avec les polarités extrêmes. Être autonome dans l'activité, mais tout aussi bien dépendre d'un contrôle ; faire parfois ce qui ne relève pas de sa compétence ou encore ne pas pouvoir faire ce qui en relève ; être affectées et partager l'émotion positive de la naissance, mais cliver celle, négative, de la peur ou du stress comme avec l'urgence ; être technicienne, mais aussi soutien relationnel, être dans *cure*, mais tout autant dans le *care* ; être dans le savoir-faire, sans oublier le savoir-être, la SF est tenue de contenir cet ensemble de polarités sans les diviser, ni les opposer : *« C'est-à-dire le côté rose d'un côté et le côté obscur, c'est très mélangé, quoi. Et peut-être que ça donne à réfléchir à notre position, quoi, comme quelque part, on peut aussi bien assister à quelque chose*

d'heureux, comme à quelque chose de de malheureux et c'est les mêmes personnes et on n'est pas trop clivés, quoi, c'est pas ou tout l'un ou tout l'autre, réserver à certaines sages-femmes, réserver ça à certains centres (silence), bon, je sais pas »^{SFPia}.

Face au nouveau-né, ces polarités sont tout aussi prononcées puisque s'en occuper relève de l'activité SF, qu'il soit vivant ou mort. Vivant, c'est autour de la réanimation, en collaboration parfois avec le pédiatre ou l'anesthésiste, les premiers examens, les premiers soins ou le soutien des premiers liens, y compris pour l'allaitement. Décédé, c'est pour en prendre soin, l'habiller, le présenter aux parents, rester auprès d'eux avec lui, rien moins que ce que les SF font habituellement pour un enfant vivant, dans ce travail relationnel qu'elles appellent « l'accompagnement ». Il est ici simplement « *un autre accompagnement* », par sa déclinaison particulière face à ce que les SF considèrent dispenser plus généralement, y compris dans le contexte de l'IMG. Les GO plébiscitent d'ailleurs ce travail tandis qu'une femme GO y participe même activement : « *Ah oui je pense que c'est fondamental, d'avoir ce, de respecter ...l'enfant décédé, ça c'est bien. C'est les sages-femmes qui le font et c'est bien* ». Les changements intervenus dans les pratiques professionnelles pour tenir compte du deuil périnatal s'adressent bien à l'activité SF, avec le constat presque unanime de l'absence du GO dans ces moments-là : « *les médecins, ils sont pour le diagnostic, après les médecins dans tous les niveaux où je suis allé les médecins ils font l'écho, les diagnostics et puis après on les revoit seulement dans les étages pour savoir comment ça s'était passé et s'il y avait un souci, un souci au moment de l'expulsion en gros [...] et puis les médecins on les revoit juste parce que le bébé était mort avant la naissance* »^{SFGaby}.

Quelle que soit sa place, seule ou en complémentarité avec l'activité du GO, la SF semble devoir prodiguer ce supplément relationnel, auquel elle ne peut déroger, même lorsqu'elle dispense les mêmes soins que lui, parce qu'elle « *peut se réfugier derrière ses actes beaucoup moins que lui* », si ce n'est pour rattraper quelque chose de l'activité de celui-ci, qu'il lui relègue : « *comme sages-femmes si on n'est que dans le technique eh bien on peut presque se le faire reprocher [...] parce que on n'a pas fait le petit truc en plus que eux [les GO] n'ont pas fait* »^{SFPia}. Ainsi, à côté de la place plus prestigieuse des GO, les SF apparaissent dans leur discours comme un élément plus modeste, tel un rouage institutionnel néanmoins indispensable : « *je pense que les sages-femmes, peu importe où elles exercent, c'est les petites fourmis qui font tourner les maternités quand même. Enfin moi je le ressens comme ça. On enlève les sages-femmes d'une maternité, on est autant médical que psychologue, assistante*

sociale »^{SFLéa}. Ce supplément relationnel, qui entremêle une activité « compassionnelle », tel que Pascale Molinier (2006) le décrit pour les infirmières, avec une activité médicale, ressemble pour certaines SF, à une sauvegarde face à l'institution hospitalière qui anonymise, voire efface les sujets : « *On est dans cette interface qui fait que on ne peut pas perdre notre humanité parce que finalement si on perd notre humanité c'est presque l'institution qui chute quoi (rire)* »^{SFPia}. C'est aussi une manière de requalifier l'activité, par une opération symbolique qui la revalorise tout en faisant la jonction entre les extrêmes, « *les petits et les grands moments* ».

1.4.3 Le plus beau métier du monde

« *J'adore mon métier. Mais quand les gens disent « c'est le plus beau métier du monde », c'est un peu se voiler la face sur certaines choses. C'est-à-dire que les gens ne se rendent pas compte qu'il y a cette face un peu plus négative du travail où on est confronté au deuil, que tout bascule d'une minute à l'autre, que c'est quand même stressant comme travail. Enfin, je pense qu'il faut quand même avoir les épaules solides, je ne m'en rends pas compte, mais...et je pense que quand on nous dit « vous faites le plus beau métier du monde », c'est parce que les gens ignorent complètement ça* »^{SFAude}. De façon assez générale, les SF expriment aimer leur métier. Toutefois elles estiment qu'il a une face cachée qu'elles ne soupçonnaient pas et qui n'apparaît pas non plus dans les représentations sociales, couramment entretenues. Elles considèrent qu'il est quasiment impossible d'aborder certains aspects du métier avec ceux qui n'en sont pas, quitte à n'en proposer que la plus belle facette : « *mais la dureté de ce milieu-là, c'était de ne pas pouvoir en parler à table quand je rentrais chez moi, parce que « comment tu dis des choses comme ça à des gens » tu les protèges quelque part, les protéger, ne pas avoir dit les choses, sur les accouchements, je parlais des accouchements, je parlais du côté joli de la sage-femme, mais pas du côté sombre* »^{SFPia}. Cette idéalisation sociale de leur métier leur semble spécifique alors que les GO sont d'emblée valorisés par la pathologie, puisqu'ils « *interviennent quand il y a des complications. Donc il faut des instruments ou la césarienne, ce n'est pas comme nous qui faisons juste le bon accouchement, voie basse* »^{SFAude}. Le métier de SF ferait valoir une figure idéalisée de la vie avec la naissance alors que celle-ci serait plutôt au service du prestige, du savoir et du pouvoir d'action pour le GO.

Pendant les revendications sociales professionnelles qui ont émaillé le recueil des entretiens, la plainte des SF, à chaque fois réitérée, s'adressait bien à une demande de reconnaissance sociale, statutaire et indemnitaire, concernant leur activité réelle, celle qui

reconnaît la réalisation de 80% des naissances normales. Mais derrière un travail non reconnu semble se cacher une autre partie de l'activité professionnelle que personne ne souhaite voir ou dévoiler dans les pensées, tant elle confine avec des aspects moins nobles, plus proches d'un « sale boulot », notamment quand ils sont liés à la mort : « *alors déjà que l'aspect entre guillemets « joyeux » de l'accouchement, du suivi de grossesse, déjà on a un peu de mal à se faire connaître au sein de la population générale, donc alors ce côté-là encore moins* »^{SFLise}. Une volonté sociale partagée éclipse avec force, sous une forme séduisante et idéalisée, toute ombre jetée sur le tableau. Mais pas seulement pour ce qui concerne la mort. Dévoiler l'activité réelle touche également au destin du corps derrière chaque naissance. L'image d'un corps tantôt douloureux ou meurtri, supportant la violence de la naissance ou suscitant le dégoût de cette condition intime, disparaît derrière le bel avènement de chaque nativité. S'y dissimule aussi « *le moche, le sale* » avec son lot de basses œuvres liées au métier : « *on est dans un milieu et ben oui, on voit du sang, toute la journée finalement, dans quel métier on voit du sang toute la journée, on voit ce qu'on voit, des cris [...] les cris oui les vomissements, les excréments* »^{SFPia}. Ce métier, pour lequel il fallait encore il y a peu d'années fournir un certificat médical d'aptitude physique et mentale, est jugé par les SF « *fatigant* », « *épuisant* », « *stressant* », avec une « *surcharge d'activité* » incessante, alors qu'il faut « *se rendre compte que c'est travailler la nuit, les week-ends* »^{SFNell}.

La pénibilité professionnelle conduit un ensemble de SF, toujours plus nombreuses, à limiter leur durée d'activité professionnelle en salle des naissances. Plus la maternité concentre le nombre de naissances, plus ce constat est présent associé à une insatisfaction au travail grandissante, comme pour cette SF en maternité type 3, qui dit faire de « *l'abattage* » : « *je ne le supporte plus, j'ai l'impression qu'on m'oblige à maltraiter mes patientes, j'estime ne pas les accompagner à leur juste valeur, enfin comme je devrais le faire ; en salle de garde, je me dis « aujourd'hui j'ai fait quatre accouchements normaux sur le papier », mais en courant en toute hâte. Je me dis « d'accord les gens ont l'air content » de la naissance de leur enfant, mais moi j'ai un sentiment d'insatisfaction [...] Je me retrouve dans le rôle purement médical, mais parce qu'on m'y oblige je trouve, enfin on m'y oblige, c'est la structure, les conditions de travail m'obligent à ça et moi quand je rentre chez moi après une garde, oui, j'ai vraiment un sentiment d'insatisfaction. Je n'ai pas fait sage-femme pour en arriver à...oui pour moi cela devient de la maltraitance indirecte...* »^{SFEmy}. Le poids de cette pénibilité professionnelle se cumule ainsi avec les différentes autres valences négatives du métier, dont son rapport avec la mort. Si bien qu'une SF résume son métier : « *ce que j'en dis maintenant c'est que quand les gens me disent*

« ah sage-femme quel beau métier », je dis « ah si vous saviez » (rire) »^{SFElsa}.

Chapitre 2 : La trajectoire professionnelle des GO

2.1 Devenir Gynécologue-obstétricien(ne)

2.1.1 Devenir médecin

Les GO retrouvent généralement des éléments d'intérêt anciens qui les auraient amenés peu à peu vers la profession médicale, même si les études ont pu être commencées sans grande conviction ou projet professionnel clair. Certains se souviennent du médecin de famille ou d'avoir joué au docteur et de vouloir le devenir, comme beaucoup d'enfants. Le médecin existe, dans l'imaginaire, comme celui qui soigne. Parfois, quelqu'un dans l'entourage permet une identification professionnelle très précoce, avec des idées bien plus précises sur la réalité du métier. Le médecin est aussi le support d'une figure identificatoire forte et précoce pour tous ceux qui aiment l'homme d'action ou de science, à la fois proche du savant, du héros, du sauveur ou de l'aventurier lancé dans un défi humanitaire, particulièrement conforme à la célèbre série télévisée « Urgence ». La perspective de pouvoir conjuguer l'intérêt généralement porté aux autres avec une activité « utile », scientifique et non solitaire est mise en relief. L'intérêt de pouvoir soulager l'autre souffrant s'entremêle, semble-t-il, à travers le choix de la spécialité obstétricale, avec celui de pouvoir partager aussi ces choses de la vie, où tout va bien, avec des patients qui ne sont principalement pas malades, dès lors qu'il s'agit de la naissance.

2.1.1 La médecine, mais pas la maladie

L'entrée dans la filière médicale demande beaucoup de travail, ce que soulignent presque tous les GO. Ils semblent absorbés dans un premier temps par l'effort à fournir sans se préoccuper encore d'une orientation particulière, même s'il existe déjà des préférences, concernant la patientèle ou l'activité. Une fois admis dans la filière, la découverte de l'activité médicale se fait avec plus ou moins de bonheur ou de difficultés au gré des stages. Aucun des GO ne se sent la fibre lointaine d'une vocation et n'a fait le choix de la spécialité, avant d'avoir fait l'expérience, parfois vite décisive, d'un ou de plusieurs stages en service de maternité. Ainsi la spécialité obstétricale bénéficie de peu d'intérêts précoces et reste assez floue en dehors de

l'idée de la naissance, lorsqu'un proche n'a pas lui-même pratiqué cette médecine. Même dans ces cas précis, elle est a priori oubliée, ne sert pas de modèle, mais retrouve de l'attrait une fois le parcours de la formation médicale bien avancé. Lorsque le choix se précise, des hésitations oscillent autour d'autres spécialités, dont les renoncements mettent davantage en relief les intérêts qui le motivent, surtout en ce qui concerne la pédiatrie et la chirurgie : « *parce que j'adore les bébés, mais la pédiatrie je ne pouvais pas faire un truc où je vois les bébés malades* »^{GOSarah}. Ainsi certains renoncent à la pédiatrie, malgré une attirance marquée afin de ne pas avoir affaire à des enfants souffrants : « *C'est une très belle spécialité, mais je supportais pas* »^{GOMaya}. L'obstétrique, par contre, permet un contact privilégié avec des enfants en bonne santé : « *mais pas pédiatrie. J'aime les petits qui vont bien* »^{GOFred}.

Après des hésitations le choix de la spécialité se fonde, *in fine*, généralement sur une rencontre qui agit parfois comme une « *révélation* » avec une médecine du bonheur plutôt que « *la vraie médecine* »^{GORose}, celle du malheur : « *alors je suis venu en obstétrique parce qu'à un moment en chirurgie j'en ai eu marre des gens qui allaient mal* »^{GOFred}. Le parcours de formation hospitalier agit comme un révélateur puisqu'il concentre dans toutes ses unités les maladies les plus graves, en dehors de l'unité constituée par la maternité : « *...mais finalement on était très démunis devant les gens et on était, de façon répétée, confrontés à la faiblesse à la maladie, etc. Eh bien non en fait quand j'ai découvert à côté de ça, juste après la maternité et la vie et l'énergie des choses, les décisions qui se prennent dans l'urgence et le rythme j'ai trouvé ça extraordinaire, ça j'ai adoré* »^{GOMarie}. En obstétrique, la maladie est plus rare avec des femmes jeunes et presque toujours en bonne santé : « *oui, de trouver du bonheur dans mon métier et pas que des patients malades, c'est-à-dire que même si quand on les soigne ils sont heureux après, mais au départ ils viennent dans une démarche où ils viennent pour une souffrance, une maladie, alors que quand on vient pour accoucher on n'est pas en souffrance, on est plutôt, dans une bonne partie des cas, heureuse* »^{GOMaya}.

2.1.3 L'attrait d'une médecine efficace et polyvalente

Aucun des GO n'exprime un choix contraint, ou par défaut, pour n'avoir pas été suffisamment bien classé aux ECN donnant accès à la spécialisation, même si l'orientation est aléatoire avec « *cette histoire de concours de l'internat* »^{GOAnna}. L'attractivité de la spécialité combine, pour bon nombre de GO, la chirurgie à des domaines d'expertises très variés : « *et puis le fait que la gynécologie obstétrique c'est une des spécialités les plus complexes du point de vue chirurgical, du point de vue médical, on peut faire un peu c'est très très varié comme spécialité [...] voilà,*

par exemple moi je fais de la fertilité, ma collègue qui est ici, elle fait de la cancérologie, le collègue qui est là-bas fait plutôt du prénatal, c'est quand même très très varié dans une même spécialité où quand même on fait à peu près tous la même chose, puisqu'on fait tous des accouchements, on fait tous les urgences, de la chirurgie »^{GODavid}. D'autre part la « *dureté d'une spécialité chirurgicale pure »*^{GOAlix} est grandement atténuée en obstétrique, par sa composante médicale.

La gynécologie obstétrique a plus d'une corde à son arc pour convaincre : « *je ne savais pas qu'on faisait un tel panel de choses en fait »*^{GOOlga}. Y compris d'abandonner une de ses facettes pour une autre, si d'aventure elle ne convenait pas, puisqu'elle propose d'exercer plusieurs spécialités en une seule, dont la chirurgie n'est pas la moindre. Quasiment tous les GO soulignent combien l'activité chirurgicale a compté dans le choix professionnel. Certains insistent d'ailleurs sur la sous-valorisation de cette spécialité, ainsi que son regain de noblesse grâce à son intégration dans la qualification chirurgicale, avec la réforme de 1984. Car « *s'occuper d'affaires de bonnes femmes »*, même pas malades, n'est pas toujours bien compris comme le note un GO devant la désapprobation de son chef de service de cardiologie face à son choix.

En plus de la noblesse que la chirurgie apporte à la profession, au regard de la hiérarchie des spécialités, cette qualification est une valorisation certaine du savoir-faire manuel individuel auquel chaque GO peut prétendre chaque fois qu'il intervient. S'y conjugue la satisfaction personnelle, augmentée de celle partagée avec les patientes : « *la chirurgie en cancéro c'est difficile parce qu'on sait que le diagnostic n'est pas bon, mais la chirurgie bénigne pour moi, j'aime ça.* »^{GOMaya}. Cette chirurgie « bénigne » n'a pas son équivalent en dehors de la spécialité obstétricale avec « *cette notion d'urgence, et d'utilité directe »*^{GOLoïc}. Elle inscrit le jaillissement de la vie avec la naissance, dans l'acte opératoire lui-même qui lui donne un goût particulier, à travers une vraie situation clinique. Car cette démarche, fondée sur l'examen tel que l'analyse Michel Foucault (1963), a beaucoup disparu avec les progrès médicaux, derrière la multiplicité d'examens complémentaires qui prennent le pas pour établir le diagnostic et définir le traitement. Jusqu'à permettre de réelles « autopsies virtuelles » (Voyer, 1996), là où tout reposait auparavant sur l'observation, la perception et l'auscultation corporelle du patient. Le GO, dans ces situations, est engagé dans un vrai corps à corps où cette dimension clinique retrouve une place indéniable. Faire par soi-même, y compris avec son propre engagement corporel, contribue ainsi à valoriser fortement une forme de reconnaissance

de soi dans l'activité professionnelle. Plus qu'ailleurs, l'issue des interventions du GO est le plus souvent couronnée de succès par le rétablissement de la vie, dans ses meilleurs aspects. L'urgence y contribue manifestement. Bien qu'elle mette en scène l'enjeu vital, l'intervention dans ce contexte, en obstétrique, est favorable statistiquement à son succès alors qu'à l'hôpital, où se concentrent les affections les plus graves, ces enjeux suivent une trajectoire qui s'étire dans le temps avec des résultats beaucoup plus aléatoires. L'urgence met en valeur l'efficacité de l'action du GO, à côté de l'impuissance du médecin, dans d'autres spécialités qui le laisse plus « désarmé »^{GOMarie}. Le GO, dans sa spécialité, peut se vivre avec un pouvoir d'intervention sur les pathologies plus gratifiant qu'ailleurs : « *C'est un métier que j'aime, parce que même à une petite échelle je pense que j'arrive à changer des choses* »^{GOSarah}.

2.1.4 La vitalité dans sa quintessence avec les naissances

« *Révélation ! J'ai trouvé ça extraordinaire être là à faire des accouchements* » dit cette GO, car « *là je ne m'occupais pas de malades, c'était la vie...et au fond c'est ça qui m'a accroché de cette spécialité* »^{GORose}. Quasiment tous les GO, femmes et hommes, font l'éloge de la naissance et de l'effet qu'elle produit sur eux avec cet « *émerveillement par rapport à la salle d'accouchement* »^{GOJules}. Chacun décline à sa façon, ce moment « *juste impressionnant* »^{GOSarah}, ce « *quelque chose d'intime avec les gens qu'il n'y a pas ailleurs* »^{GOMarie}, qui capture tous les autres intérêts pour les rassembler dans le choix de la spécialité et qui opère comme une fascination : « *le monde de la naissance je ne savais pas si c'était le versant médical ou tout ce qui se jouait dans ces moments de crise assez violente, mais c'était c'était fascinant* »^{GOJean}. L'un des hommes GO confie que cette fascination touche pour lui aussi au féminin, celle « *de vouloir s'approprier le mystère féminin, la grossesse, la conception* »^{GOLoïc}. La rencontre avec les naissances semble agir comme un fixateur du choix pour « *une spécialité gratifiante* »^{GOJade}, à nulle autre pareille en médecine, puisque c'est aussi « *un des seuls métiers où l'on annonce aussi des bonnes nouvelles* »^{GODavid}. Qui plus est, les rythmes émotionnels et les rythmes de travail liés à l'activité hospitalière ressemblent à l'activité ininterrompue de la vie elle-même, avec ses fluctuations incessantes : « *d'être dans une spécialité qui bouge pas d'être derrière son dossier et réfléchir pendant des heures au diagnostic et d'attendre et voilà* »^{GOAnna}.

Les naissances arrivent de jour comme de nuit, tantôt dans l'urgence, tantôt dans quelque chose de plus ordinaire, souvent avec des moments émotionnellement intenses, suivis de moments plus paisibles. Alternances d'élan vitaux, ils sont loin du climat déprimé de la

maladie ou de la mort, avec son lot de souffrances physiques et psychiques habituelles dans l'univers hospitalier : « donc c'est plein de satisfaction, une fois qu'on a passé l'urgence, le stress, de la phase aiguë où il faut prendre les décisions, ça se passe bien et on a une espèce de bouffée de bonheur parce qu'on partage du coup avec les gens, leur bonheur, on est satisfait, on est heureux. Je n'ai plus jamais trouvé ça dans les autres stages de cardiologie où je trouvais que les choses étaient beaucoup moins intenses »^{GOMarie}. De ce fait monotonie ou dépression n'ont pas cours dans cette spécialité, même si elle est éprouvante physiquement : « Je n'aurais fait que de la chirurgie, j'aurais beaucoup mieux dormi la nuit »^{GOLoïc}. Ainsi « l'activité pulsatile »^{GOJean} de l'obstétrique dans les alternances de la charge de travail, les intensités émotionnelles, les événements graves ou ordinaires, lui donne une dynamique tonique, celle de la vitalité des choses de la vie, où la routine n'est jamais monotonie : « oui pourquoi on a fait ça, on a cherché les coups, ça aurait été tellement plus simple de choisir une autre spécialité où le matin on voit les gens on fait une ordonnance, on voit quelqu'un d'autre, on fait une ordonnance et bien voilà, mais justement...rire... jamais de la vie ! »^{GOMarie}.

Cette vie émotionnelle positive procurée par le travail est soulignée par bon nombre de GO. Elle n'exige pas de stratégies de défense particulière comme devant la tristesse et les souffrances, même si elle est parfois bien encombrante lorsqu'il faut faire avec les inquiétudes des patientes : « c'est pas toujours facile (rire) on en a un peu marre... Parfois les patientes demandent beaucoup, enfin on est là pour ça, mais d'absorber leurs émotions, les patientes sont angoissées, les patientes pleurent, mais c'est vrai qu'il faut absorber leur douleur, leurs angoisses »^{GOLaure}. Les émotions positives, cependant, peuvent être partagées et sont valorisantes pour le professionnel. Il y a du plaisir effectif au travail qui peut se traduire aussi en valorisation de soi-même et de ses compétences. Cet aspect motivant touche plus largement à ce que le métier offre en termes de « contacts humains », « d'échanges relationnels », avec « un métier utile aux autres » : « c'est vrai que moi et dans ma profession, je ne veux pas être technicienne, voilà. Je ne veux pas qu'on m'appelle pour faire un geste, un diagnostic, la prescription et repartir...ce que je veux c'est du lien, de la relation. C'est ce qu'il y a de mieux dans notre métier c'est ce qui est stimulant sinon ça sert pas à grand-chose »^{GOIga}.

C'est ainsi que bon nombre de GO semblent très investis dans la dimension relationnelle du soin, notamment par son versant émotionnel. Cet aspect professionnel s'oppose, comme du dedans au-dehors, à une médecine d'expertise, plus technique, plus désaffectée ou nécessitant une mise à distance plus importante des émotions. Cette proximité avec les patientes donne à

l'activité du GO un cachet singulier dans leur discours. Bon nombre estiment qu'elle se rapproche plutôt de celle du médecin traitant, par une pratique plus généraliste, proche de l'histoire de vie des personnes soignées : *« ce qui est bien en obstétrique, c'est qu'on suit les patientes dans leur globalité pendant la grossesse, on est un peu comme leur médecin traitant [...] Il n'y a pas beaucoup de spécialités où on a la patiente dans sa globalité, ce qui est bien c'est que pendant la moitié de la spécialité c'est l'obstétrique, mais c'est quand même des événements heureux et pas que des patientes »*^{GOMaya}. C'est aussi le cas pour le suivi longitudinal dans la continuité des choses de la vie, qui ne tiennent pas seulement à la maladie et la souffrance et dont la naissance est le représentant essentiel : *« j'ai trouvé que c'était vraiment une chouette spécialité, parce que c'est une spécialité qui est...t'as de tout, du suivi, tu suis des femmes sur des générations parfois, j'ai accouché des copines, j'ai avorté leurs filles, j'ai suivi la grossesse de leurs filles, enfin, un côté médecin de famille »*^{GOJade}.

Au travers des entretiens, à la faveur des différents aspects ainsi développés, les GO semblent résolument avoir choisi un métier qui les met d'abord en contact avec les forces de la vie plutôt que dans la lutte contre la maladie et la mort, même lorsqu'ils ont des intérêts plus marqués pour les aspects plus « curatifs » du métier. Leur vécu et leurs motivations pour cette spécialité laissent même entrevoir une position particulière, par rapport à la problématique de la mort. Cette spécialité, par sa place faite à la vie, apparaît comme capable de mettre plus sûrement la mort à distance en prenant le dessus dans la plupart des situations. Les processus vitaux normaux dans l'activité, comme dans les représentations qui l'accompagnent, se taillent une belle part pour occuper le terrain de la pensée et laisser ainsi moins de place aux représentations concernant la mort, comme l'expriment très clairement quelques GO : *« j'ai une peur bleue de la mort (grimace et ferme ses mains sur elle) et l'obstétrique c'est quand même la seule spécialité où on est dans une dynamique de vie »*^{GOLili}.

Le niveau 3, avec la forte concentration en pathologies, est d'ailleurs identifié comme un lieu où la mise à distance de la mort, au profit de la vie, devient plus problématique dans l'activité : *« quand on choisit aussi de travailler dans une maternité de type 3, avec un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, on sait aussi que globalement on va travailler dans un endroit où la salle de naissance accueillera de manière quasi quotidienne des interruptions médicales de grossesse, des patientes qu'on fait expulser de fœtus morts, donc c'est du quotidien, en fait, même si ça paraît en fréquence, en nombre absolu beaucoup moins important, on a toujours cette présence (insiste sur ce mot) de la mort qui est là »*^{GOJean}.

2.2 La mort périnatale dans la formation professionnelle

La formation médicale des GO prévoit des passages par plusieurs spécialités avec les stages d'internat, dont la chirurgie, avant de rester dans la leur. Le modèle de l'apprentissage en alternance combine la formation scientifique avec l'activité médicale du parcours hospitalier. De ce fait, les maladies dans leurs formes d'états, évolutives ou chroniques, émaillent ce parcours. Le GO a déjà rencontré la mort bien avant d'être en mesure de choisir sa spécialité, y compris la mort périnatale, durant ses stages en gynécologie-obstétrique dans les maternités. Néanmoins l'appréhension de celle-ci devient plus manifeste une fois la spécialisation commencée, en particulier avec ce « *lot commun* »^{GOJade} des IVG et des fausses couches qui lui reviennent dès le départ, quand ce ne sont pas les morts fœtales plus tardives.

2.1.1 L'interruption volontaire de grossesse

Pour les GO, la pratique des IVG, dévolue à l'interne, fait déjà partie intégrante de l'expérience de la mort périnatale qu'ils comparent parfois à celle de l'IMG : « *tout ce qui est en rapport avec la mort, c'est-à-dire les IMG, les IVG, c'est difficile, mais surtout, bon, il n'y a pas un terme, les termes tardifs, les termes précoces, non, c'est toujours difficile* »^{GOMaya}. Pour certains GO, cette expérience laisse les douloureux souvenirs d'une pratique « *réservée* » à l'interne comme d'un « *sale boulot* » abandonné aux débutants, parfois sans formation ni accompagnement, dont ils seront dégagés plus tard lorsqu'ils avanceront dans la hiérarchie médicale en devenant chef de clinique ou praticien hospitalier : « *... ce qui m'a écrasé surtout, c'est le bon mot, au début de mon internat c'est les interruptions volontaires de grossesse et la plupart des collègues avec lesquels j'en parle c'est exactement pareil c'est-à-dire que oui on met fin à une vie. Alors l'embryon n'est pas une personne, mais en tout cas personne ne la définit comme ça, mais c'est évident, en tout cas c'est évident que l'interruption volontaire de grossesse c'est mettre fin à une vie, maintenant il ne faut pas mettre la vie en idole, c'est pas idolâtrer la vie oui c'est l'expérience la plus douloureuse la plus difficile du début de l'internat ça c'est sûr, c'est sûr* »^{GOJules}.

Quelques-uns évoquent une expérience qui reste impossible à banaliser : « *je sais que c'est pas quelque chose de simple à gérer que la question de l'IMG est une question qui m'est qui me pose énormément de problèmes et de questions et de même que l'IVG, hein, j'ai fait beaucoup d'IVG quand j'étais interne euh...oui on en faisait trois tous les matins avant de commencer le programme au bloc opératoire c'était une activité quasiment mécanique et et*

j'ai jamais fait ça de en me déconnectant de ce qu'impliquait ce geste pourtant commun et qui est complètement banalisé par certains, ce qui est peut-être aussi un mécanisme de défense, mais bon, et c'est pareil pour la mort fœtale ou les accidents périnataux, on est dans des situations où chaque situation a un impact qui est différent (insiste sur ce mot) qui n'est pas toujours le même, y a y a y a rien qui est jamais identique en fait »^{GOJean}. Dans le discours des GO cependant, la pratique des IVG tient du parcours de formation obligé, qui signe et confirme l'entrée dans l'appartenance au groupe professionnel de la spécialité.

2.2.2 Les fausses couches précoces et les morts fœtales *in utero*

La mort précoce *in utero* est également dévolue à l'interne en formation. Souvent il la prend en charge seul, même s'il en réfère à son chef de clinique, comme une activité encore une fois peu valorisée, à laquelle il se confronte sans cesse, tant ces situations sont fréquentes : *« c'est toujours quelque chose qui nous qui nous marque euh, mais on apprend très vite que cela fait partie en fait de l'obstétrique... Quand on commence on apprend, on voit beaucoup de fausses couches, donc on apprend aussi par les différentes réactions des femmes, il y a des femmes pour lesquelles c'est quelque chose d'assez bénin et puis il y en a qui ont l'impression d'avoir perdu un enfant hein c'est très, les réactions sont très différentes donc, enfin c'est dès le début de l'internat quand on se rend compte de la perte d'un fœtus même au tout début et puis après en effet on est assez vite confronté à ça parce ce que cela arrive assez régulièrement en fait, on voit que l'obstétrique, c'est aussi lié au deuil, à la douleur voilà »^{GOLaure}.*

Avec les termes plus tardifs, la répartition du travail et des tâches change. Le recours au chef de garde devient plus systématique, même si c'est l'interne ou la SF qui a fait le diagnostic. Il revient au chef la responsabilité d'annoncer la mort périnatale, tout particulièrement si le fœtus était viable : *« on ne se risque pas à se lancer, on a peur de se tromper, parce que c'est bête, mais on voit que le cœur ne bat pas, mais on a peur de dire que le bébé est mort et je me rappelle, enfin souvent, les patientes se rendent compte qu'il se passe quelque chose, alors on dit « il faut que mon chef vérifie parce qu'il y a quelque chose qui ne va pas », mais voilà. »^{GODavid}. Le chef n'assume pas la prise en charge ultérieure du travail ni celle de l'accouchement. Mais par son intervention et la portée de son annonce, la gravité de la mort fœtale et de la perte sont accentuées, en même temps qu'elles soulignent son rôle prépondérant dans l'équipe médicale de garde, puisqu'il en est la plus haute autorité.*

Néanmoins le futur GO, en tant qu'interne, n'a pas encore à supporter frontalement les premières réactions déclenchées par l'annonce. Bon nombre d'entre eux rapportent que ces moments sont des temps d'apprentissage où ils observent, évaluent et parfois reprennent plus tard la façon de s'y prendre de leur chef : « *ben c'est assez particulier, au début quand t'es interne, c'est sûr que t'as un chef qui est là, tu vois que c'est violent, mais t'es spectateur (insiste sur ce mot), t'es pas vraiment acteur, t'es pas en première ligne avec les patients, même si tu sens la souffrance, tu la partages un peu, mais c'est pas toi qui partage directement avec la patiente [...] et je regardais un peu ce qui se passait, j'étais assez spectatrice au début parce que je trouvais que j'étais sidérée quand même, hein en fait* »^{GOMaya}.

Les GO évoquent de façon récurrente le manque de formation dispensée pour faire face à de telles situations, dont la mort périnatale est un cas singulier : « *on apprend en suivant les autres qui font des annonces (insiste sur ce mot), qui suivent des gens, on répète, à sa façon, les mêmes gestes, les mêmes paroles, c'est comme ça, en tout cas pour les annonces de maladies graves, c'est comme ça qu'on fait, ça s'apprend pas en Fac* »^{GOOlga}. La formation théorique reste un bagage assez pauvre évoqué dans les entretiens, en dehors de la sempiternelle question d'internat. Chacun semble devoir se construire son apprentissage au gré de l'expérience des stages de la spécialité : « *je pense qu'il faut se débrouiller, on apprend à se débrouiller avec nous-mêmes, je pense qu'il y a des médecins qui sont plus en empathie que d'autres, des médecins qui sont plus dramatiques que d'autres, et d'autres se protègent plus, je pense que chacun a, mais ça reflète la personnalité des gens, différente des autres, je pense* »^{GODavid}. Seuls ceux qui se formeront au DAN, comme spécialité complémentaire, rapportent des apports psychologiques et relationnels, notamment sous la forme de mises en situation.

2.3 L'itinéraire hospitalier du GO

Les futurs GO suivent un parcours de formation qui conjugue les stages dans les grandes maternités hospitalo-universitaires, avec les différents niveaux de prise en charge des pathologies correspondantes. Ils feront essentiellement leur formation dans un environnement à forte concentration de pathologies, dont ils auront la charge, qui seront d'autant plus lourdes et plus fréquentes en maternité niveau 2 ou 3. Dans l'univers hospitalier, une fois formé, le GO chef de clinique ou praticien hospitalier (PH) est garant du traitement de toute la pathologie obstétricale et d'une population de femmes enceintes dédiées, dans la répartition de la patientèle avec les SF. Elle correspond à la division du travail entre les deux professions, qui ordonne et coordonne l'activité de chacun. La SF y contribue par le dépistage et l'orientation vers le GO

des situations pathologiques ou à risques plus importants. À travers cette orientation de la SF vers le GO, conjuguée à la réorientation des grossesses à bas risques vers l'activité SF par celui-ci, se dessine une forme de double assignation dans la division des tâches et des rôles, le GO versus la pathologie, la SF versus la grossesse normale : *« Il faut garder, je pense, un peu de grossesses normales, mais c'est vrai que souvent quand on est chef, qu'on voit une patiente la première fois et à la fin de la consult, c'est normal et on dit « mais enfin pourquoi vous êtes avec moi », mais moi j'aime bien les garder parce que justement c'est normal »*^{GODavid}.

Chez le GO, la façon d'envisager l'événement naturel que représentent la grossesse et l'accouchement semble déjà être influencé par le prisme permanent de la pathologie, qui lui revient, ainsi que par les expertises spécifiques de la spécialité, comme l'exprime cette GO chef de service : *« mais c'était juste pour dire combien la roue de l'obstétrique a tourné finalement assez vite et une génération de 20 ans après, ils ne connaissent rien (insiste sur ce mot) de ce qu'on a pu connaître et puis l'obstétrique change aussi, les jeunes sont moins (insiste sur ce mot) de le...on les a tellement formés (insiste sur ce mot) à la pathologie qu'ils ont quasiment aucun plaisir à la physiologie, ils ont pas tellement de plaisir au suivi, suivre une femme enceinte n'est pas une finalité ça les intéresse assez peu et ça ça me trouble [...] j'en ai parlé avec B.M. (chef de service d'une maternité de banlieue parisienne) il est aussi une génération au-dessus de moi, mais on parle encore la même langue et il y a eu tout un engouement chirurgical très fort en obstétrique et les jeunes internes valorisent plus le diagnostic anténatal et la chirurgie, la PMA, voilà l'obstétrique en tant que telle n'est pas très gratifiante [...] alors ça ils s'y forment parce qu'avec les gardes, la salle de naissance, la gestuelle difficile, le bon Jacquemier⁷⁵ tout ça ça les fait encore bicher, c'est bien. Mais des problématiques qui étaient émergentes il y a 20-30 ans, le lien mère-enfant, la place du père, l'allaitement, la bien-traitance, le respect des rythmes du nouveau-né, je parle chinois quand je parle de ça à mes jeunes collègues, donc c'est bon les marottes de la vieille, quoi. La pré-éclampsie⁷⁶ c'est passionnant, mais c'est quand même plus rare. »*^{GOJade}.

Toutefois dès les premiers stages de spécialité, plus encore une fois chef de clinique ou PH, le choix des équipes obstétricales est fondamental pour les GO puisqu'ils seront amenés à

⁷⁵ Manœuvre obstétricale pratiquée par la SF ou le GO lors de la dystocie sévère des épaules en l'absence d'engagement des épaules après expulsion de la tête.

⁷⁶ Signes annonciateurs de la convulsion généralisée de la femme enceinte dans un contexte d'hypertension.

en prendre la tête, comme chef de garde le plus souvent, parfois comme chef de service ultérieurement.

2.3.1 Le chef, l'équipe

Les GO tentent de choisir les équipes préférées pour se former, ou plus tard lorsqu'ils sont formés pour choisir « *les personnes avec qui on a envie de travailler* »^{GOJules} ; notamment auprès de quel chef de service, qui prend l'apparence d'un leader auquel on se rallie et par qui le GO lui-même est « *choisi* »^{GOAnna}, à l'image d'une figure d'adoubement. Ces choix répondent à deux critères récurrents. D'une part la réputation des équipes avec leur chef de service, rendant compte surtout d'une notoriété scientifique, où le prestige du métier se reflète dans le leur : « *Mais après ici c'était « ce soir je démissionne » (rire) parce que la façon de travailler ça ne m'allait pas au niveau médical et puis j'ai toujours travaillé dans des endroits prestigieux et ça me faisait un choc quand on me demandait « t'es où », je disais « à L. », on me disait « oh là là »* »^{GOLili}. D'autre part, les qualités humaines, dont le GO peut bénéficier pour lui-même dans son travail, sont tout autant mises en avant : « *je n'aurais pas pu travailler dans une équipe où les gens ne se respectent pas, ne sont pas corrects, où les gens se critiquent, non. Je n'aurais pas eu confiance et pas pu parler avec mes collègues, voilà pour moi faire de l'obstétrique sans être en équipe ça n'a pas de sens, donc je n'aurais pas pu faire ça dans une clinique, dans un endroit où on est plein, mais tout le monde se tire dans les pattes, etc. ça c'est pas, parce que pour moi c'est très important* »^{GOMarie}.

Le travail en équipe est valorisé par opposition à la solitude de l'activité libérale et soutenu tel un credo, « pas d'obstétrique sans équipe » : « *Je pense que la gynéco-obstétrique, le travail c'est complémentaire entre tout le monde plus qu'une autre spécialité, le chirurgien il doit faire dans son coin, l'orthopédiste aussi, le pédiatre, tout le monde est dans son coin sauf la gynéco-obstétrique* »^{GOSarah}. L'équipe s'entend au sens restreint comme celle de garde ou au sens large comme celle de « *l'équipe globale* » qui « *comprend tout le monde* »^{GOMaya}. Elle nécessite la coordination de tous pour être efficace lors d'interventions communes, notamment dans les situations d'urgence où le chef a « *besoin de prendre le potentiel de chacun, on sait qu'est-ce qu'on peut faire et à qui on peut demander quoi ...quand on connaît bien son équipe c'est un peu comme un chef d'orchestre, comment chacun peut jouer sa partition pour que ce soit très beau* »^{GOMaya}.

Le GO a besoin de l'équipe afin que soient concrétisés ses diagnostics et mis en œuvre les traitements qu'il a instruits, comme Eliott Freidson (1970) l'a décrit lui-même concernant le travail du médecin face au travail infirmier. Même s'il a un rôle de prescripteur, son activité réelle lui échappe partiellement dans la mesure où elle est sous la dépendance de celle d'autres professionnels. C'est pourquoi, pour s'assurer ou se rassurer au mieux de cette part imprévisible dont ils sont tributaires, les GO soulignent l'importance de la « bonne équipe », à laquelle ils pensent contribuer : « *c'est aussi le rôle du médecin dans ce cas-là de donner le rôle à chacun de souder l'équipe et d'emmener les gens avec sa décision aussi.* »^{GO Marie}. Mais l'équipe idéale, c'est-à-dire la « *bonne équipe* », est difficile à définir objectivement. Plutôt que par des caractères constitutifs bien définis, elle se repère pour les GO par les effets du travail collectif à travers « *la bonne ambiance* », dans le « *partage des valeurs* », « *les compétences* », la communication dans « *le respect du travail de chacun* » et surtout par « *la confiance* ». En somme, une gamme de qualités morales et relationnelles semble indispensable, au-delà des compétences médicales requises. Elles ont trait à la subjectivité individuelle et collective qui ne s'appuie plus seulement sur un principe d'expertise et de hiérarchie : le GO s'identifie à son équipe autant que celle-ci s'identifie à lui. L'équipe est à la fois son auxiliaire professionnelle, extension de son pouvoir d'action, en même temps que le garant de son propre rôle : « *c'est un rôle qui n'existe pas en soi s'il est isolé (insiste sur ce mot) s'il est seul* »^{GO Alix}.

2.3.2 Être chef d'équipe

À la « tête » du service se trouve le chef de l'équipe globale, selon la métaphore corporelle groupale symbolique de René Kaës. Même s'il « *est plus ou moins pas vraiment au courant de tout ce qui se passe* » il est, de cette façon, celui qui permet à chacun de se penser comme inclus dans un ensemble de professionnels qu'il réunit en tant que sommet d'une hiérarchie du pouvoir ou de l'autorité médicale. En découlent une vision et une division du travail et des tâches qui ordonne aussi celle des autres « chefs », de clinique, de garde ou PH. Le chef de service est le dernier recours ou le garant symbolique des décisions et de l'activité médicale des GO : « *j'ai cherché un endroit où je pouvais être chef de service parce que je n'aime pas tellement qu'on me dise ce qu'il faut que je fasse* »^{GO Loïc}. Pour distinguer ce chef particulier, l'usage lui réserve une dénomination distinctive et spécifique, retrouvée dans le discours des GO, lorsqu'ils parlent du « *patron* », alors que pour s'adresser à lui, le terme parfois utilisé de « *monsieur* » porte une marque de déférence et de respect, qui n'est pas sans rejaillir sur le GO lui-même. Parce qu'il est celui qui peut remettre en question leur propre

autorité, la nécessité de s'accorder avec lui pour éviter conflits et souffrances au travail est indispensable : *« après pour le bien-être de tout le monde on va respecter les décisions du chef de service, il faut un cap maintenu par quelqu'un. On ne peut pas tous faire le capitaine, après le bateau coule. Même deux capitaines, ça ne marche pas. Après je n'ai pas réussi à travailler longtemps dans une équipe où je ne m'entendais pas avec le chef de service si je n'avais pas la même vision globale de la prise en charge. Ce n'est pas la peine de faire des problèmes, il vaut mieux partir »*^{GOMaya}.

De ce fait, pour les GO en cas de difficultés, le chef de service est le premier dont ils attendent du soutien : *« c'est quelqu'un qui soutient toujours son personnel c'est une qualité qui est énorme et qui pour moi est essentielle chez un chef de service »*^{GODavid}. Il apparaît comme cette figure tutélaire de leur propre autorité, auprès de laquelle il est essentiel de trouver de la reconnaissance pour leurs compétences autant que pour leurs difficultés professionnelles, d'autant plus lorsqu'il les préserve, comme chef, de perdre la face devant le reste de l'équipe : *« quand on faisait des conneries il tapait sur les doigts, jamais en public, c'était toujours entre quat-yeux dans son bureau et quand il y avait un souci, un patient qui, non seulement il était disponible et se déplaçait à toute heure du jour ou de la nuit, mais en plus, ben il savait nous dire quand on n'avait rien à se reprocher et qu'on culpabilise »*^{GOJean}. De cette façon le bon chef de service propose une image contenant de tout ce que par ailleurs le GO doit supporter et ne pas laisser paraître auprès de l'équipe, dont il est le meneur lorsqu'il est de garde.

De son côté, dans son discours, le GO chef de service s'identifie réciproquement à son équipe : *« c'est mon équipe, c'est ma responsabilité, clairement »*^{GOJade}, comme à chacun de ses membres à travers *« une chaîne de responsabilité »*. Quel que soit le maillon, toutes les grandes difficultés de l'équipe se répercutent ainsi directement sur lui : *« je suis impactée à différents niveaux et en même temps je dois veiller à ce que le soignant ne soit pas complètement délaissé »*^{GOJade}. La protection de l'équipe semble être le rôle majeur qu'il s'attribue, mais c'est aussi celle que l'équipe attend en retour contre toutes formes d'attaques, externes ou internes. Que ce soit contre les dysfonctionnements des soignants eux-mêmes où le *« job consistait simplement à empêcher le soignant de péter un câble »*^{GOJade}, que ce soit pour *« protéger du médico-légal, ça c'est mon rôle de chef de service »*^{GOLoïc}, ou encore face à *« une administration qui demande des résultats en termes de qualité des soins »*^{GOJean} ; mais aussi face aux patients eux-mêmes : *« ici il y a des lettres tout le temps. Le chef de service ne nous dit pas tout, mais il reçoit des lettres pour des choses futiles, mais ça ça ébranle quand même »*^{GOMarie}, ou

encore face à « *l'incurie des médias* »^{GOJean}. Trouver des formes d'accordage pour l'équipe et ses membres semble relever de l'activité principale de ce chef particulier : « *c'est ce boulot de liaison qui est psychologiquement épuisant pour le chef de service* »^{GOJade}. Ces accordages déterminent la qualité de la vie d'équipe sur fond de travail collectif. Lorsqu'elle est de bonne qualité les GO partagent des représentations communes autour d'un état mental qui ressemble tantôt à un « *esprit de famille* », tantôt à un « *esprit de progrès* » ou de « *recherche* » qui soutient la coopération et la solidarité au travail. Cet « *esprit commun* », qui prend le pas dans le fonctionnement de l'équipe, semble être alors le résultat d'un bon appareillage de chacun avec tous, autour du GO chef de service : « *en obstétrique, oui. Travailler à l'hôpital, s'il n'y a pas une bonne équipe, ça ne va pas. Quand on ne s'entend pas bien avec les autres, on ne peut pas bien travailler, donc justement on ne peut pas partager les moments difficiles* »^{GOLaure}.

2.3.3 Un chef ne se laisse pas déborder

« *Le médecin ne doit pas montrer ses émotions ; je pense que cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas être ému parce qu'on peut être ému, parce que sinon cela voudrait dire qu'on ne peut pas être humain, mais je pense qu'il ne faut pas le montrer aux patientes. Après c'est mon patron qui dit ça, « pas de sentiments en médecine », mais pas de sentiments en médecine ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas avoir de sentiments, mais ne pas les montrer* »^{GODavid}. Pour le GO la question du destin des émotions traverse les entretiens puisqu'elles rendent le travail plus compliqué : « *J'ai déjà vu des internes pleurer dans les chambres des patientes parce qu'ils étaient trop émus, mais voilà quoi, ça peut arriver, mais je pense qu'il faut se retenir, surtout pas pleurer je pense avec la patiente* »^{GODavid}. Les manifestations émotionnelles du début sont remaniées pour être contenues, voire clivées sous une forme de neutralité : « *Comme si le médecin n'avait pas d'affect dans sa profession. Et je pense que là-dessus par contre au niveau de l'enseignement, des étudiants, on n'a pas fait beaucoup de progrès et je pense et l'on voit les jeunes externes se blinder de plus en plus par exemple ; il y a des jeunes externes qui sont tout frais émoulus et qui sont encore dans l'émotion, et puis au fil des années tu les retrouves internes ils sont complètement blindés et l'on est le médecin qui sait et qui ne se laisse pas atteindre, je pense qu'il y en a qui ne l'enlèvent jamais, malheureusement* »^{GORose}.

Certains GO estiment que durant le temps de formation, l'intérêt pour le savoir, la technique et l'acquisition des connaissances, à travers de nouveaux cas médicaux, facilite ce clivage ou fonctionne comme une protection qui met les affects plus à distance. S'ils sont potentiellement encombrants, c'est parce qu'ils sont susceptibles de gêner, voire de

compromettre le travail par leurs effets perturbateurs sur la pensée comme sur l'action, soit d'altérer la qualité du travail du GO et de dégrader son prestige : « *si on se laisse déborder, on ne peut pas quand on est le chef à bord, quand on est le chef (insiste sur ce mot) à bord, il faut prendre des décisions, il ne faut pas se laisser porter, on est forcément ému, ému, mais il faut ...pas se laisser déborder* »^{GODavid}. « Être débordé » par les affects signifie être désorganisé et, pour le GO, mettre le bon fonctionnement de l'équipe à l'épreuve, ou encore mettre à mal la patiente : « *on a le droit de craquer, mais pas devant l'équipe...* »^{GOAnna}. Ces affects redoutés n'ont rien à voir avec la joie ou le bonheur partagés avec les naissances. Il s'agit surtout des affects de stress ou d'angoisses liés au travail, mais aussi du sentiment très perturbateur de la peur, très redoutée dans les situations d'urgence, par sa contagiosité, avec les dommages qu'elle peut provoquer : « *il y a des endroits où les gens ont peur et où ils communiquent leur peur aux patients, ça m'a beaucoup dérangé, ils prennent la décision pour elle, voilà* »^{GOMarie}.

Néanmoins, dans le discours des GO, cette peur-là reste très discrète et peu évoquée pour eux-mêmes. Concernant leur propre travail, c'est plutôt la peur de « *ne pas être bon* », « *la peur de se tromper* », « *la grande phobie du médico-judiciaire* »^{GOJean}, qui est exprimée. De ce fait, elle peut apparaître comme un affect contenu, qui s'exprime autrement, plus proche du sentiment d'échec, voire de celui de perdre la face. Masquée sous le stress des urgences ou « *l'adrénaline* », elle serait plutôt un challenge excitant, le plus souvent réussi et gratifiant, où le GO doit fournir un gros effort pour contrôler sa vie émotionnelle intérieure, à travers différentes stratégies. De quoi transformer un travail très pénible, une part de « *sale boulot* » indéniable, en une reconfiguration plus valorisante, de celui qui n'a pas peur et qui se montre courageux dans l'adversité : « *je pense qu'il y en a plein qui ne pourraient pas faire médecine parce que justement ils ne pourraient pas faire face* »^{GOLaure}.

La solution la plus économique pour ne pas être déstabilisé à son travail serait de ne pas être touché par ses propres émotions et de se couper de celle des autres. Ne plus ressentir rend leur régulation inutile, mais elle a un prix. Se laisser déborder et déstabiliser émotionnellement dans son travail ne valorise pas l'image du soignant, pas plus que d'apparaître désaffecté et indifférent dans le soin lorsque celui-ci implique toujours, également, une dimension relationnelle, même pour un métier où il « *faut du sang-froid, il faut être calme en toutes circonstances* »^{GODavid}. Aucun des GO rencontrés n'envisage cependant cette stratégie, sauf temporairement, dans les situations d'urgence : « *En obstétrique, quand c'est grave, il faut absolument le faire. Il faut avoir cette capacité de cloisonnement où on est juste dans la gestion*

médicale du problème. Un bon chirurgien, c'est quelqu'un qui est entièrement à son travail, dans la gestion technique qui le fait bien le mieux possible et quand c'est fini bascule immédiatement de façon pleine et entière du côté humain »^{GOLoïc}.

Face au vécu interne, ainsi qu'aux sollicitations externes, la contention des affects conduit à des stratégies de régulation pour garder une stabilité émotionnelle indispensable au travail. Elle est restituée dans le discours des GO par le fait de savoir « encaisser », « absorber », « prendre sur soi » « se blinder » ou son équivalent, la fabrication d'une « carapace » protectrice, aménagée et consolidée par « l'expérience » professionnelle. Ces stratégies semblent également nécessaires pour protéger la vie privée, afin de ne pas laisser les émotions liées au travail envahir et retentir sur la vie personnelle privée : « bien séparer ma vie personnelle et professionnelle, de ne pas rentrer peinée du travail, des choses comme ça pour ne pas empiéter sur ma vie personnelle, c'est quelque chose comme ça que je fais tout le temps »^{GOOlga}. Des stratégies personnelles sont évoquées, tels les trajets professionnels, qui font effet de « sas de décompression »^{GOOlga}, investis de différentes manières, pour tenter de protéger la vie privée du travail : « quand je sors de garde, quand je suis dans le métro, dans le train, je revois toutes (insiste sur ce mot) mes patientes, je revois toutes les conduites de la veille. C'est-à-dire que quand j'arrive chez moi j'ai déjà clôturé le sujet de la garde et je suis contente ou pas de ce que j'ai fait »^{GOSarah}.

2.3.4 La SF vue par le GO

Pour le GO, les SF occupent une place particulière dans l'équipe. Souvent elles ont participé à sa formation dans les premiers temps d'apprentissage de l'obstétrique : « maternité très sympa, des sages-femmes qui m'ont appris à faire mes premiers accouchements »^{GOJean}. Parfois même de façon décisive, comme pour cette femme GO qui assiste, interne, à un accouchement où la SF prend le relais du GO, lui-même en difficulté : « Et la sage-femme très gentiment « pss Pierre-Yves ou Jean-Luc » je sais plus « laisse-moi » et puis elle met la main elle fait une grande extraction, elle te sort un gamin, élégance inouïe, et je me suis dit « putain c'est trop bien c'est ça ce que je veux faire ». C'est rigolo »^{GOJade}.

Vie privée et vie professionnelle s'entrecroisent parfois autour des maternités pour les femmes GO avec les SF : « il y en a qui m'ont accouchée il y en a j'ai fait leurs échographies »^{GOMarie}. Comparée à son propre travail, le GO situe la SF autour de tout ce qui se passe bien : « par rapport aux sages-femmes, on est plutôt là quand ça va pas »^{GODavid}, soit

plutôt pour « *les mauvaises nouvelles* » que les bonnes, au point de se lasser parfois d'être « *la Cassandre de service* »^{GOLili}. Mais ces frontières bien identifiées théoriquement, bien spécifiées dans la division du travail médical peuvent se révéler très difficiles à reconnaître ou à poser dans le travail réel en milieu hospitalier, en particulier pour des situations qui fluctuent entre le normal et le pathologique. Le passage du normal au pathologique, particulièrement, relève de cette difficulté, pour marquer parfois d'une tonalité plus conflictuelle les prises de relais entre SF et GO : « *parfois la sage-femme a mal analysé le rythme, a appelé trop tard, a fait pousser trop longtemps* »^{GOJade}. Les conflits de frontières donnent lieu à des « *griefs* » lisibles autour de la qualification des appels entre autres. La SF appelle « *trop tard* », « *ne donne pas l'alerte* » ou « *n'a pas appelé* ». Lorsque la SF n'est « *pas réglo*, ce qu'elle « *a fait* » ou « *pas fait* » peut être apprécié négativement, alors que ce qu'elle considèrerait comme encore de son ressort n'est pas vu de la même façon par le GO : « *des trucs que je trouvais pas de bonne pratique médicale et beaucoup de choses que j'avais du mal à supporter* »^{GOLili}.

Néanmoins lorsque GO et SF s'entendent sur la gestion des frontières et les changements de rôle, le travail d'équipe est plutôt vécu dans une complémentarité rassurante où le GO peut s'identifier à l'activité de la SF, en continuité de la sienne : « *je dis toujours « la sage-femme elle est là, c'est à peu près tes yeux aussi* ». *Il vaut mieux m'appeler par excès que de ne pas m'appeler, parce qu'on a peur de m'appeler et de me déranger* »^{GOSarah}. Pour son entrée en scène, le GO dépend bien des initiatives de la SF : « *c'est qu'ici comme médecin de garde en gynéco je suis tout seul, alors s'il y a quelque chose qui m'échappe, peut-être que les sages-femmes vont s'en apercevoir, mais il faut qu'elles osent me le dire.* »^{GOSam}. Parfois jusqu'à assimiler une part de son activité avec la sienne dans un partenariat où les frontières fluctuent sans conflictualité : « *il y en a je sais très bien je leur fais une confiance aveugle et je sais très bien que si elles me disent non, mais là ça va aller mmm y a plein de choses qui se passent très vite parce qu'on se connaît bien* »^{GOMarie}. Si bien que le GO attend parfois de la SF, sur son propre terrain, une sorte d'aide à la décision pour tenir son propre rôle : « *moi j'aime bien les sages-femmes qui poussent quoi « voilà maintenant ça suffit, machin », moi j'aime bien qu'on me dise les choses franchement* »^{GOFred}. Le partenariat peut s'inscrire alors dans la solidarité d'équipe au profit de la bonne entente.

2.4 Des points marquants du parcours professionnel

2.4.1 La révolution obstétricale

Les GO les plus anciens ont suivi eux-mêmes les profondes transformations intervenues dans le monde de la naissance. Ils décrivent le passage progressif vers un univers de certitudes et de maîtrise toujours plus grand, avec des moyens inégalés : *« les césariennes étaient devenues quelque chose qui n'était plus dangereux et tout, on était dans une espèce d'optique où on allait tout vaincre et y allait plus y avoir de mortalité néonatale, si on faisait bien notre boulot il n'y aurait plus de mort néonatale »*^{GORose}. Un GO évoque *« l'émerveillement face à l'échographie [...] quelque chose qu'aujourd'hui on a oublié »*^{GOJules}. Les bruits du cœur de l'embryon ou du fœtus avec le doppler ou l'échographie sont ainsi devenus *« un peu le cœur du métier »* comme le dit un des GO. Avec l'IVG et l'IMG, ces moyens contribuent à modifier profondément la confrontation à la mort périnatale, pour les soignants. Les grandes malformations vont disparaître des naissances ordinaires pour des grossesses interrompues bien plus tôt tandis que les progrès de la réanimation néonatale augmentent les chances de survie. Tant que l'enfant attendu gardait une part d'imprévisibilité et de secret quant à ses caractéristiques vitales, la naissance l'était tout autant.

Les GO évoquent l'omniprésence de l'image échographique qui modifie l'imaginaire social de l'enfant désiré et attendu, comme s'il pouvait être sous contrôle, tout en alimentant des attentes autour d'un enfant de plus en plus conforme à celui rêvé : *« je pense que c'est l'évolution de la société de plus en plus vers l'enfant extrêmement précieux puisqu'on en a deux, trois au maximum et que chaque fois qu'on le fait il faut qu'il soit parfait vers euh une espèce d'exigence aussi bien des gens que des médecins et du corps médical, d'être tout le temps parfait de tout vaincre et dans d'être dans une espèce de toute puissance, d'être capable de tout vaincre »*^{GORose}. Plusieurs GO soulignent combien une mort périnatale dans le contexte actuel est vécue par les femmes comme *un « échec complètement écrasant »*^{GOJules}, qui ne l'est pas moins pour les professionnels : *« Mais on le vit pas de la même façon que les anciens qui me disent « nous on travaillait avant en obstétrique avec des bébés qui mouraient et les gens étaient fatalistes (elle insiste sur ce mot) par rapport à ça, c'était normal. Et maintenant les patientes ne l'acceptent pas comme quelque chose pouvant exister, mais nous non plus. »*^{GOMarie}.

La question de la mort durant le temps de la naissance se pose dorénavant différemment. La mort ressemblait à la figure du destin, cette « fatalité » évoquée par certains GO, de ce qu'on ne peut éviter, tel un hors champ que l'activité professionnelle ne peut ni contrôler ni maîtriser. Actuellement elle se résume et se mesure aux moyens des avancées techniques et scientifiques

médicales, où une dimension existentielle est ainsi réduite à un objet concret qu'il s'agit de contrôler. Le professionnel sait, bien sûr, que la mort existe, qu'elle peut arriver, mais dans l'activité tout se passe comme si cette possibilité était évacuée en permanence, face à tout ce qu'il est possible de faire, assimilant la mort au rang d'une pathologie supplémentaire qu'il faudrait juguler. L'accent est mis sur les moyens et les actions possibles derrière lesquels se dissout la dimension existentielle de la mort, au profit d'une lutte concrète qui tente de la dénier dans l'activité des soignants : *« je pense que l'on n'a pas du tout, quand on dit obstétricien, les mêmes angoisses par rapport à la mort qu'un oncologue par exemple, quand tu vas faire ça, oncologue, tu sais que tu vas être confronté en permanence à la mort d'adultes ou d'enfants, alors qu'en faisant obstétricien je pense que c'est une espèce d'illusion qu'on ne verra jamais la mort, on ne la verra pas non plus pour soi non plus puisqu'on est toujours en train de la vaincre et c'est tout le temps la vie qui doit...et je pense que c'est aussi pour ça que dès qu'il y a le moindre problème, ça devient une telle tragédie »*^{GORose}.

Les GO ont conscience que, dans leur spécialité, convergent la force des attentes sociales et parentales avec une injonction du *« 100% de réussite »*^{GOJules}, dont ils ont eux-mêmes du mal à se dépêtrer. Elle réalise une authentique collusion, du verbe latin *colludo* qui signifie « être de connivence » où s'établit une forme d'entente entre les différentes parties autour d'une même problématique. Cette configuration répond chez René Kaës à la constitution d'un pacte secret inconscient, un pacte dénégatif, dont l'enjeu est ici le déni de la mort. Preuve en est le recours médico-légal, évoqué par presque tous les GO, devenu plus fréquent dans la spécialité comme pour demander des comptes aux professionnels, dès lors que ce pacte n'est pas respecté : *« enfin statistiquement on sait que les spécialités où il y a le plus de plaintes hein c'est anesthésie, obstétrique, sage-femme, oui sage-femme aussi. Pourquoi parce que les gens voient dans la grossesse un moment qui se passe bien, les femmes, une femme jeune qui va bien, la grossesse, ça se passe bien en France en 2014, il n'y a pas de raison qu'il y ait des complications. »*^{GOLaure}.

Les GO sont conscients du risque médico-légal majoré, lors du choix de leur spécialité : *« je ne pense pas qu'il y en ait beaucoup de spécialités où c'est aussi fort que ça et je pense que dans les années à venir ça va être de pire en pire à mon avis »*^{GODavid}. Néanmoins ils considèrent que *« ça fait partie un peu du métier. »*^{GOLaure}, dû au changement d'époque ou lié à *« quelque chose de culturel et de très variable par rapport à la mort »*^{GOMarie}. Ils reconnaissent aussi combien cette situation peut les encombrer jusqu'à retentir sur leurs conduites

professionnelles pour s'en protéger. Dans leur discours, à travers la hausse des cas de judiciarisation, les GO envisagent moins la remise en question de leurs compétences ou de leur identité professionnelle, qu'une sorte de rançon à payer pour leur regain de pouvoir, scientifique et technique, ou encore la contrepartie d'un changement d'époque avec ce « *temps des procès* ». Preuve en serait ces temps révolus, où leurs pouvoirs étaient moindres et les recours légaux exceptionnels, alors que les morts maternelles et périnatales étaient plus nombreuses. Une situation professionnelle bien éprouvante par la mise en accusation dans l'activité, même si elle est requalifiée malgré tout comme relativement « normale », en termes de lecture statistique ou de culture sociale actuelle. Alors même que la mort périnatale reste incontournable en comparaison de la mort maternelle : « *dans un cas, on est à 1 pour 1000, dans l'autre à 1 pour 60 000. C'est pas tout à fait... On peut faire une carrière sans rencontrer la mort maternelle. Ce qui n'arrive pas pour la mort périnatale* »^{GOJean}.

Néanmoins ce discours devient beaucoup plus nuancé, face aux éléments rapportés de façon plus individuelle, lorsque certains GO témoignent de l'impact singulier de la mort périnatale et de la judiciarisation, sur le parcours professionnel. On y retrouve la nécessité de se forger une « *carapace* », ou de se « *blinder* » ; la modification des comportements au travail voire dans la vie privée ; les hésitations pour envisager des changements dans le mode d'exercice, car « *les responsabilités, c'est trop lourd, je ne veux pas faire des gardes toute ma vie* »^{GO Lili}, ou encore, ultime recours, la cessation de l'activité obstétricale proprement dite : « *je connais des gens qui ont arrêté l'obstétrique, suite à des drames, oui, l'obstétrique, pas la gynéco, qui gardaient la gynéco médicale, mais pas l'obstétrique* »^{GO David}.

2.4.2 L'impact de la parentalité

S'identifier à l'autre est nécessaire pour entrer dans la dimension relationnelle. Mais trop s'identifier pour le soignant porte la menace d'un envahissement susceptible d'entraver ses conduites professionnelles, son travail, par un brouillage des places, des rôles et des repères. Il lui faut ne pas se confondre avec le soigné pour préserver son identité professionnelle, d'autant plus que la tendance naturelle irait plutôt dans ce sens, alors que « *souvent les patientes plus jeunes, on a tendance à s'identifier* »^{GO Anna}, et que « *en fait c'est vrai qu'on a l'âge des femmes qui sont enceintes et on a des grossesses* »^{GO Laure}. La distance face à la personne soignée, conférée presque naturellement au GO, peut devenir plus problématique en fonction des situations ou des objets de soins. Ainsi les femmes GO constatent que le fait d'être enceinte ou mère, d'avoir été ou d'être soi-même à la place de l'autre, demande des réajustements et

provoquent des changements, où la sphère du travail et la sphère du privé retentissent l'une sur l'autre, autour d'enjeux identificatoires inévitables. Dans l'activité au travail les situations de mort périnatale peuvent se révéler d'autant plus anxiogènes pour les craintes personnelles durant une grossesse : « *Surtout quand tu vois des femmes jeunes qui, aucune explication, et tu te dis « peut-être que c'est moi demain », donc ça stresse (insiste sur ce mot). Je pense que c'était une source de stress énorme (insiste sur ce mot)*^{GOSarah}. S'en protéger peut conduire de ce fait à des stratégies de clivage marquées : « *en fait, quand je suis médecin, je suis...dans toute ma journée...je ne suis pas enceinte dans mes journées je ne suis enceinte que le soir* »^{GOOlga}.

Être à la même place et faire la même expérience que son objet de soin est une occurrence parfois occasionnelle, voire improbable, pour la plupart des soignants face aux malades alors qu'en maternité c'est plutôt la règle lorsqu'ils deviennent père ou mère. Combien l'écart entre les deux positions se réduit, et combien une reprise de distance est nécessaire, est souligné par cette GO qui, à ses deux retours de congé de maternité, dit s'être péniblement « *reblindée* » : « *c'est réapprendre à être un petit peu euh euh (silence) être assez neutre et puis donner enfin des conseils médicaux même si c'est un peu dans le soutien parce qu'il faut d'abord privilégier une bonne prise en charge médicale, voilà* »^{GOLaure}. Cependant généralement les femmes GO semblent réinvestir positivement cette expérience dans leur propre travail comme un apprentissage expérientiel que « *les hommes obstétriciens ne comprendront jamais* »^{GOSarah}. Il vient contribuer à la qualité de leurs soins à travers la compréhension « *de ce que peut vivre une femme* »^{GOJade} dans cette posture inaccessible aux hommes GO : « *je ne sais pas comment les hommes font avec ça, mais c'est nettement plus concret* »^{GOJade}. C'est pourquoi elles semblent d'autant plus attentives aux dimensions du soutien, ce que les SF appellent « l'accompagnement » : « *ma façon d'obstétricienne c'était une chose avant l'accouchement et ça a totalement (insiste sur ce mot) changé après l'accouchement [...] Avant je me disais « mais pourquoi elle vient », maintenant je me lève et je fais l'écho et je me dis je la comprends parce que moi aussi à 17 semaines, alors que je ne sentais pas bouger j'ai eu peur que le bébé ne bouge plus* »^{GOSarah}.

Quelques hommes GO, eux-mêmes père, formulent également des remaniements significatifs intervenus avec l'expérience de la parentalité, où sphère privée et sphère professionnelle interagissent. Toutefois dans ces cas, c'est l'expérience professionnelle qui vient modifier le vécu privé avec le lien parental. L'expérience de la paternité semble rendre plus sensible la conscience de la vulnérabilité de l'existence, à travers le lien à son propre

enfant : « *les sages-femmes nous appellent et c'est à nous de prendre la décision, est-ce qu'on va faire une extraction ou est-ce que la situation permet d'attendre, c'est une grosse responsabilité, et quand on est jeune moi je le vivais assez bien, d'abord parce qu'on a pas réellement quand on est interne la responsabilité, mais elle est devenue effective et émotionnelle chez moi que lorsque j'ai eu des enfants. Avant je n'avais pas cette conscience-là* »^{GOLoïc}.

Pour deux GO, la parentalité les rend plus prudents au travail dans leurs conduites et leurs décisions. Mais l'inquiétude s'est plutôt déplacée sur la vie privée, par le fait d'avoir « *beaucoup plus peur de la mort maintenant* », ou par la peur de ce qui pourrait arriver aux proches : « *c'est paradoxal, mais je sais que j'ai plus peur parce que ...par rapport à mes enfants par exemple, avant je n'avais pas le vertige, maintenant s'ils sont au bord d'un parapet, j'ai le vertige alors que ça ne m'est jamais arrivé avant* »^{GOLoïc}. Sur la trajectoire professionnelle des GO, ces témoignages mettent bien en lien une modification de la conscience de la mort, consécutive à la parentalité, où vie privée et expérience faite au travail s'entrecroisent et s'influencent mutuellement, mêlant l'identité personnelle à l'identité professionnelle, aussi bien pour les femmes que pour les hommes GO.

Chapitre 3 : Le modèle de la trajectoire de l'IMG

Cette première trajectoire de mort périnatale prend la figure d'une mort attendue. Son accomplissement est anticipé et encadré par un dispositif juridique et médical prévu à cet effet. En fonction du terme, un geste létal s'avère parfois nécessaire et devra être réalisé par le GO. Il s'agit d'une mort qui doit survenir *in utero*, selon l'encadrement légal qui l'autorise. Toute intervention létale ultérieure à la naissance serait qualifiée d'infanticide. Sur ce modèle de trajectoire de mort périnatale, l'activité des soignants a comme objectif son accomplissement.

3.1 Une mort périnatale des temps modernes

Le contexte de l'IMG se rapporte plus largement au pouvoir des progrès technique et scientifique de la médecine avec les changements qu'ils auront suscités dans l'ordre social. Le rapport à la technique s'est inversé pour l'homme lui permettant d'intervenir toujours plus sur sa propre nature, avec l'essor de la technologie, jusqu'à créer chez lui, par là, une seconde nature (Jonas, 1979). Les possibilités d'expertise, apportées par l'imagerie médicale et les

explorations biologiques et fonctionnelles, permettent de détecter extrêmement tôt, et durant toute la grossesse, les pathologies ou les handicaps fœtaux sévères. Elles établissent les répercussions possibles sur la vie fœtale ou sur celle de l'enfant après sa naissance, dans leur confrontation aux moyens médicaux disponibles. Devant le constat de leur « particulière gravité », et de leur « incurabilité », signifiés par les experts médicaux, les parents peuvent solliciter le recours à l'interruption de la grossesse. Dans le même temps, les progrès médicaux permettent l'interruption de la grossesse, provoquée, quel que soit son âge, sans mettre la santé physique de la mère elle-même en danger. Légalisée sous sa forme actuelle en France avec l'IVG en 1975, l'IMG peut être considérée, de ce fait, comme un pur « produit » de la médecine actuelle où celle-ci contrôle entièrement le processus de sa survenue comme celui de son accomplissement. D'autant plus que les IMG pour motifs maternels, invoqués dans trois quarts des cas en 1975, se sont fortement tarées. Elles ne représentent actuellement plus que 2 à 5%. Dans les entretiens, les soignants GO, les plus anciens, relatent ces changements considérables au décours de leur trajectoire professionnelle. Luc Boltanski (2004), dans « La condition fœtale », souligne combien la pratique de l'avortement a été une pratique sociale ancienne et universelle. L'IMG par contre, en tant qu'avortement volontaire tel que nous le connaissons actuellement, est récente. Elle doit son existence à l'essor des progrès médicaux avec des moyens de diagnostic et d'intervention sans précédent. La plupart des IMG sont consécutives à des pathologies ou des handicaps fœtaux identifiés et la majorité d'entre elles est réalisée à des termes inférieurs au seuil de viabilité fœtal.

Malgré sa fréquence, estimée autour de 7000 cas par an en France, à côté de près de 210 à 220 000 IVG⁷⁷, l'IMG constitue un acte problématique pour les GO, alors que tout son processus repose sur la condition exclusive de leur activité. La lutte contre la mort dans une activité dédiée à la vie prend une tournure particulière, dès lors qu'au-delà des efforts pour la préserver ou la sauver, lui est assorti une possibilité supplémentaire, celle de pouvoir y mettre fin. Michel Foucault (1976) avait formulé par un néologisme, le « bio-pouvoir », ce rapport particulier entre le pouvoir et la vie, dès lors que celui-ci suit des modalités d'exercice où prédominent des stratégies centrées sur la vie, qu'il compare à un pouvoir souverain : « *Au vieux droit de faire mourir ou de laisser vivre s'est substitué un pouvoir de faire vivre ou rejeter dans la mort* ». (1976, p.181) Les soignants des CPDPN sont actifs quotidiennement suivant

⁷⁷ Les interruptions volontaires de grossesse en 2015, DRESS, n°0968, juin 2016, URL : <https://dress.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>, consulté le 18 septembre 2016.

un verbatim en étroite correspondance avec la formulation de Michel Foucault. Ils ont à faire très concrètement, dans l'activité individuelle et collective, à une relation de pouvoir avec la vie. Ils sont confrontés inévitablement avec ce type de pensées ou de représentations, qu'elles soient conscientes ou non consciemment partagées. Même si l'IMG, comme l'IVG, ne sont pas à l'initiative de la demande ou de la volonté des soignants, leur réalisation dépend néanmoins complètement de l'activité médicale. L'IVG est un droit, que toute femme peut réclamer aux soignants dans les délais autorisés par les dispositions légales. Dans l'IMG, la demande parentale est par contre entièrement dépendante de l'attestation de gravité, pour le fœtus ou pour la santé de la mère, établie par les soignants, sans laquelle son recours est légalement proscrit. L'expertise du GO est ici déterminante et incontournable. D'ailleurs, sans l'accord de l'équipe médicale, les parents devront solliciter une ou d'autres équipes pour tenter de les rallier à leur choix d'interrompre la grossesse: « *pour l'IMG, ce sont les parents qui prennent la décision, mais on est obligé quand même d'être d'accord avec eux* »^{GOsam}

La figure de la mort périnatale portée par l'IMG est celle d'une mort attendue, contrôlée, fruit des sciences médicales elles-mêmes, comme une émanation de leur pouvoir. Bien qu'elle mette en scène la mort, elle ne menace pas la lutte contre elle, dans laquelle justement le pouvoir médical s'est engagé. Au contraire, décider de la mort elle-même, de son temps d'arrivée, de son accomplissement peut se lire comme un pouvoir supplémentaire, une figure de la démesure, où l'intervention médicale tantôt s'assure du triomphe de la vie sur la mort dans les naissances, tantôt, si la mort doit néanmoins advenir, s'arroge le pouvoir de décider du pourquoi, du quand et du comment de sa survenue. Elle n'a pas le visage de l'impuissance qui accompagne le cortège de la mort généralement. Mais, humainement, pour chaque GO, ce pouvoir peut s'avérer écrasant, rapporté très concrètement aux activités médicales individuelles ou collectives autour de l'IMG, contribuant ainsi aux épreuves liées au travail avec cette mort périnatale singulière. De manière tout à fait paradoxale, elle confirme le GO dans son expertise et son identité professionnelle, à travers la qualité des diagnostics à fournir, tout en l'entraînant vers un acte impossible à concilier avec la lutte contre la mort. Les décisions reposent sur la maîtrise de compétences très spécialisées pour le GO, que ce soit dans les connaissances scientifiques, le maniement de l'imagerie échographique ou les gestes techniques spécifiques.

Tout repose sur l'art du diagnostic qui représente, avec le traitement, l'essence de l'exercice médical. Les « *beaux diagnostics* » apportent la satisfaction intellectuelle et la valorisation auprès des pairs, d'autant plus qu'ils seront délicats à faire comme le constate ce

GO d'un CPDPN : « *c'est quelque chose qui me frappe beaucoup dans ma spécialité, c'est qu'il y a beaucoup beaucoup de collègues qui à partir du moment et moi je suis dedans aussi à partir du moment où on a fait un beau diagnostic alors ça y est on est très fort on est très beau, on a la reconnaissance de nos collègues* »^{GOJules}. L'activité diagnostique valorise ainsi l'excellence médicale et renforce la reconnaissance professionnelle du GO, auprès des pairs comme auprès du public. Le diagnostic anténatal suscite particulièrement l'intérêt des praticiens en formation pour une spécialisation complémentaire. Mais la réalisation du geste fœticide demande, lui aussi, une certaine expertise, difficile à déléguer à l'interne en début de formation alors que pourtant lui sont dévolues les IVG. Ainsi cette situation met en relief les compétences du GO que la loi de 2001 confirme particulièrement, puisque son avis suffit dorénavant, là où auparavant un expert médical auprès des tribunaux était nécessaire pour autoriser la réalisation d'une IMG.

3.2 SF, GO : L'IMG, à l'épreuve de la division du travail et des tâches

3.2.1 L'IMG, au trouble de l'identité professionnelle SF

Les SF évoquent clairement L'IMG comme une activité étrangère à ce qui définit leur identité professionnelle, tout en l'incorporant à celle du GO : « *dans le cadre d'une IMG, je distingue un peu la mort fœtale de l'IMG, on est vraiment dans une intervention médicale d'interrompre la grossesse et pour moi, ce n'est pas le cœur de mon métier je n'ai pas fait sage-femme pour ça, c'est vraiment quelque chose qui va être de l'ordre du médical et du pathologique. Je n'ai pas choisi mon métier pour ça. Vous voyez ce que je veux dire [...] c'est une partie de notre métier qui est...qu'on peut éviter par la clause de conscience, mais que moi je n'envisage pas d'éviter, après c'est bien quand ça arrive peu d'en vivre peu* »^{SFNell}. Du côté des GO, de la même façon, l'activité est associée à l'identité professionnelle tout en la distinguant nettement de celle des SF : « *C'est-à-dire que le diagnostic doit être fait par un médecin puisqu'on sort de la normalité, on n'est plus dans une grossesse normale, donc ce n'est plus du ressort de la sage-femme* »^{GOJules}. Le versant médical de leur profession, que les SF ont parfois du mal à faire reconnaître et à défendre face au GO, est ici concédé, voire abandonné, sans velléités face à cette activité ingrate, en correspondance avec un « sale boulot » et contraire au projet professionnel. Comme si le bon objet professionnel pour les SF tenait du fœtus vivant, tandis que celui du GO, relevant de la pathologie médicale, pouvait

prendre ici un rang équivalent au fœtus devenu « tumoral » (Boltanski 2004, Soubieux 2008) dans le vécu des parents, lorsque celui-ci ne peut être investi d'aucun projet.

Pour l'une des GO, l'évolution des pratiques de l'IMG réalisées par ponction intracardiaque (PIC) plutôt que par ponction intraveineuse, avec son taux d'échecs à la naissance, serait même directement liée au refus et à la désapprobation des SF d'avoir à intervenir sur des fœtus non décédés. : « moi j'ai vécu à V. le diagnostic anténatal, toutes les IMG sans (insiste sur ce mot) ponction intracardiaques (PIC) et on faisait nous les injections à la naissance jusqu'à ce que les sages-femmes viennent en disant « y en a marre de tuer les gamins , on n'a pas fait sage-femme pour ça » et c'est là si tu veux que les premières PIC ont fait leur apparition, en plus on était hors la loi, on n'a pas le droit de les interrompre une fois qu'ils sont nés dont il faut les interrompre avant ; ce que je trouve un petit peu hypocrite. Et du coup ben on s'est mis à faire des PIC et à faire naître des enfants morts »^{GOJade}. Cette position des SF face à l'interruption de la grossesse traverse plus généralement la profession avec des ambivalences fortes. La possibilité de pratiquer l'IVG⁷⁸ médicamenteuse en témoigne. Légalisée pour les compétences des SF en septembre 2015, elle n'en reste pas moins un acte médical qui n'intéresse pas forcément les SF, même si sa pratique a été revendiquée pour l'ensemble de la profession, y compris dans l'affrontement de conflits corporatistes entre SF et GO.

Dans les maternités, centre de référence pour le DAN, soit effectuant des IMG, l'activité SF est toutefois largement impactée par leur accomplissement, au-delà de l'activité des GO : « (silence) c'est les sages-femmes qui portent le plus gros quand même parce que l'accompagnement du travail, nous on intervient au début et puis on met les dilapans [dilatateurs cervicaux], et puis on revient au moment de l'expulsion et c'est pour ça aussi que les sages-femmes elles avaient ce ras le bol »^{GOJade}. La division des tâches dans le cadre de l'IMG est clairement évoquée, chez les SF comme chez les GO, avec une organisation du travail bien différenciée, jusqu'à la naissance. Les GO relatent généralement l'activité diagnostique conjointement aux informations données aux parents, la préparation et la réalisation de l'acte létal sur le fœtus ou parfois l'examen de celui-ci, une fois né. Dans ces différents moments, à

⁷⁸ IVG possible jusqu'à 7 SA, soit 5 semaines de grossesse.

côté de l'expertise du GO, la SF, lorsqu'elle est présente, intervient en complémentarité, à côté d'autres professionnels. L'activité autonome des SF se situe plutôt du côté de la prise en charge du travail, de l'accouchement et de la naissance, avec « *des choses qui s'anticipent* »^{SFElena}, une « *situation qui est préparée* »^{SFNell}, bien avant qu'elle ne soit entre leurs mains. Ce qui donne à cette trajectoire un aspect particulier dans son déroulement temporel, puisqu'elle trouve moins son origine au moment de la mort que dans les temps qui la devanceront. Face à la mort annoncée, les soignants restent extrêmement actifs, loin de l'impuissance à laquelle elle renvoie généralement : « *on parle de la mort, on est obligé d'en parler, y a pas le non-dit, il faut des protocoles, il faut que tout le monde fasse pareil, il faut que si ça arrive en pleine nuit, on puisse savoir ce qu'il faut qu'on fasse et ça oblige à en parler.* »^{SFElena}.

Ainsi bon nombre d'interventions et d'actes interviennent dans l'activité médicale avant l'accomplissement de la mort, avec une phase préparatoire qui la justifie et la planifie, portée par le GO, même si la SF intervient pour l'assister. Dès l'accomplissement de la mort, la SF prend, pour ainsi dire, le relais pour porter la trajectoire dans son activité propre, en faisant, ponctuellement, appel au GO à la naissance. Le modèle de la trajectoire de L'IMG est une gestion permanente de l'activité médicale au service de la mort, où « *la mort rôde* »^{SFPia} bien avant qu'elle n'arrive. Ce drame en deux actes donne le rôle principal au GO sans équivoque, dans le premier, la phase anticipatrice et la réalisation de l'IMG. Dans le second, qui met en scène le travail et l'accouchement avec la naissance du fœtus mort, le rôle principal est tenu par la SF. Il est similaire au rôle qui lui revient dans le modèle de la trajectoire de la mort périnatale inattendue, et sera analysé plus en détail conjointement à celle-ci. La suite de l'analyse de la trajectoire de l'IMG sera, de ce fait, principalement consacrée à l'activité spécifique du GO.

3.2.2 L'IMG, la trajectoire d'un « sale boulot »

3.2.2.1 Un geste « contre nature »

Avec l'IMG, l'expertise du GO a son revers de médaille, auquel il ne peut pas échapper. Sa place dans le champ d'un secteur scientifique de pointe de la recherche, des connaissances et des techniques médicales, l'assigne par la même occasion à être celui qui a charge d'accomplir la mort périnatale. Au même titre que les autres experts, le GO participe collégalement à la définition des diagnostics de gravité, des discussions et des décisions. Néanmoins, tout en étant porteur des décisions de l'équipe et de la volonté parentale, il est celui qui devra réaliser, dans un acte médical individuel, le geste létal qui mettra fin à la vie du

fœtus. Pour le médecin qu'il est, ayant choisi d'œuvrer au service de la vie, retourner son action contre celle-ci peut se solder par un conflit plus ou moins complexe, parfois inextricable, sous le signe de la transgression ou de la négation de valeurs professionnelles ou personnelles. Même acceptée, cette activité reste problématique dans le discours des GO, par sa valeur transgressive, le dégoût, le déplaisir ou la violence éprouvée par un acte contraint, en forte résonance parfois avec le vécu des actes d'IVG : *« il est assez évident que tout ce qui n'est pas du soin est contre nature par rapport à la médecine en général que cela soit la médecine du médecin ou de la sage-femme en général. Et donc l'interruption de grossesse clairement en fait partie »*^{GOJules}. Ce geste si difficile porte un paradoxe poussé à l'extrême lorsqu'il s'agit dans l'exercice professionnel d'ôter la vie, là où le GO était censé la protéger ou la sauver, tout en convoquant l'imaginaire d'un « faire mourir » insupportable. Le geste létal, celui qui porte le réel de la mort, en donne le paroxysme, par un acte médical que le GO devra effectuer. Sur cette scène mortifère, il apparaît en totale contradiction avec son projet professionnel, confronté aux charges émotionnelles de représentations à valeurs transgressives majeures. Avec l'IMG, la part parfois prestigieuse de son activité diagnostique est étroitement associée à sa part la plus ingrate, qui dans ses différents aspects négatifs confine à un « sale boulot » pour lequel il ne souhaite pas de témoins : *« Et par contre je n'aimais pas la présence des étudiants, ce n'est pas un spectacle sauf s'il y a un rôle. Ce n'est pas intéressant à voir, c'est juste moche. »*^{GOLili}.

Les mots qui accompagnent l'activité IMG, avec leur terminologie, leur sémantique, leur résonance affective ou symbolique témoignent de stratégies de langage au service d'une qualification de l'activité susceptible d'en atténuer sa portée éprouvante, et la rendre par-là plus supportable. Ainsi en est-il de la sémantique médicale qui, avec le terme d'IMG, par sa signification « interruption médicale de grossesse », ou encore avec l'expression « arrêt de vie », évite d'énoncer la mort et reporte l'attention sur l'événement plutôt que sur le geste. Le recours à un acronyme, même s'il s'agit d'une pratique habituelle en médecine pour contracter la réalité, n'en est pas moins plus neutre et plus désaffecté sous la forme d'une abstraction comme le ferait un euphémisme, moins pénible à la pensée. Le mot « fœticide », quant à lui, le plus souvent utilisé dans les entretiens par les soignants, évoque bien l'action qui fait mourir le fœtus tout en contenant sa portée éprouvante et mortifère par la terminologie d'un vocabulaire médical spécialisé, qui dissipe une résonance trop forte avec des représentations et des fantasmes plus violents. La manière de se représenter le stade de développement du fœtus y contribue : *« déjà quand c'est une aspiration, quand c'est au premier trimestre, on ne voit jamais le corps en fait du coup, aspiration hop ça part dans le bocal même si c'est pénible hein*

j'aime pas, mais c'est pas, il n'y avait pas ce corps et puis quand c'est avec des petits après l'aspect de très prémas avec la grosse tête les membres tout grêles etc. ça fait plus représentation de fœtus, moi dans mon esprit que de bébé ; à partir de 32 semaines les proportions sont différentes et là ça fait vraiment bébé ; pour les IMG quand il y a des malformations, mais quand il y a des malformations je regarde après et je trouve ça tellement triste et pourtant je me dis là vraiment oui il a un spina bifida⁷⁹, il y a le bébé, je vois bien qu'il y a malformation, mais il y a un bébé, je trouve ça triste, je trouve ça triste, mais ...je dirais que oui quand morphologiquement les proportions sont celles d'un bébé je trouve ça dur, mais les patientes elles c'est différent et aussi comme elles ressentent dans leur corps le bébé qui bouge ou qui ne bouge pas, c'est ce qu'elles me disent beaucoup « mais je le sens bouger » enfin, ça voilà elles le sentent dans leur corps et c'est dur, mais nous c'est plus, voilà comme cela se présente le fœtus aux différents stades »^{GOMarie}.

Le poids d'une axiologie se déploie derrière les représentations qui cherchent à figurer la façon dont le fœtus est appréhendé, en fonction de l'âge de la grossesse. Elles sont fortes de charges affectives plus ou moins pénibles qui pèsent sur le geste légal en fonction des qualificatifs utilisés pour le penser. De la même façon le travail de cette recherche aura nécessité une attention portée aux formulations proposées pour penser l'activité des soignants, dans cette appréhension, afin de préserver la possibilité de questionner sans préjugés ni convictions *a priori*, et ne pas orienter l'analyse par des partis pris.

Les termes utilisés convoquent en effet avec eux un ensemble de valeurs en résonance, dont l'influence est déterminante, autant pour les parents que pour les soignants. Les parents parlent surtout de leur « enfant » ou leur « bébé », quel que soit le terme de la grossesse, lorsque celle-ci est investie d'un projet, même si l'imaginaire reste plus flou dans ses représentations à un âge précoce. Pour les soignants, par contre, elles sont loin d'être de la même teneur, surtout en dessous du seuil de la viabilité, même s'ils font l'effort de reconnaître le statut donné par les parents et l'écart qu'il représente par rapport au leur : « *je parle comme eux et je respecte leur investissement, si il y a une dame qui va parler d'une fausse couche, objectivement c'est une fausse couche du premier trimestre, mais elle en parle, elle dit « j'ai perdu mon bébé » et je*

⁷⁹Malformation congénitale de la colonne vertébrale et de la moelle épinière apparaissant dès le stade embryonnaire.

pense qu'on ne peut pas lui dire « non, non c'est une fausse couche », non pour elle, elle a vraiment perdu un bébé.[...], je parle comme elle et si elle dit « bébé » je dis « bébé » »^{GOMarie}.

Toutefois plus le terme de la grossesse avance avec le développement fœtal, plus cet écart d'élaboration entre les représentations se réduit, et « *la confusion de langue* » (Ferenczi, 1932) pour ainsi dire, entre parents et soignants disparaît. La sémantique utilisée, avec sa tonalité axiologique, permet cependant de comprendre combien l'imaginaire et la pensée sont déterminants pour l'appréhension du fœtus en développement, et son corollaire, la façon d'impacter les interventions qui le concernent, pour les soignants. Aristote et sa doctrine de l'hylémorphisme, offre là une occasion de pouvoir restituer de manière éclairante l'impact de ce travail de la pensée sur la réalité sensible. Cette doctrine envisage la coexistence de deux composantes fondamentales pour chaque chose, la matière et la forme, *Hulê* signifiant en grec matière, et *morphê* signifiant forme. La matière, le principe de base, puissance potentielle, se manifeste ainsi sous une forme donnée déterminée. Suivant cette approche, le vivant de la vie humaine, de l'embryon au fœtus, reçoit ses formes, comme son principe de détermination, aussi bien des différents stades de leur développement que des actes du travail de la pensée qui s'y conjuguent, dans la saisie d'une réalité consciente. La subjectivité donne à ce substrat des contours intelligibles et compréhensibles, à travers l'appréhension individuelle ou collectivement partagée. De ce fait, les représentations associées sont autant de formes qui structurent l'appréhension de l'embryon ou du fœtus et viennent les connoter par leur sensibilité, en fonction du registre du traitement symbolique convoqué.

3.2.2.2 Un geste éprouvant qu'il faut « réussir »

D'un point de vue médical, les statistiques 2014⁸⁰ de L'Agence de biomédecine précisent que près des deux tiers des attestations d'IMG, pour motif fœtal, sont réalisées avant 22 SA. Le consensus médical prévoit la nécessité d'une intervention active par un geste létal sur le fœtus au-dessus de 22 à 24 SA pour éviter une naissance vivante (Mandelbrot, Girard, 2008) : « *Le fœticide répond à une obligation légale (demande d'IMG pour une pathologie non létale et infanticide interdit), mais aussi éthique (éviter de faire subir au fœtus la douleur d'un*

⁸⁰ www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2014/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm: consulté le 11 janvier 2016

accouchement et au couple et à l'équipe médicale d'assister au décès plus ou moins rapide du nouveau-né en cas de pathologie létale » (Houffin-Debarge, Vasst, 2008, p.51).

Entre 14 SA et 20 SA, l'intervention par voie instrumentale pour effectuer le foeticide par évacuation et curetage utérin est un geste considéré éprouvant, « *difficile techniquement, mais aussi psychologiquement* » (p.49) pour le médecin. De ce fait, l'accouchement déclenché, qui conduit le plus souvent à la mort du fœtus est privilégié. C'est l'activité SF, avec la prise en charge du travail, qui prend alors le relais de celle du GO sur la trajectoire de l'IMG : « *Pour les termes précoces, 13 semaines, ça peut être fait on n'intervient pas tout est fait au bloc par aspiration, je sais qu'il y en a quelque-uns pour lesquels on n'est pas trop sollicités et après il y a des termes entre on va dire 14 et 20 semaines pour le coup on les prend en charge et il y a pas de de foeticide et après il y a des situations plus avancées et ça c'est celles qu'on a le moins et c'est les situations d'IMG qui sont les plus lourdes quand il y a ce foeticide à faire et quand l'enfant atteint un certain poids ou un certain terme, ça peut être plus difficile* »^{SFNeII}.

Toutefois, c'est de l'intervention du GO que va dépendre l'accomplissement de la mort fœtale, sa « réussite » en quelque sorte. Autrement dit le « sale boulot » demande à être bien fait. Si d'occurrence le fœtus est vivant à la naissance, une série d'épreuves supplémentaires se répercutent sur l'équipe, notamment sur les SF, entre transgression légale face à l'échec de l'IMG et décisions qui relèvent de la fin de vie, pour la hâter ou l'accompagner. Paradoxalement, pour accomplir l'IMG, les soignants se voient parfois dans l'obligation d'enfreindre les règles et le cadre prescrit, afin que soit fait ce qu'on attend d'eux. Mais aussi afin qu'une activité problématique ne retombe pas sur d'autres professionnels. Au comble du paradoxe, le GO se doit de « réussir » à accomplir la mort périnatale pour éviter d'être à l'origine de tels dilemmes, voire pour éviter des conflits corporatistes sur fond de « sale boulot » : « *pour les IMG parce que c'est quelque chose de nouveau ici on est en train de faire des PIC à N., parce qu'on nous a dit, le médecin-chef nous a dit que comme ça ça serait moins inhumain que de faire ce que nous on allait faire après, injecter dans le cordon du sufenta [dérivé morphinique anesthésique] Ils font des PIC parce que nous ce qu'on fait c'est dégueulasse. Ils font des PIC, ça se fait partout disent-ils, parce qu'ils ne savent pas faire au cordon et l'explication de tout c'est que quand il naît vivant, nous les sages-femmes on fait des trucs atroces, on leur met du sufenta des choses comme ça. Ça a été dit comme ça [...], mais quand ils naissent vivants pour le sufenta c'est comme ça qu'on a appris à faire parce que là aussi pas de pédiatres rien du tout, alors c'est peut-être propre à N., mais c'est comme ça.*

C'est vraiment une histoire de sages-femmes, les « petits morts », comme on dit. Nos « petits morts », c'est à nous uniquement. M. [sage-femme coordinatrice] quand elle les récupère avec les papiers dans le frigo, elle les appelle ses « petits morts »^{SFPia}.

L'explication apportée par cette sage-femme du passage d'une technique médicale foeticide à une autre cache toute une négociation, avec des tractations corporatistes, autour de la qualification du « sale boulot ». Certes le GO récupère le « sale boulot » laissé aux SF lorsque la naissance est vivante, mais sous une forme atténuée, presque valorisante, puisqu'il s'agit d'empêcher celles-ci de faire pire que lui. La SF considère néanmoins de son côté que cette opération de requalification n'est que prétexte à masquer une expertise hésitante doublée d'une relégation, où le « sale boulot » sert de prétexte pour ne pas questionner l'expertise du GO. Dans cette circulation entre professionnels, le « sale boulot » subit un traitement de nettoyage symbolique, tel un recyclage, grâce à la technicité et à l'expertise médicale.

3.2.2.3 Une assignation d'équipe

Sans vouloir forcer le trait par l'usage d'une formule triviale et populaire qui considère qu'on se « refile le bébé », c'est pourtant bien le cas lorsque dans l'équipe médicale, le « sale boulot » n'arrive pas à être fait par les uns, ou encore, est récusé par les autres, notamment avec la clause de conscience. Il reste pourtant à l'intérieur de l'équipe médicale comme une affaire qui lui incombe, où il faudra bien trouver quelqu'un susceptible de s'en acquitter. Le « sale boulot » peut se voir ainsi relégué vers le bas, vers les SF comme nous venons de le voir, à moins que celles-ci à leur tour s'y refusent ou ne puissent l'effectuer : *« c'était une IMG, à 34 semaines, il y avait eu une euthanasie foeticide in utero et en fait le bébé est né vivant, alors qu'on ne s'y attendait pas du tout et moi j'étais souvent dans ces cas-là, comme on essaye toujours d'être deux sages-femmes si possible et là j'étais là et heureusement ma collègue a eu le réflexe de mettre une compresse sur le bébé et on l'a vite emmené ah ! et là on était vraiment effondrées quand tu ne t'y attends pas du tout, quand tu t'attends à ce qu'il soit décédé à la naissance donc là pour le coup on avait rappelé l'obstétricien qui avait fait le geste et là c'est lui qui était intervenu, pourtant il avait attendu après qu'il n'y ait plus d'activité cardiaque, mais c'est décrit que parfois il y a des bébés surtout sur des termes avancés que le cœur reparte malgré tout donc... oui très très choquant »^{SFEmy}.*

Ce renvoi vers le haut de l'échelle hiérarchique de cette tâche éprouvante, impossible à faire, peut même dans certains cas atteindre le sommet de l'équipe médicale, le chef de service

lui-même : « j'ai refusé parce que c'était une interruption médicale pour raison maternelle parce que pour raison psychiatrique maternelle parce que le bébé avait une fente, une fente labio-palatine [bec de lièvre] pour moi c'était extrêmement violent parce que, pour moi, ce n'est pas une indication, surtout que la nana elle était, elle était immature, mais à N. ils étaient tous traumatisés parce qu'il y a une patiente qui s'est défenestrée pour un refus d'IMG et du coup ils ont l'IMG pour raison maternelle beaucoup plus fréquente. [...] mon collègue qui était présent ce jour-là n'avait pas voulu la faire non plus et c'est D. [chef de service] qui a dû le faire, moi je ne pouvais pas »^{GOLili}. Ainsi, en dernière instance, le chef de service devient celui qui se porte garant du « sale boulot » qui doit néanmoins être fait.

3.2.2.4 La souffrance éthique

Dans l'activité IMG, lorsque le GO est en désaccord avec l'indication, d'importants malaises surviennent face à la difficulté d'exécuter des tâches en contradictions avec ses propres valeurs, même si le choix de l'équipe est sans ambiguïté : « parce que il y a peut-être des cas très rares où j'avais des doutes sur l'indication, sur la justification, cela m'a gêné... mais cela a été validé par le staff donc je l'ai fait »^{GOMarie}. Ces malaises génèrent une souffrance qui n'est pas à proprement parler morale, mais plutôt éthique, car sous dépendance des jugements de la subjectivité personnelle, avec cette dimension qui implique la responsabilité du préjudice fait à autrui. C'est pourquoi Christophe Dejours (2006) la considère comme une « souffrance éthique », expression des lignes de tensions douloureuses entre ce qui est fait au travail et ce qui est contraire aux convictions et aux valeurs propres, avec une perte de sens indéniable. Elle touche aussi quelquefois les SF sur cette trajectoire avec le refus de prendre en charge le travail et l'accouchement des situations d'IMG pour motif de détresse maternelle : « parce que pour elles cela ne se justifiait pas, on tuait un enfant...qui allait bien »^{SFEmy}.

Le « sale boulot », sous la figure de la souffrance éthique, révèle avec le malaise, la divergence entre la position personnelle du GO et la position de l'équipe à laquelle il appartient, que l'appel à la clause de conscience ne résout pas. Elle fait état d'un conflit de loyauté au travail, au sens où ce concept a été développé avec l'approche systémique en psychologie clinique par Boszormenyi-Nagy (1973), pour donner une teinte particulière à la dynamique conflictuelle, lorsqu'il faut choisir entre deux positions toutes deux aussi impossibles à tenir l'une que l'autre. Une souffrance qui charrie son lot de honte, de frustration, de culpabilité, de colère ou d'anxiété, où le foeticide dans sa pénible réalité expose parfois à des épreuves supplémentaires : « l'IMG pour raison maternelle c'était une bonne indication, mais j'étais en

tel (insiste sur ce mot) décalage avec ce couple que moi ce que j'allais faire que j'allais arrêter de la vie et un petit bébé qui était juste parfait et eux tous les deux ils étaient là derrière le champ en train de se bisouiller comme un couple d'adolescents, ils s'embrassaient sur la bouche « smack smack smack » et son copain qui disait « chérie ne t'inquiète pas tout à l'heure quand tu seras dans ta chambre, je vais aller acheter du tarama, on se fera un petit pique-nique » et moi je n'en pouvais plus j'étais dans la violence de mon geste, qui était majorée par leur inconscience et du coup j'ai enlevé les champs et j'ai dit « voilà c'est fait, j'ai tué votre bébé » (rire) et c'est dégueulasse, hein, de dire ça, mais c'est sorti comme ça et je pense que j'avais besoin qu'ils réalisent ce qui était en train de se passer parce que c'était trop, ils étaient trop ailleurs, ils étaient pas là et c'était un petit bébé quoi [...] mais bon j'étais mauvaise (rire) si c'était à refaire je ne le referais pas, c'était dégueulasse je n'aurais pas dû dire ça, comme quoi on est humain. C'était ma façon, c'était ma réaction. Cela m'a affecté en fait et j'étais en décalage par rapport à eux et ce qu'ils étaient en train de faire derrière le champ et de n'en avoir rien à foutre ça m'était violent pour moi qui était quand même obligée de faire ça et je l'ai fait pour elle et je n'avais pas envie de le faire...voilà »^{GOLili}.

Dans ce contexte, le rire et le jugement négatif de son propre comportement soulignent la souffrance du soignant lui-même. L'acte prescrit, relevant de ses compétences, qui fait conflit, lui est violemment retourné en même temps que la transgression qu'il représente à ses propres yeux. Cette tension douloureuse n'est pas seulement un conflit avec soi-même. Le fait de ne pas pouvoir faire le choix d'être vraiment solidaire de la décision de l'équipe à laquelle cette GO appartient, ou encore avec les parents, la laisse seule face à ce qu'elle fait, privée du sens construit et partagé collectivement. Seul psychiquement, le GO peut se vivre plus facilement ravalé à l'acte technique, associé à ce que Pierre Marty (1976) qualifie de pensée opératoire. Elle accompagne les faits et les actes, plutôt qu'elle ne les représente, sans activité de symbolisation qui puisse les soutenir. Il semble vital que le geste létal puisse s'appuyer, d'une façon ou d'une autre, sur un sens à lui donner, qu'il soit contenu et soutenu par l'intersubjectivité partagée. L'extrême pénibilité du geste endurée par le soignant peut s'en trouver atténuée, dès lors qu'elle s'oppose à la neutralisation de la pensée ainsi qu'à la violence d'un vécu d'instrumentalisation ou de déshumanisation, grâce à une contenance rassurante.

3.3 Les épreuves de la mort

3.3.1 Une scène silencieuse, la mort sous contrôle

Le relief de cette trajectoire prend une forme étrange pour l'activité des professionnels, dans le contexte de l'IMG. Du point de vue de sa temporalité, les soignants ne sont pas impactés par l'effet d'une survenue intempestive de la mort qui pourrait, dans ce cas, perturber leur travail et leur vécu par un effet de surprise. La mort est contrôlée par l'activité elle-même, sans que celle-ci soit désorganisée, puisque le moment de sa survenue repose sur une décision et une action prévisible. Lorsque l'IMG ne nécessite pas de geste létal, la mort se dissout dans l'activité professionnelle déployée, avec le déclenchement du travail et l'accouchement, qui mettent fin à la vie d'un fœtus non viable. La mort survient en silence, sans qu'on sache exactement quand, puisque les bruits du cœur, audibles ou visibles, ne sont plus surveillés. Il n'en est pas de même lorsque l'IMG nécessite un acte létal qui nécessite une intervention précise : *« alors quand je rentre dans la salle je me présente, je leur explique qu'on va coller les champs, que le geste est un peu long parce qu'en fonction de comment est placé le bébé et que ça va durer à peu près 20 minutes et qu'on va faire comme une amniocentèse sauf qu'au lieu de prendre du liquide on va aller dans le cordon faire une petite piqûre dans le cordon donc ça ne fait pas mal au bébé, qu'on passe un premier médicament qui l'endort et après un second médicament qui va arrêter son cœur tout doucement et qu'on recontrôle que le cœur s'est arrêté et quand j'ai fini je dis toujours la même chose « tout s'est passé comme prévu votre bébé n'a pas souffert »*^{GOLili}.

La sensibilité perceptive des soignants sur cette trajectoire est également singulière. Généralement dans toute consultation obstétricale, les bruits du cœur du fœtus sont omniprésents, audibles, recherchés et surveillés activement. Leur tonalité au rythme vigoureux, classiquement celui d'un galop de cheval, est partagé par les parents et les soignants. Ils font partie d'une clinique indispensable qui permet d'affirmer la vitalité du fœtus. Dans le cadre de l'IMG, cette perception est effacée, les bruits du cœur sont absents. L'activité des professionnels sur cette trajectoire les laisse dans le silence, afin d'éviter aux parents comme à eux-mêmes une pénible impression qui s'ajouterait à une atmosphère perceptive générale déjà très éprouvante : *« j'essayais toujours d'être là avec le médecin aussi, qu'on soit plusieurs et je pense que c'est là que j'avais les plus grosses émotions quand on voyait le cœur qui ralentissait qui s'arrêtait et je pense que c'est là qu'il y avait une espèce de truc dans la salle tout le monde était un peu sous le choc quoi »*^{SFJane}.

Ainsi, seule l'image échographique reste présente et accessible aux soignants. Le GO vérifie la réalisation de son geste en silence. C'est dans la ritualisation de l'activité que la mort

sera signifiée aux parents alors que les soignants la contrôleront visuellement, dans le silence : « *il se passe quand même quelque chose de très solennel au moment de l'arrêt de vie, au moment où on retire le champ, où je retire les gants et je vais la voir et je dis « voilà c'est terminé », c'est terminé, le geste est terminé et en même temps la grossesse est terminée je leur ai expliqué avant donc elles savent que le cœur est arrêté donc ...il y a quelque chose qui s'effondre, enfin ce moment-là le temps est suspendu donc ça y est c'est fait et après voilà il y aura les contractions de l'accouchement, elles ont très bien conscience que c'est à ce moment-là que la mort se fait* »^{GOMarie}. La mort se donne bien à voir aux soignants par l'imagerie cependant qu'elle s'accomplit pour tous, sans bruit, sous forme d'une dilatation temporelle. Par contraste, la mort périnatale inattendue, quant à elle, survient plutôt dans l'activité des soignants sous le signe d'une rupture, temporelle et perceptive, plus ou moins marquée.

3.3.2 L'épreuve du geste foeticide

Pour les soignants, affronter la mort sur cette trajectoire les confronte, au plus près, à un réel perceptible, ainsi qu'à une atmosphère générale particulièrement éprouvante. Leur subjectivité n'est pas épargnée dans cette épreuve. Elle prend une pleine réalité au sein même de l'activité, lorsqu'elle réclame un geste habile et précis pour le foeticide. Les soignants parlent de la mort d'un « bébé » plutôt que d'un « fœtus », dans leur propos sur l'IMG. La pensée de la mort, sous cette représentation, au moment du geste létal est proprement impossible, tant elle est transgressive et chargée de violence, alors même que le cadre légal distingue clairement le « foeticide » de l'« infanticide ». Du point de vue psychique cependant, cette frontière devient floue, incertaine, voire confuse, rendant le geste létal d'autant plus difficile. Ainsi, lorsque dans le travail réel, il aboutit à la mort du fœtus, l'effort produit par la pensée vise à maintenir ces deux représentations dissociées. Ce n'est pas tant que le geste soit impensable (Weber et coll., 2009), mais tout est fait afin qu'il ne soit pas pensé et que soit maintenue par cet interdit la possibilité même de l'exécuter. En se référant à Sigmund Freud, plusieurs mécanismes de défense pourraient être invoqués ici, en tant que stratégies efficaces, capables de protéger les soignants, le GO tout particulièrement, de « *l'horreur du geste qu'on est en train de réaliser* »^{GOLili}, ou de ce que Capucine Foulon (2014) appelle « *l'effroi de soi* ».

Freud (1915, 1923) propose trois possibilités de traitements psychiques à l'œuvre dans le refus de la réalité, pour la nier partiellement ou totalement, lorsqu'elle s'avère trop douloureuse à accepter. Ces trois mécanismes permettent de rejeter tout ou partie d'une perception, d'une émotion, d'un désir ou d'une représentation. Ils font respectivement appel au

refoulement, « Verdrängung », au déni, « Verleugnung » et à la dénégation, « Verneinung », ou le préfixe « ver », sans équivalent en français, modifie le radical du mot pour orienter vers une tromperie, une erreur, un manquement, une dissolution ou une perte. Il permet ici plus spécifiquement un regroupement autour du sens de la négation. Le refoulement fait l'objet de la cure psychanalytique, proposée dans le cadre d'une prise en charge individuelle du sujet. Le déni renvoie à un refus massif et constant de la réalité, où le sujet fait comme si elle n'existait pas. Tout comme le refoulement, la part de déni « *dans l'administration de la mort* », supposé plus fort du côté des SF que des GO, comme l'envisage la recherche de Jean Christophe Weber (2009, p. 22), est difficile à identifier ou à confirmer en dehors d'une exploration des conflits intrapsychiques. Par contre, le processus de dénégation en tant que moyen défensif pour faire face à une réalité douloureuse, est retrouvé dans le discours des soignants, sous différents aspects. La dénégation permet, tout en affirmant une réalité, de s'en défendre ou de refuser de la reconnaître, dès lors qu'elle est source de conflits intrapsychiques douloureux. L'enjeu en serait, pour le soignant, d'affirmer qu'il n'est pas face à un infanticide : « *enfin une fois j'ai été obligée de faire une IMG juste avant une césarienne parce qu'il y avait un problème de périnée, etc. eh donc je me suis dit je vais faire l'arrêt de vie et puis on va faire la césarienne et il y a un de mes collègues un peu plus expérimenté et qui me dit non tu sors le cordon, t'injectes et tu sors le bébé, j'étais incapable de faire ça j'étais incapable de faire ça, en fait cette interface avec l'échographie, en fait cette interface avec l'échographie ça permet de faire le geste [...], mais moi je ne le vis pas du tout comme ça je n'ai pas du tout l'impression d'avoir tué un enfant quand je rentre chez moi, mais par contre je pense que si j'injectais vraiment directement un produit j'aurais cette impression, je ne pourrais pas ne pas le voir. Alors que là j'ai un écran. Quelque part c'est complètement hypocrite...en tout cas ça protège* »^{GOMarie}.

Ainsi pendant la réalisation du geste foeticide lui-même, les procédés de dénégation apparaissent sous la forme d'une négation de sa portée, grâce par exemple, à la dissociation du geste avec la pensée d'une signification insupportable, où les affects sont maîtrisés par le clivage. Le champ de conscience peut se réduire aux efforts de concentration sur des aspects techniques ou pragmatiques, soit sur des pensées-écrans, pour faire « oublier », un court instant, ses effets. La circonscription de la pensée aux perceptions physiques, sa fixation sur une image ou une opération mentale hors contexte, exclut momentanément d'autres liens. L'imaginaire peut servir de secours pour s'interposer et protéger de la violence : « *alors après c'est vrai que j'ai déjà pensé à ça ; ça m'a fait bizarre, je m'en suis pas rendu compte sur le coup, mais quand on fait un foeticide, je pense que c'est une manière de se protéger, ça fait*

bizarre, mais j'ai l'impression que c'est un jeu vidéo [...] Oui, on n'imagine pas que c'est un bébé, on voit une image, on va dans le cordon et on injecte comme si c'était un jeu vidéo donc on n'a pas la pleine conscience (insiste sur ces deux mots), mais que c'est le bébé qui est là »^{GOSam}. La pensée du « *bébé qui est là* » peut ainsi être évacuée derrière la pensée opératoire, sous l'habileté technique, le geste précis, l'image de l'échographe, ou encore l'imaginaire appelé à la rescousse. Par nécessité, l'expertise du geste que requiert le foeticide neutralise momentanément sa portée par « *la médiation de l'outil* » (Weber et coll., 2009, p.42) qui soustrait à trop de « *proximité* ». Autant d'opérations qui permettent d'éviter la représentation de la présence du « *bébé* » et d'avoir à faire avec lui directement.

Toute forme de négation fait appel à des opérations psychiques qui remplacent soit une perception, soit une représentation par une autre. La négation procède, de ce fait, par clivage. L'effet « *bizarre* » peut être directement compris comme le vécu qu'il produit sous cette apparente étrangeté à soi-même. Le clivage, quant à lui, permet d'isoler le geste, par une suspension des connexions associées entre une action et une pensée, à l'abri d'une charge affective mortifère : « *mais moi quand je fais l'arrêt de vie je fais juste que cela dure le moins possible, que cela soit le moins pénible pour la dame et quelque part je fais totalement abstraction du fait que je suis en train d'injecter un produit qui va arrêter le cœur de ce bébé* »^{GOMarie}. Les apprentissages défensifs de la formation initiale, où le GO apprend à contenir, réprimer, mettre ses émotions et ses sentiments à distance, particulièrement avec les gestes techniques chirurgicaux, y trouvent leur utilité. De même que faire toujours de la même façon, dire toujours la même chose, comme l'évoquent certains GO, offrent à la fois une mise en forme technique, qui isole le geste comme par un protocole de soin, et une médiation qui opère une séparation entre le geste lui-même et des pensées intolérables.

En fonction du travail, « *cela dépend des périodes, mais en ce moment il y a des IMG presque tous les jours* »^{GOMarie}, lorsque ces effets de distanciation et de dissociation sont maintenus de façon répétitive, elles contribuent à constituer un émoussement voire une neutralisation des affects, sous forme de lassitude ou d'habitude. La portée du geste s'en trouve atténuée pour une plus grande stabilité émotionnelle au travail, lorsque celui-ci expose à des menaces d'intégrité psychique : « *malheureusement on « s'habitue » entre guillemets, c'est pas bien de dire ça, mais la première fois que quelqu'un m'a dit « mais tu verras on s'habitue », j'ai dit « ben non, non », c'est difficile à dire, mais on s'habitue (insiste sur ce mot). Enfin pendant des années j'ai fait du diagnostic anténatal avec échographie, des foeticides (insiste*

sur ce mot), et donc on s'habitue...pas enfin on s'habitue pas à la douleur des personnes (insiste sur ces trois mots) qu'on a en face de soi, mais on s'habitue nous au bout d'un moment c'est vrai on ressent plus ce qu'on ressentait (insiste sur ce mot) la première fois où on se disait « oh là là c'est difficile » ; là on le sait que c'est difficile, on n'a pas une attitude...à la limite du coup c'est tant mieux parce que ça facilite la prise en charge »^{GOSam}. Chaque stratégie de défense vient à sa façon permettre une mise à distance ou d'effacement face à un réel qui « ne se laisse pas prendre dans les ressorts du symbolique » comme l'écrit Dominique Lhuilier au sujet du traitement du « négatif psychosocial » (2011, p.38). De ce fait, à cet endroit, au-delà de la dénégation, œuvre la force du déni, celui de la mort. Dans l'activité, cette « irréductibilité du réel » avec la mort, qui « se dérobe à la domestication, à la maîtrise » et qui doit « être maintenu au secret », est encadré par un ensemble de processus de subjectivation qui tentent néanmoins de limiter « sa portée mortifère » (2011, p.41).

3.3.3 L'épreuve du corps sans vie

Sur cette trajectoire, la confrontation au fœtus, une fois né, fait resurgir immanquablement la portée du geste foeticide avec le corps sans vie. Le réel de la mort suspendu derrière un acte technique, perçu avec l'arrêt des battements du cœur sur l'écran ou encore survenu pendant le travail ou l'accouchement, sans que l'on sache vraiment quand, se dévoile concrètement, au cœur de l'activité. La mort a vraiment eu lieu, elle ne peut plus être évacuée de la réalité. Elle prend le pas sur tout procédé ou toute autre forme de mise à distance, même lorsqu'elle prête à confusion dans sa perception : « *Mais mmm, c'est c'est surtout qu'il y a ce truc imperceptible de la mort qui se voit je ne sais pas comment dire, ils ...du coup un ...ils...un bébé qui est mort comme ça quelques heures avant parfois il n'y a pas grand-chose qui montre qu'il est mort, en fait on pourrait presque penser quelques secondes qu'il dort, mais en fait il y a quelque chose qui est parti et c'est juste ça c'est très troublant en fait* »^{GOMarie}.

Inévitablement « *la pensée du bébé* » se trouve sollicitée encore une fois, éventuellement d'autant plus vivement selon l'aspect, la forme et l'âge du fœtus : « *donc quelque part on nous aide à ne pas trop réaliser ce qu'on est en train de faire, mais quand à l'arrivée après l'accouchement il y a un bébé à terme qui naît qui est sans vie c'est ouh ...(elle montre avec ses mains le volume d'un bébé à terme)...ce n'est pas simple* »^{GOMarie}. La prise en charge du corps sans vie revient aux SF, dans la continuité de celle du travail et de l'accouchement. Les SF font état de leur solitude durant l'accouchement mais aussi face au corps sans vie, alors que le GO ne se déplace pas, tout comme Jean-Christophe Weber (2009)

lui-même le mentionne. Le GO n'est vraiment présent sur cette scène que pour une pathologie supplémentaire ou pour vérifier le diagnostic initial : « *des fois ils viennent jeter un coup d'œil au bébé pour voir s'il n'y a pas des malformations* »^{SFJane}. Pour les SF cet aspect singulier de l'activité sera revu ultérieurement, de façon plus précise, avec l'analyse de la trajectoire de la mort périnatale inattendue. L'absence du GO cependant, en ce moment particulier, offre une double lecture défensive et protectrice. Éviter cette confrontation, lui permet une fois encore de lutter contre l'entrée en résonance de pensées douloureuses et conflictuelles, avec des représentations d'infanticide. D'autre part, cette distribution ou cette délégation du travail, lui permet aussi de se soustraire à sa part moins prestigieuse, plus déroutante, qui heurte les pensées et la sensibilité perceptive avec le traitement nécessaire d'un cadavre. La charge mortifère d'un « sale boulot », auquel le GO ne peut pas échapper avec le geste foeticide, est déviée de son activité. Sa négativité est reléguée et déposée en d'autres mains que les siennes, celles des SF, aidées parfois des infirmières ou des auxiliaires de puériculture. Sous la forme du traitement du corps sans vie, le « sale boulot » est évacué vers le bas de l'échelle, avec une prégnance de la portée du mortifère d'autant plus forte.

3.4 Subvertir individuellement et collectivement un processus mortifère

Le GO utilise en premier lieu l'arsenal défensif habituel, issu de sa formation initiale : le blindage, les clivages, les mises à distance, le surinvestissement du savoir et de la technique, mais ce n'est pas suffisant. Des stratégies plus complexes tiennent à des processus plus élaborés, liés au traitement symbolique du processus mortifère de l'IMG. Lorsqu'elles sont possibles, elles reposent sur un processus d'élaboration du vécu au travail, dans ses dimensions affectives et existentielles, à la fois individuellement et collectivement.

3.4.1 Subvertir dans l'alliance parentale

3.4.1.1 S'associer à la détresse parentale

La détresse des parents, qui renoncent au projet d'enfant, revient de façon univoque autour de la thématique des IMG. Elle affecte généralement le GO lui-même : « *il y a un lien oui, clairement, pour moi l'IMG c'est une IVG et que oui moi je ne fais pas du tout de différence entre l'IMG et l'IVG, en réalité, dans les deux cas on est confronté à la détresse de la mère, du couple* »^{GOJules}. S'il est entendu qu'il ne s'agit pas de soigner au sens habituel en médecine, du moins les actes professionnels engagés tentent-ils de soulager d'une souffrance intense en

réintroduisant, grâce à eux, la dimension humanisée du prendre soin, puisque les parents « *sont dans un désespoir absolu et ils trouvent que les mains qu'on leur tend, je pense, ont un impact extrêmement puissant* »^{GOJade}. Ainsi le soin compassionnel se substitue-t-il au soin curatif. C'est bien pour opérer cette distinction que l'IMG, « l'interruption médicale de grossesse », a remplacé l'ITG, « l'interruption thérapeutique de grossesse » avec la loi Weil sur l'IVG.

Avec l'intention de soulager les parents de leur détresse, la force transgressive de l'acte létal peut s'en trouver atténuée, voire contribuer à une forme de résolution : « *Je crois que fondamentalement ce qui compte, c'est le soin, quel soin...comment je prends soin de l'autre...dans ce qu'il vit de plus douloureux. Cela ne veut pas dire tout accepter* »^{GOJules}. Cette dimension introduit un travail émotionnel qui soutient l'activité. Se laisser affecter introduit une dynamique active, où l'émotion n'est pas simplement vécue sur un mode passif compris comme « être affecté ». Elle ouvre la voie d'un traitement actif de l'émotion, où celle-ci, clivée ou tenue à distance, peut être réintégrée sous la forme d'une participation affective à la souffrance de l'autre et à son soulagement, possible avec l'identification à l'autre dans la rencontre clinique. L'élaboration de cette émotion, en pensées et représentations, signe d'un travail psychique commun, se distingue de l'espace intrapsychique individuel par l'intersubjectivité partagée. En suivant la typologie donnée par Sigmund Freud (1925) concernant l'identification⁸¹ à l'autre, et considérée comme matière première du lien, il est possible d'y retrouver deux éléments essentiels : l'expression d'un lien émotionnel et la mise en place dans le sujet, d'un élément commun entre lui et son objet, en l'absence de tout investissement sexuel : « *c'est plus douloureux quand je ne connais pas le couple, quand je ne l'ai jamais vu, quand je suis juste là, je ne connais pas les gens* »^{GOLili}. À côté des rationalisations ou des justifications, tirées de la gravité des malformations constatées à l'examen du corps sans vie, la reconnaissance et le partage de la détresse des parents offrent un dégageant possible à la douloureuse question du foeticide : du moins n'est-il pas insensé.

3.4.1.2 Le travail de la culpabilité

Sur la trajectoire de la mort périnatale de l'IMG, les soignants rapportent de façon univoque la culpabilité des parents. Ils considèrent généralement qu'elle s'ajoute à la détresse

⁸¹ Freud définit l'identification selon trois points. Comme première expression d'un lien émotionnel avec une autre personne, comme substitut régressif d'un choix d'objet abandonné, ou encore comme mise en place d'un élément commun, dans le sujet, entre celui-ci et l'objet, en dehors de tout investissement sexuel.

qu'ils manifestent pour l'aggraver. Ils parlent peu, cependant, de leur propre culpabilité malgré tous les douloureux conflits qu'ils traversent avec cette activité, alors que la culpabilité est une composante importante, constamment présente, qui accompagne toutes les trajectoires analysées. Son destin, chez les soignants, témoigne en grande partie de l'impact spécifique que la mort périnatale peut avoir sur eux. Aussi bien par la manière dont elle les affecte comme par la manière dont elle peut les orienter ou non vers une possibilité de se dégager d'une situation difficile, générée par le travail.

La notion de culpabilité est d'emblée indissociable du rapport à autrui dans le lien, et se rapporte au contrat social pour la sociologie d'Emile Durkheim, comme pour la psychanalyse de Sigmund Freud. Elle est considérée comme directement liée à l'intériorisation des contraintes sociales, sous forme de normes, qui non respectées ou transgressées, exposent l'individu au sentiment de culpabilité. La force de ces contraintes s'explique chez Emile Durkheim (1986) par « *l'attachement au groupe* » de l'individu et le sentiment de culpabilité survient lorsqu'il ne s'y conforme pas. Chez Sigmund Freud (1915, 1929), la culpabilité résulte d'un conflit entre le Moi et le Surmoi, deux instances psychiques inconscientes, où le Surmoi figure l'intériorisation des interdits, des lois et des limites. Dans l'approche freudienne avec le complexe d'Oedipe, ou encore avec le récit mythique du meurtre du père dans « *Malaise dans la civilisation* », elle devient un élément fondateur dans la constitution et le développement du lien individuel et collectif.

C'est l'approche de Paul Ricœur (1990) qui apporte ici un éclairage particulièrement intéressant du traitement de la culpabilité chez les soignants. Directement perceptible à l'intérieur de soi par l'altérité indissociable de la constitution du soi, la culpabilité rend sensible combien ce qui arrive à l'autre m'affecte ou me touche, sur fond d'un rapport dialogique qui l'implique toujours. De ce fait Paul Ricœur (1994) fait une distinction entre la culpabilité objective, liée au jugement d'un tribunal externe à la personne, et le sentiment de culpabilité, ressenti sous « *le regard de l'autre en soi* », portée par un tribunal interne accusateur. Cette distinction est précieuse puisqu'elle permettra, au fur et à mesure de l'analyse des trajectoires, de nuancer et de préciser les différents destins de la culpabilité, au travail chez les soignants. Toujours est-il qu'elle permet, en ce point, sur la trajectoire de l'IMG, de la considérer comme une partie de la réalité psychique partageable entre ces derniers et les parents. Une culpabilité partagée, où celle des soignants, consciente ou non, trouve une voie de soulagement dans l'effort d'apaiser celle des parents. Cette dynamique, sous-tendue par les phénomènes

d'identification, fait le jeu complexe des liens intersubjectifs, tout en rendant possible, pour les soignants, le traitement de leurs propres mouvements psychiques. Les vécus coupables qui pourraient ressembler fortement à ceux des parents, sont ainsi projetés sur eux, externalisés et repris en charge. La psychanalyse, avec Mélanie Klein (1957), appelle cette stratégie défensive particulièrement efficace, l'identification projective : *« on ne peut pas porter des décisions comme ça de mort seule, je pense que c'est important de partager le poids de la décision, même pour le couple qui fait la demande au départ de l'IMG je pense que c'est important qu'eux aussi puissent se décharger et puis aussi on leur dit vous faites la demande et c'est comme ça, mais c'est parce que nous on pense que c'est grave, on essaie de les décharger d'une culpabilité déjà très importante et qu'ils vont garder de toute façon, mais qu'ils se sentent soutenus dans cette décision.... »*^{GOMarie}.

Les affects coupables chez les soignants n'apparaissent pas reliés au registre de la faute professionnelle. L'IMG est un droit auquel les parents peuvent prétendre à la hauteur de la gravité des atteintes fœtales ou maternelles diagnostiquées. Aucun « tribunal extérieur », légal ou professionnel, n'accuse les soignants. Avec Paul Ricoeur, c'est plutôt du jugement d'un « tribunal intérieur » qu'ils relèvent, celui du regard porté sur soi-même dans ce qui est fait à l'autre, lorsqu'il entre en résonance avec un interdit fondamental, celui de tuer, ou encore avec la faute morale, qui vient trahir l'idéal professionnel ou les valeurs personnelles. Néanmoins, ces mouvements psychiques intersubjectifs permettent aux soignants de localiser résolument le sentiment de culpabilité essentiellement chez les parents, à travers la participation active du soutien qu'ils leur apportent. Ainsi circonscrite, la pensée de la faute associée à ce sentiment, l'est également. Ce traitement réintroduit par ailleurs pour les soignants une frontière claire dans l'assignation des places : *« en fait moi ce que je me dis c'est que ce qui leur arrive à ces gens mmm c'est pas de ma faute, enfin, voilà ça leur arrive et par contre je peux les aider et faire en sorte que cela fasse le moins mal possible et je me dis que je le fais pas trop mal et que je les ai bien aidés ou que je les ai accompagnés et en fait les gens me rendent, enfin, on a beaucoup de retour de gratitude de remerciements enfin on, on sent qu'on, on sent la gratitude du coup, on se dit alors voilà ils ont vécu quelque chose de terrible, mais on les a aidés pour traverser ça »*^{GOMarie}. La dynamique d'une économie psychique intra et intersubjective intense est sollicitée chez les soignants, pour supporter l'activité au travail sur la trajectoire de L'IMG. Leur subjectivité est heurtée, éprouvée, autant que réclamée et indispensable pour offrir un dégageant, face aux épreuves imposées. Ce dégageant est possible grâce à l'alliance avec l'autre, le parent, mais aussi l'autre, le partenaire de travail et l'équipe dans son ensemble,

lorsque celle-ci permet d'accorder le psychisme individuel, au mieux, avec celui de « *l'appareil psychique de groupe* » tel que le conçoit René Kaës (1993).

3.4.2 Subvertir par le collectif de travail

Sous la perspective du collectif de travail qui réunit les soignants en une vie psychique de groupe caractérisée par des mouvements conscients, mais aussi inconscients, chaque équipe, au-delà du regroupement d'individus travaillant ensemble, est animée par un état mental qui lui est spécifique. Cette vie psychique collective peut fournir les moyens nécessaires pour faire face aux épreuves du travail dans l'activité réelle de l'IMG ainsi qu'à leur dépassement. Une part de cette vie d'équipe est accessible au constat de son fonctionnement à travers le discours des soignants. Elle se laisse entrevoir à travers l'organisation de la division du travail et des tâches entre les professionnels comme à travers les reliefs de l'économie psychique mise en œuvre entre eux ainsi que vis-à-vis des parents. Elle se manifeste par la manière dont l'action concrète, médicale et technique, est accompagnée d'une vie psychique autorisant le travail de la pensée et celui des émotions. Elle humanise l'activité grâce au traitement symbolique et la soustrait ainsi à la violence ou à la folie d'actes ou d'une technique qui ne seraient que des fins en elles-mêmes. Ce traitement, restitué par un ensemble de perceptions et de représentations, témoigne de la participation des professionnels à la vie collective commune au travail. C'est ainsi que la vie d'équipe peut se révéler par la vitalité de l'intersubjectivité partagée et la circulation émotionnelle, tout comme elle peut s'avérer essentiellement pauvre, opératoire, concentrée sur les actes à réussir, clivée des affects qu'ils pourraient susciter : « *après il y a des endroits où moi j'ai trouvé que les gens étaient horribles, ça ne se fait pas, mais il y a des endroits où il n'y avait que la technicité quoi, moi j'étais interne et je me suis dit « qu'est-ce que c'est que ce truc »* »^{GOMarie}.

Des tensions aussi inévitables qu'insupportables surgissent dans l'activité entre les professionnels avec des positions défensives face à la violence du geste de l'IMG : « *le médecin souvent ils sont deux, ils s'aident, y en a qui tient la seringue avec les petits chuchotements que donc la dame entend et on a eu l'idée de leur mettre un cache quelque chose pour ne pas entendre les médecins « là c'est pas encore pour bon, il bouge encore, t'y es pas » en chuchotant, parce que la dame est juste derrière le champ [...] on leur a dit « vous parlez la dame elle est pas endormie », ça bouge et tout ça et ça peut durer des fois une heure le temps qu'ils y arrivent »* »^{SFPia}. Le fonctionnement opératoire contraint à la restriction des échanges symboliques dans l'équipe entre les professionnels, individuellement ou entre corporations,

comme si chacun, seul ou avec ceux du même métier, se trouvait réduit à l'articulation stricte de ses actes concrets avec ceux des autres, conduisant à une forme de solitude et de désaffection.

À l'inverse avec le climat d'une équipe qui « *s'entend bien* », qui est « *soudée* », où les GO peuvent se prévaloir de l'appartenance à une vie collective au travail satisfaisante, le vécu face aux épreuves de l'IMG fait état de stratégies collectives efficaces grâce à l'organisation des différents liens professionnels, au-delà de toutes les procédures médicalisées. Ces stratégies tiennent en grande part à la qualité des liens intersubjectifs : « *ce qui est primordial c'est la personnalité des gens qui travaillent là et leur capacité à échanger et à dire ce qu'elles ressentent. À partir du moment où on arrive à échanger à dire ce que l'on ressent ...alors c'est pas le staff du diagnostic anténatal qui est une construction réglementaire qui essaye de mettre tout ça en forme, indispensable sûrement, mais complètement insuffisant et pas du tout adapté aux besoins fondamentaux en vérité* »^{GOJules}.

Penser, élaborer, ressentir, échanger, partager, tissent alors une enveloppe contenant pour inscrire le geste légal dans une dimension à échelle humaine. Au-delà des procédures médicales, des protocoles d'interventions, les gestes opératoires peuvent être vécus comme ritualisés, et de ce fait humanisés dans le processus de l'IMG. La ritualisation de l'activité offre un espace de contention et de traitement des émotions éprouvantes. Elle trace une frontière symbolique dont l'intériorité renvoie à l'humanité partagée des soignants entre eux, et avec les parents, notamment en ce qui concerne la culpabilité et la souffrance. Elle protège de ce qui lui est extérieur, l'insensé d'actes et de processus réduits à des fonctions opératoires ou à l'imaginaire de fantasmes violents. Le GO, dépositaire d'une expertise spécifique, n'est pas seul face à son geste, mais accompagné symboliquement par l'équipe dont il est le représentant : « *c'est aussi parce qu'il y a une volonté dans l'organisation peut-être des soins, dans une équipe de dire voilà là il faut être plusieurs ou même individuellement les gens disent « là je ne vais pas la laisser toute seule parce que c'est difficile alors on va s'en occuper ensemble* »^{GOMarie}. Ce, particulièrement dans la coopération SF et GO lors du geste légal : « *la sage-femme encore une fois qui est du même côté du champ que moi avec qui on se regarde et puis qui pousse la seringue et puis voilà de ne pas être seule ça change tout* »^{GOMarie}.

La nuance essentielle repose ici sur le fait que « faire à deux » dans l'activité se transforme en « être à deux », dans l'intersubjectivité partagée. Les actes professionnels sont portés à la fois dans et par un collectif de travail constitué par l'équipe. Certains CPDPN organisent très concrètement ce travail d'équipe afin de favoriser la construction de liens

intersubjectifs entre les professionnels, envisagés comme nécessaires pour faire face aux différentes étapes de l'IMG. Comme avec ces temps de « *débriefing* » qui ne sont pas qu'une discussion d'éléments médicaux, mais « *où on peut se parler* » et « *se dire comment on a ressenti les choses en question* », soit un temps de régulation émotionnelle et d'élaboration : « *il est excessivement important d'écouter les uns et les autres et de dire soi-même à l'autre comment on a vécu la situation de telle patiente, tel couple, il y a toujours un temps ...on n'enchaîne pas les patientes au diagnostic anténatal, ça arrive hein bien sûr, mais c'est rare, il y a toujours un temps d'échange avec l'infirmière avec la sage-femme ; ça se passe surtout avec le médecin et la sage-femme, temps d'échange qui est important, voilà* »^{GOJules}

Ce GO envisage la relation professionnelle entre GO et SF comme un véritable tandem d'équipe : « *donc la sage-femme se décharge sur le médecin, mais nous aussi on se décharge sur nos sages-femmes, mais différemment, c'est-à-dire que oui c'est nous qui annonçons, c'est le médecin qui annonce la pathologie ou le décès au couple donc c'est pas la sage-femme qui le fait, la sage-femme prépare le terrain, donc voilà, mais après la sage-femme je veux dire dans la discussion qu'on a, entre nous je veux dire la sage-femme elle nous porte aussi* »^{GOJules}.

L'accent est mis sur les capacités d'échanges, d'expression émotionnelle et surtout d'élaboration, toutes considérées comme les principales ressources nécessaires à la régulation individuelle et collective face aux difficultés de l'activité. Une « *sorte d'accordage affectif* » ou « *d'harmonisation affective* » qui sous-tend celle-ci dans le travail, au sens où Daniel Stern (1989) l'entend, concernant les influences réciproques du bébé et de sa mère : « *Le diagnostic anténatal tout se fait en binôme avec la sage-femme et on a sûrement, on sent que...quand je parle et que quand je suis du coup un peu trop émue etc. un peu que si voilà je n'arrive pas à enchaîner, etc. elles prennent le relais c'est très naturel et comme ça on se partage un peu* »^{GOMarie}.

Cependant la construction et l'entretien de ces accordages, subjectifs et émotionnels, ne se fait pas grâce au savoir et à l'expertise médicale, ni sur injonction d'un travail prescrit. Il trouve son origine et son maintien dans l'activité réelle elle-même, dans ces espaces qui permettent de communiquer et d'échanger sur le travail, y compris dans une convivialité partagée de la vie de l'équipe : « *il n'y a rien de prévu d'institutionnalisé. Non à nouveau ce qui est important, c'est le temps qu'on prend avec les autres, moi j'aime bien déjeuner avec l'équipe, voilà prendre du temps quoi. C'est plus décousu que dans un groupe de parole qui est fait pour ça avec une psychologue qui est dans l'attention particulière, qui renvoie des choses* »^{GOJules}.

3.4.3 Neutraliser le « sale boulot »

L'ombre de la mort plane en permanence sur la trajectoire de l'IMG, et avec elle le « sale boulot ». S'il ne peut se transformer en bel ouvrage, du moins sa charge négative peut-elle être atténuée par les alliances subjectives construites, sans cesse renouvelées, entre les soignants comme avec les parents. Cette forme de résistance face aux ombres de la négativité, développée ensemble, peut soutenir le GO qui porte la part la plus lourde avec cette expertise devenue pour lui paradoxale. La cohérence et la cohésion d'équipe, construite dans le collectif de travail, lui est bénéfique dans les aspects de l'activité qui le mobilisent plus inconditionnellement. Que ce soit pour les décisions à prendre sur le versant de l'activité du diagnostic et des attestations à délivrer : *« je refuse des interruptions de grossesse et dans ces cas-là il vaut mieux être en phase avec toute l'équipe, mais c'est un travail de plusieurs années, c'est-à-dire qu'à force de travailler ensemble on sait exactement comment on fonctionne les uns avec les autres »*^{GOJules} ; que ce soit, dans les temps où l'expertise fait le jeu des incertitudes, des compétences, voire de la culpabilité : *« l'autre fois j'ai fait une échographie sur un bébé avec un retard de croissance gravissime avec une estimation de poids très petite on a pris une décision d'IMG sur mon estimation de poids, il était plus grand que ce que j'avais estimé, il était quand même très petit il était très malade, donc cela ne remet pas en cause la décision, mais j'étais quand même effondrée je me suis dit « merde je l'ai estimé » il était de toute façon microscopique »*^{GOMarie}.

Cette cohésion d'équipe, grâce aux ressources du collectif de travail, peut conduire à une sorte de « savoir-faire » dans l'expérience du côtoiement de la mort avec l'activité IMG. Reconnue par les soignants de l'équipe élargie, extérieurs au CPDPN, ceux qui sont confrontés en permanence à la mort périnatale peuvent être sollicités auprès de ceux qui le sont moins, comme l'exprime ce GO : *« parce que certains collègues qui ne sont pas du tout dans le diagnostic anténatal et l'interruption médicale de grossesse et s'il y a une mort en salle de naissance, très vite, ils m'appellent [...] c'est toujours, je ne sais pas comment on fait les papiers, quoi, et en réalité ce qu'ils souhaitent c'est qu'on soit présent, justement, qu'on soit présent qu'on les accompagne eux et qu'on fasse un bout de chemin avec la patiente. Bien sûr qu'on va présenter les papiers à la patiente, mais leur demande n'est pas celle-là, leur demande c'est d'être présent et justement d'avoir une, comment dire, une certaine stabilité émotionnelle au moment où tout le monde est dans le mouvement des émotions quoi »*^{GOJules}.

Cependant la plus signifiante des reconnaissances vient pour les soignants des parents. Le travail réellement fait auprès d'eux, dans toute la complexité des aspects qui viennent d'être évoqués, y reçoit une rétribution symbolique par la gratitude que ces derniers leur expriment, parfois longtemps après. Elle donne sens particulièrement à ce que le GO doit faire et supporter dans l'activité. Ce qui a été donné, de surcroît, au-delà du travail prescrit, grâce au travail réel, est rendu sous la figure du contre-don (Mauss, 1925) à l'aune de l'intersubjectivité partagée : *« il n'y a pas que juste la pathologie, non, moi ça m'allait bien et je peux te dire que les plus belles lettres que j'ai reçues, les plus grandes gratifications, les plus grands remerciements c'est les couples que j'ai accompagnés pour une IMG [...] ben je pense que les gens comprennent qu'ils sont dans une situation un peu particulière et que l'équipe met en place des choses euh...parce que c'est un choix d'équipe et parce que je pense que dans leur détresse ils se sentent vraiment accompagnés...il n'y a pas de valeur ajoutée »*^{GOJade}.

Ainsi, par les ressorts d'une alliance scellée grâce aux ressources symboliques, l'impact de la mort périnatale sur les soignants, quant à cette trajectoire, est-il contenu et amoindri dans sa violence. Le travail de la subjectivité peut tisser, enveloppe après enveloppe, une contention indispensable autour du sale boulot et de ses effets délétères, à la hauteur des ressources collectives de l'équipe. En suivant l'expression des mouvements psychiques, la qualité de ce tissage se manifeste par le degré de recouvrement des processus secondaires du travail de la pensée par rapport aux processus primaires. Ces derniers, considérés dans le modèle du psychisme freudien comme des procédés actifs moins élaborés, sont alors repris, et intégrés à une dynamique de la pensée plus complexe, plus stable, pour faire face aux contraintes concrètes d'une réalité qui s'impose. L'humour en est un fidèle témoin. Il est à la fois, défense du Moi (Freud, 1927) face à une réalité qui meurtrit, mais aussi décharge et libération des affects qui associent le plaisir et le contrôle par la capacité d'en jouer. Ce, au moyen des différents sens qu'il met en scène, par ses degrés divers, et de ce fait aussi par le jeu permis avec la négation ou la dénégation. Il témoigne surtout, par sa présence dans l'activité sur la trajectoire de l'IMG, d'une capacité de penser et de contenir dans l'espace mental les différents aspects contradictoires de celle-ci, si douloureux soient-ils : *« n'empêche que je trouve ça hyper difficile, je trouve ça hyper difficile parce que je ne dis pas tous les jours, enfin je me dis ça en rigolant pour faire rigoler mes collègues, oh là là aujourd'hui j'ai encore tué un enfant, mais moi je ne le vis pas du tout comme ça je n'ai pas du tout l'impression d'avoir tué un enfant quand je rentre chez moi »*^{GOMarie}.

En se référant à la fonction du Moi-peau, développée par Anzieu (1974), dans son modèle des enveloppes psychiques, Christine Anzieu-Premmereur (2007, p.190) en souligne particulièrement les qualités : *« L'humour est un jeu avec les limites, limites de ce qui est socialement acceptable dans l'humour mature, mais limites du corps, limite entre réalité et fantasmes, limite de soi et de la différence avec les autres, limites avec l'angoisse comme avec la décharge pulsionnelle. Le rire est d'ailleurs beaucoup plus fréquent si l'humour a lieu dans un groupe. »*

Ainsi, en ce point de l'analyse de cette trajectoire, l'expertise médicale s'affirme avec autant de puissance dans son pouvoir sur la vie que dans celui du contrôle de la mort. Elle laisse néanmoins apparaître la grande vulnérabilité des soignants, surtout du GO. Formé à travailler en contenant le plus possible les dimensions émotionnelles pour tenir son rang de chef d'équipe, mais aussi pour empêcher les charges affectives de désorganiser ou de porter atteinte à la réalisation de son travail, il est ici soumis à des turbulences émotionnelles majeures et récurrentes. Elles sont loin de pouvoir être neutralisées ou circonscrites par les moyens habituels. Les stratégies les plus efficaces convergent vers une voie moins habituelle qui confine au travail émotionnel par la reconnaissance et la prise en charge des tensions insupportables, leur traitement essentiellement symbolique, aussi bien individuel que collectif, avec l'équipe, afin de rendre l'œuvre de mort supportable. Cette trajectoire témoigne ainsi de la force des ressources symboliques inventées individuellement et collectivement par les soignants dans l'activité réelle pour faire face à la violence des épreuves imposées par l'activité prescrite, celle de l'accomplissement des IMG.

Chapitre 4 : Le modèle de la trajectoire de la mort périnatale inattendue

4.1 Une mort périnatale immémoriale

À l'inverse de la trajectoire précédente, intimement liée aux progrès techniques et médicaux accomplis ces dernières années, ainsi qu'aux changements sociaux qu'ils auront générés, la trajectoire de la mort périnatale inattendue s'inscrit sur fond de la condition humaine éternelle. Celle où les limites de son existence sont marquées par un début et une fin, par une

scène qui rappelle, comme l'écrit Hans-Georg Gadamer (1993, p.72), que « *dans la vie de l'homme, la mort est sans doute la seule expérience qui marque aussi nettement les limites posées à la maîtrise de la nature que la science et la technique ont rendue possible. Même les immenses progrès techniques que l'on a réalisés dans le prolongement souvent artificiel de la vie ne font que démontrer la limite absolue de notre savoir-faire.* »

Sur cette trajectoire la mort périnatale survient de façon inattendue pour interrompre la grossesse de façon imprévisible alors même qu'elle est extrêmement encadrée par l'activité des soignants. L'irruption d'une mort périnatale inattendue sur la scène d'une vie en devenir témoigne des limites du « faire vivre », selon l'expression de Michel Foucault. Elle signe une rupture dans l'activité générale orientée vers la vie, pour l'articuler désormais autour de la prise en charge de la mort, dès son apparition. En fonction du contexte, de l'histoire individuelle des soignants comme de leur parcours professionnel, son impact apparaît d'autant plus marquant et peut dans certains cas être si considérable dans son retentissement, qu'il peut conduire à des changements d'orientation professionnelle décisifs. Ainsi par l'impact causé par le travail lui-même, se donne à voir une illustration du « Social Drama of Work », celui d'un véritable drame social du travail comme l'a envisagé la sociologie d'Everett Hughes (1976).

En dehors de l'IMG, toutes les autres trajectoires de mort périnatale surgissent dans le champ de l'exercice professionnel hospitalier au gré des situations, de façon imprévue. Chacune d'entre elles évolue singulièrement et se distingue des autres par son contexte et son évolution, pour les parents autant que pour les soignants. Si pour les parents elle surgit généralement sous le signe du choc à valence traumatique plus ou moins forte, pour les soignants qui s'y confrontent elle peut générer une série d'épreuves professionnelles et personnelles non moins importantes. Et cela, que ce soit au regard du travail individuel mettant en jeu les compétences et leurs corollaires en termes de reconnaissance ou d'identité professionnelle, que ce soit encore au regard du travail collectif, du travail d'équipe. Dans un dispositif centré sur la prévention des risques, avec une échelle qui ne conçoit pas de zone sans risque, la mort périnatale prend la figure de l'événement indésirable, voire de l'accident survenant au travail. De ce fait les remises en question et leur lot d'interrogations individuelles ou collectives sont inévitables. Alors que sur la trajectoire de l'IMG, les soignants, particulièrement les GO, sont pris dans la difficulté d'être eux-mêmes les auteurs de la mort périnatale, sur cette trajectoire ils n'ont de cesse de trouver sa cause, mais surtout d'être eux-mêmes hors de cause. Plus les soignants se vivent comme impliqués dans la survenue de la mort périnatale, plus ils ont été actifs directement sur

le fœtus ou le nouveau-né, plus encore sa viabilité est-elle avérée, plus les répercussions sur eux seront importantes, dans leurs effets somatiques, psychiques, ainsi que sur leur vie professionnelle. C'est pourquoi le modèle de la trajectoire de la mort périnatale inattendue rassemble plusieurs sous-ensembles de trajectoires dont le relief général se ressemble, caractérisées néanmoins par des contextes spécifiques quant au travail des soignants :

- Des trajectoires de vie fœtale courte, où la mort *in utero* survient en dessous du seuil de viabilité, où aucune intervention des soignants n'aurait permis de le faire vivre.
- Des trajectoires où la mort périnatale survient *in utero*, dans la période de viabilité fœtale, où les soignants découvrent la mort sans avoir été directement actifs.
- Des trajectoires où la mort périnatale intervient dans la période de viabilité fœtale, *in utero*, *per partum* ou après la naissance, alors que les soignants auront été actifs dans la surveillance de la grossesse ou à la naissance. La plus tragique étant la mort *per partum* de l'enfant à terme.

4.2 La mort périnatale inattendue, de l'indésirable à la tragédie

Chaque trajectoire prend ici ses origines à la source d'un drame où, comme dans la tragédie antique ou classique, l'activité des soignants est mise en scène pour servir la gravité d'un sujet au dénouement malheureux tout en suivant la règle des trois unités, de temps, de lieu et d'action. L'unité de temps marque la continuité temporelle entre le moment de survenue de la mort jusqu'à la prise en charge du corps sans vie après la naissance. Elle pourrait assez simplement correspondre au temps de présence au travail, constitué par les gardes effectuées par les SF et les GO. L'unité de lieu marque la scène du travail de l'univers hospitalier avec le service de maternité, essentiellement la salle des naissances. L'unité d'action marque la convergence des différentes activités des SF et GO pour prendre en charge la mort périnatale depuis sa survenue, de la gestion du travail et de l'accouchement, jusqu'aux soins du corps sans vie.

À la différence de l'IMG où l'activité est programmée en fonction même de son accomplissement, la trajectoire de la mort périnatale inattendue s'annonce de façon aléatoire, de manière impromptue, sous la forme d'un événement qui vient heurter l'essentiel de l'activité plus routinière autour des naissances : « *voilà ça nous tombe dessus chacun son tour* » de façon « *assez régulière* » pour les morts fœtales *in utero*, estime ce GO. Cependant la tragédie ne se joue plus sous le regard des dieux comme aux temps antiques. Elle a maintenant un horizon

plus limité lorsqu'elle ne s'en prend qu'aux hommes eux-mêmes, sur la scène de leur travail, et qu'elle s'accomplit sous le regard de la science. Il y a néanmoins un grand décalage entre la tragédie vécue par la patiente ou les parents pour les plus petites grossesses et l'événement qu'elle représente pour les soignants à leur travail. Le projet « bébé » avec les représentations qui l'accompagnent est entier du côté des parents, alors que du côté des soignants celles-ci sont moins abouties, en même temps que leur capacité d'action et d'intervention est réduite : « *mais je pense peut-être je prenais plus plus en considération plus on avançait vers la fin de la grossesse par rapport au vécu* »^{SFLuce}. Les soignants font mention de ces écarts entre leurs représentations et leurs perceptions propres face à celles des parents par l'effort qu'ils fournissent pour reconnaître leur vécu lorsque la tragédie est résolument située de leur côté : « *Quand on a fait trois fausses-couches dans une année ...c'est très très sévère et en fait et je dis toujours à mes internes, aux internes qui font les urgences qu'il faut faire attention avec ça, je ne dis pas qu'ils prennent une demi-heure, mais qu'ils prennent un peu le temps de remplir un dossier et qu'ils expliquent bien parce que parfois c'est dramatique* »^{GODavid}.

Les SF sont habituellement moins concernées par ces prises en charge dans la plupart des hôpitaux. Dans les grandes maternités, les consultations d'urgence sont souvent réparties entre internes, GO et SF, de telle sorte que celles-ci n'interviennent qu'à partir des termes plus tardifs, souvent au-delà du seuil de viabilité fœtale : « *sur les fausses couches, on les accueille, mais c'est le gynéco qui va prendre en charge les choses* »^{SFRomy}. Même si l'événement est désagréable au travail, la fausse couche précoce chez les soignants est perçue comme une mort qui présente, d'une certaine façon, encore un caractère de normalité, au vu de ses occurrences dans le développement de la grossesse. Pour les règles du métier, elle apparaît comme une réalité banale puisque « *c'est tellement fréquent au plan médical qu'on ne s'inquiète qu'à partir de la troisième fausse couche consécutive* »^{GOLili}. Les GO relèvent une réalité au travail, certes pénible, mais qui les déstabilise peu dans leur activité. Ils expriment surtout leur tendance à vouloir rassurer les femmes et les parents quant à leur capacité à entreprendre un nouveau projet « bébé ». Malgré tout, cette confusion de langue entre la « fausse couche » pour les soignants et le « bébé » pour les parents, s'atténue peu à peu avec l'âge de la grossesse. La tragédie gagne du terrain également du côté des soignants avec les fausses couches tardives, pour prendre toute son ampleur avec le fœtus devenu viable. Soignants et parents sont alors convoqués sur la scène commune d'une tragédie qui peut s'abattre sur eux tel un accident, à n'importe quel moment.

4.3 La mort périnatale inattendue sous la figure de l'accident

« *Sur les morts c'est jamais de la routine* »^{SFPaul} constate cet homme SF. Les soignants, SF et GO confondus, expriment généralement l'effet de surprise, voire la brutalité ou le choc par lesquels ils se trouvent confrontés à cette mort périnatale : « *je pense que c'est toujours difficile quand...c'est imprévu, dans le cadre d'une IMG, la patiente elle est au courant...on lui a expliqué, elle a décidé, elle a eu le temps d'intégrer la nouvelle, de s'y préparer, etc. Là, c'est brutal* »^{SFLéa}. La brutalité tient à la fois à la façon dont elle heurte l'activité en cours et à l'intense charge émotionnelle à laquelle les soignants devront faire face, que ce soit la leur en propre, ou celle des parents dans l'expression de leur douleur : « *parce qu'ils ont une souffrance qui fait qu'elle rejaillit sur nous quoi* »^{GOOlga} ; tout comme l'explique un autre GO : « *finalement ce qui est le plus violent c'est quand on se prend en pleine face la douleur la douleur d'une mère ou d'un père. Et donc c'est aussi ça je trouve qui qui détermine notre ressenti, alors, et puis la réaction, notre réaction n'est jamais la même.* »^{GOJean}.

Les circonstances de la survenue de cette mort sont susceptibles de lui donner une intensité d'autant plus dramatique qu'elle est remarquable par la vivacité laissée par sa trace dans la mémoire et le récit des soignants, avec le souvenir de détails contextuels très précis : « *il y a eu cette femme qui a perdu son bébé, elle arrive, son mari garait sa voiture et quand il est arrivé, sa femme était césarisée et son bébé était décédé et lui il n'était pas là pour tout ça. Et je me suis dit (silence) « comment est-ce qu'on fait face à ça ». On laisse sa femme à la maternité, on arrive un quart d'heure plus tard et voilà c'est c'est et moi j'étais abasourdie, totalement abasourdie, stupéfaite, j'étais un peu à distance et je ne savais pas où me mettre dans l'activité* »^{SFElsa}.

Bien que le soignant puisse la prendre en charge, cette mort surgit au sein du travail lui-même, comme quelque chose d'inattendu, qui frappe ou qui tombe comme un malheur. Elle renvoie pour le moins à la mise en échec des tentatives de contrôle instaurées, et ressemble de ce fait à un accident, où les soignants sont confrontés à un réel qui résiste à toute maîtrise. Elle apparaît suivant cette figure tout au long de cette trajectoire, sous des aspects variables, avec les différentes répercussions qu'elle a sur eux. Dans les récits des soignants, SF ou GO, ce sont les situations les plus dramatiques, d'une mise à l'épreuve considérable, qui reviennent sur le devant de la scène. L'acuité des récits est certaine, comme si l'événement était récent, alors qu'il a eu lieu parfois de nombreuses années auparavant, telle la remémoration du choc d'un accident.

« Et de la salle de naissance j'ai entendu un cri, j'ai entendu la patiente crier... »^{SFLise} ; « Ça donne la chair de poule »^{SFInès}, déclarent ces deux SF tandis qu'une autre rapporte : « c'est un dimanche, très bien, et je les accueille, je pose le monito, j'ai un rythme absolument parfait sur le papier, sauf que ce n'était pas le bébé, c'était la mère (insiste sur ce mot)... c'était tachycarde en fait... un rythme absolument parfait⁸², pour le coup quand on revoit le rythme, tout le monde ne comprend pas et il s'est avéré que c'était une mort fœtale donc là euh on a beaucoup discuté avec le médecin pour le coup parce que la scène de l'annonce a été...horrible (insiste sur ce mot), le père a hurlé, mais hurlé, il était complètement...en plus surtout qu'on a tous cru pendant que... une demie heure avant qu'il était vivant et ça a été très très dur et là on en a discuté avec la jeune médecin euh justement elle était à deux doigts de pleurer, elle aussi elle n'était vraiment pas bien quoi »^{SFLuce}.

Pleurs, cris, hurlements, effroi, sidération, rictus de douleur, déni, agressivité ou colère vis-à-vis d'eux, parfois d'emblée avec des propos accusateurs, ces éléments dressent un tableau poignant rapporté par les soignants. Ils montrent invariablement des scènes de détresse émotionnelle aiguë chez les parents, là où le réel de la mort fait effraction, à la mesure du traumatisme dont les soignants sont immédiatement les témoins, en première ligne, autant qu'ils sont les intervenants censés apporter de l'aide. Dans l'expérience des soignants, la brutalité de cette irruption de la mort dans une activité de travail ordinaire, dédiée à la naissance, est largement décrite pour la mort découverte fortuitement *in utero*. Au GO revient généralement la tâche particulièrement ingrate de l'annoncer, comme un diagnostic de gravité laissé à l'expert, même lorsque cette mort a déjà été constatée par la SF ou l'interne. Les GO expriment leur propre malaise alors qu'ils sont eux-mêmes décontenancés par la pénibilité de leurs affects. Comme le constate l'un d'eux : « c'est vrai qu'on a souvent des annonces de diagnostic de cancer à faire et c'est quand même un moment où on a le diagnostic avant, donc on a le temps de s'y préparer et comment je vais lui dire, ce n'est pas comme la mort fœtale, on arrive, on est sur le fait, il faut le dire là tout de suite »^{GOAnna}.

Annoncer, informer les parents, s'occuper de cette mort peut déstabiliser le GO même s'il « essaye de faire en sorte que ça ne se voie pas »^{GOAnna}. La gestion de l'aspect émotionnel, le sien et celui de la patiente, prend le pas sur le savoir, parfois au risque d'être « débordé » ou

⁸²Le pouls de la mère peut être confondu avec le battement cardiaque du bébé, cependant le cœur d'un bébé bat beaucoup plus vite. Ici le pouls de la mère est accéléré à cause de la fièvre.

« submergé » au travail : « les médecins se retiennent et je pense que c'est important, si vous annoncez une mort fœtale et que vous vous mettez à pleurer quand vous êtes médecin de garde, pour la patiente c'est « je suis perdue, je suis toute seule ». Il faut quelqu'un, à mon avis, qui soit pour faire ce qui doit être fait, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas montrer de l'empathie et voilà parce qu'on est tous émus, hein »^{GODavid}. Les GO soulignent combien pour eux l'expertise passe alors au second plan, derrière l'obligation « de présence » ou encore « l'accompagnement » des parents, tant évoqué dans les motivations professionnelles des SF : « parce qu'ils ont besoin qu'on soit proche d'eux parce que c'est douloureux, on s'investit plus, mais c'est ce qu'ils ont besoin. Moi je vois ça comme ça. »^{GOMaya}. Certains GO considèrent même l'aspect médical comme « moins compliqué à gérer que le reste », c'est-à-dire « l'émotion » pour laquelle il faut trouver des possibilités de régulation : « je ne sais pas (rires). Je ne sais pas. ...Je pense qu'on essaie de prendre du recul, d'être avec de l'empathie la bienveillance, on reste avec une certaine distance avec les gens et puis soi-même aussi on partage ça avec d'autres, avec d'autres collègues, avec la sage-femme... »^{GOMarie}.

Les GO décrivent des SF manifestement très affectées, voire « traumatisées » par la mort périnatale inattendue *in utero* qui les prend au dépourvu, plus qu'eux-mêmes semble-t-il. De leur côté les SF rapportent avoir été « figées sur place », « choquées », « sidérées », mais aussi d'avoir été face à une situation où le travail d'accompagnement devient problématique, ne sachant plus très bien comment s'y prendre devant « la souffrance de la mère », ou « quoi faire » devant une douleur qui « même avec une péridurale » ne se soulage pas. Les objectifs et le sens du travail fait auprès des patientes se font plus flous lorsque celui-ci devient incertain, voire neutralisé par une forme d'impuissance : « Mais c'est ça, on ne peut pas la [douleur] faire partir, mais c'est ça je suis très impuissant face à ça »^{SFPaul}. La confrontation avec la douleur, celle du travail de la naissance, perd son caractère habituel et se présente sous un jour plus étrange, inquiétant ou angoissant : « c'est la douleur sur le visage des gens (silence), moi c'était surtout de les voir vraiment souffrir... »^{SFYan}. Cette souffrance rebelle à toute thérapeutique curative incite les soignants à chercher des comportements adaptatifs relationnels « très personnels » où « rien n'est jamais identique », pour tenter de reconforter les parents au-delà des soins médicaux : « c'est vrai qu'on a l'impression que si on fait tout ce qui est médical autour, tout ce qui est péridurale tout ça, on n'a pas l'impression qu'on les aide beaucoup et spontanément et je ne sais pas pourquoi, ce n'est pas qu'on veuille les faire penser à autre chose, on met tout en place pour être la personne la plus agréable au monde »^{SFYan}.

Néanmoins, les soignants rapportent aussi parfois des réactions agressives, mêlées à la douleur, où les parents les mettent directement en cause, comme pour cette mort foetale *in utero* à terme : « *la mère était complètement sidérée, et le père m'a hurlé dessus « vous avez tué mon enfant, vous avez tué mon enfant », donc évidemment moi j'ai été vraiment dégagée, si je puis dire, de la salle, c'est le médecin qui a pris le relais et mon autre collègue de garde parce qu'elle a accouché du coup très rapidement dans la foulée, un magnifique bébé, on n'a rien retrouvé* »^{SFEmy}.

Les scènes relatées montrent un changement brutal du climat émotionnel qui sous-tend le travail. La mort périnatale inattendue expose les soignants à un ensemble de réactions émotionnelles imprévisibles, intenses, souvent très pénibles, qu'ils vont chercher à contenir, que ce soit les leurs ou celles des parents, pour continuer à travailler malgré tout. Une fois la mort constatée, le plus souvent sa trajectoire devient ensuite plus spécifiquement l'affaire des SF pour le travail et l'accouchement : « *Ben le médecin son rôle c'est pas de suivre le travail de toute manière, il vient dans les moments où la sage-femme l'appelle pour des pathologies et donc pareil pour une mort fœtale in utero. Il a posé le diagnostic et après sa présence n'est plus nécessaire (insiste sur ce mot). Il ne doit pas rester* »^{SFINès}.

4.4 Le travail, l'accouchement, dans le silence de la naissance

Que ce soit pour les IMG ou pour les morts périnatales inattendues *in utero*, dans l'activité les GO sont relayés par les SF pour la gestion du travail, de l'accouchement et du corps sans vie : « *à un moment il y a l'annonce, à un moment il y a la prise en charge en salle et chacun est en première ligne à son tour.* »^{GOMaya}. La gestion du travail et de l'accouchement y est néanmoins singulière en comparaison de celle dédiée à la vie. Après le constat de l'absence de mouvements et de bruits du cœur du fœtus, plus aucun monitoring ne défile, aucun signal visuel ou auditif ne fluctue pour indiquer la vitalité du fœtus : « *on sait ce qui va arriver que l'enfant est décédé ou va naître mort* »^{SFNell}. La vigilance des soignants autour de la vie n'a plus lieu d'être : « *parce qu'il n'y a pas de surveillance fœtale on examine moins, même si on vient la [la mère] voir régulièrement, c'est pas la même approche.* »^{SFNell}.

Moins d'interventions, moins d'actes, moins d'exams donnent une tonalité plus silencieuse à l'activité des soignants en même temps que leur attention est sollicitée différemment. Il n'y a pas « *tout ce qui gravite normalement autour des patientes* »^{SFElena}. Quant au travail de l'accouchement lui-même, il prend lui aussi une tournure inhabituelle par

son imprévisibilité. Souvent, avec un temps plus ou moins long sans modifications corporelles les soignants sont dans l'attente ; ce qui fait dire à cette SF, soulignant la métaphore, qu'il s'agit comme d'un « *temps mort* » très éloigné des tensions liées à l'attente de la naissance. Toutefois, l'accouchement peut survenir très brutalement, parfois avec une certaine fulgurance qui étourdit même les patientes, alors qu'elle déconcerte les soignants, d'autant plus qu'elle les confronte au corps sans vie du fœtus: « *parce qu'elles ne savent pas forcément qu'elles ont accouché, mais c'est gênant parce que c'est comme si on avait un peu loupé quelque chose dans le moment où on n'était pas là avec elle, elle était seule à ce moment-là, heureusement, ça n'arrive pas tout le temps, mais ça arrive...souvent à un moment donné le col ne s'ouvre pas, ce n'est pas grand-chose et puis d'un coup ça va vite. C'est un peu la loi du tout ou rien c'est pour ça que tout à l'heure je parlais de « temps mort »* »^{SFNell}. La mort surprend encore une fois par son silence, par l'absence de bruits et de cris, sans les signes annonciateurs de la naissance vivante : « *Tu sais que tu vas le [bébé] prendre, tu vas le poser à côté et tout va rester dans le calme, dans la salle qui est calfeutrée et c'est assez particulier, c'est très particulier* »^{SFGaby}.

Sur ces segments de trajectoires, dans la continuité de l'intervention des GO, les SF disent donner la priorité au travail relationnel, avec l'accompagnement. Le temps d'attente, où la surveillance médicale est réduite, se comptant parfois en de très longues heures, laisse une grande part à son investissement. La SF est alors « *l'accompagnatrice psychologique du couple. Je pense que le médecin il n'est pas là pour rencontrer les couples au niveau de la tristesse, quoi. En tout cas, pas là où j'ai travaillé* »^{SFAude}. Les SF relatent leurs efforts pour trouver des ajustements possibles, dans leurs comportements, à la détresse émotionnelle des parents par une forme d'accordage affectif pour tenter de les soulager : « *parfois la parole n'a pas d'impact, elle [la mère] est dans la douleur, en fait, donc pour le coup le fait de contenir, le fait de toucher, mais à sa juste mesure, c'est-à-dire que je ne vais pas lui faire un gros câlin, hein c'est pas ça, mais juste une main [...] c'est un vrai corps à corps et comment justement toucher cette femme de bonne façon, voilà donc pour la contenir, la rassurer, la sécuriser pour qu'elle se sente en tout cas qu'elle puisse lâcher prise sur ça en fait, savoir qu'on est là !* »^{SFLuce}.

Chercher « *les bons mots* », « *appropriés* », la bonne « *présence* » ou « *disponibilité* » fait appel à l'inventivité de chaque SF, suivant le contexte professionnel. Aucun savoir lié à la connaissance ou l'expertise technique, aucun protocole de soins n'apporte de réponse alors que les SF expriment leur crainte d'avoir des comportements inadaptés, de « *mal faire* » face à ces

situations. La formation initiale n'est pas d'un grand secours. L'expérience, conjuguée à celle des collègues, semble conduire à une « *maturité émotionnelle* » par une aptitude plus grande à supporter une proximité émotionnelle durable : « *il [le père] a dû s'absenter, donc j'ai passé la nuit avec elle jusqu'à ce qu'elle accouche, quoi. Eh oui, elle comptait sur moi, vraiment elle comptait sur moi pour parler avec elle, pas forcément de parler de la mort toujours, tout le temps, mais faire une présence avec elle, voilà, au moment de la naissance de cet enfant* »^{SFLéa}. C'est pourquoi, sur ces segments de trajectoires, les SF mettent leurs compétences médicales très peu en avant. L'accent est mis principalement sur les compétences relationnelles renforcées qui les distingueraient de l'expertise des GO : « *on est en salle de travail on est quand même nous en première ligne, en fait, donc c'est finalement nous qui passons plus de temps auprès des patientes* »^{SFNeII}. Rester plus longtemps auprès de celles-ci exige, logiquement, de transformer le soin plus technique en soin relationnel. Cette spécificité du travail relationnel des SF est soulignée par les GO, comme relevant d'une division habituelle et normale du travail et des tâches, même si certains restent parfois très présents : « *L'organisation du travail c'est elles qui gèrent ça...mais elles ne vont pas t'appeler à trois heures du matin pour te dire « tu sais la dame pleure, et c'est très dur », mais si t'es là, elles vont le sortir, finalement on se soutient mutuellement* »^{GOMaya}.

4.5 Partager le « sale boulot »

4.5.1 Switcher entre la vie et la mort

La disponibilité et le soutien relationnel demandent souvent un aménagement des conditions de travail des SF, que les GO reconnaissent et favorisent parfois eux-mêmes, en déchargeant celles-ci de certains actes médicaux qui leur reviennent. Entre SF il s'agit de faciliter l'accompagnement de la patiente ou des parents, mais aussi de soutenir la collègue qui doit faire un travail reconnu comme pénible : « *en général on s'organise entre nous pour que celle qui s'occupe d'une mort fœtale ou d'une IMG ait le moins de patientes possible. Là on sait que ça va prendre du temps, prendre de l'accompagnement pour le coup et donc on essaie toujours de s'organiser* »^{SFNeII}.

Dans les maternités à très forte activité, avec plusieurs SF de garde, cette répartition peut suivre un tour de rôle, où l'une d'elles prend spécifiquement en charge les morts périnatales pendant que les autres se répartissent le reste de l'activité. Cet arrangement collectif préserve et soutient autant la SF dédiée à la mort périnatale que ses collègues, ou encore l'équipe tout

entière. Celles qui font une sorte de « sale boulot », à la pénibilité reconnue, bénéficient en contrepartie d'un allègement de leur charge de travail en ayant moins de situations à suivre. Tandis que toutes pourront échapper à des conditions de travail reconnues comme bien plus dures : « *Pour moi ce qui m'a posé le plus de problèmes avec les gardes difficiles, c'est de switcher entre la vie et la mort* »^{SFEmy}. En effet, SF et GO reconnaissent ensemble combien il leur est difficile de passer d'une situation de vie à une situation de mort, lorsqu'ils doivent s'en occuper en même temps : « *les collègues elles sont sympas quand on a genre un décès comme ça, elles vont dire « les autres dames on s'en occupe », « tu ne t'occupes que de cette dame » ou alors au moins on n'a qu'une dame à côté, mais à ce moment-là elles gèrent nos patientes, elles aident les collègues, celles qui comprenaient qu'on n'avait pas envie de passer de l'accouchement voie basse hyper heureux à la mort fœtale juste avant* »^{SFAude}.

Cette séparation des activités dédiées à la vie de celles dédiées à la mort permet un meilleur équilibre psychologique et émotionnel de chacun au travail. Elle est, de ce fait, également au service de celui-ci, afin de continuer à le faire le mieux possible : « *passer d'une salle où la maman elle va accoucher d'un enfant vivant à une salle où la maman elle va accoucher d'un enfant mort et du coup c'est un peu schizo eh ben oui on est là on passe de la joie à quelque chose qui est difficile c'est pas le même accompagnement* »^{SFJane}. Dans l'idée des soignants, cette répartition rend aussi service aux parents puisqu'elle permet de « *limiter le nombre d'intervenants* » auprès d'eux, ce qu'ils privilégient généralement durant toute la durée de l'hospitalisation. Elle permet d'assurer la continuité des soins, doublée d'une continuité du soutien relationnel qui installe, cependant, dans l'équipe, une forme d'économie globale où l'impact émotionnel est mieux contenu pour tous. Lorsque cette organisation fait défaut, elle semble relever d'une mauvaise entente dans l'équipe, celle-ci fonctionnant plutôt par « *clans* » que grâce à un véritable collectif de travail.

4.5.2 Le « sale boulot » de l'accouchement

« *mais c'est vrai que finalement comme travail de sage-femme on fait l'accouchement, mais d'un mort et d'un bébé mort* »^{SFGaby}. C'est avec l'accouchement que la mort se dévoile dans toute sa réalité dans le corps sans vie du fœtus. Ainsi la mort peut faire irruption plus ou moins brutalement sur la scène du travail des soignants sous des formes quelquefois exacerbées par l'horreur : « *c'est sûr que des fois ça ressemble, entre guillemets, à un petit « alien » entre guillemets* »^{SFAude}. Lorsque le fœtus est déjà « *macéré* », c'est-à-dire que ses tissus commencent à être abîmés par l'œuvre d'une mort moins récente, les soignants ont à faire avec un corps en

voie de décomposition qui commence déjà à effacer les traits d'une morphologie humaine : *« euh le vécu est différent aussi en fonction de l'aspect du bébé quand il est macéré qu'il est tout gonflé qu'il a la peau qui desquame c'est beaucoup plus effrayant pour tout le monde et qu'un bébé qui est sorti et juste après est décédé et il a encore son aspect de bébé et c'est moins difficile quoi, ça fait moins peur euh...oui j'ai vu des bébés ils n'avaient plus de peau quoi c'est pff c'est particulier... »*^{SFJane}.

La confrontation avec ce corps peut « heurter », susciter la « peur », la « stupéfaction », « l'horreur », comme des réactions de répulsion ou de dégoût que les soignants vont devoir contenir et surmonter : *« Je voulais essayer de me reprendre, essayer de prendre sur moi, j'ai bien vu que le bébé était mort depuis longtemps »*^{SFEmy}. Parfois mal formé, déformé, flasque sans la vie, noirâtre, violacé, presque disloqué, il va falloir le toucher, le prendre pour l'enlever du corps de la mère, puis l'emmener à l'écart, souvent dans le lieu de soin des nouveau-nés vivants. L'activité des SF prend alors une tournure particulièrement éprouvante où, à travers l'œuvre de la mort, l'accouchement qui célèbre habituellement la naissance, se transforme en « sale boulot », d'autant plus agressif selon les circonstances : *« on a eu une patiente qui a eu une mort fœtale, il est né en siège, rétention de tête, le bébé est sorti en deux morceaux, donc en effet c'était très très grave, la personne parlait qu'espagnol, c'est une personne que j'ai revue après qui voulait voir le corps alors là pour le coup j'ai pas pu...je l'ai convaincue de pas le voir »*^{SFElena}. Dans cette scène tragique, la violence du face à face avec un corps d'enfant décapité majore d'autant plus l'épouvante et l'effroi de tous.

Cette répartition des situations entre SF, née d'une entente collective, ne laisse toutefois pas vraiment seule celle qui s'occupe plus spécifiquement des morts périnatales : *« Je dirai qu'on n'est pas tout seul du tout. Mais par contre la sage-femme qui a cet accouchement, enfin c'est quand même elle qui le vit, quoi, avec le couple, je trouve. »*^{SFAude}. La SF est à la fois seule face aux parents, mais en même temps soutenue dans son activité par les autres. Pas seulement par l'allègement dans la répartition de la charge de travail, mais aussi par l'intervention de ses collègues SF, parfois infirmières ou auxiliaires de soins, rarement les GO, dans les moments les plus redoutés émotionnellement, celui de l'accouchement, de la prise en charge du corps sans vie et de sa préparation éventuelle pour une présentation aux parents. Certaines SF contournent cette difficulté en appelant le GO systématiquement pour l'accouchement, considérant qu'il doit être là puisque *« ce n'est pas un accouchement normal*

et que ce n'est pas de leur ressort. Elles ne veulent pas être seules pour l'accouchement d'un enfant sans vie »^{SFElena}.

Alors que pour une naissance vivante la SF n'est généralement pas seule, assistée d'une collègue, d'une infirmière ou même du GO lorsqu'elle s'annonce difficile, cette présence n'est pas requise dans le cas de la mort périnatale alors qu'elle s'avère pourtant indispensable en terme de soutien émotionnel dans le travail : *« je pense qu'il ne faut pas rester seul pppfff parce que...oui c'est c'est pour avoir un regard extérieur, je pense juste au moment de l'expulsion et de il y a des...au moment de l'expulsion, du contact du bébé à la naissance en fait, il faut qu'il y ait quelqu'un à côté pour aider un peu quand même en gros émotionnellement...moi je pense qu'il vaut mieux ne pas être tout seul en fait, moi pour les parents aussi en fait »^{SFGaby}. Rien n'est prévu à l'avance dans cette organisation « tacite ». Mais les SF sont unanimes, avoir quelqu'un avec soi dans ces pénibles moments, modifie la confrontation avec la mort, lorsque se retrouver *« avec ce petit enfant, pour lui faire les premiers soins, seule, c'est glauque hein d'être toute seule »^{SFLéa}.**

La solidarité, en ce temps malaisé de l'activité, offre une contention efficace face aux afflux émotionnels ainsi qu'une aide concrète pour les soins du corps sans vie, mais aussi pour *« les papiers »,* décrits comme un travail fastidieux par toutes les SF : *« il y a un travail administratif au niveau de la prise en charge de la mort fœtale et que ça reste un stress ces papiers parce que c'est hyperprotocolaire ...il faut surtout pas oublier une signature à droite ou à gauche, sinon on va nous faire tout un flan jusqu'au directeur, c'est vrai qu'on a une grosse pression par rapport à ces papiers »^{SFLuce}. Cette paperasserie administrative, médicale, légale est jugée complexe et rébarbative, comme une corvée ou un sale boulot supplémentaire, qui se surajoute à la mort périnatale elle-même : *« j'ai toujours trouvé que ces paperasses d'IMG étaient pesantes, mais est-ce que c'est lié au fait que ce soit un bébé qui n'est pas né ou lié au fait que c'est des papiers auxquels on n'a pas l'habitude, en plus de donner de l'énergie au couple, en plus on doit se taper des papiers et on ne doit pas se tromper dans les certificats, si on se trompe pour un certificat d'enfant vivant, les parents ils s'en foutent ils reviennent « oh vous avez fait une faute d'orthographe », c'est pas grave, un enfant mort, on a envie que tout soit bien carré, que les parents ils aient pas à se soucier des papiers en plus quoi »^{SFJane}.**

Cette SF remarque que, malgré tout, cette activité peut avoir un effet rassurant par une forme de mise à distance qu'elle procure face à *« ce truc hyperdur et on sait quoi faire, mais d'un autre côté peut être que cela empêche de penser aussi. »^{SFJane}. L'angoisse soulevée*

pourrait ainsi être déplacée vers du faire, où la composante active de l'activité concrète permet d'atténuer les tensions qu'elle aura suscitées, comme d'en détourner la pensée. Deux autres hommes SF constatent que cette pénibilité liée à la mort périnatale les incite à vouloir être le plus efficaces possible, afin que ce « *soit fait et pas le laisser aux autres* »^{SFPaul}, à l'équipe de relève, comme un « sale boulot » qui dans les règles de bonnes pratiques professionnelles ne doit pas être laissé aux collègues. L'efficacité permet aux soignants comme aux parents d'avoir à faire, concrètement, avec la mort, le moins longtemps possible.

4.5.3 Présenter un bébé aux parents

Les recommandations, données aux professionnels pour favoriser le deuil périnatal par la proposition faite aux parents de voir, de toucher, de rencontrer leur enfant avec la présentation de son corps sans vie, reposent presque entièrement sur les SF. Cette présentation, s'il y a lieu, se fait seule. Mais pour sa préparation les SF s'entraident et s'adressent aussi, tant que faire se peut, à leurs collègues paramédicales qui sont néanmoins en droit de refuser, car : « *Y en a qui te disent « ça c'est pas mon boulot »* »^{SFPia}. Ne pas être seule est cependant un leitmotiv dans le discours des SF : « *parfois on a une auxiliaire avec nous. Ça dépend de l'équipe, en fait. Il y a en a qui vont venir facilement vers nous et nous seconder et parfois parfois non. Mais dans le cas où on est seule, quand on peut on essaye d'être deux sages-femmes par exemple* »^{SFNell}.

Car il s'agit de manipuler un cadavre, parfois déjà plus ou moins abîmé, pour lui donner un aspect « *présentable* », le plus avantageux possible, qui puisse le faire apparaître comme la dépouille du bébé perdu par les parents. La dépouille d'un corps humain renvoie dans le langage courant à des représentations différentes d'un simple cadavre, un reste de ce qui a vécu et qui se décompose. Face à la dépouille d'un corps humain, c'est la personne à qui elle appartenait en propre qui est convoquée sous la forme d'une présence devenue absence. Ainsi le bébé, porté dans le projet parental, est lui aussi convoqué à travers l'humanisation du corps sans vie du fœtus que les SF vont entreprendre de réaliser. Ce travail fait dire à une SF « *qu'il y a des moments où peut-être que professionnellement on pourrait fuir* », mais où, parce que c'est impossible, « *il y a plein de choses qui se passent* »^{SFPia}, dans l'inévitable affrontement au réel de l'activité. Ces manipulations ressemblent de très près aux soins pratiqués habituellement sur les défunts dans les rites funéraires, et quelques rares fois relèvent quasiment de la thanatopraxie, lorsqu'il faut réparer ou reconstituer le corps abîmé, comme dans cet exemple où la GO elle-même a été appelée à la rescousse : « *Donc on m'a appelée, la dame était en pleurs parce que c'est affreux de perdre le bébé déjà et en fait la sage-femme et l'infirmière*

m'ont dit « A. c'est pas possible de le présenter comme ça » et j'étais obligée de coudre le cou du bébé et c'était juste affreux (insiste sur ce mot) [...] tu peux pas montrer ça à la femme, de peur qu'elle soit traumatisée, donc j'ai préféré coudre le cou et mettre quelque chose sur le cou et tout ça avec une compresse ou un truc, c'est beaucoup mieux pour le lui montrer. Donc l'intervention c'est nous, par moments c'est les internes, le plus souvent c'est les sages-femmes»^{GOSarah}.

Toutes ces manipulations signifient pour les SF qu'il faut laver ce corps sans vie, effacer les traces de sang, nettoyer ou arranger une peau sale ou déchirée, le couvrir, l'habiller « *pour les tout petits termes avec des vêtements miniatures, des tout petits vêtements* »^{SFElena}, lui confectionner un bonnet adapté, « *le mettre dans une position mignonne* », restituer une posture de tout petit « *sur un lit douillet* », pour « *arriver à faire ressortir le côté beau de l'enfant, même mort* »^{SFAude}. Cette minutieuse reconstitution demande des efforts de créativité et d'inventivité différents selon les contextes, afin de faire apparaître l'image la plus fidèle d'un bébé, pour les empreintes, mais surtout pour les photos remises ultérieurement aux parents : « *C'est pas évident, c'est pas facile à 18 semaines, ils sont, ils sont tout noir, enfin ils sont, bon, ils peuvent être « beaux » entre guillemets, mais c'est pas un bébé à terme avec la peau déjà bien formée et là on voit tout le système vasculaire, etc., donc c'est vrai que c'est difficile et puis le petit crâne tout mou, enfin, ces petits membres, donc essayer de les envelopper au mieux, est-ce que vraiment c'est nécessaire de voir tout le corps, leur mettre un petit bonnet, en fait essayer d'habiller cette photo au maximum pour la rendre humaine en fait* »^{SFLuce}.

4.5.4 Subvertir la mort par un travail de subjectivité

Certes les SF font état de pénibilité, de recul, de dégoût devant le corps sans vie, mais elles témoignent aussi d'une implication particulière, plus individuelle, par l'investissement de leur propre subjectivité lorsqu'elles cherchent délibérément à le faire apparaître sous la figure la plus humaine possible. Au-delà de ce travail sur les apparences, certaines confient avec beaucoup d'émotion combien elles-mêmes se sentent interpellées dans leur propre humanité alors que, dans le traitement du corps sans vie, elles se sentent convoquées au dialogue par cet enfant en devenir qui a cessé de vivre. D'ailleurs lorsqu'elles parlent du fœtus mort, tout comme pour les GO, le terme d'usage est celui de « bébé ». Il témoigne de la forme que cette réalité reçoit dès qu'elle est appréhendée par les pensées : « *alors moi je parle, quand j'habille les bébés, même si je suis toute seule, moi je parle (insiste sur ce mot), c'est ma thérapie de parler, donc je leur parle, quand je les prends, donc voilà, peut-être pas autant qu'à un*

nouveau-né qui est vivant, oui, même tout petit donc voilà »^{SFElena}. Une autre SF raconte la présentation du « bébé » mort aux parents ayant été, aussi, leur SF pour l'accouchement : « une fois qu'ils étaient partis que je devais remettre le bébé dans le frigo ben je lui avais dit un petit mot à l'enfant...enfin... je ne suis pas croyante, mais je lui avais juste dit voilà tes parents étaient très forts et ils vont t'aider à partir je l'avais remis dans le frigo et ça m'avait fait du bien en fait de lui dire ...ça peut paraître un peu débile...[...] oui, je lui avais parlé comme avec un bébé vivant en fait ...et du coup quand je l'ai remis dans son frigo eh bien c'était moins violent que s'il était resté dans le frigo »^{SFJane}.

Parce qu'il « faut que ça reste une naissance » et qu'il « faut que ça reste un enfant même s'il y a la mort »^{SFJane}, s'adresser au bébé que portait ce corps sans vie opère la transformation de celui-ci. Il n'est plus réifié tel un objet inerte manipulé, mais condition et témoin de la part essentielle de l'existence humaine, la subjectivité. Tout se passe comme si dans cet échange la subjectivité était instaurée, lorsque c'est « comme de parler avec quelqu'un d'autre, de rompre le silence... (silence) le silence c'est pas facile »^{SFElena}. La mort, dans sa réalité crue, du corps sans vie, dévitalisé ou abîmé, est mise à distance. Sa violence est atténuée pour les soignants autant que pour les parents par une intersubjectivité protectrice et partagée : « c'est pour les parents ! Mais ça peut presque aider les soignants faire tout ça parce que du coup ces choses-là le bain et tout ça je les ai vues apparaître dans le cursus, mais c'est vrai qu'au début c'était fait pour les parents, mais (insiste sur ce mot) se prendre un moment déjà pour avoir cet enfant mort dans les bras, de s'en occuper tranquillement, de veiller à ce que, parce qu'on va le montrer aux parents, nous on s'en fait une image d'un être vivant j'allais dire, qui vient de mourir, et pas d'un bout de placenta qu'on va mettre dans le frigo, c'est hyperimportant que pendant qu'on n'a pas enfin toute la pression, le temps à courir d'une femme à l'autre, on prend ce temps pour laver l'enfant, pour l'habiller, pour imaginer ce que l'on va aller dire aux parents et tout ça eh bien c'est presque du temps qu'on prend aussi pour nous. On a eu 12 heures de suivi de travail on n'a pas imaginé qu'à un moment donné, il y a un bébé, même s'il est mort, il y a un bébé et on peut s'occuper d'un bébé et c'est un temps pour le bébé. C'est un temps pour les parents, à venir, et c'est un temps pour nous »^{SFPia}.

Le temps de préparation du corps sans vie pour restituer l'image d'un bébé décédé, « une image d'être vivant », ne relève donc pas seulement de manipulations physiques prescrites par les protocoles d'accompagnement du deuil périnatal. Il est aussi préparé et manipulé subjectivement, appréhendé tel un bébé, avant d'être présenté aux parents. Lorsque vient le

temps de cette présentation, les soignants sont alors en mesure de les rencontrer, en vérité, à la hauteur de leur projet parental, plus à même de trouver les comportements et les mots les plus adaptés pour transformer une présentation en une rencontre, où « *c'est un vrai temps de mère avec son bébé* »^{SFElsa}. L'intensité ou la force de cette subversion subjective est manifestée par l'attitude des parents et restituée dans le récit des soignants. Alors que parfois ils hésitent à montrer un corps par trop abîmé et difficilement reconstitué, les parents y restent insensibles, ne voyant qu'un bébé, à l'image de l'enfant attendu, rêvé et perdu : « *tiens la dernière fois pareil, un enfant macéré, vraiment pas beau à la naissance, tout émacié on avait même du mal à le baigner on avait l'impression qu'il allait pouvoir perdre un bout de bras, quelque chose et ces parents-là ils voulaient absolument le voir et on a discuté avec les collègues, comment est-ce qu'on peut faire ça et puis à un moment donné je ne sais pas si c'est moi ou quelqu'un d'autre a dit « mais non non ils veulent le voir on ne peut pas aller contre », donc on l'a habillé du mieux qu'on a pu et ben là la mère l'a touché et l'a trouvé le plus beau bébé du monde, alors que c'était juste horrible* »^{SFPia}. Comme l'évoquent Marie-Frédérique Bacqué et Dominique Merg (2013, p.63) : « *Le bébé construit la parentalité. Même le bébé mort. Très souvent le fait de porter l'enfant déclenche d'autres gestes de maternage* ».

4.5.5 Les SF dédiées à la vie, mais vouées à la mort

Sur la scène de la naissance sans vie les GO sont, le plus souvent, absents, même s'ils font parfois une apparition, conditionnée par leur expertise médicale : « *mon point de vue mmm...mmm ils sont là pour, enfin pourtant Dieu sait que j'aime mes collègues qu'on s'entend bien et que j'aime la façon, enfin pas tous, dont ils travaillent, on s'entend cordialement on va dire, c'est vrai que, pour le coup, ils sont là dans l'annonce, ils sont là, c'est eux par exemple qui proposent l'interruption de grossesse et c'est si on objective une mort fœtale c'est pas à nous de l'annoncer, mais justement c'est en lien avec le médecin, donc ils ont des rôles clés quand même et puis c'est eux, enfin nous on prend en charge toute la période de surveillance avant, le « déclenchement » entre guillemets, et le moment de l'accouchement et l'après, mais eux ils ont aussi quand même des rôles stratégiques, c'est eux qui donnent la mifégyne⁸³, c'est eux qui posent les laminaires⁸⁴ la veille, etc. et nous après on ne les voit...on ne les voit en salle*

⁸³ Nom commercial d'un des médicaments provoquant l'interruption de la grossesse.

⁸⁴ Tiges d'algues comprimées qui gonflent avec l'humidité et dilatent le col utérin.

d'accouchement finalement que s'il y a un souci ou, si c'est un petit terme, pour la délivrance, mais sinon on ne les voit pas ou s'il y a besoin d'un geste technique particulier »^{SFLuce}.

Ainsi pour la naissance sans vie la présence du GO n'est plus du tout nécessaire, tandis que la pénibilité du « sale boulot » s'intègre presque naturellement dans l'activité des SF puisque, de façon routinière, elles ont toujours la charge du nouveau-né, vivant ou mort. Lorsque le fœtus est encore vivant, mais qu'il n'est pas viable, les SF évoquent leur solitude là où ni le GO, ni le pédiatre n'interviennent. Tout se passe comme si le GO ou le pédiatre avaient leur place sur cette scène tant que la vie est encore en jeu, principalement dans l'urgence. Lorsqu'il n'y a plus d'espoir, les SF considèrent qu'on leur abandonne, en quelque sorte, la gestion du fœtus mort ou de celui qui va mourir inéluctablement : *« alors pour le coup on se retrouve assez seule. Et les pédiatres ne viennent jamais dans ce cas-là et parfois il y a des anesthésistes qui viennent nous aider, mais souvent on est à deux sages-femmes pour accompagner ce bébé souvent, on se met dans une petite pièce à l'écart et voilà. »*^{SFEmy}. Accompagner signifie, pour les SF, qui en parlent, à cet endroit, à la fois hâter sa fin de vie en l'endormant par une drogue anesthésiante, mais aussi rester avec lui, être *« concrètement auprès de lui »* afin qu'il ne soit pas *« seul »*. Comme dans le temps de préparation du corps sans vie, cette assistance est prodiguée à un « bébé », dont l'humanité n'a de cesse d'interpeller les SF. Encore une fois cette volonté consciente « d'accompagner » se traduit par l'investissement et le travail de la subjectivité pour une situation qui prend réellement le statut d'une fin de vie d'une existence humaine : *« « mais là pour le coup quand ça m'est arrivé encore il n'y a pas très très longtemps d'accompagner des bébés pour lui dire au moins « je suis là », pour parler [...] donc moi je me dis, je peux lui parler, je peux l'accompagner »*^{SFEmy}.

Les GO rapportent peu de situations où leur activité les confronte à la gestion de la fin de vie d'un fœtus non viable. Une des GO, proche de la retraite, considère d'ailleurs que l'évitement de ces pénibles contextes est une tendance qu'elle considère spécifique à la profession : *« l'enfant très prématuré qui est en train de gasper⁸⁵, l'accompagner jusqu'à la mort, moi j'avoue que cela ne me pose pas de problème, cela ne m'en a jamais posé, et j'ai vu que ce soit du côté, je parle surtout du côté des sages-femmes, elles sont plus prises dans le truc, et des fois elles sont de garde, elles sont obligées d'être là de donner leur avis, mais au*

⁸⁵ Respiration courte et bruyante de fin de vie

niveau des médecins, que ce soit les pédiatres, les anesthésistes et certains de mes collègues obstétriciens, ils ont toujours de bonnes excuses pour se défilier et tu ne les vois pas »^{GORose}.

Cette distribution du travail entre SF et GO, non prescrite, mais présente dans l'activité réelle, reçoit une sorte de confirmation par certaines situations évoquées par les SF, avec leur malaise. Pour l'une d'elles, celui-ci tient au fait d'avoir fait appel au GO en urgence pour un fœtus mort qui reste bloqué aux épaules à l'accouchement. Mais le GO arrive sur place en pensant intervenir pour une naissance vivante, si bien qu'il « *a eu la peur de sa vie* » pendant « *un quart de seconde* ». Cette SF se sent responsable de la méprise comme si elle n'avait pas respecté les règles de bonnes pratiques professionnelles : « *je me suis dit « mais quelle idiote, je me suis trouvée idiote je me suis trouvée bête et d'avoir géré les choses comme ça je me suis dit « c'est n'importe quoi »^{SFJane}. L'émotion est intense avec le récit et témoigne de la manière dont la SF a pu être affectée dans son travail : « (elle pleure), en fait quand on fait ce genre de métier on veut faire les choses bien et puis quand on les fait pas bien du coup, du coup on le vit mal...mais ça marche avec la mort, ça marche avec un enfant vivant ça marche dans toutes les situations quand on a l'impression qu'on n'a pas bien fait son travail et qu'il y a des émotions humaines en jeu et des gens qui vivent des choses intenses que ce soit dans le positif ou dans le négatif, en l'occurrence je n'ai pas été là au meilleur de moi quoi (elle renifle) »^{SFJane}.*

Une autre illustration est donnée par une SF qui appelle les pédiatres aux urgences de la maternité pour une femme qui, à peine arrivée, est en train d'accoucher alors que les bruits du cœur du fœtus, difficiles à trouver, laissent craindre pour sa vie : «*et ma collègue toujours qui galérait pour avoir un peu les bruits du cœur, je dis à l'infirmière d'appeler les pédiatres et là je ne sais pas pourquoi je me dis « ce bébé est malformé », je sais pas je pars sur cette idée-là, j'avais une drôle de sensation en plus. En fait il est né mort, il était macéré en fait, il était mort depuis plusieurs heures et là je sors ce bébé mort avec les pédiatres en plus à côté de moi ...donc là c'est terrible quoi c'est vraiment un choc »^{SFEmy}. Dans ces deux situations, tout se passe comme si GO et pédiatres avaient été déplacés indument puisque l'enfant était mort, alors qu'ils ne devaient intervenir que sur une scène plus prestigieuse, celle d'un sauvetage vital.*

4.5.6 La reconnaissance du « sale boulot » bien fait

De façon récurrente, si les SF déplorent l'absence du GO dans ces circonstances, les GO de leur côté valorisent plutôt le travail des SF, sans y participer cependant : « *je pense que les sages-femmes le font elles sont très bien [...] ah oui c'est éprouvant (insiste sur ce mot)...c'est*

difficile c'est difficile non, mais je trouve que c'est bien fait, partout où j'ai été je trouve que c'est vraiment bien fait »^{GODavid}. Certains GO expriment néanmoins le désir de rester présents malgré tout, en soutien, sous forme d'une attitude de retenue, comme si leur présence pouvait gêner le travail des SF par un intervenant supplémentaire ou par une forme d'intrusion injustifiée dans ce temps d'intimité, notamment avec les parents. Lorsque le collectif de travail dans l'équipe conduit à une bonne entente entre SF et GO, ces divisions du travail et des tâches semblent mieux vécues, moins marquées, même si elles s'accroissent avec l'intensification de la charge de travail due à l'augmentation du nombre des naissances dans les maternités. Comme les GO d'ailleurs, seules les SF les plus anciennes dans le métier auront connu des temps différents, « *où même les psychologues disaient « faut pas montrer le corps* » »^{SFEmy}. Une SF estime « *qu'on ne s'en occupait pas comme d'un placenta, mais...pas loin, on les mettait dans du papier, les bébés morts avant, voire dans un pot quand c'était des fausses couches* »^{SFPia}. Elle pense que les nouvelles pratiques auront permis une sorte de libération de la « *chape de plomb du professionnel* », en permettant de prendre en compte combien les parents autant que les soignants étaient affectés, là où auparavant elle identifie un « *vécu à la sauvage* », silencieux, pesant et surtout muet, car inaccessible à toute forme de pensée.

Les SF et les GO, qui ont connu et vécu ces changements de pratiques, soulignent tous leurs effets positifs, autant pour les parents que pour les soignants. Toutes les SF, de façon générale, constatent que ces pratiques sont bénéfiques pour les parents, alors qu'elles améliorent leur propre vécu émotionnel au travail, voire qu'elles sont à l'origine des plus grandes satisfactions professionnelles, au-delà des joies et des gratifications des naissances. Ce que certaines confient avec beaucoup d'émotion : « *Et la plus belle lettre que j'ai eue de ma vie et hhhh la la (elle a les larmes aux yeux) c'est c'est presque un souvenir plus fort qu'une naissance presque, tu vois, vraiment comment ils allaient faire pour que les faire-part étaient prêts, tout ça, enfin vraiment c'était très fort. Eh bien ça quelque part ça m'a aussi ça m'a un peu... (elle change de ton de voix) réconciliée ça m'a un peu dire « oui je suis capable d'encaisser ça* ». Grâce à ça ben les gens ils peuvent compter sur moi, quoi quand c'est dur, quand il y a un truc de mort eh bien je suis là quoi, y a pas de souci, je peux parler à une femme qui a son enfant mort in utero de son enfant mort, je peux lui montrer voilà je ne dis pas que ça ne me fait rien hein attention, je ne suis pas passée dans le protocole, je ne suis pas passée dans le protocole « *on le bel enfant on lui fait la photo* » comme on nous le serine »^{SFPia}.

Face à cette distribution du travail, une SF constate que les GO « *ont aussi beaucoup d'autres choses à faire* » et qu'elle ne « *leur en veut pas* » de cette place professionnelle où elle semble reléguée. Ce rôle lui semble même être un avantage lié à la charge du métier, puisqu'elle permet d'accompagner les gens « *dans les moments clés* » de leur existence, qu'il s'agisse de la mort ou de la naissance. Il met en avant, une fois de plus, l'image de la SF dédiée à la vie autant qu'à la mort. Plutôt que de voir la distribution du travail entre SF et GO comme un abandon de la part ingrate d'un sale boulot à la SF, elle y voit un privilège, grâce à la reconnaissance que les parents peuvent exprimer : « *un privilège (silence) malgré tout je pense parce que ça nous apporte beaucoup, c'est drôle parce que j'ai reçu là ce week-end, samedi, ça m'émeut d'ailleurs, une lettre d'une patiente (elle pleure), je trouve ça magnifique parce que je l'ai accouchée il y a deux ans c'était une IMG et là elle vient d'accoucher et (voix chevrotante) elle a une petite fille qui va bien et elle voulait me remercier de mon accompagnement et ça me fait superplaisir, ça m'a vraiment ému cette lettre quand je l'ai lue et elle est passée par une autre collègue, une sage-femme libérale pour trouver mon adresse, pour me l'envoyer, j'ai trouvé ça vraiment...très fort (sanglot) et malgré tout je pense qu'on a beaucoup de chance...(elle renifle)* »^{SFE_{my}}.

À travers la reconnaissance des autres professionnels, dont celle des GO, mais surtout celle des parents, ces activités, certes malaisées à tout point de vue pour les SF, se transforment en noble charge qui transfigure un « sale boulot ». L'accompagnement, au cœur des motivations professionnelles des SF (Charrier, 2011), fait ici d'elles des « *actrices de premier ordre* »^{SFA_{ude}}, tandis qu'elles reconfigurent positivement une activité ingrate par la voie d'un traitement symbolique offert par l'intersubjectivité partagée.

4.6 La mort périnatale *per partum* à terme

Après avoir tenté de restituer un ensemble d'éléments communs au travail des soignants sur les trajectoires de la mort périnatale inattendue, l'analyse va s'attacher à un type de trajectoires, au relief singulier, qui peuvent être regroupées autour de la mort périnatale inattendue du fœtus à terme au décours de la naissance. Ce, en raison de l'intensité de leur impact sur les soignants qui permet de mettre plus facilement en évidence les paramètres qui concourent à constituer des atteintes plus ou moins importantes sur toutes les trajectoires. Mais aussi, au-delà, pour dégager plus aisément les stratégies individuelles et collectives de dégageant, par le relief qu'elles prennent dans ces situations, comme par l'éclairage qu'elles offrent pour mieux comprendre le travail des soignants en de telles circonstances.

4.6.1 La scène d'une mort traumatique

Pour les parents la grossesse à terme est signe d'aboutissement de leur projet d'enfant avec la naissance. Pour les soignants, SF et GO, celle-ci représente également l'objet culminant de leur travail, au cœur de leurs choix, de leurs motivations et de leurs investissements professionnels. Avec le terme de la grossesse, les différences significatives d'appréhensions, de représentations et d'investissements du fœtus entre parents et soignants convergent autour de l'enfant réel, en capacité de vie autonome. Chacun attend la naissance à hauteur d'un enfant où naissance et nouveau-né se confondent avec la figure de la vie, tandis qu'il est proprement impensable ou insensé que naître et mourir puissent advenir en même temps. Cet insensé ne fait pas partie des représentations mentales des parents, pas plus que de celles des soignants, comme quelque chose à quoi on peut s'attendre : *« et puis après il y a d'autres situations encore et qui sont encore autres c'est les décès périnataux d'enfants qu'on n'attendait pas aller mal et qui décèdent en salle de travail. C'est encore une autre situation (retient son souffle)... et je n'ai pas envie de dire que c'est la plus dure, mais c'est celle qu'on attend le moins (insiste sur ce mot) finalement et c'est celle-là qui est vraiment difficile. »*^{SFNell}.

Chez les soignants, même si cette mort périnatale fait partie des connaissances de l'expérience professionnelle, elle n'est pas attendue dans l'activité ordinaire au travail. Elle est surtout celle que les soignants souhaitent ne jamais rencontrer : *« mais c'est tellement rare qu'on se dit que ça ne va pas nous arriver forcément, surtout un échec de réanimation où tout le monde est sur place »*^{SFEva}. Avec cette mort, l'impensable du réel de la mort s'abat sur la vie des parents, mais aussi sur l'activité des soignants. Entre parents et soignants, la perte est collatérale. *« On l'a perdu »* disent certains soignants pour évoquer le nouveau-né décédé, soulignant ainsi combien cette perte s'inscrit dans l'activité collective : *« ...et... de se dire « bon ben ça y est on a perdu », c'est tout ça qui c'est le décès qui est lourd aussi »*^{SFNell}. L'activité elle-même est vécue sur le mode de la perte, alors qu'elle semble inutile, vouée à l'échec et à l'impuissance : *« ...euh comme ça, un échec de réanimation, on se sent incompétente, pas forcément moi, mais l'équipe, on est face à un échec « on n'a pas pu sauver un bébé », voilà c'est plutôt ça »*^{SFEva}. Sur cette trajectoire, lorsque la mort périnatale survient, elle est soudaine, imprévue, brutale, avec la violence du traumatisme pour les parents et qui cependant n'épargne pas les soignants : *« ça elle avait eu un travail brillant, un accouchement brillant et en fait l'enfant n'a jamais crié on a fait la réanimation ensemble, le pédiatre est arrivé très vite...et le SAMU aussi et en fait on n'a jamais pu le réanimer c'était assez lourd »*^{SFNell}.

Cette mort relève presque toujours d'un contexte d'urgence où l'équipe médicale, SF, GO, pédiatre, parfois anesthésiste, sont actifs ensemble sur la scène d'un sauvetage. Cependant sur cette scène les intervenants sont mis en échec. Ce qu'ils ont entre les mains dans l'activité réelle, c'est le contact et la proximité avec la mort tandis qu'ils y assistent impuissants. Dans le langage médical, le nouveau-né est dit en état de mort apparente à la naissance lorsqu'il est mou comme une poupée de chiffon, sans respiration, avec un cœur faible ou absent. L'effet de la mort est palpable sous les mains par la façon dont elle saisit le corps du nouveau-né dans ces gestes d'une réanimation qui tente de l'aider à retrouver la vitalité. Sur cette scène les soignants subissent la confrontation à la mort dans le réel de l'activité déployée, par sa mise en défaut. Ils sont doublement touchés. Par la mort d'une part, mais aussi par le fait d'être témoins du traumatisme vécu devant eux par les parents. Pour les soignants cette mort représente également un choc psychologique incontestable, manifesté par des signes de détresse émotionnelle, des atteintes psychiques, transitoires ou non, présents dans leurs récits, avec parfois la création d'une empreinte plus ou moins forte d'un passé professionnel douloureux.

4.6.2 Les troubles psycho-émotionnels

Dans le cadre de leur travail, les soignants ont tous été confrontés à des situations de stress aigu dans le contexte d'une mort périnatale *per partum* à terme, soit comme acteurs, soit comme témoins : « toutes ces histoires elles sont ancrées en moi »^{GODavid}, dit un GO tandis qu'une autre affirme « Je comptabilise mes échecs »^{GOLili}. Les entretiens montrent que quasiment chacun d'entre eux rapporte au moins un événement ayant laissé un souvenir émotionnel si vif que l'on pourrait penser qu'il est récent dans l'histoire professionnelle, alors que le plus souvent il est ancien. Ce souvenir est parfois encore très pénible, loin d'être intégré ou suffisamment repris pour s'inscrire sans souffrance dans le passé professionnel. L'émotion que suscite la remémoration de telles scènes est manifeste chez les SF, avec parfois des larmes, tandis qu'elle est moins visible chez les GO qui se contiennent beaucoup plus. Néanmoins la description du vécu initial donne à comprendre combien le soignant a été marqué par cette confrontation avec la mort en de telles circonstances. Être « choqué » ou « sidéré », être « traumatisé », vivre « l'horreur », « la violence » sont des termes qui reviennent, même si les GO insistent en même temps sur l'obligation de « ne pas craquer devant l'équipe », de réprimer leurs émotions pour ne pas « être submergés ». Les pleurs sont facilement rapportés par les SF : « peut-être qu'en rentrant de garde je vais pleurer un coup ou ce genre de choses »^{SFYan}. Sauf exception peu de GO en font mention : « le lendemain matin au staff j'ai éclaté en sanglots

de toute façon et j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps devant tout le monde. Ça fait du bien et ça s'est réglé comme ça. »^{GOLili}.

Les récits font également état de pensées indésirables qui surviennent ultérieurement, sous forme de souvenirs : « *ah je me souviens très bien des gens en pleurs et des gens en pleurs partout (insiste sur ce mot), tout le monde pleurait, les sages-femmes, les infirmières, les aides-soignantes. Ce sont des images des flashes qui me resteront »*^{GODavid}, rapporte ce GO pour des jumeaux à terme, morts à la naissance. Certains soignants évoquent un sommeil altéré, des « rêves », des « cauchemars » ou des reviviscences intrusives : « *ils ont arrêté la réa au bout de trente minutes [...] et je me souviens il [le bébé] avait la bouche qui s'ouvrait et je lui ai refermé la bouche et après je ne sais pas pendant une quinzaine de jours, trois semaines, à chaque fois que j'étais toute seule avant de m'endormir ou que j'étais toute seule en voiture, je me voyais fermer la bouche de cet enfant »*^{GOLili}. D'autres encore signalent des pensées qui s'imposent par le fait de « ruminer », ou « d'être tourneboulée » lorsque « *tu te refais le film pendant longtemps »*^{GOJade} et qu'« *on en rêve la nuit »*^{SFNell}. Le plus souvent ce sont des sentiments de tristesse et de culpabilité, parfois très intenses surtout chez les SF, qui accompagnent ces états. L'analyse de ce sentiment de culpabilité, pour ces situations, sera menée plus précisément dans un second temps.

4.6.3 Les répercussions sur le travail

À plus long terme les soignants évoquent des changements dans leurs investissements professionnels, signe d'une souffrance au travail : « *cette sage-femme je l'ai vue revenir, on sentait qu'elle n'avait plus trop envie de faire de la salle...elle était vraiment triste... »*^{SFAude}. Pour se protéger, certains tentent d'éviter de se retrouver dans la même situation : « *La sage-femme qui s'est occupée de ces jumeaux a continué de travailler, elle travaille, elle a continué à être sage-femme, mais elle est vraiment traumatisée ; c'est-à-dire que pendant un an, même deux ans, elle ne voulait plus s'occuper de gémellaire par exemple »*^{GODavid}. Une SF signale l'apparition d'un eczéma qui, de fait, l'empêchera de retourner travailler en salle des naissances : « *c'était horrible, hein, j'ai eu de l'eczéma sur les mains et les pieds pendant un an, mais horrible, tout de suite après »*^{SFElsa}. Généralement, dans les récits, les soignants évoquent la difficulté de retourner sur le lieu du drame : « *c'est dur de revenir en salle »*^{SFAude}. La « *peur, je pense le stress de revivre ça »*^{SFEva} suscite l'intense sentiment d'une reviviscence.

Face à l'anxiété qui peut se déclencher plus facilement dans l'activité lorsque des naissances difficiles s'annoncent, l'évitement de certaines situations obstétricales, ou même de la salle des naissances, sont des mesures de protection psychique. C'est ainsi qu'une des SF rencontrées a choisi temporairement de travailler au service des suites de couches : *« oui c'est lourd. Là ça fait six mois, j'y repense souvent. Ça dure oui ça dure. Après je suis souvent ici aussi, donc dès qu'on parle d'un dossier où il y a des anomalies du rythme forcément on y repense »*^{SFEva}. Il est notoire cependant, pour les SF comme pour les GO, qu'une mort périnatale de ce type peut avoir des répercussions si importantes sur la vie professionnelle qu'elle peut conduire à des cessations d'activité : *« non j'ai vu une fois quelqu'un qui a eu une dystocie grave des épaules, bébé mort, elle s'est arrêtée. Il y a des choses qui traumatisent tellement qu'on s'arrête »*^{GODavid}. La tendance générale des soignants va plutôt dans le sens de la compréhension d'une telle décision, tant ils ont eu chacun à faire face, à un moment ou à un autre, à une situation qui les aura grandement éprouvés, au point de se poser la même question. Une GO signale d'ailleurs que la consommation de substances psychoactives fait partie des solutions trouvées pour supporter ce qu'une autre appelle *« des cas qui peuvent te suivre »*^{GOSarah}, et grâce à ce moyen continuer à rester au travail : *« Je pense à un truc où j'ai vu des médecins qui prenaient des médicaments par rapport à des choses qu'ils ont mal vécues hein... »*^{GOLaure}.

La peur semble venir s'immiscer davantage dans le travail. Elle a plusieurs visages : celui de la reviviscence, celui d'une autre confrontation au même événement, mais aussi celui d'une mise en cause personnelle et individuelle, avec la crainte du médico-légal, par le recours en justice dont le contexte sera spécifiquement analysé plus loin : *« non, ça ne m'empêche pas de dormir tous les soirs, non, j'y pense tous les 14 février. Ça c'est clair, c'est comme ça. Mais non je ne vis pas la peur au ventre d'un procès ou quoi que ce soit, mais quand j'y pense, je me dis « ben tiens si les gens voulaient... »*^{SFLéa}. Les propos de cette SF attestent aussi la façon dont l'événement douloureux laisse une trace marquante dans le souvenir, au point d'entrer en résonance et d'être réactivé par une simple date anniversaire. D'autres soignants évoquent des faits similaires, où le souvenir garde longtemps une capacité troublante, voire déstabilisante. Dans le cas d'une SF, ce souvenir est littéralement entretenu par un devoir de mémoire qui montre à quel point la mort périnatale l'aura affectée, non pas seulement professionnellement, mais aussi personnellement dans sa vie privée : *« je vais sur la tombe de ce bébé qui est décédé, la première petite fille, à peu près tous les ans, j'y vais »*^{SFElsa}.

4.6.4 Un événement potentiellement traumatique pour les soignants

Freud définit en 1920 le traumatisme psychique comme un débordement des capacités de traitement psychiques. Dans cette conception économique, « *L'afflux d'excitations est excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique, qu'il s'agisse d'un seul événement très violent (émotion forte) ou d'une accumulation d'excitations dont chacune prise isolément serait tolérable* » (Laplanche, Pontalis, 1997, p.500). Actuellement la psychopathologie considère qu'un événement à potentiel traumatique présente quatre caractéristiques : il est soudain et inattendu ; il provoque un sentiment d'impuissance extrême, d'affolement et/ou de colère ; de fortes émotions sont présentes, avec la honte, la culpabilité, le chagrin et la peur intense ou l'effroi ; il relève d'une confrontation directe ou indirecte avec la mort. Ces éléments ont été clairement dégagés pour la mort périnatale *per partum* à terme. Sous ces différents aspects, elle peut se révéler comme potentiellement traumatique pour les soignants à leur travail. Freud s'était intéressé aux conséquences du psycho-traumatisme qu'il avait rassemblées initialement sous la notion de névrose traumatique. De nos jours la psychiatrie reconnaît ses effets sous la forme de troubles de stress post-traumatiques (TSPT) qui, regroupés par catégories, selon leur fréquence, leur nombre, leur durée et leur intensité constituent un état de stress post-traumatique (EPTS) classifié dans le DSM III et dans le DSM IV⁸⁶. Sans entrer dans les discussions largement débattues sur la constitution de catégories diagnostiques à partir de symptômes répertoriés, il est néanmoins admis de distinguer les effets normaux d'un stress aigu, consécutifs à un événement choquant, de la constitution d'un réel traumatisme psychique caractérisé par une série de symptômes psychiques devenant chroniques et capables d'altérer le cours de la vie du sujet, notamment par son retentissement social et familial. Les troubles de stress post-traumatiques sont réactionnels au choc subi et sont classés selon trois occurrences : les reviviscences intrusives et anxieuses avec des cauchemars, des pensées non désirées, des pleurs, des insomnies ; des comportements d'évitements volontaires ou involontaires de ce qui peut rappeler l'événement traumatique ; une hyper vigilance malgré l'absence de danger. Tous ces éléments sont également présents et rapportés dans les récits des soignants.

L'hyper vigilance dans l'activité est retrouvée dans le surinvestissement médical pour tenter de contrôler davantage la survenue de la mort périnatale : « *enfin bon, quitte à*

⁸⁶ Manuel de diagnostic en psychiatrie.

surmédicaliser en fait, oui en fait c'est ça, à être taxée d'angoissée par mes collègues et tout ça, maintenant je m'en fiche un petit peu, parce que je pense qu'il y a des gens « oh là là elle demande ça elle demande ça »^{SFElsa}. Les pratiques obstétricales peuvent s'en trouver fortement influencées : *« c'est quelque chose que j'ai vu plusieurs fois, que je n'ai pas vécu personnellement, par exemple il y a des gens qui ont eu des difficultés avec un accouchement par le siège, après ne plus faire un accouchement par le siège, par les voies naturelles, enfin, plutôt par césarienne, je pense, c'est classique... Pareil un accouchement difficile avec dystocie⁸⁷ des épaules, après le moindre bébé gros, enfin rien n'est facile, enfin voilà, des choses comme ça. Ça peut changer les pratiques »*^{GOSarah}. Ce surinvestissement médical, considéré par les soignants comme une « surprotection » des patientes, particulièrement pour celles qui ont eu des antécédents de mort périnatale, apparaît néanmoins aussi comme une surprotection pour eux-mêmes comme pour l'équipe tout entière : *« ça marque par plus de ...plus de prudence, plus de césariennes j'ai remarqué aussi à ce moment-là pour des troubles du rythme en particulier, j'ai remarqué l'équipe que ce soit les médecins, les sages-femmes plus inquiets dans la prise en charge des choses et dès qu'il y avait la moindre pathologie, le moindre souci beaucoup plus ...comment dire...d'interventions, voilà »*^{SFRomy}.

Les troubles post-traumatiques chez les intervenants en situation d'urgence sont actuellement reconnus chez les sapeurs-pompiers, le SAMU ou le personnel des urgences. Ils apparaissent comme tels également chez les soignants en maternité, tout particulièrement avec la mort périnatale *per partum* à terme. Ils sont accompagnés, dans ce cas, tout autant par des sentiments de dévalorisation, de perte de compétence et de culpabilité. Leurs retentissements à long terme semblent variables, mais susceptibles de laisser une empreinte douloureuse dans le passé professionnel. Ils ont leur part dans les changements professionnels individuels au travail : *« Mais évidemment que cela peut marquer à vie, c'est logique »*^{GODavid}.

4.6.5 Les circonstances aggravantes

4.6.5.1 Être actif

La situation des soignants face à la mort périnatale à terme diffère néanmoins nettement, sur un point majeur, de celle des professionnels de l'urgence mentionnés ci-dessus. Certes

⁸⁷Accident obstétrical majeur avec le blocage du fœtus après le dégagement de la tête.

l'activité de sauvetage de ces derniers peut être mise en échec, mais ils ne sont en rien partie prenante, avant sa survenue, du contexte dans lequel elle survient. Ce n'est généralement pas le cas pour les soignants qui sont sur scène bien avant la naissance. De ce fait l'activité mise au service de la vie peut être interrogée, voire remise en question pour identifier des éléments qui auraient contribué, directement ou indirectement, à la survenue de cette situation. La mort met leur activité en échec doublement. L'activité initiale n'aura pas permis la vie avec la naissance vivante. Mais l'intervention en urgence à la naissance n'aura pas permis de la sauver non plus : *« (silence) ben c'est difficile parce qu'on se dit que vraiment on ne sait pas réanimer des enfants, au début, forcément ça nous passe par la tête, on ne sait pas s'y prendre »*^{SFNell}. Avoir échoué, mais avoir été actif concrètement par des gestes d'assistance fait d'autant plus peser sur les soignants des sentiments d'échec et de culpabilité : *« je pense que l'équipe était aussi dans la culpabilité de se dire « on a raté quelque chose, on aurait dû intervenir beaucoup plus tôt », mais on quand on s'est mis à vouloir intervenir c'était trop tard, c'est-à-dire il n'y a pas eu l'idée une demi-heure plus tôt « on aurait pu faire une césarienne », non c'était dans les jours qui ont précédé où on aurait dû intervenir, il y avait un peu une espèce de culpabilité pour plein de gens de l'équipe donc il y avait une espèce de culpabilité, je pense »*^{GORose}.

L'échec retentit sur l'équipe au sens restreint, active au moment de la naissance et de la réanimation, autant que sur l'équipe au sens large, impliquée dans le suivi médical global. Par ailleurs le malaise ou la souffrance de chacun, par les liens d'équipe, se propage à tous les autres. Les effets d'un psycho-traumatisme sont reconnus par leur capacité de contamination, chacun pouvant être affecté, en plus de son propre choc émotionnel, par ce qui affecte si durement l'autre, par les voies de la vie psychique collective partagée au travail.

4.6.5.2 La teneur de l'identification

Un autre élément contribuant de façon significative au retentissement de la mort périnatale sur les soignants sur cette trajectoire, tout comme sur la précédente, relève des qualités de l'identification mises en jeu entre soignants et parents : *« même si on est la professionnelle, il y a une partie de notre vie personnelle qui se reflète dans notre vie professionnelle et qu'on met plus ou moins de côté parce qu'il faut, mais nos émotions forcément on ne peut pas toutes les bloquer, quoi. »*^{SFLuce}. Toujours en se référant à Sigmund Freud, l'identification, comme expression du lien émotionnel du sujet avec l'autre, son objet, prend la tonalité de ce qui a été mis en commun. Cet aspect est manifeste d'emblée pour les soignants lorsque la patiente est « jeune », c'est-à-dire souvent dans la même tranche de vie

qu'eux ou encore lorsqu'elle est déjà connue à travers son parcours médical précédent : « *une patiente à qui j'étais très attaché parce que je l'avais déjà accouchée pour son premier, et il y avait une mort in utero pour cette grossesse, ça m'avait beaucoup touché [...] C'est logique qu'on soit un peu plus touché quand on connaît entre guillemets la personne.* »^{GODavid}.

Cet élément commun qui aura interpellé le soignant chez l'autre comme faisant partie de lui-même pourra se décliner de façon variable à partir de ses caractéristiques personnelles étayées sur le lien professionnel. De nombreuses situations illustrent la manière dont ces phénomènes d'identification concourent à majorer l'impact de la mort périnatale sur les soignants, particulièrement lorsqu'elle fait écho à l'histoire personnelle : « *Il y a aussi celle qui était démunie quand le bébé est né vivant et qu'on a pas réussi à réanimer et qui est décédé, c'était aussi une sage-femme qui avait perdu elle-même un enfant autour de 21 semaines, donc je pense que ça a été compliqué aussi pour elle* »^{SFElena}.

Un des hommes SF rapporte « *ce cas d'il y a quatre ans* » qui « *efface le reste* », auquel il « *repense souvent, très souvent* », où la césarienne faite en urgence n'a pas permis de sauver un enfant à terme, dans un contexte d'accident hémorragique, alors que lui-même attendait la naissance imminente du sien : « *c'est vrai que moi ça m'avait particulièrement touché parce que c'était un peu le reflet, pas tout à fait, mais comme quoi à 38 semaines et demie, ça peut m'arriver ; c'était un peu en miroir et c'est vrai que ça m'a...marqué* »^{SFPaul}. Les situations se suivent dans les récits de ces morts et mettent en scène, pour chaque soignant, selon des critères individuels, des éléments communs dans l'identification souvent liés à la parentalité ou à la naissance ; ce fond commun qui est également celui de la scène professionnelle, celle du travail.

Les effets de cette identification sont restitués au niveau de l'équipe par une situation particulièrement dramatique, qui met en scène le collectif de travail, avec le nouveau-né de la fille d'une des GO de l'équipe, qui vient d'accoucher. Le nouveau-né décède subitement collé au sein de sa mère en salle des naissances. Comme les trajectoires professionnelles des SF et des GO le montrent, les soignants choisissent souvent de donner naissance à leurs propres enfants au sein de leur équipe de travail. Signe de reconnaissance des compétences, comme de confiance vis-à-vis des collègues, le lien personnel s'y trouve très profondément intriqué avec le lien professionnel. Dans ce contexte la mort périnatale produit individuellement et collectivement une déflagration interne majeure par l'atteinte des soignants et de leur travail, comme c'est le cas pour cette mort néonatale en salle des naissances : « *c'est vrai que c'était le choc tout le monde était très très choqué de l'ASH [agent de service hospitalier] jusqu'aux*

médecins, j'étais là quand on l'a annoncé au médecin de garde, tu imagines comment elle a pu le prendre, je pense que là ça a affecté tout le monde [...] oui, ça a touché personnellement et c'était « et qu'est-ce qu'on va faire...maintenant » et les discussions pendant les semaines qui ont suivi, c'était « il ne faut pas qu'on tombe dans l'excès, qu'on mette pas un scope [moniteur de surveillance] à tous les enfants, il faut pas qu'on incrimine un tel et un tel » et après le « pourquoi, pourquoi », je pense que ça a été ça a été très très difficile. C'est un sujet qui revenait beaucoup et qui laissait toujours un moment de silence [...] je pense que c'est aussi une histoire qui, qui ...marque, qui marque l'institution aussi (insiste sur ces mots) qui m'a marquée, moi, dans ma carrière, plus que d'autres enfants. C'est vrai qu'à partir du moment où on connaît on essaye de trouver une raison et si c'est pas une raison médicale, on essaye de trouver une injustice, une justice et là elle y est pas »^{SFElena}. Ici, l'enchevêtrement des liens privés et professionnels ne peut qu'accentuer le choc à valeur potentiellement traumatique.

4.6.5.3 L'amplification

« l'équipe a fait cette expérience, malheureusement deux fois en l'espace d'un mois, dont une qui s'est passée un 24 décembre »^{SFRomy}. Sur ces trajectoires toutes les SF qui ont eu à faire avec la mort périnatale *per partum* à terme plus de deux fois, de façon rapprochée, signalent des atteintes avec un retentissement plus fort et plus difficile à dépasser avec le temps, pour elles-mêmes comme pour l'équipe : « ces deux situations c'est et puis aussi le fait que ce soit rapproché dans le temps, je pense, et que ce soit avec la même collègue, c'était aussi ça qui était marquant, oui »^{SFNell}. Un événement conçu comme exceptionnel et compris comme tel dans ses répercussions modifie la perception du travail s'il est plus fréquent : « oui...mais là deux d'un coup, c'est beaucoup quand même (souffle) »^{SFEva}. L'exceptionnel, avec la répétition, sème un trouble qui fait place à une anticipation craintive d'y être à nouveau confronté. Les troubles psycho-émotionnels récents, liés à l'événement déjà survenu, laissent des traces psychiques qui s'en trouvent d'autant plus amplifiées, comme pour cette SF après la deuxième mort périnatale *per partum* à terme en un mois : « dire qu'après rentrer à la maison il n'y avait pas des cauchemars des trucs et des machins ça c'est faux, parce qu'il y avait ça, y avait ça et qui fait que quand tu reprends les gardes d'après eh bien tu l'as un petit peu plus dans ta tête, la mort, le truc, le gamin et tout ça »^{SFPia}.

Cette SF, rencontrée par ailleurs deux années après son entretien de recherche dans le cadre d'un colloque médical, évoque dans une discussion informelle les répercussions sur son travail et sa santé, qu'elle soupçonne être directement en lien avec les deux morts périnatales

per partum à terme, rapportées à l'époque. Elle signale l'apparition progressive d'une usure, une « *fatigue pesante* » dans l'activité, sa « *fièvre* » contenue dès qu'une difficulté s'annonce à la naissance, une forme de perte d'invulnérabilité dans le travail avec la peur, là où elle déclare n'avoir eu peur que ponctuellement jusque-là. Elle se plaint aussi d'atteintes somatiques avec des lombalgies et des céphalées fréquentes au travail, au point qu'elle aura fait un bilan de santé, revenu normal.

Concernant la question de la peur au travail, SF et GO considèrent unanimement qu'elle empêche de travailler comme de se maintenir dans l'activité de la salle des naissances. Durant les situations d'urgence, elle est d'habitude fortement réprimée émotionnellement, dissociée des actes techniques, des gestes et des décisions à prendre, au moyen d'intenses efforts de concentration et d'attention. La peur doit être évacuée afin d'être efficace dans l'urgence, tous les soignants, SF et GO, le confirment. Sur leur parcours professionnel les SF signalent la façon dont cette émotion est peu à peu apprivoisée, ou écartée, par le développement de l'expérience et des compétences professionnelles, jusqu'à se dire : « *ça y est j'ai confiance en moi* » sur la « *technique* » entre guillemets, je sais, enfin je touche du bois parce que je suis de garde ce soir...mais il y a un passage tout d'un coup on se dit « *j'ai confiance en moi, ça y est* » « *je n'ai plus peur quand je vais en garde* » « *je dors bien les veilles de garde* » enfin des choses bêtes »^{SFLuce}. Avec sa résonance, lorsque la peur resurgit trop souvent dans l'activité, elle devient un obstacle à la réalisation d'une partie du travail : « *je pense que si je me mettais à avoir peur, je ne ferais plus de salle. Parce que moi je pense que pour être en salle, il faut avoir une certaine confiance. Si on se met à flipper, on ne peut pas faire du bon travail* »^{SFAude}.

Par son aspect tragique, la mort d'un enfant à terme à la naissance peut aussi se trouver amplifiée lorsqu'elle est reprise par les médias comme un fait divers susceptible d'attirer l'attention publique et d'émouvoir : « *l'histoire (insiste sur ce mot) qui est arrivée à R. qui est une histoire qui peut arriver absolument partout, là on est vraiment dans un phénomène qui a été, qui à mon avis est de la responsabilité à la fois de l'administration de C. [groupe hospitalier] et de l'incurie des médias à un certain niveau qui ont eu des répercussions sur le nombre d'inscriptions, des répercussions flagrantes, parce que les blogs s'enflamment après ce genre de choses et euh ça peut avoir de lourdes conséquences sur l'équipe c'est-à-dire envers le personnel, c'est ça que ça veut dire voire pour certains services, il y a eu un cas qui n'a rien à voir avec la périnat...mais à Brest il y a eu un service de chirurgie qui a fermé, suite à une affaire qui a été montée en épingles par les médias* »^{GOJean}.

Avec le jeu médiatique, par « *cette mort qui a fait la une des journaux* »^{SFLéa}, ce sont les compétences ou la reconnaissance de toute une équipe de soignants qui peuvent ainsi se trouver être mises en doute et dévalorisées : « *souvent ça finit dans les infos aujourd'hui. Un bébé est mort, c'est de la faute de P. [la maternité] tu vois ce que je veux dire* »^{SFAude}. Une image sociale dégradée, celle de ceux qui ne font pas bien leur travail, qui ternit la réputation d'une institution « *dans un secteur très concurrentiel* », vient s'ajouter aux épreuves traversées par les soignants. Le jugement moral dévalorisant, sous le regard des autres, grossi médiatiquement, laisse planer un relent de honte ajouté aux soupçons de faute professionnelle.

4.6.6 La recherche récurrente d'une cause

Du côté des soignants, dans une activité conditionnée par le déterminisme de la science médicale, où la mort périnatale inattendue prend la figure de l'accident quelle que soit sa trajectoire, la première réaction est toujours la même : à la fois comprendre les causes qui ont pu être à l'origine de sa survenue, mais aussi se rassurer qu'il n'y a rien à se reprocher individuellement pour chaque soignant, SF ou GO, ou encore collectivement en terme d'équipe. L'esprit général, comme en cas d'accident, est d'identifier et d'attribuer les différentes causalités pour en dégager les responsabilités face à la victime, comme de construire des procédures qui empêcheraient qu'il se reproduise. Avec la mort périnatale, la victime a le statut du plus vulnérable, légalement reconnu, par la longueur des recours en justice possibles et des délais de prescription, comparables à la législation criminelle. L'activité est toujours passée au crible avec des « *remises en question importantes* » auxquelles se livrent quasiment tous les soignants : « *qu'est-ce que j'ai raté ?* »^{GOMaya}, « *est-ce que j'aurais pu mieux faire ?* »^{GOJade}. La question des « *reproches* » qui pourraient être faits est envisagée du point de vue de l'activité individuelle, face à soi-même, face à l'équipe ou face à la justice, comme plus globalement en termes de dysfonctionnement d'équipe. Les questions de l'erreur ou de la faute sont posées, mêlées à d'intenses sentiments de culpabilité, même si à l'examen de la situation elles s'avèrent infondées. Comme l'exprime un GO au sujet de l'IMG, la mort en soi réveille inévitablement ce sentiment : « *voilà ce qui est derrière c'est la culpabilité, en fait il y a la question de la culpabilité, quand il y a un mort il faut toujours qu'il y ait un coupable* »^{GOJules}.

4.6.6.1 Le dossier médical comme preuve

« *c'est vrai que moi j'ai toujours vu des équipes médicales la première chose qu'on regarde quand il y a une mort in utero c'est dire « qu'est-ce qu'on n'a pas trouvé, qu'est-ce*

qu'on n'a pas fait, où est-ce qu'on n'a mmm...», quand il y a des morts néonatales, on épluche le dossier pour savoir qui n'a pas fait quoi et ce qu'il y avait à faire »^{GORose}, explique cette GO. Une SF résume ce constat commun à tous les soignants : « dans la mort périnatale on fait le tour du dossier et si on voit qu'il y a rien à se mettre sous la dent, on se dit voilà c'est comme ça quoi, après toutes les sages-femmes on aura à cœur de se dire « qu'est-ce que j'ai loupé » ; quand il y a quelque chose qui ne va pas, on reprend le dossier en se disant « qu'est-ce que j'ai pu bien louper et qu'est-ce que j'aurais pu faire »^{SFJane}.

Tout se passe comme si les soignants avaient à rendre compte de leur travail face à ce qui fait figure d'accident, avec une enquête à charge dans un premier temps. La mort périnatale est d'abord envisagée comme quelque chose qui n'aurait pas dû arriver : « parce qu'il y des trucs imparables de l'obstétrique malgré tout quand ça arrive c'est inacceptable quoi »^{GOMarie}. L'enquête s'appuie sur le dossier médical, comme preuve de ce qui a été fait dans l'activité réelle pour constater, ou non, si elle correspond bien à ce qui est attendu par l'activité prescrite, les protocoles et les recommandations de bonne pratique médicale. Au-delà du choc infligé aux soignants par sa survenue, d'autant plus violent avec la mort périnatale *per partum* à terme, chacun doit rendre compte de la situation en justifiant son activité. Si tous les soignants ont à l'esprit le recours médico-légal immédiatement possible pour les parents, les événements prennent d'emblée la tournure d'une telle forme de procédure, avec l'examen du dossier. La recherche d'une compréhension de la survenue de la mort périnatale dans l'enchaînement des causalités met l'accent sur des éléments à charge ou à décharge, à la recherche d'une erreur ou d'une faute, qu'elle soit individuelle ou collective : « alors, la première la première des choses c'est de se préoccuper enfin, en premier lieu je vérifie tout le dossier pour vérifier que tout a bien été fait. Cela permet justement de protéger l'équipe (insiste sur ce mot), de se protéger du médico-légal, ça c'est mon rôle de chef de service. Ça ça commence par ça. »^{GOLoïc}.

Dans cette enquête concernant la survenue de la mort périnatale le dossier médical s'avère être le support de toutes les reprises de l'activité qui aura été déployée, individuelle ou collective, pour l'analyser, la vérifier ou raconter ce qui est arrivé. Dans les récits des soignants, SF et GO, le terme de « dossier » est fréquemment utilisé pour évoquer une pluralité de références : celle du dossier médical avec ses différentes pièces, mais aussi bien la patiente qu'il concerne, la pathologie qu'il représente, l'événement, dont la mort périnatale qui en dépend, mais surtout l'activité dont il témoigne. Les soignants évoquent les différentes configurations où le dossier médical est « repris », tout en évoquant en même temps, de ce fait, les différents

aspects auxquels il renvoie. Ils le reprennent d'abord individuellement pour se garantir à eux-mêmes face aux autres, à l'équipe, à l'institution et aux parents, « *qu'on n'a rien à se reprocher* ». Néanmoins cette reprise se fait aussi généralement avec un ou une collègue, parfois à plusieurs, souvent en équipe. Les soignants appellent cette activité du « *débriefing* » : « *ben après effectivement on peut discuter, de la prise en charge, on ne discute pas du ressenti hein, « voilà on a fait ça on a fait ça » « on aurait pu mieux faire », « qu'est-ce que j'ai fait de pas bien », ou pas, enfin on se remet en question* »^{SFIⁿès}. La hiérarchie médicale conduit les SF à reprendre la situation avec leur encadrement propre mais aussi avec le GO concerné ou encore avec le chef de service. Les GO s'adressent à lui directement. Les débriefings collectifs ont lieu de façon plus formelle lors des réunions médicales institutionnelles.

Dans tous les hôpitaux, les situations, surtout si elles sont problématiques, sont examinées lors d'un « *staff* » qui rassemble les différents membres de l'équipe médicale sous la direction du chef de service. Ces réunions d'équipe, où se prennent les décisions médicales, mais où l'on peut aussi se faire « *critiquer ouvertement devant toute l'équipe, discréditer, humilier* »^{GOMarie}, sont susceptibles d'aggraver, comme d'atténuer, les incertitudes concernant une erreur ou une faute dans la mort périnatale : « *Il y a des gens qui viennent avec toi qui te consolent et disent « ben OK c'est pas ta faute », c'est pour ça que moi je l'ai dit au staff ce matin-là « l'interne a pas fait de faute, la sage-femme n'a pas fait de faute », c'est pas bien de coller une mort fœtale à quelqu'un, c'est qu'il va l'avoir d'abord sur sa conscience. Surtout si son dossier est parfaitement normal* »^{GOSarah}.

Au-delà du jugement individuel, le regard de l'équipe est déterminant par rapport au soignant pour alimenter la suspicion, le « *démonter* », ou consolider sa conviction qu'il ne pouvait rien faire pour empêcher cette mort périnatale, mais surtout qu'il n'a rien à se reprocher : « *ah non, ben parce que là du coup l'HRP[hématome retro placentaire] on pouvait pas du tout s'y attendre et comme on culpabilise quand même je me suis dit que on est passé à côté de quelque chose et après le staff tout le monde disait qu'on n'y pouvait rien sur le coup et là on n'avait pas fait de RMM puisqu'il n'y avait rien, on est passé au bloc rapidement, la césarienne a été faite très vite toute l'équipe était sur place, donc là je me remets moins en question que pour le premier dossier* »^{SFEva}. La RMM qui n'a pas eu lieu, que cette SF évoque, concerne des sortes de débriefings particuliers, réalisés le plus souvent à distance de l'événement morbide. Celui-ci est passé en revue, avec un ensemble de situations similaires, en principe toutes rendues anonymes : « *pour les cas un peu plus complexes où on sent que peut-*

être on aurait pu faire différemment et que ça aurait pu ne pas se passer comme ça, on fait des RMM, des revues de mortalité et de morbidité »^{GOLoïc}. Pour les soignants concernés, ces temps de discussions et d'analyses restent malgré tout éprouvants par la reviviscence d'une situation professionnelle passée douloureuse, même si, par principe, ils doivent servir à améliorer les prises en charge autant qu'à « *couvrir le dossier* »^{GODavid}, c'est-à-dire protéger de la mise en cause d'un défaut de soin.

Les SF semblent particulièrement sensibles à ces temps de débriefings alors qu'elles expriment individuellement de fortes remises en question où elles se montrent très affectées. Avec l'enquête médicale, tout se passe comme si, à travers la recherche des causes de la mort périnatale, l'activité des soignants est elle-même passée au crible des méfiances. L'action concrète de chaque soignant prend rang dans l'ordre des causalités, et par là devient elle aussi suspecte, quelle que soit sa nature, même en amont de la mort périnatale, notamment pour la dernière intervention médicale auprès de la patiente : « *On a eu une mort fœtale à 36 semaines au printemps dernier, la sage-femme qui l'avait suivie en consultation était bien sûr complètement effondrée* » explique ce chef de service, alors que, pour cette patiente, elle « *l'avait vue en dernier et on a revu le dossier ensemble, on a tout revu ensemble, on a discuté, je lui ai dit que je ne voyais pas ce qu'on pouvait faire de plus pour empêcher ça, que là on était vraiment devant une situation totalement imparable, y avait pas de faute* »^{GOJean}.

L'enquête médicale entre en résonance avec des scénarii d'enquête judiciaire où, lorsqu'il s'agit d'une mort inopinée et brutale, les fantasmes associés cherchent le coupable. Mais bien que la « *peur du procès* » soit forte chez les soignants, le recours médico-légal est souvent considéré comme « *légitime* » chez les parents. Ils l'intègrent comme une sorte d'aide pour « *comprendre* » qui doit permettre à ces derniers d'accepter l'inacceptable à long terme. Ce point de vue leur offre également une possibilité de relativiser leurs propres inquiétudes au moyen d'une restructuration cognitive permise par la rationalisation : « *après je me suis dit « elles ont le droit, c'est légitime », si elles doivent porter plainte elles vont porter plainte, c'est normal. À l'époque j'étais jeune maman, j'avais un bébé de six mois et je sais que ça a été difficile à ce moment-là parce que je me suis projetée en tant que maman, ben je me suis mise à leur place, en fait. Et donc si elles doivent porter plainte elles peuvent porter plainte. C'est normal* »^{SFEva}. Toutefois, avec le recours médico-légal, les soignants entrent, *ipso facto*, dans la catégorie des suspects. La tragédie se transforme dès lors en théâtre d'une enquête policière.

4.6.6.2 La judiciarisation

« Je pense que si ça m'arrivait, j'aurais aussi ce poids de « je vais avoir une enquête ». Après je n'ai pas été confrontée à tout ça »^{GOAnna}, explique cette jeune GO. Bien que les soignants aient conscience du caractère aléatoire de la judiciarisation, tout comme de son résultat « qui tombe souvent à côté », elle plane telle une ombre sur la scène de toute mort périnatale inattendue à terme : « il y a toujours la peur du judiciaire, ça, c'est sûr (silence)... »^{SFRomy}, confie cette SF. Cette ombre s'accroît pour eux avec la mort *per partum* à terme sous la forme d'une menace qui s'avère lancinante même à distance : « Et après il y a plutôt une on donne des nouvelles euh du couple, de l'enfant, dans un cas est-ce qu'ils ont accepté l'autopsie ou pas, dans un deuxième cas de savoir si, comment ils ont vécu la chose, ce qu'ils ont compris ce qu'ils n'ont pas compris, est-ce qu'il y a plainte... »^{SFNell}.

Certains soignants ont été directement confrontés à la judiciarisation, tandis que la plupart d'entre eux ont été témoins du malaise de collègues ou d'une équipe à qui c'est arrivé : « moi j'ai vu des gens du coup qui étaient mal à cause de plaintes, même de savoir qu'on est peut-être responsable de, soit d'un décès soit d'un enfant qui sera handicapé plus tard. C'est sûr c'est pas facile à vivre »^{GOAnna}. Si les parents portent plainte, le contexte de l'enquête appelle très rapidement, un changement de décor. La scène prend une allure d'enquête judiciaire qui transforme le contexte du travail en quasi scène de crime pour les soignants : « mais le problème c'est qu'au commissariat, à l'expertise médicale on se retrouve toute seule malgré tout hein et pour moi c'était une grande première j'ai trouvé ça très impressionnant, surtout le commissariat parce que j'étais la première à passer on va dire, on était donc six à être interrogés, convoqués, et c'est vrai qu'on est un peu considérés comme des criminels et c'est assez dur je trouve à encaisser et surtout au commissariat on a affaire à quelqu'un qui ne connaît rien en obstétrique, donc on doit tout tout justifier, tout expliquer, tout détailler »^{SFEmy}.

Les soignants se vivent comme mis en accusation sans avoir les moyens de se défendre face à une enquête d'abord policière, alors que devant les experts du médico-légal qui interviennent dans un second temps, ils « parlent le même langage ». L'activité du travail quotidien, dévoué à la vie et à la naissance, devient suspecte du paradoxe, celui d'avoir causé la mort. Le sentiment d'injustice se double d'un sentiment d'absurdité. Mais c'est surtout le travail de chacun individuellement qui est investigué et suspecté, indépendamment de l'équipe. C'est pourquoi la judiciarisation individualise l'impact de la mort périnatale : « d'avoir à se justifier devant les autorités, devant l'instance judiciaire, de se justifier, expliquer son métier qui ne savent pas du tout comment ça fonctionne en plus qui sont complètement étrangers à

tout ça je pense que c'est c'est je pense que c'est c'est horrible ; je pense que c'est très dur [...] est-ce que vraiment j'ai bien fait, est-ce que j'ai bien fait mon travail ; alors qu'ils ont aucune légitimité pour juger notre travail »^{GOMarie}.

Le recours médico-légal accentue à son tour le choc de la mort périnatale supporté par les soignants, collectivement, mais surtout individuellement. Dans les équipes, la crainte qu'il développe se traduit parfois dans l'activité réelle par des conduites médicales systématiques, excessivement prudentes, censées l'éviter : « *je ne veux surtout pas tomber dans les travers de la médecine défensive où on pratique une médecine qui est destinée avant tout à se protéger de procédures judiciaires, parce qu'on voit ça beaucoup et on ne fait pas de la bonne médecine [...] j'ai vu cette plus grande phobie (insiste sur ces 3 mots) du médico-judiciaire c'était le service où il y avait le plus de procédures, il n'y avait pas cette phobie à cause du nombre de procédures, mais il y avait ce nombre de procédures à cause de cette phobie, finalement les patientes elles ne voyaient qu'une chose, c'était des médecins qui avaient peur de se faire attraper, donc ça leur donnait l'idée qu'il se passait quelque chose et donc voilà je pense que en plus c'est complètement contre-productif à tous les niveaux »^{GOJean}.*

Dans ces conduites, l'activité s'écarte délibérément du travail prescrit, sans l'avouer cependant. Loin d'être fidèles aux règles de bonnes pratiques ou aux recommandations d'une science médicale consensuelle, ces conduites sont, dans l'activité réelle, d'abord clairement au service de l'évitement de procédures judiciaires, pour tenter de la « couvrir », en même temps qu'elles cherchent aussi à « couvrir » la peur au travail.

4.7 De la cause et de l'attribution dans la mort périnatale inattendue

4.7.1 La cause par la pathologie

Dans la recherche d'une imputabilité de la mort périnatale, l'identification d'une pathologie conduisant à un accident « inévitable » par sa gravité et à l'absence de moyens médicaux actuels pour l'empêcher est la cause qui atténue le plus efficacement l'impact de la mort sur les soignants, surtout en ce qui concerne le poids de la culpabilité ressentie : « *j'ai eu une collègue qui a eu un bébé qui est mort à la naissance, mais on a retrouvé une cardiopathie, donc là elle culpabilisait moins parce que là il y avait une cause. Là pour le coup il n'y a pas eu d'autopsie, les parents n'ont pas voulu »^{SFEva}.* La mort s'inscrit alors dans une logique qui construit, malgré tout, une sorte de sens à sa survenue, aussi bien pour les soignants, pour les

parents, que pour le travail, qui n'en est pas disqualifié. Sa compréhension est cohérente avec la théorie des soignants, le raisonnement scientifique, le savoir médical et son pouvoir d'intervention : « *en fait il y a eu une autopsie et il avait une maladie métabolique, cet enfant. Donc il y a une cause, donc un ça soulage la sage-femme et pour la patiente parce qu'elle se dit, elle sait pourquoi elle a perdu son bébé et deux pour elle-même parce qu'elle se disait « qu'est-ce que j'ai fait de mal et c'est de ma faute si ce bébé est mort »*^{SFLéa}.

Retrouver une pathologie médicale permet de maintenir la théorie habituelle qui soutient le travail, avec une explication scientifique objective pour la survenue de la mort. Elle rend même la mort périnatale prévisible *a posteriori* et respecte l'ordre des causalités même si elle s'avère « *inévitable* ». C'est elle la cause, la coupable, la responsable du malheur survenu dans le travail des soignants comme dans la vie des parents. Elle disculpe tout le monde. Les parents eux-mêmes, pour qui la charge de la culpabilité est toujours importante et complexifie le travail du deuil périnatal, y trouvent un soulagement certain. La pathologie, en tant que cause objective, réunit soignants et parents, sans doute possible, dans le même camp, celui de l'impuissance face à la mort. Ils sont aussi par là tous « *innocentés* ».

4.7.2 L'erreur ou la faute

Sans cause médicale retrouvée les efforts de compréhension et d'explication de l'accident survenu se reportent sur l'activité des soignants dans leur travail : « *est-ce que l'on peut accepter qu'il y ait une mort sans qu'il y ait de coupable, sans cause, c'est pas évident hein...* »^{GOMarie}. La recherche de l'attribution de la mort périnatale s'apparente alors à la recherche d'une erreur ou d'une faute, qui seraient susceptibles de l'expliquer avec la même logique déterministe que précédemment. L'erreur renvoie à quelque chose qui aurait pu être manqué dans l'activité, comme si le travail avait été mal fait. La faute attribue à ce qui a été fait au travail la connotation d'un jugement moral face au préjudice qui aurait été ainsi infligé à l'autre. De ce fait, dans le discours des soignants l'évocation d'une faute est toujours plus intimement mêlée à un sentiment de culpabilité, alors que l'évocation d'une erreur se restreint plus volontiers à la simple analyse de l'ordre des causalités sous le déterminisme scientifique médical. L'erreur n'a pas immédiatement valeur de faute. Elle prend sa place dans le rang des causes possibles, nécessaires pour expliquer rationnellement la mort périnatale, comme s'il était toujours encore question d'être à la recherche du bon diagnostic qui saurait la rendre compréhensible. Tout au plus n'aurait-on pas réussi à le mettre en évidence. Néanmoins trouver l'erreur désigne son auteur, voire un coupable. Le travail est mis sur la sellette à partir du

moment où le « *doute* » est toujours permis : « *c'est ça, finalement on essaye de trouver, mais on ne peut pas avoir jamais de doute sur les compétences, ou pas* »^{GOOlga}. La recherche de la cause au sein de l'activité réelle au travail prend la tournure d'une démarche accusatoire pour le travail lui-même, au sein duquel derrière une erreur ou une faute, un autre coupable pourrait être démasqué, le soignant, SF ou GO.

4.7.3 Le GO, la SF, l'erreur ou la faute

Les GO mettent l'accent avant tout sur les difficultés liées à une erreur de diagnostic ou de traitement de leur part ou de celle d'autrui. Les SF évoquent surtout le sentiment de culpabilité qui les envahit face à la mort périnatale, quelles qu'en soient les circonstances, avec le constat récurrent d'être plus exposées à la suspicion d'une faute, générée par celle-ci, indissociable de l'idée d'un préjudice fait à autrui dans leur travail, dont elles porteraient la responsabilité. Ces deux tendances apparaissent comme indirectement liées aux conditions spécifiques d'exercice du métier et des règles de bonnes pratiques professionnelles. En effet, dans l'activité prescrite, les GO garants du diagnostic, formés et incités à la contenance émotionnelle en tant que médecin-chef d'équipe semblent, en apparence, moins affectés : « *j'ai vu des gens des collègues enfin très mal enfin c'est vrai que quand on est médecin enfin les médecins ont l'habitude un peu de ... cela fait partie de ce que l'on acquiert. On essaye un peu de prendre sur soi quoi (grande respiration)* »^{GOLaure}. L'expression du sentiment de culpabilité apparaît moins intense ou, davantage, masqué. Lorsqu'il est exprimé, il est susceptible d'être atténué beaucoup plus vite que chez les SF dans la mesure où il peut faire place plus facilement à un sentiment d'échec, là où il est possible de prendre « *une mauvaise décision* », de rater une analyse ou un geste. Comme les SF, les GO referont de façon obsédante « *le film* » ou « *l'histoire* » à la recherche de l'erreur en compulsant les données médicales du dossier, pour « *voir s'il n'y a pas une faille* » dans l'expertise : « *j'ai longtemps repris tout dans tous les sens en me disant et si et si et si... je me suis dit bon voilà... et objectivement pourtant je sais que si je reprends le dossier et si j'analyse de façon rationnelle mmm si c'était une collègue je dirais, mais tu vois bien il n'y a aucun problème, tout le monde aurait fait pareil, y a pas d'erreur, y a pas d'erreur, parfois il peut y avoir des drames et je me dis je ne suis pas du tout à l'abri de faire une erreur je peux faire une erreur et ça il faudra que je vive avec (parle plus bas) et ça je ne sais pas comment je fais le jour où ça arriverait* »^{GOMarie}.

Même si aucun GO ne se dit « *à l'abri de faire une erreur* », l'expertise du diagnostic comme de la prescription médicale, avec la détermination de la conduite des soins appropriés

qui caractérise son activité, lui offre également une plus grande protection pour pouvoir justifier que, dans cet ordre de causalité, son activité n'était pas défaillante. Le chef de service, avec qui les événements sont repris « *entre médecins* », participe de cette tendance par la qualité de son expertise reconnue comme supérieure. Dans toutes les situations son autorité permet d'exclure l'erreur ou parfois de la supporter sans qu'elle devienne une faute morale : « *je suis quand même allé voir le chef de service et pourtant il ne dit pas des choses extraordinaires il dit toujours la même chose, il n'y a que ceux qui font rien qui n'ont pas de problème* »^{GOMarie}.

Du côté des SF cependant, l'activité du métier les confronte à une proximité psycho-affective inévitable avec les patientes ou les parents, à travers les enjeux de l'accompagnement et le temps relationnel particulier de la salle des naissances. Ce versant affectif du métier peut développer une forte dimension compassionnelle dans l'activité et générer ainsi une culpabilité indéniable dès lors que survient la mort, au même titre que ce sentiment accompagne toute expérience humaine de la mort de l'autre : « *parce que je me sens complètement fautive (insiste sur ce mot). On m'a dit que je n'étais pas du tout en tort, mais pour moi le fait qu'un bébé décède à la naissance, une grossesse qui se passait très bien échec de réanimation, c'est tellement rare, j'en ai jamais vu et on se dit « forcément on est passé à côté de quelque chose »*^{SFEva}. Les SF, de par leur position relationnelle dans le soin, apparaissent comme plus vulnérables, d'autant plus qu'elles ne peuvent pas faire valoir une activité diagnostique aussi étendue et protectrice que celle des GO, qu'elles peuvent faire intervenir : « *peut-être que ça n'aurait rien changé, mais on ne le saura jamais, ça. Et moi, oui, je me sens coupable, oui, je me sens coupable pour moi (insiste sur ce mot), pour la dame (insiste sur ce mot), pour le couple [...], mais la culpabilité c'est d'abord vis-à-vis de cet enfant et de ce couple parce que je trouve ça affreux et cette femme elle n'aura jamais d'autre enfant* »^{SFLéa}. Cette position relationnelle rend les SF d'autant plus sensibles au processus d'attribution d'une erreur ou d'une faute. Même s'il est possible d'établir par l'objectivité des faits qu'il n'y a aucune raison « d'être coupable », le sentiment subjectif prépondérant reste celui de se « sentir coupable », et d'y être pour quelque chose dans la mort qui vient de survenir.

4.7.4 Les défenses corporatistes

« *Il y a des médecins, je pense, au niveau médico-légal, ils se cachent derrière le dossier, genre « j'ai pas fait de faute », des trucs comme ça quoi, et je pense que pour eux aussi c'est dur* »^{SFJane}. Les SF expriment clairement qu'elles pensent que les GO ont davantage la possibilité de se justifier pour écarter l'erreur et plus loin une faute, en se servant du dossier

comme d'un bouclier médical grâce à leur « *savoir* ». Ce qui peut donner lieu à une forme de protection corporatiste, liée au partage et à la défense de la même activité décisionnelle du diagnostic, du même savoir et des mêmes règles professionnelles qu'il s'agit de préserver pour pouvoir continuer à travailler : « *l'enfant était décédé. Il n'y a pas grand monde qui a défendu la sage-femme, certains quand même...mais dans le dossier obstétrical les trois jours précédents il y avait aucun mot du médecin non plus et le dossier déjà avait été mauvais, oui le monitoring avait été mal interprété c'était une erreur et si la sage-femme l'avait montré elle était protégée, car sûrement ça se serait passé de la même façon, mais voilà, mais ce dossier-là il a été enterré, enfoui (insiste sur ce mot)* »^{SFElena}. Certaines SF estiment que les médecins se protègent entre eux en se remettant moins en cause les uns par rapport aux autres dans leur activité : « *il y a le cas de cet obstétricien qui a quitté le service c'est quand même très rare, je veux dire, il y a une solidarité [des médecins] ah oui pour je pense, moi je le sens comme ça c'est que y a pas de remise en cause des confrères* »^{SFElsa}. Face à cette solidarité corporatiste, les SF se considèrent comme plus exposées, voire susceptibles d'être accusées dans leur activité. Les temps de passage du relais dans l'activité entre SF et GO, lorsque celle-ci fait appel à lui pour lui demander d'intervenir sur la scène du travail, sont particulièrement mis en avant concernant cette exposition. : « *enfin c'est un enchaînement de circonstances, c'est toujours pareil, c'est un enchaînement de...voilà. C'est la sage-femme qui ne donne pas l'alerte assez tôt ou qui ne la donne pas franchement plus tôt* »^{GOFred}.

Comme dans le relais sportif il s'agit de passer le témoin « *au bon moment* », au risque de perdre la course contre la mort. Cet état des lieux favorise, en réaction, chez les SF le renforcement de leurs propres défenses corporatistes, en guise de protection : « *Alors c'est peut-être complètement faux, mais faudrait voir des statistiques, mais on a toujours l'impression que l'anesthésiste, le médecin vont se défausser sur la sage-femme, genre « oh la sage-femme nous a appelés trop tard, la sage-femme n'a pas mentionné ça » enfin voilà, on a toujours l'impression qu'on est en cause...[...] enfin on a l'impression que ceux qui sont au-dessus de nous vont pouvoir se défausser sur nous ; ce qui est peut-être complètement faux, si ça se trouve c'est juste un fantasme de la part des sages-femmes ou on a peur de ça....* »^{SFJane}.

Ces tendances corporatistes du repli identitaire et défensif de chaque métier sur lui-même se manifestent dans les entretiens par le fait que, dans quelques équipes, SF et GO ne savent pas comment se vivent, se discutent ou s'expriment dans l'autre métier les répercussions individuelles ou collectives de la mort périnatale à laquelle pourtant toute l'équipe médicale

aura été confrontée : « *Après est-ce qu'ils en parlent entre eux...est-ce que je pense enfin qu'ils en reparlent entre eux je sais qu'il y a des débriefes entre eux, le chef de l'unité et les autres chefs d'obstétrique ; je pense qu'il leur parle seul à seul entre guillemets « entre médecins » avec le dossier dans les mains* »^{SFNe11}. Ainsi, deux univers professionnels se relayent ou interviennent parfois ensemble, dans l'activité réelle, tout en restreignant leurs échanges intersubjectifs, pour entretenir une frontière invisible qui limite leur contact. Dans l'activité cette tendance apparaît également dans une équipe qui supporte des recours en justice, où « *tout le monde est méfiant parce qu'il y a eu beaucoup de dossiers lourds.* » Les SF peuvent se vivre comme potentiellement mises en cause, sous le regard du GO, par la surveillance de leur propre activité : « *comment dire...vu qu'il y a une pression du chef de service sur ce qu'ils font, ils font très attention aussi à ce qu'on fait, nous sages-femmes alors qu'on était très autonomes. Là vraiment on surveille quasiment les dossiers en salle de naissances, on regarde ce qu'on fait, les partogrammes*⁸⁸, *ce qui n'était pas le cas avant, on nous faisait confiance, on va dire ; ça se répercute un peu sur nous* »^{SFEva}.

La coordination des activités fait place à des mesures défensives par des tentatives de contrôle. Chacun cherche à protéger son travail du travail de l'autre, éventuellement menaçant pour le sien, dans cette dépendance réciproque de l'activité. De ce fait, explique cette SF, « *c'est juste que c'est plus comme avant. Tout le monde est méfiant un peu de tout [...] En fait on a quand même une responsabilité, il me semble que, dès qu'il se passe quoi que ce soit c'est « la sage-femme n'a pas fait ci, n'a pas fait ça ». Alors du coup on note vraiment tout dans nos dossiers maintenant, à quelle heure on appelle* »^{SFEva}. À quelle cause se vouer ? À qui ou à quoi attribuer un lien de causalité dans la survenue de la mort périnatale ? Les conduites individuelles ou corporatistes cherchent elles aussi à se prémunir d'une quelconque attribution.

4.7.5 Être hors de cause

L'incertitude sur les faits alors que « *quelque chose aurait pu être fait différemment* » favorise la reprise, *a posteriori*, des événements survenus dans l'activité réelle, pour l'analyser, voire la reconstruire idéalement suivant un ensemble de « *si* », d'hypothèses qui auraient pu empêcher la survenue de la mort périnatale : « *j'ai été très très soutenue par tout le monde, et surtout par C. qui était responsable de la salle d'accouchement à l'époque, qui était chef de*

⁸⁸ Diagramme permettant de noter le déroulement du travail et de l'accouchement

service ensuite et qui est à la retraite, qui m'a dit [...] « de toute façon le résultat aurait été le même, vous n'avez rien à vous reprocher ». Mais moi dans mon for intérieur, je me suis toujours dit « cette femme si je l'avais hospitalisée son bébé ne serait peut-être pas mort » ; donc ça ça c'était très violent pour moi et le fait que je n'ai jamais pu revoir ces gens, c'est ça pour moi qui était vraiment difficile »^{SFEmy}.

Cette re-visitation de l'activité réelle passée entremêle les causalités tangibles contextuelles aux causalités imaginaires, à la recherche d'une cause qui puisse cependant mettre le soignant hors de cause. Ainsi le processus d'attribution suit des procédés variables selon ses manifestations. Certains d'entre eux, d'ailleurs, ont plus recours à la pensée magique qu'à la pensée rationnelle. Tous cependant tendent vers le même objectif : mettre hors de cause les soignants. Le procédé le plus commun vise à « se défausser » au sens propre de ce mot, c'est-à-dire rejeter la faute sur quelqu'un d'autre, comme le relate cette GO : « il y a différentes attitudes. Il y a des gens qui déjà commencent à se poser des questions sur leur façon de faire, y a des gens qui cherchent à jeter la responsabilité sur quelqu'un d'autre, « c'est la sage-femme, c'est l'interne » [...] exactement, « c'est pas moi, c'est l'autre »^{GOSarah}.

Se défausser permet de se mettre soi-même hors de cause, et parfois par la même occasion tous les autres, dans la logique du bouc émissaire : « on accuse qu'une personne. S'il y a en qu'un qui coule, les autres ont pas trop à se sentir coupables »^{SFElena}. Se défausser pourrait alors se transformer en une réaction de défense collective d'un groupe professionnel ou encore de l'ensemble de l'équipe envers un seul soignant. Des mesures de rétorsion ou de « punition », comme d'éloigner cette SF de la salle des naissances en l'affectant ailleurs, portent crédit au processus d'attribution et semblent le rendre légitime. Parfois jusqu'à chercher à exclure le soignant du travail : « Mes collègues m'ont raconté après coup qu'elles avaient l'impression que j'allais, que l'équipe médicale, le chef de service de l'époque, avaient décidé qu'ils allaient me qu'ils allaient me virer. Donc j'étais en CDD, en vacation, donc on pouvait très bien mettre fin à mes et du coup, mais les sages-femmes se sont un peu révoltées contre ça [...], mais la révolte c'est que ça pouvait arriver à n'importe qui, il ne fallait pas que je sois tenue responsable pour ...seule de cet événement » [...] Et il y avait des médecins, notamment L.P., qui m'a, qui a dit « c'est pas une seule personne c'est l'équipe »^{SFElsa}.

Cette stratégie vise à protéger l'activité individuelle et l'activité collective, comme si elles pouvaient être restaurées ou sauvegardées d'une défaillance par la mise en œuvre d'un bouc émissaire dans le sens où l'entend René Girard (1972). Le soignant assigné à cette place

sacrificielle de « *victime expiatoire* » par l'exclusion devient le réceptacle ou le dépositaire de la part négative la plus sombre de l'activité au travail qui, localisée chez l'autre, préserve chacun des autres soignants, ainsi que l'équipe tout entière, tel un rempart. Dépositaire ainsi des représentations et des émotions délétères, la part de « sale boulot » de l'activité au travail est projetée et localisée chez quelqu'un d'autre que soi, ou que l'équipe : « *non je pense que cet événement a fait que les médecins ont eu peur de moi, ont eu peur que j'étais pas ...[...] peur que s'ils sont en garde avec moi je puisse mmm ne pas mm faire exactement, ne pas faire exactement comme ils voudraient que je fasse* »^{SFElsa}. Comme l'analyse Dominique Lhuilier, cette part du travail qui prend la figure du « sale boulot », dans lequel aucun soignant ne peut se reconnaître, est ainsi évacuée et reléguée hors du périmètre du travail individuel ou collectif, grâce à l'efficacité d'un traitement symbolique.

4.7.6 Les causes irrationnelles

Lorsque la logique du processus d'attribution ne permet pas d'identifier une cause cohérente, d'autres éléments apparaissent. Ils font appel à des causes irrationnelles, à teneur superstitieuse ou magique, sous forme de croyances, capables néanmoins de faire rentrer la mort périnatale dans une rationalité formelle : « *ben « j'ai la poisse ». C'est ce qu'on me dit, c'est ce que je me dis [...] c'est aussi le même médecin. Elle aussi elle se le dit, elle attire beaucoup de travail, des choses qui ne se passent pas trop bien* »^{SFEva}.

Ce sont essentiellement les SF qui expriment ces croyances, même si elles rapportent, ici et là, les avoir partagées avec un GO, avec la même conviction. Les GO convoquent plutôt le hasard ou la malchance sous cette forme du processus d'attribution. Peut-être dans un discours qui ne peut véhiculer l'expression de croyances incompatibles avec la position de l'expertise scientifique sans perte de crédibilité. Mais probablement aussi par la force d'une logique scientifique omniprésente dans les raisonnements médicaux. Elle laisse peu de place à cette forme de pensée, en dehors des jeux du hasard qui déterminent la chance ou la malchance. Ces croyances sont pourtant relativement partagées autour d'autres aspects de l'activité. Les soignants, SF ou GO, croient généralement que certains d'entre eux ont plus souvent des gardes calmes ou chargées, qu'ils « *attirent le boulot* », ou encore qu'ils « *attirent la physiologie* » ou « *collectionnent* » la pathologie. Ces croyances vont jusqu'à l'association des soignants entre eux. Déjà présentes pour appréhender le travail en général, elles se trouvent accentuées lorsque la mort périnatale frappe comme un malheur : « *ces deux dernières années, il y a eu beaucoup de choses qui me sont arrivées pendant les gardes [...] et puis de se dire c'est le binôme qui ne*

fonctionne pas quoi, parce qu'il y a aussi ça derrière on se dit, on ne veut plus travailler avec cette collègue-là parce que ça vous rappelle des situations difficiles, on se dit que ça peut recommencer il y a une sorte de superstition parfois sur le binôme »^{SFNell}.

Trouver une logique, attribuer la mort périnatale à un principe, fût-il irrationnel, parvient à mettre encore une fois le soignant hors de cause, tout en le rassurant quant à son activité au moyen de croyances irrationnelles. Ce n'est pas lui le responsable, le fautif, l'incompétent, c'est « la poisse », « la guigne », « le mauvais œil », le sort qui s'acharne lorsque les situations pathologiques s'enchaînent ou lorsque la mort revient trop souvent : « *et c'est quelqu'un, une jeune obstétricienne qui a beaucoup de gardes pathologiques, pas forcément avec des choses très graves, mais pathologiques [...] c'était bizarre c'était bizarre en fait, ça devenait limite habituel [...] enfin « qu'est-ce qui se passe » « y a un truc, c'est pas possible »^{SFLuce}.*

Ces croyances semblent également actives à l'intérieur du collectif de travail, dans les équipes. Fussent-elles irrationnelles, elles protègent le travail commun, puisque les causes de la survenue de la mort périnatale lui sont extérieures. Toutefois, ces croyances rendent manifestes des stratégies de défense au service du soulagement des angoisses au travail: « *et la chose qui est tolérable de façon, on va dire espacée, là quand c'est groupé c'est comme si on se mettait à avoir le mauvais œil » [...] on peut se sentir un peu...mal perçue, quand même dans le sens de « putain elle a la guigne », et « je ne veux pas être de garde avec elle » « je lui file pas ma patiente parce que, mince, elle porte la poisse ». Il y a tout ça qui se véhicule, y a tout ça c'est plus du tout scientifique. La sage-femme qui se dit « je prends juste ma garde tous les monitos se mettent à décélérer d'un coup, qu'est-ce que j'ai fait » et derrière ça si on va pousser c'est la guigne, oui la guigne, « pourquoi il m'arrive ça » : et ça s'auto entretient parce que plus on se sent guigneuse, je pense et plus on est amené à faire des choses que peut-être on ferait pas et peut-être que ça peut amener des choses. C'est très...alors que c'est pas rationnel, mais là oui avec les deux choses qui me sont arrivées très rapprochées, il y a une espèce de silence qui s'est mis autour de moi comme si on voulait me protéger ou est-ce qu'on voulait me signifier que quand même c'était bizarre ou il y avait quelque chose que je faisais c'est pas possible pour que ça arrive, quoi »^{SFPia}.*

Attribuer la poisse ou la guigne à un soignant revient, encore une fois, à protéger tous les autres, tout en ne le rendant cependant pas directement responsable des événements comme précédemment, lorsqu'on l'accuse. Face à l'équipe, ce procédé a bien la même fonction : faire de celui qui porte la poisse le bouc émissaire. Par un traitement symbolique, il sert d'exutoire

au dépôt de la part la plus pénible de l'activité, le « sale boulot », dont chacun cherche à se préserver. Il participe par ailleurs, de façon plus ou moins efficace, selon le contexte de la mort périnatale, à la modulation du sentiment de culpabilité qui affecte généralement les soignants.

4.7.7 Les différents destins de la culpabilité

L'ombre de la culpabilité est omniprésente chez les soignants comme chez les parents sur cette trajectoire, avec une accentuation particulière dans le cas de la mort *per partum* à terme. Elle comporte différentes facettes qui, selon leur version, dessinent des contours variables. La distinction entre la culpabilité objective, et le sentiment de culpabilité, plus subjectif, faite par Paul Ricoeur et mentionnée précédemment, prend ici tout son sens :

« Cette distinction verbale est faite lorsque l'on veut distinguer la culpabilité effective (le fait d'être effectivement coupable, mais d'abord aux yeux des autres) d'une culpabilité qui peut être mesurée à une échelle de fautes. Un tribunal pénal, par exemple, aura à juger de la culpabilité d'un meurtrier ou d'un voleur, et le jugement sera alors rendu par un tiers. Un tiers qui ne sera ni la victime ni le coupable. Nous pouvons alors parler de culpabilité objective (objective au sens extérieur), c'est-à-dire comme un fait. Quant au sentiment de culpabilité, il s'agit plutôt de la façon dont cela est ressenti par celui qui est accusé. Accusé par les autres ou par lui-même. S'il y a bien deux possibilités, la première étant celle d'avoir à faire face à une accusation extérieure, le point ultime de resserrement, de repli, sera l'intériorité de « se » sentir coupable, de « se » déclarer coupable, de « se » reconnaître coupable. C'est là où se trouve le sens vraiment fort de la culpabilité. [...] Nous pouvons donc aller du fait d'être reconnus coupables par une instance externe (tel un tribunal où il s'agit d'une accusation face à face) jusqu'à l'auto-accusation, qui est alors ce qu'on appelle le « sentiment de culpabilité » (1998, p.13-14)

Dans sa version la plus subjective, la culpabilité en tant que sentiment est bien identifiée par les soignants chez les parents comme une constante, qui les envahit intensément : « déjà la première chose qu'elles [les mères] font c'est « est-ce que c'est ma faute, à moi » »^{GOSarah}, constate cette GO. Elle marque les premiers temps du choc et du deuil périnatal, lorsque la mort ne peut pas être acceptée, avec un retour incessant au passé pour envisager des hypothèses souvent irrationnelles qui auraient pu empêcher la perte de leur enfant. Comme sur la trajectoire de l'IMG, les soignants reconnaissent le sentiment de culpabilité comme un élément récurrent de la souffrance des parents, qu'ils tentent de soulager en acceptant là aussi de l'endosser,

comme le rapporte une SF dans sa discussion avec une GO : « elle m'a dit « tu sais je pense qu'à la limite une de nos fonctions c'est de prendre la culpabilité des parents, de prendre en charge la culpabilité des parent... en tant qu'équipe médicale ». C'est intéressant, non »^{SFElsa}.

Sur le long chemin des remaniements psychiques à l'œuvre dans le deuil périnatal, elle est pour les parents une étape incontournable. Néanmoins ce sentiment, chez les parents, peut les amener à se retourner contre les soignants pour les mettre en accusation par la voie de la judiciarisation : « Aujourd'hui j'accepte d'être coupable c'est-à-dire que si des gens [les parents] me disent « vous êtes coupable », je le porte, je veux dire, j'ai eu des procès, j'en aurai d'autres. La première fois que cela m'est arrivé, cela m'a complètement retourné, je dormais mal, etc., aujourd'hui peu... il y a encore un problème avec l'ordre des médecins, j'attends que ça passe, je veux dire il faut que quelqu'un porte la culpabilité, c'est important pour les mères, c'est important pour les couples, bon très bien. Voilà »^{GOJules}.

Comme sur la trajectoire de l'IMG, s'occuper des affects coupables des parents alors qu'ils ressemblent si fortement aux leurs permet potentiellement aux soignants un apaisement réciproque, sous les aléas de l'identification projective. Toutefois chez ces derniers, la culpabilité objective et le sentiment de culpabilité, plus subjectif, apparaissent très variables dans leur dépendance réciproque. L'accusation sous le regard des autres est susceptible d'être portée par des faits objectifs soigneusement investigués par des instances externes. Ce, d'autant plus que le soignant sera directement « lié par l'action » à la mort périnatale. Elle se conjugue à l'accusation portée contre soi-même dans ce « point de resserrement » de l'intime relevé par Paul Ricoeur, singulier à chaque soignant, pour moduler avec force le sentiment de culpabilité personnel : « parce que moi je me sentais hypercoupable. En fait c'est un concours de circonstances, c'était une garde où il y avait beaucoup de travail, on est parti au bloc rapidement, le médecin est parti au bloc sans son interne et a commencé la césarienne sans son interne, c'était une césarienne très difficile et on a perdu énormément de temps et donc je pense que c'est là que la petite est... partie quoi »^{SFLéa}.

Dans cette singularité, le regard porté sur soi, « auto-accusateur », fait varier le sentiment de culpabilité, jusqu'à l'excès, jusqu'à devenir immense, sans liens réels avec des faits objectifs externes. Avec le choc de la confrontation à la mort périnatale et sa portée potentiellement traumatique, indépendamment de tout tribunal externe accusateur, les soignants sont livrés à leur propre sentiment de culpabilité, majoré par leur détresse émotionnelle. Ses aléas dépendent néanmoins pour eux en même temps de ce qui peut leur être reproché dans les

faits, avec le travail réel, sous l'augure du jugement d'un tribunal externe, susceptible de moduler le poids du jugement du tribunal interne. Ce tribunal externe, porteur du regard des autres, peut prendre la forme d'une instance concrète avec la judiciarisation. Cependant d'autres acteurs ayant autorité pour juger les faits représentent des figures d'instances possibles. Ainsi en est-il pour les collègues, les acteurs de la hiérarchie médicale, particulièrement le chef de service, ou encore le collectif de travail formé par l'équipe.

Toutefois, se dégager de l'ordre accusateur des faits, se justifier dans l'ordre du faire, des décisions, et par là des causalités, est un enjeu certain pour rester un bon professionnel, pour écarter les suspicions d'erreur ou de faute pesant sur les compétences relatives au métier, mais aussi pour soulager ou atténuer le poids du sentiment de culpabilité qui, malgré tout, peut rester tenace. Le processus d'attribution d'une cause de la mort périnatale y trouve sa place en ce qu'il modère ou, au contraire, accentue le regard des autres sur soi pour le soignant et par là même contribue à moduler le regard des autres sur soi « en soi ».

4.8 Les enjeux de la parole

« Parler » de ce qui met à l'épreuve ou génère du malaise dans l'activité, pour aller mieux et pouvoir retravailler dans de meilleures dispositions, est une stratégie unanimement reconnue par les soignants : « *je pense que c'est humain quelque part d'avoir besoin de parler des situations dans lesquelles on se trouve pas bien, quand on rumine les choses, ça tourne ça tourne ça tourne et tant qu'on n'en a pas parlé, on n'arrive pas à s'en débarrasser* »^{SFRomy}. Cette stratégie a les mêmes vertus au travail que dans la vie privée. Certains soignants en font le parallèle explicitement : « *je voulais pas partir là-dessus parce que c'est un élément externe au travail... déclenché par le travail, on va dire, mais tout garder pour soi c'est très cocotte-minute et le jour où ça arrive, hop hop hop, voilà ça fait réfléchir quand même [...] plus ou moins pour tout le monde, psychologiquement, garder trop sans parler, c'est pas quelque chose que je conseillerais pour l'avoir vécu personnellement* »^{SFPaul}.

Néanmoins, la manière dont la parole va être mise en usage pour surmonter l'épreuve de la mort périnatale révèle des enjeux similaires tout autant que, parfois, sensiblement différents chez les SF et chez les GO. Tous reconnaissent, cependant, qu'il leur est difficile de parler, à l'extérieur du travail, dans des sphères sociales plutôt étanches, de cette réalité douloureuse vécue au travail, sauf exception : « *c'est sûr que ça m'arrive d'en parler un peu chez moi sans citer les noms des patientes pour expliquer, parce que quand on rentre chez soi*

on n'est pas forcément en forme, hein »^{GOMaya}. L'attitude globale des soignants montre plutôt une tendance à éviter de parler de ces épreuves en privé, avec leurs proches : *« en plus ce qui m'aide beaucoup c'est que M., mon compagnon, il est musicien, et alors ce n'est pas la peine que je prononce un mot, il me dit « quelle horreur gnagnagna » (change de voix et prend un ton de reproche) donc je n'en parle pas à la maison »*^{GOLili}. Cette stratégie de séparation entre vie professionnelle et vie privée tente de préserver celle-ci d'une contagion émotionnelle pénible, liée aux difficultés rencontrées au travail. De la même façon, souligne un homme SF, que le travail lui-même devrait être protégé de l'envahissement des difficultés de la vie privée : *« ce n'est pas les problèmes de la maison qui doivent entrer dans ton travail, t'es fâché à la maison, mais il faut que tu sois au travail quand tu es à ton travail en fait et si possible dans la bonne humeur pour que tout le monde puisse travailler de façon efficace en fait »*^{SFGaby}.

Toutefois, cette séparation repose en même temps sur un constat unanime fait par les soignants : en privé, comme au-delà, dans la sphère sociale élargie, parler des situations douloureuses liées au travail, dont la mort périnatale, semble risqué devant une réalité professionnelle impossible à partager : *« c'est trop compliqué de parler avec les gens avec l'extérieur, parce que les gens à l'extérieur, ils sont des fois un peu effrayés, atterrés de ce qu'on raconte parce qu'ils ne peuvent pas imaginer ça, alors que dans le milieu professionnel tu parles à des gens qui ont déjà vécu la même expérience, donc une personne qui a vécu la même expérience à une autre, enfin, t'as, t'as de l'aide qui arrive »*^{SFPia}. D'autant plus que la parole retenue autour de cette réalité professionnelle souffre également d'une injonction sociale plus générale : dans le contexte actuel, le thème de la mort tend à être évacué ou refoulé de la sphère publique vers des espaces réservés, ceux de l'intime ou ceux de l'univers hospitalier, réservés au drame de la mort. Ce *« tabou sur la mort »*^{SFPia} rend la parole autour de la mort périnatale difficile dans les contextes sociaux extérieurs au travail : *« ce n'est pas des choses dont on parle à un dîner entre amis »*^{GOLaure}. D'autant que l'image communément véhiculée d'un métier valorisant à travers l'agrément et la beauté des naissances s'en trouve éclaboussée. Ainsi cette parole restera-t-elle essentiellement contenue dans la sphère professionnelle, à travers les échanges avec les collègues, mais aussi avec les parents, partenaires indissociables de ce partage.

4.8.1 Parler, avec les pairs

Sur le lieu de travail, la mort périnatale impacte toute l'équipe, d'autant plus massivement qu'elle est plus dramatique : *« il y a l'équipe aussi parce qu'on est tous, on est*

tous pris par cette situation, vraiment ça se ressent dans l'ambiance de l'équipe », même si « ce n'est pas quelque chose sur quoi on peut vraiment mettre le doigt, c'est plus une ambiance générale »^{SFRomy}. La circulation de la parole dans l'équipe témoigne de la façon dont tout le monde peut se sentir concerné par ce qui arrive aux pairs ; ce qui désigne, sous une première acception, ceux qui partagent la même condition, c'est-à-dire dans le travail ceux qui ont à faire avec la même expérience, celle de la confrontation avec la mort périnatale : « Alors les gens qui sont concernés par l'histoire qu'ils soient ou pas de la même profession se parlent, c'est-à-dire que on a vécu ensemble une situation difficile, sages-femmes, médecins, infirmières, aides-soignantes, internes, externes, tout le monde...là, on se parle »^{GOMaya}.

La parole, dans l'intersubjectivité partagée, apporte un soutien au vécu émotionnel douloureux par sa capacité régulatrice comme par une pensée susceptible de contenir une réalité difficile à soutenir dans l'activité : « parce qu'en fait c'était surtout [parler] aux collègues qui étaient là qui étaient présents ce jour-là [...] alors du coup qui savent, qui connaissent les circonstances, qui connaissent un peu l'histoire de la patiente aussi, comment ça s'est déroulé et du coup qui peuvent comprendre ce qui s'est passé ce jour-là »^{SFLise}. Cette parole partagée face aux épreuves imposées par la mort périnatale, en même temps qu'elle génère une sorte de force libératrice, peut créer des liens de solidarité inédits, nés des difficultés rencontrées au travail : « l'équipe qui est présente ce jour-là (insiste sur ces deux mots), parce que ça reste des moments très forts, même après, c'est des moments on s'en souvient [...] et ça reste fort sur ce moment-là pour les personnes qui étaient sur place »^{GOOlga}, souligne cette GO. Le collectif de travail constitué par les acteurs de l'équipe peut s'en trouver renforcé puisque « finalement ça peut rapprocher une équipe aussi et de se dire « en fait on a vécu une situation difficile tous ensemble » et ça euh ça crée des liens dans l'équipe »^{SFNell}. Néanmoins cette parole échangée entre soignants apparaît parfois plus risquée, lorsqu' « on se dit qu'on va être jugé par le reste de l'équipe qui était pas présente ce jour-là »^{SFNell}.

L'image du bon professionnel, reconnu par ses pairs, pris dans les mêmes conditions de travail, risque d'être écornée, lorsque le travail peut être évalué négativement ou simplement lorsqu'il faut supporter des commentaires ou des réactions pénibles : « le personnel soignant en général vient vers nous pour nous demander comment ça va, comment ça s'est passé, aussi parfois pour avoir plus d'informations parce... que pour pas que l'information soit déformée... et ce qui est moins aidant ce sont les personnes qui n'ont pas assisté, qui n'ont pas du tout vu, mais qui donnent leur avis ou qui pleurent alors qu'ils n'ont même pas vu ce qui s'est passé

qu'ils étaient pas là en salle de travail ça c'est pas forcément aidant.... »^{SFNeil}. De ce fait, pour en parler, les soignants, SF ou GO, s'adressent préférentiellement à leurs collègues, les pairs suivant le même rang, selon une seconde acception de ce terme, ceux du même métier.

4.8.2 Parler entre pairs, entre SF

Les meilleurs interlocuteurs pour parler sont, pour les SF, les collègues SF : « *pour moi ça s'est vraiment passé entre sages-femmes que ce soit avec les collègues de l'équipe ou avec les sages-femmes qui travaillent ailleurs que je connais bien ou euh....où rien que le fait d'en parler finalement ça vous fait un peu travailler ça vous libère un peu* »^{SFNeil}, constate cette SF après une mort *per partum* à terme. En effet la question de l'activité réelle au travail est au premier plan. La mise en discussion et l'avis de la collègue SF, sur le travail fait, permet de confirmer comme de se rassurer que celui-ci n'a pas été mal fait : « *en parler entre nous, on essaie de se rassurer de se dire entre nous qu'on a fait tout ce qu'on pouvait faire aussi, qu'on n'a pas fait d'erreurs (insiste sur ce mot)* »^{SFRomy}.

N'avoir rien à se reprocher, sous le regard de la collègue partageant la même expertise, est la préoccupation principale. : « *c'est qu'on vit une nouvelle expérience qui fait partie de notre profession et on partage cette expérience avec d'autres collègues qui l'on peut être vécue [...] et puis tout ce questionnement médical au départ qui est important de se dire « est-ce qu'on a fait une faute » ou pas, ça ça revient beaucoup, forcément. On ne peut pas le partager avec un psy* »^{SFNeil}. Au-delà de cette vérification du travail grâce aux collègues, lorsqu'il s'agit d'une situation professionnelle inédite à laquelle la SF n'a jamais été confrontée, le contexte prend aussi l'aspect de nouveaux apprentissages par l'expérience : « *mais justement ce cas a fait qu'on en a discuté avec les autres collègues et de voir à quel point beaucoup de collègues avaient des vécus justement des décès per partum en pensant que c'était le rythme du bébé [confondu avec celui de la mère], plusieurs cas, des jumeaux, pourtant c'est quelqu'un qui a sacrément de l'expérience, et un des deux jumeaux c'était le rythme de la mère et une autre collègue tout le rythme d'expulsion c'était le rythme maternel* »^{SFLuce}.

Ainsi l'expérience des autres collègues apporte d'abord une aide professionnelle, centrée sur une difficulté du travail, là où « *ça rassure d'entendre dire « ben j'aurais fait comme toi »* »^{SFLise}. L'avis des pairs, la reconnaissance d'une activité conforme aux règles du métier, permettent d'être rassuré sur ses compétences et son identité professionnelle : « *en fait on est jugé forcément sur ses compétences médicales, mais j'ai le souvenir que le retour qu'on*

a eu globalement, j'ai plutôt le souvenir des sages-femmes parce que c'est plutôt entre nous que ça se passe au début, d'avoir vraiment été rassurée sur le plan médical en disant « personne n'aurait fait autrement que vous »^{SFNell}. En même temps ces échanges avec les pairs apportent un soutien émotionnel dont l'efficacité est renforcée : « une plus ancienne peut dire à une plus jeune « je sais que c'est pas facile, mais il faut laisser un peu les choses se faire » « c'est quelque chose auquel on est confronté » »^{SFPia}.

Pour les SF ces temps de parole ne sont pas « quelque chose de formalisé dans le fait d'en parler »^{SFRomy}. Elles utilisent rarement le terme de « débriefing », qu'elles réservent à l'analyse du dossier dans toutes les autres circonstances ; manifestement en raison de la teneur des échanges qui concernent avant tout le vécu émotionnel et relationnel de l'épreuve vécue au travail, au-delà du cas clinique que représente la mort périnatale : « je pense que moi ma carapace c'est d'en parler avec mes collègues quand elles sont là »^{SFAude}. Ces moments, durant lesquels les « sages-femmes entre elles » se parlent, sont informels, mais possibles au travail, « quand on est en garde ensemble en fait »^{SFEva}, y compris pendant des moments de convivialité comme les repas ; ou encore lors des relèves de garde, lors des transmissions, parfois en sollicitant des collègues plus proches dans le lien : « Après avec ma collègue en question c'est encore différent parce qu'on a notre numéro de téléphone personnel donc on s'envoie des messages, on s'appelle on en reparle entre nous »^{SFNell}. Les SF font état de liens de proximité plus importants avec des collègues de l'équipe, ou au dehors, vers lesquels elles vont se tourner : « cette collègue de promo qui est du coup une bonne amie à moi c'est que on se soutient beaucoup aussi bien côté vie privée que côté professionnel parce que nous si le jour même au travail on a quelque chose qu'on se pose des questions qu'on a mal vécu eh bien du coup on n'hésite pas à s'appeler l'une l'autre pour demander son avis. Parce que du coup on ne travaille pas au même endroit et ça nous permet justement d'avoir un avis plus objectif sur ce qui s'est passé »^{SFLise}.

La tendance générale chez les SF va vers une certaine facilité à s'adresser aux pairs de même rang pour mettre en discussion les épreuves liées à la confrontation à la mort périnatale, même les plus pénibles : *c'est vrai qu'entre sages-femmes on peut se permettre mmm on peut se permettre de bien parler de tous les plans »*^{SFPia}. Cet aspect est fidèle aux travaux de Philippe Charrier qui souligne chez les SF « l'importance du contact relationnel collègues » (2011, p.102). Certaines SF de la recherche mentionnent que cette facilité est une particularité qui fait partie du métier, dont les SF font usage, « même si elles ne sont pas au courant (rire) elles se

servent de ça »^{SFPia}, comme si le versant relationnel où prime l'accompagnement avait une déclinaison collective par l'accompagnement des collègues en difficultés. Parfois elles le commentent, comme une conséquence logique de l'entraide qu'elles se portent pour faire leur travail, lorsqu'une « *ancienne* » conseille une plus jeune au travail, lorsque l'une assiste l'autre pour une naissance difficile, une réanimation, un relais de patiente, une urgence, mais surtout pour s'occuper du corps sans vie, dans le cas de la mort périnatale.

Lorsque la question se pose de savoir s'il en est de même pour les GO entre eux, les réponses sont hésitantes. Les SF ne savent pas vraiment si les GO échangent entre eux de la même façon, particulièrement concernant cette question. Entre suppositions ou franche ignorance, « *je ne sais pas trop ce qui se passe entre médecins* »^{SFRomy}, deux univers professionnels distincts semblent parfois se côtoyer : celui que les SF partagent entre elles, et celui des GO, qui leur semble comme étranger à leurs propres échanges : « *je pense que le poids du côté des médecins doit être très très fort. Parce qu'en plus pour eux dans leur cursus dans leurs façons de faire, même moi avec trente ans, dans ce que j'imagine d'eux, j'espère qu'entre eux ils en parlent. Mais tu veux que je te dise, je n'en suis pas sûre ben oui, parce que tu sais entre médecins il y a ce côté ce qu'on n'a pas trop entre sages-femmes, il y a plus une communauté humaine entre sages-femmes, chez les médecins, il y a un peu cet enjeu peut être un peu politique, d'enjeu de prestige entre eux, des médecins entre médecins. Donc, j'imagine mal un médecin s'épanchant auprès d'un autre médecin [...] alors qu'une sage-femme elle peut le dire plus facilement à une autre sage-femme* »^{SFPia}.

Les hypothèses formulées au sujet des échanges que les GO eux-mêmes auraient entre eux, concernant les épreuves du travail dans la mort périnatale, laissent entendre qu'ils auraient une plus grande retenue émotionnelle, corollaire né des enjeux liés à leur position : « *mais je pense qu'il y a plus une question de pudeur parce qu'ils sont médecins, ils tiennent leur rôle* »^{SFEmy}. Tout comme ils auraient aussi mieux intégré dans leur pratique d'experts la question de la mort périnatale, sans avoir besoin d'y revenir autant dans les échanges : « *dans des grands centres comme P., je pense qu'ils doivent se dire que cela fait partie du jeu, quoi, j'imagine, je ne sais pas (rire)* »^{SFEmy}.

Néanmoins, sans savoir vraiment quelle est la teneur des échanges sur cette question entre les GO, les représentations que les SF s'en font semblent tirées de leurs propres projections corporatistes qui assignent chacun d'eux à la place d'expert ou de chef : « *peut-être que maintenant il y a une génération de médecins un peu plus...sensibilisés à ça, ou qui vivent*

ça pas que du côté uniquement médecins et se laissent aller à dire « c'est dur » « J'étais vraiment pas bien pour la femme », mais c'est quand même rare. Ce qui importe c'est « qu'est-ce que j'ai bien fait » « on a bien géré la mort fœtale in utero » « elle a pu expulser rapidement » « y a pas eu de CIVD [coagulation intravasculaire disséminée, complication grave] « Qu'est-ce que j'ai fait dans mon suivi pour que ça arrive » ...voilà. Y a plutôt ce côté-là, le côté médical et responsabilité beaucoup plus fort chez les médecins je trouve, comme si, mais je ne le dis pas comme un bien, comme s'ils ne s'autorisaient pas à voir le côté humain qui ressort, en tout cas peut-être devant nous. Peut-être qu'entre médecins ils se débriefent entre eux puisqu'à même niveau de responsabilité, je sais pas, de compétences, ils se débriefent entre eux, quoi, avec les mêmes sous-entendus qu'avec la sage-femme avec plusieurs niveaux »^{SFPia}. D'autre part ces représentations semblent chez les SF influencées par leurs propres échanges avec les GO, car pour certaines « il n'y a pas de croisement »^{SFRomy}.

La perception de ces échanges apparaît modulée par la teneur des relations individuelles avec les uns ou les autres, laissant entendre que la part liée à la personnalité propre, surtout chez les femmes, l'emporte avant tout : *« c'est médecin dépendant (rire puis silence) ... c'est dans des situations difficiles ... qu'ils se remettent en cause, c'est souvent des femmes qu'on voit affectées. Alors peut-être que les hommes ne sont pas moins touchés, mais ils le montrent moins, pas devant nous, pas devant nous, peut-être qu'ils échangent avec leurs collègues médecins [...] Après on va le montrer aussi aux gens avec qui on se sent à l'aise. Moi je ne me sens pas à l'aise avec toutes mes collègues sages-femmes parce que je ne les connais pas, ce que je ressens quand je n'ai pas d'affinité, voilà, donc je ne vais pas m'épancher avec ces collègues avec qui je ne me sens pas »*^{SFLéa}. Le tableau de ces échanges, dressé par les SF, laisse entrevoir l'expression d'une plus grande vie émotionnelle au travail, à composante genrée, comparé à celui qu'elles dressent des GO, au-delà de la nécessité des échanges strictement liés aux conduites professionnelles.

4.8.3 Parler entre pairs, entre GO

Les GO affirment bien parler eux aussi, entre eux, des situations difficiles dans les épreuves de la mort périnatale inattendue. Cependant, l'objectif et les attentes de ces échanges orientés vers la recherche d'un soutien singulier apparaissent ici nettement dissociés de la discussion du diagnostic et des soins, même s'ils peuvent être présents comme l'explique cette GO : *« pour moi non, alors je ne sais pas quels sont les moyens de défense des médecins, mais c'est souvent peu, peu exprimé (insiste sur ces deux mots) [...] on en parle, après c'est vrai que*

(silence)...je pense qu'on cherche (insiste sur ce mot) à montrer qu'on n'est pas en faute aux autres, je pense que c'est ça qu'on essaye d'expliquer, mais après est-ce que c'est une recherche de soutien moral, je ne pense pas »^{GOOlga}.

Les échanges entre pairs de même rang semblent concerner surtout le savoir, les connaissances et les compétences par une revue critique de la situation qui correspond aux différents temps du débriefing. Sous cet angle, la mort périnatale apparaît essentiellement comme une affaire à éclairer, à comprendre à l'aune des compétences et du métier, pour se mettre à l'abri d'une erreur ou d'une faute, ou encore pour modifier, en conséquence, les conduites professionnelles. Débriefer et parler ne renvoient pas d'emblée à la même sémantique, ni aux mêmes enjeux chez les GO que chez les SF. Apparaître trop affecté pourrait même aller jusqu'à risquer de perdre la face et venir menacer l'image professionnelle.

Les GO se tournent néanmoins également vers leurs collègues pour obtenir du soutien émotionnel. Mais cette recherche semble se faire avec davantage de précautions relationnelles, pour « *se permettre de parler* », afin de pouvoir échanger en confiance au-delà des discussions sur les conduites médicales liées à l'expertise : « *sur le moment on en parle de manière informelle avec les gens qui sont concernés par les choses, après il y a dans les équipes des gens avec qui on est très proche, un confrère, une consoeur, on est un peu plus amis aussi, on peut se permettre de parler...* »^{SFElena}. Parler des difficultés du métier avec quelqu'un du métier, qui maîtrise, connait et partage le même contexte de l'activité réelle au travail, offre un soutien indéniable, ainsi que les SF elles-mêmes l'expriment : « *oui, en l'occurrence, je me confie à une de mes collègues, plutôt qu'à une sage-femme, après je m'entends très bien avec beaucoup de sages-femmes, mais est-ce que la vision des choses est la même, je ne sais pas, je n'en suis pas sûre en tous cas pour le travail* »^{GOAnna}.

Toutefois, dans la mesure où parler de soi pourrait engager une parole privée trop personnelle, menaçante pour le professionnel ou encore inconvenante dans la sphère du travail, l'échange avec des pairs extérieurs peut être privilégié, comme le confie ce chef de service : « *globalement, je ne parle pas de moi (rire), j'ai le sentiment aujourd'hui de n'avoir jamais autant parlé de moi [...] là on rentre sur un terrain quand même très très privé...y a et on a, on a un groupe d'amis intra, dans le milieu, avec F.V. (chef d'une maternité niveau 3) de P.L. (maternité type 2), ou d'autres à D. (maternité niveau 3), on est très très proches, on parle volontiers on parle de de ces choses-là, je pense que ça, c'est des soupapes* »^{GOJean}. Là aussi, quand ces échanges sont possibles, ils ne sont pas prévus dans le travail comme c'est le cas

pour les débriefings des dossiers médicaux : « *pour le soutien entre nous, c'est plutôt informel, je pense, que quelque chose d'organisé* »^{GOLaure}.

Ces temps communs, non programmés et cependant provoqués, relèvent ainsi d'une démarche plutôt individuelle qui dépasse la retenue professionnelle de mise, où il faudrait maintenir des apparences ou garder une place conforme à son rang. Ils apparaissent toutefois fortement favorisés ou dépendants de la dynamique plus large de l'équipe médicale, comme c'est le cas dans cette grande maternité : « *ce n'est jamais vraiment quand on veut, mais parfois c'est en garde, on termine la vacation, il est 14 heures, on va aller manger et puis on va quand même prendre une petite ½ heure pour discuter de quelque chose qui nous a...(silence)...eh bien oui on le prend quand même c'est....quand on peut, mais ...on va passer beaucoup de temps à l'hôpital, beaucoup d'heures, donc il y a les gardes, à trois heures du matin on se retrouve à discuter [...] on se retrouve plein de fois en fin de journée là tous dans nos bureaux, on va se raconter des trucs on a tous des personnalités très différentes, mais il y a une complicité, il y a du respect, et puis dans l'équipe voilà tout le monde et je pense que tout le monde fonctionne un peu comme ça, oui après il y a des gens qui vont être moins impliqués dans le diagnostic anténatal, qui sont moins là-dedans, mais je pense on est tous, ...on est tous touchés quand il se passe quelque chose de triste de grave et on s'en parle entre nous, oui je pense qu'on a trouvé dans cette façon de communiquer ensemble un peu de soutien* »^{GOMarie}.

À travers l'usage fait de la parole dans la confrontation à la mort périnatale se révèlent, au travail, des dynamiques de groupe visiblement liées au métier avec des spécificités corporatistes. Chez les SF et les GO, chacune de ces dynamiques, interne à la profession, tente, par des échanges intersubjectifs, de traiter le vécu émotionnel. Elle arrive en renfort, en soutien, ou encore permet d'élaborer une réalité du travail qui est une mise à l'épreuve. Mais chacune d'elle se dessine distinctement pour participer à la mise en forme de deux univers professionnels, parfois presque parallèles, « *sans croisement* », comme dit l'une des SF. Dans ce cas, les croisements dépendent plutôt de démarches et de relations individuelles entre SF et GO, selon des affinités personnelles développées au travail. Dans les équipes où règne un esprit d'ensemble avec de bonnes relations collectives au travail, où parler « *apporte de la cohésion* » comme dit ce chef de service, se développe un effacement des frontières trop hiérarchiques ou corporatistes, grâce à une dynamique collective plus générale au service de tous, comme de chacun, pour faire face aux épreuves liées à la mort périnatale.

Cette dynamique collective d'ensemble est particulièrement précieuse face au processus d'attribution causale qui a tendance à isoler les soignants, ou à « brouiller » la parole en ce sens, surtout entre SF et GO : « *quand il arrive quelque chose avec le chef de garde, par définition c'est lui qui avait la responsabilité de tout et qu'à ce moment-là, par exemple, sur un forceps qui se passe mal eh ben y a le côté responsabilité qui l'emporte et là on peut pas s'épancher ni les uns ni les autres, parce que on est un peu tenu par la faute qu'on aurait peut-être pu faire et tout ça et l'épanchement se fait pas quoi. Chacun reste cantonné dans sa « qu'est-ce que j'ai fait pour que ça arrive » et « qu'est-ce que j'aurais pu faire pour que ça n'arrive pas » et la parole elle circule pas très bien quoi* »^{SFPia}. C'est pourquoi, dans les équipes, lorsque la mort périnatale est particulièrement retentissante, le recours au/à la psychologue est souvent proposé.

4.8.4 La place de l'aide psychologique

Les soignants ont connaissance du travail des psychologues, à vocation de soutien des équipes pour d'autres spécialités médicales confrontées à la mort : « *Ici il n'y a pas, il y a des endroits où par exemple je suis passée à C. (hôpital spécialisé en oncologie), et dès qu'il y avait des cas un peu compliqués ou d'arrêts de traitement, il y avait des réunions pour toute l'équipe médicale et paramédicale ensemble, avec une psychologue qui venait et on discutait de tel patient qui va mourir, comment on le vit, etc. c'est vrai que c'est pas mal, ça peut permettre d'évacuer certaines choses* »^{GOAnna}.

L'idée d'un soutien psychologique est souvent évoquée aussi bien chez les SF que chez les GO. L'aide disponible, proposée aux soignants, concerne presque exclusivement le/la psychologue du service. Cette solution reste, pour le moins, dépendante de l'organisation et des relations de travail entretenues lorsqu'il y a des « *rapports pas toujours faciles avec les psychologues du service* »^{GOJean}. Parfois ce soutien est évoqué avec le regret de ne pas en profiter comme un élément manquant dans l'organisation du travail : « *il y a dans certains hôpitaux des psychologues qui justement prennent le temps de proposer un temps pour les professionnels pour qu'ils se posent sur leur vécu en fait, nous on n'a pas ça. Et là on l'a vraiment ressenti et en plus ç'aurait été, je pense, nécessaire* »^{SFLuce}. Toutefois, en dehors d'une SF, aucun des 31 autres soignants n'a suivi cette proposition pour un entretien individuel. Deux femmes GO, formées au DAN, ont quand même fait l'expérience de groupes de parole entre soignants : « *on n'est pas là pour critiquer le dossier hein d'un point de vue médical, non pour se parler, souvent avec la psychologue du service ou quelqu'un de l'extérieur, ce qui est pas*

plus mal parce que ça permet d'avoir quelque chose qui est un peu à la même distance pour tout le monde et un regard extérieur et c'est important, ou les groupes Balint, c'est pas mal, ça aide beaucoup ça permet de voir un peu chacun son regard par rapport à une même situation »^{GOMaya}.

Les bénéfiques supposés d'une aide psychologique, envisagée facilement par les soignants dans ces épreuves liées à la mort périnatale, vont de pair avec l'évitement ou le refus du dispositif lorsqu'il paraît possible. Cette aide « *pour pas garder pour soi, pour exorciser je pense que c'est assez violent donc pour pas que ça nous ronge, que ça sorte »^{SFJane}, semble paradoxalement inappropriée dans ce contexte. Les soignants, SF et GO, soulignent unanimement qu'elle se concrétise généralement par le/la psychologue du service, qui ne leur semble pas adapté pour cette démarche : « *et puis la psychologue du service, c'est compliqué aussi de se confier à quelqu'un du service, des fois, hein [...] à la limite c'est pas la bonne personne parce que c'est souvent, en plus, cette psychologue qui va aller voir la femme à qui c'est arrivé, même si c'est peut-être, peut-être pas, notre responsabilité, donc c'est très très compliqué »^{SFPia}.**

Les soignants envisagent l'intervention du/de la psychologue du service comme une confusion des frontières dans l'activité au travail, entre la place et le rôle des soignants et la place des soignés : « *ben elle ne peut pas tout, enfin...je pense que c'est difficile pour elle de s'occuper à la fois des soignés et des soignants, oui, ça fait beaucoup (rire). Sûr qu'une psychologue extérieure serait bienvenue »^{GOLAure}. Cette confusion, où le/la psychologue serait à la fois auprès des soignés et des soignants, renverrait ces derniers automatiquement du côté des patients ayant des difficultés psychologiques. Or les soignants refusent cet amalgame qui individualise l'épreuve vécue au travail en même temps que celle-ci apparaît, non plus comme spécifiquement liée au travail lui-même, mais comme une problématique psychique individuelle et personnelle. Ce constat permet de comprendre les motivations des soignants lorsque dans la confrontation avec les épreuves de la mort périnatale ils se tournent avant tout vers les pairs, de même condition ou de même rang. Ce qui est mis à l'ouvrage dans ces échanges avec les pairs, c'est un problème lié au travail, qu'ils sont à même de mieux comprendre et partager pour apporter, aussi, l'aide la plus cohérente. L'expertise reste commune et partagée, ce qui n'est plus le cas dans le dispositif d'aide apporté par le/la psychologue dédié aux patients. Non pas que cette aide soit disqualifiée, mais elle apparaît comme non adaptée, sous cette forme, à l'épreuve liée au travail traversée par les soignants.*

L'entretien clinique individuel, en face à face, renvoie tout particulièrement à une remise en cause individuelle difficile à soutenir, lorsqu'en même temps dans la mort périnatale inattendue se profile la recherche d'une cause et son attribution. L'investigation médicale de l'activité au travail du soignant ne peut pas être partagée avec le/la psychologue dont ce n'est pas la formation.

Une GO considère que faire intervenir le/la psychologue, c'est dramatiser l'expérience de la mort en obstétrique alors même que progressivement la vie émotionnelle des soignants à leur travail a été davantage reconnue : *« dans les services d'obstétrique actuellement, puisque l'on a ouvert les vannes de l'expression...c'est un peu l'impression que cela donne, tout d'un coup, il n'y avait pas d'expression de ce que cela disait au niveau du personnel, c'était complètement réprimé. On ne pouvait pas trop s'exprimer, on devait jouer les gros bras... Tout d'un coup on a un peu ouvert les vannes et ça devient, dès qu'il y a le moindre incident une espèce de truc un peu, j'ai dit « hystérique », avec réunions de service, psychologues qui se mettent dans le truc, psychothérapie de groupe, avecsages-femmes qui s'effondrent en pleurs, je le fais un peu caricatural, mais c'est comme ça que c'est vu de l'extérieur »*^{GORose}.

Force est de constater, à travers les entretiens, que presque tous les soignants ont évité de tels dispositifs, individuels ou collectifs, même lorsqu'ils sont particulièrement affectés dans leur travail avec des retentissements sur leur vie privée : *« pour le coup comme ça allait mieux et jusqu'à maintenant je n'ai vu personne. Mais de temps en temps quand ça revient je me dis que peut-être il faudrait consulter, enfin juste pour vraiment que ça passe. Et je pense que ça ne passera pas. [...] on n'oublie jamais. Enfin je le vis beaucoup mieux, je le vis normalement maintenant, mais je me dis peut-être est-ce qu'il faut travailler un petit peu dessus pour, enfin je ne sais pas, si jamais j'ai moi-même une autre grossesse comment je vais le vivre, est-ce que du coup je vais être stressée en me disant jusqu'à l'accouchement « mon bébé peut décéder », en fait, je ne sais pas si ça peut m'impacter moi après enfin... »*^{SFEva}.

L'aide psychologique individuelle reste envisageable, mais comme une démarche privée, extérieure au travail, lorsque celui-ci garde une valeur traumatique : *« j'ai beaucoup parlé avec la personne avec qui je faisais une psychanalyse, j'ai beaucoup parlé avec mes amis sages-femmes, j'ai beaucoup parlé avec mon père, j'ai même parlé avec des prêtres je je je enfin disons que ça ne me quitte pas »*^{SFElsa}.

Ce constat est conforme à la situation de la maternité avec laquelle la chercheuse elle-même travaille en tant que sage-femme. Un groupe de travail et de réflexion, animé par la psychologue pendant 6 années, a été mené très régulièrement sur le deuil périnatal, le suivi des parents et le soutien aux soignants. Une seule GO concernée y aura assisté une seule fois. Pourtant, sur la scène du travail, comme l'a souligné un GO, «il y a vraiment des choses dont on peut ne pas se remettre, je pense »^{GODavid}. Les soignants connaissent en général tous au moins une SF ou un GO qui a quitté un service, abandonné la salle des naissances, ou même arrêté de travailler dans cette spécialité, après un ou plusieurs événements dramatiques survenus au travail, souvent une mort périnatale *per partum* à terme. D'ailleurs, durant le temps de la recherche, une des GO interviewée a cessé brutalement de prendre des gardes, tandis qu'une SF expérimentée aura pris un congé sabbatique, se déclarant « usée par les responsabilités ». Même si le recours à l'aide psychologique n'est pas investi par les soignants sous la forme institutionnelle du service, il constitue bien, cependant, une stratégie supplémentaire parfois nécessaire afin de pouvoir rester au travail, et continuer à l'investir.

4.9 Des aides spécifiques liées au travail lui-même

Les particularités de l'activité elle-même apportent toutefois aux soignants d'autres petites ou grandes stratégies pour faire face aux épreuves de la mort périnatale : « Je pense que si je n'avais pas fait d'autres accouchements derrière, j'aurais eu du mal à revenir juste la peur, le stress que ça recommence, la poisse comme on dit (rire) »^{SFEva}. Pour certains soignants, le simple fait de se retrouver immédiatement après une mort face à une naissance vivante procure une aide instantanée, venue directement du travail, au-delà de la difficulté de switcher entre les deux : « je me souviens aussi avoir fait rapidement un accouchement derrière, je m'occupais d'une patiente qui accouchait et c'était du physiologique, tout le monde allait bien, ça s'est bien passé et avant de me lancer sur l'accouchement je me suis dit « je ne sais pas si je vais y arriver » parce qu'on était encore tous un petit peu choqués de ce qui venait de se passer et en même temps ça a fait du bien à l'équipe de voir un enfant qui va bien après »^{SFNell}.

Quelques soignants considèrent que l'expertise permet parfois une certaine rationalisation protectrice face à une situation déjà compromise bien avant la mort périnatale : « l'autopsie du bébé a montré par la suite qu'il y avait déjà eu des problèmes anténataux, antepartum, des problèmes sans doute d'oxygène, d'anoxie, enfin voilà, ça ça a aidé les parents en fait et ça m'a aidée moi aussi »^{SFElsa}. Ces jugements permis par l'expertise semblent réduire la portée du sentiment de culpabilité : « Rien ne dit que...il avait quand même un gros retard,

il allait mal, ce sont des arguments qu'on se trouve pour déculpabiliser « si ça se trouve s'il était né il aurait eu une grosse anémie, il serait peut-être décédé aussi », ou autre »^{SFElena}.

À côté de ce traitement subjectif dépendant de l'expertise, celle-ci peut être mise très concrètement au service d'une médicalisation accrue pour se rassurer face à des difficultés similaires. Cet élément est particulièrement présent lors du suivi d'une nouvelle grossesse chez la même patiente : *« Il y a souvent un excès de surveillance c'est sûr, mais ça rassure tout le monde »*^{GOLaure}. Être plus actif médicalement favorise la lutte contre la peur ou le stress tout en procurant le sentiment d'une compétence retrouvée par une capacité d'agir renforcée. Une sorte d'auto-compétence ou d'auto-efficacité professionnelle que le soignant peut récupérer dans l'activité propre à son métier.

Lorsque le soignant peut tirer une forme d'apprentissage de la situation, qu'il peut réinvestir ultérieurement dans l'activité, l'épreuve traversée peut s'avérer utile, mise au service des compétences et du travail : *« je me souviens avoir entre guillemets « appris » de la première situation pour être plus réactive sur la deuxième et c'est moi qui avais appelé le SAMU la première fois, j'ai été plus réactive la deuxième fois je l'ai appelé plus rapidement, on apprend des petites choses et après la réanimation était plus « facile » entre guillemets »*^{SFNell}. Les épreuves liées à la mort périnatale peuvent prendre sens dans le travail lui-même lorsqu'il peut en bénéficier : *« puis je suis quand même arrivée...à distance à la conclusion que « ben voilà », c'est-à-dire que il n'y a pas de petites poses euh des forceps considérées comme faciles, il faut se mettre dans les meilleures conditions dès qu'on fait un acte de complication, donc j'ai amélioré ma pratique, j'étais aussi soutenue par l'équipe »*^{GOAlix}.

Dans le travail cependant, pour les soignants qui auront été éprouvés le plus douloureusement dans la confrontation à la mort périnatale inattendue, ce sont les parents qui leur apportent indéniablement le dégageant le plus opérant : *« Ce qui m'a le plus aidée en fait dans toutes ces histoires, c'est la rencontre avec les parents [...] oui et vice versa je pense. C'est-à-dire c'était le fait de parler avec eux, de dialoguer avec eux de leur expliquer, de les aider à accepter, à accepter, de dire ce que je pensais avec une assez grande franchise de...même de répondre à la question du premier couple (silence) « est-ce qu'il y a eu une faute ? »*^{SFElsa}.

Lorsque la parole est possible entre les parents et les soignants, même si les questions sont douloureuses, elle les réunit pour faire face ensemble à la mort périnatale survenue, plutôt

que de les opposer sur deux lignes de front opposant les victimes et les coupables. Ce qu'une SF décrit d'ailleurs comme une situation « *ingérable* » suite à une mort périnatale *per partum* à terme : « *tu peux pas être du côté des gens, leur enfant qui est mort et je ne peux pas être en même temps du côté de l'institution, des médecins, je ne peux pas, on peut pas* »^{SFPia}. De ce fait le soignant, ses compétences et son travail ne sont pas accusés *a priori* de défaillance : « *et moi aussi ça m'a un peu réparée... que dans leur douleur ils ont continué à me faire confiance. Et voilà ils sont pas détruits...alors bien sûr ils ont cherché s'il y avait faute ou pas faute sur tout le parcours euh et c'est absolument normal [...] Et ils ont demandé à me rencontrer et quand même cette femme a été à nouveau enceinte elle a voulu que je la suive et là moi je lui ai expliqué que moi je ne voulais pas prendre cette responsabilité que je ne voulais pas alors que a priori il n'avait pas de souci... d'ailleurs elle a eu un deuxième enfant* »^{GOAlix}.

D'autre part, pour les soignants, avoir connaissance ou rencontrer les parents lors d'une nouvelle naissance les met résolument ensemble du côté de la vie. Avoir des nouvelles, en ce sens, permet à la vie de reprendre le dessus : « *c'était pour...ben (silence) ben la vie, l'histoire elle continue...* »^{SFPia}. Et lorsque, après une mort périnatale, l'histoire continue avec une naissance vivante, le travail qui lui est dédié s'en trouve, lui aussi, réhabilité.

C'est ainsi qu'au terme de cette analyse de la trajectoire de la mort périnatale inattendue, l'impact de celle-ci sur les soignants et leur travail apparaît comme variable. Sans jamais être anodin, il prend des accents particulièrement dramatiques dans ses retentissements avec la mort *per partum* à terme. Selon la situation, la mort vécue au travail par les soignants s'accompagne d'un cortège de turbulences émotionnelles plus ou moins intenses, déstabilisantes pour eux-mêmes comme pour leur activité au travail. Elles nécessitent de trouver, grâce au travail, individuellement et collectivement, des stratégies de défense susceptibles de les aider à supporter et à transformer les épreuves traversées. Dans le cas des morts maternelles, en miroir de ces morts périnatales, les mêmes éléments sont retrouvés et viennent confirmer l'ensemble de ces processus.

Chapitre 5 : Le modèle de la trajectoire de la mort maternelle

L'évocation de la mort maternelle, cette autre expérience de la mort au travail, en résonance intime avec celle de la mort périnatale, revient de façon récurrente dans le discours des soignants. Les enjeux pour la sauvegarde de la vie de la mère font corps, pour ainsi dire, avec ceux de la vie du fœtus et de l'enfant. En tant que confrontation à la mort, il s'agit d'une seule et même expérience. De ce fait la question de l'impact de la mort maternelle sur les soignants s'est avérée intéressante pour éclairer celle de la mort périnatale. C'est pourquoi un troisième modèle de trajectoire a été établi pour cette recherche, suivant le même principe que les deux modèles précédents. Cette trajectoire, par ses apports spécifiques, ses modulations ou ses précisions, contribue à la mise en perspective des différents processus exposés dans l'analyse des deux autres modèles précédents, relatifs à la mort périnatale. En ce sens, cette analyse remplace une série d'entretiens complémentaires prévus initialement par la méthodologie de la recherche, même si quelques SF et GO avaient déjà accepté un deuxième entretien de recherche, prévu après une lecture préalable du premier retranscrit. Cette modalité d'exploration est née de la recherche elle-même, grâce au matériel récolté, et permet de se substituer à celle qui était initialement envisagée.

5.1 Une mort oubliée

5.1.1 La mort maternelle, d'une mort ordinaire à une mort exceptionnelle

La mort maternelle a quasiment disparu dans les pays développés, où les femmes ont un accès généralisé à des soins de qualité. D'après l'OMS⁸⁹, 99% des morts maternelles liées à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites, dont les avortements volontaires, concernent les pays en voie de développement. C'est dans le monde, la deuxième cause de mortalité des femmes en âge de procréer, après le Sida⁹⁰. Quant à la France, d'après la dernière enquête de l'INSERM⁹¹, la mortalité maternelle y est comparable à celle de ses voisins européens, soit 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes. Avec 800 000 naissances vivantes en France, il y a environ 80 cas de morts maternelles par an. Ainsi à l'échelle du travail des soignants, comme l'affirme un GO, « *on peut faire toute une carrière sans rencontrer la mort maternelle. Ce qui n'arrive pas pour la mort périnatale* »^{GOJean}. La peur ancestrale de mourir, qui accompagnait

⁸⁹ OMS, Aide-Mémoire n°348, novembre 2015.

⁹⁰ OMS, Aide-Mémoire n°334, septembre 2013.

⁹¹ Rapport INSERM, U953, *Mortalité maternelle en France*, novembre 2013.

les femmes en couches, s'est estompée. Si la mort périnatale reste d'actualité, la mort maternelle est dorénavant quasiment dissociée de la naissance dans la réalité du travail des soignants, comme dans l'imaginaire social, étant devenue exceptionnelle : « *bien sûr ça reste inimaginable et on sait que cela existe* »^{GODavid}. Le tableau de la naissance n'en est que davantage un événement heureux, sans danger vital pour la mère.

Dans ce contexte, lorsque la mort maternelle survient, elle est d'autant plus inattendue qu'elle est devenue rare : « *je crois que c'est inimaginable (elle souligne ce mot)...pff... enfin tant qu'on l'a pas vécu* »^{SFJane}. Parmi les 32 soignants, la plupart d'entre eux n'y ont pas été confrontés, ou tout à fait exceptionnellement, en dehors de deux GO ayant travaillé un temps dans des pays en voie de développement, et du cas singulier d'un GO ayant fait l'expérience hors norme, de deux morts maternelles en quelques jours. Chez les 16 SF rencontrées, cette confrontation est encore plus rare que chez les GO, laissant supposer que cette rareté tient aux spécificités du métier. Même si « *après un certain nombre d'années d'expérience tu es obligée statistiquement d'en côtoyer de plus ou moins près* »^{GOMaya}, la mort maternelle est si peu fréquente au travail qu'elle donne à l'activité déployée au moment de sa survenue un caractère extra-ordinaire dont peu de soignants auront fait l'expérience.

La disparition de l'effroyable mortalité des femmes en couches dans les pays développés n'est pas la moindre des batailles remportées par les progrès médicaux et sociaux. La spécialité obstétricale en sort grandie et, avec elle, son digne représentant dans l'expertise, le GO. Dans les motivations professionnelles des GO, le choix d'une spécialité qui fait la part belle à la vie, aux naissances, avec moins de maladies graves ou de morts, aura compté parmi ses attraits principaux, comme l'analyse de leur trajectoire professionnelle le manifeste. Cet attrait repose sur une pensée déjà acquise qui peut laisser croire que la mère n'est plus en danger vital avec les naissances, grâce à l'activité de la spécialité. Un des GO avait d'ailleurs lié son choix à cette représentation, essentiellement par la série télévisée « Urgences », sa « *passion* », qui lui avait donné envie de « *faire médecin* » : « *oui « Urgences » (rire) j'ai d'ailleurs, enfin, un des épisodes qui m'a le plus marqué c'est où le médecin est confronté à une mort maternelle d'une patiente qui accouche. L'obstétricien est occupé. Et cet épisode m'a marqué à vie, le médecin s'occupe de la faire accoucher et finalement elle fait une hémorragie très grave et elle meurt. Et voilà c'est le drame de sa vie, voilà* »^{GODavid}.

En même temps, lorsque la mort maternelle survient dans une activité qui peut quasiment l'ignorer, elle prend la figure de la mort la plus redoutable. Pour « *l'obstétricien c'est*

ultime (insiste sur ce mot) »^{GO7}, déclare ce GO. Elle représente ainsi « la pire (insiste sur ce mot) des morts. La pire des morts parce que...l'accouchement est censé être un événement heureux, ça ne devrait pas basculer dans un décès »^{GOSarah}. Elle apparaît telle la vraie figure de la mort qui signifie aux progrès médicaux comme à l'activité leur inutilité, alors qu'elle foudroie l'expertise par la démonstration de son impuissance : « surtout le premier décès où euh... je ne sais pas l'impression où tout notre sang descend dans les chaussettes parce que là ça y est vraiment on ne peut plus rien faire de plus ; elle est en train de mourir et on a tout essayé (insiste sur ce mot) et on dit : voilà d'habitude en médecine on a tellement fait de progrès en médecine, on a le pouvoir de rattraper d'arrêter des hémorragies, de sauver en fait »^{GOSam}.

Toute l'activité médicale trouve ici ses limites, car le GO n'est pas seul sur cette scène dans la bataille pour la vie de la mère, avec notamment la présence de confrères, dont les anesthésistes-réanimateurs : « Pour ma patiente décédée d'un placenta percreta je n'ai jamais vu une réanimation pareille »^{SFEmy}. Dans cette situation l'activité concrète des SF se situe essentiellement en amont, avant l'intervention des médecins ou encore pour prendre en charge une partie de l'activité annexe : « je pense qu'on serait peut-être... dans l'action au moment de la réanimation ou la prise en charge de la patiente, je pense qu'on serait mis dans un deuxième plan, enfin c'est comme je pense qu'on serait, entre guillemets, dans « l'aide opératoire », plus que dans l'action, même si parfois ça peut être à nous d'appeler tout le monde »^{SFNell}.

Ainsi, pour les SF comme pour les GO, le décès de la mère apparaît comme la figure de la mort « ultime », impensable ou impossible à concevoir : « c'est la chose qui peut pas arriver quoi, c'est la chose qui peut pas arriver et là franchement là ça traverse un peu toutes les équipes, mais d'une façon encore d'une façon très très différente qu'est-ce qui s'est passé pour que ça arrive [...] et ça peut pas arriver, ça doit pas arriver. Parce qu'on fait tout, toute la journée pour pas que ça arrive »^{SFPia}. À travers les entretiens, c'est bien sous cette forme extrême de la finitude et de l'incertitude que la mort maternelle apparaît, tel le vrai visage de la mort. Si bien que lorsqu'elle frappe, elle déclenche un séisme dévastateur pour les équipes dans leur ensemble et laisse de profonds impacts sur les soignants comme sur leur travail. Si, en comparaison de la mort périnatale inattendue, « ce n'est pas pareil » parce que « de toute façon c'est tragique »^{GOLoïc}, la plupart des éléments dégagés pour cette dernière restent repérables sur cette trajectoire. Ils n'en sont que plus saillants, confirmant en quelque sorte leur validité.

5.1.2 Une scène de choc traumatique

De façon unanime, les GO qui ont été confrontés à la mort maternelle s'expriment avec beaucoup moins de retenue pour affirmer combien elle aura fait choc pour eux dans l'activité : *« moi je l'ai vraiment très très mal vécu. Je me suis senti, au final cette patiente a probablement fait une embolie amniotique [Passage de liquide amniotique dans la circulation maternelle, accident fréquemment mortel] on n'y pouvait rien, bon, c'est comme ça. Terrible, mais voilà. Et ça m'a beaucoup, beaucoup, beaucoup marqué et parce que j'ai vu son mari qui était catastrophé, son seul fils qui était détruit et ce côté-là de la mort d'adulte ça m'a toujours plus touché avant que j'aie des enfants moi-même [...] même du temps de la chirurgie où j'ai vu des patientes mourir de cancer »*^{GOLoïc}.

Le choc émotionnel est décrit comme intense, laissant imaginer la valeur traumatique de l'événement par des superlatifs récurrents dans les discours. L'évocation de cette mort apparaît toujours avec les traces d'un passé professionnel douloureux. Les GO rappellent en même temps combien elle impacte l'équipe dans son ensemble, comme une occurrence à nulle autre comparable dans la confrontation, bien au-delà de ce que peut générer la mort périnatale : *« Après si tu veux, dans notre métier on est relativement familier avec la mort périnatale, je pense que le truc le plus aigu pour les équipes, qui fait le plus de mal possible, c'est la mort maternelle. Pour le coup, c'est des morts qui devraient pas avoir lieu »*^{GOJade}.

À travers le constat de ce qui atteint l'équipe si profondément, le GO a cependant l'occasion de parler de lui aussi, puisqu'il en est le représentant, tout en masquant un tant soit peu la manière dont il aura été lui-même affecté : *« C'est imparable, mais ç'a a été un traumatisme, mais pour tout, toute l'équipe au sens vraiment large je dois dire, évidemment l'équipe obstétricale, mais aussi l'équipe du bloc opératoire qui l'avait opérée, on a fait un débriefing, une réunion trois semaines après où il y avait, je ne sais pas, une quarantaine de personnes, qui avait vu cette femme énormément saigner, qu'on avait opérée en urgence et ça a vraiment été un choc pour toute l'équipe. Et voilà, ça ça arrive encore. C'est vrai »*^{GOLaure}.

Les soignants qui n'auront pas été confrontés directement à la mort maternelle partagent les mêmes représentations à son sujet : *« C'est très très rare et très violent »*^{SFElsa}. L'imaginaire commun fait appel à un réel inconcevable qui sidère la pensée par sa violence : *« J'ai la chance....de ne pas avoir eu de mort maternelle (il se penche en avant et touche des deux mains le bois de la table à côté de nous) [...] ben c'est (silence) c'estttt (silence) pour le coup ça oui, ça secoue là »*^{GOFred}. À l'occasion de situations présentant un enjeu vital pour la mère, ces pensées sont retrouvées dans l'activité de façon similaire : *« alors moi (insiste sur ce mot), je*

touche du bois, je n'ai jamais (insiste sur ce mot) été confrontée à ce problème-là. J'ai eu très peur pour cette dame. J'ai eu très très peur pour cette dame. Je me dis « elle, elle est déjà sauvée », mais j'ai eu très très peur pour cette dame parce que je reverrai toujours l'anesthésiste dire, elle était sur un brancard entre le bloc et l'ascenseur en attendant le SAMU, dire à ce mari : « elle est stable, mais on ne sait pas ce que ça va donner »^{SFLéa}.

Ces situations d'enjeu vital pour la mère suscitent en effet, elles aussi, des éprouvés de peur et de violence comme le relate ce chef de service : *« c'était la mort maternelle qui était en jeu et ça a été assez traumatisant pour tout le monde, y compris pour moi (insiste sur ce mot) [...] oui, moi je n'avais pas été amené à prendre en charge cette patiente au début, mais il se trouve que euh un dimanche le chef de garde m'appelle en me disant “la patiente est en réa, elle a accouché il y a trois jours, elle a fait un choc septique, elle ne va vraiment pas bien”, donc je suis revenu un dimanche. J'étais à la campagne [...] ce qui m'a marqué c'est la perspective de la perdre, on a eu très peur (insiste sur ce mot). On a eu très peur, en fait »*^{GOJean}. Ainsi, comparée à la mort périnatale, la mort maternelle apparaît sous une figure de la mort, qui rassemble les aspects les plus tragiques dans l'activité des soignants, comparables à ceux de la mort périnatale *per partum* à terme.

5.2 Mort périnatale ou maternelle, des circonstances aggravantes similaires

5.2.1 La portée de l'identification

Avec la mort maternelle, les soignants sont projetés vers une identification intense qui touche en même temps à l'essence de leur projet et à leur identité professionnelle. La mort maternelle est *« une mort d'adulte »*, où les soignants peuvent aisément reconnaître une part intime d'eux-mêmes, qui leur est tendue tel un miroir. Ce qui a été mis en commun avec l'identification, reconnu comme faisant partie de soi autant qu'il fait partie de l'autre, porte atteinte à des valeurs aussi bien sociales, privées, que professionnelles : *« parce euh...il y a la mortalité maternelle aussi. C'est très (insiste sur ce mot) affreux. Un juriste me disait un jour en Tunisie : « si tu as à choisir entre le bébé et la maman, choisis le bébé », s'il y a quelqu'un à sacrifier...je pense que ce qui est pire, c'est la mort maternelle (insiste sur ce mot). Quand tu perds une mère, tu perds un foyer, tu perds un équilibre, quand tu perds un bébé, ça vient en deuxième degré, mais c'est aussi affreux »*^{GOSarah}.

Trois autres GO évoquent des IMG où il a fallu « sacrifier » la vie du fœtus pour tenter de sauver la mère. La priorité, dans l’imaginaire social et dans l’activité des soignants, est donnée à la vie de la mère, qui est étroitement associée à l’imaginaire de la famille et de ses liens, dont elle permet la constitution à travers les naissances. La mort maternelle s’accompagne de « *la souffrance de la famille, on voit le conjoint, on voit le bébé, on voit les parents, c’est pas, c’est lourd bien sûr parce qu’on voit la souffrance des gens autour* »^{GOMaya}. Ainsi les soignants se disent-ils fortement affectés par la souffrance des proches, dont ils sont les témoins, dans une situation qui mobilise pour tous des angoisses archaïques liées à l’abandon autant qu’à des pertes fondamentales : « *la patiente qui est décédée qui avait un placenta percreta pour son troisième bébé, donc elle laissait quand même deux enfants derrière elle et son mari* »^{SFEmy}. Sous cette forme d’identification, l’ensemble des soignants, au sens large, peut se trouver éprouvé, d’autant plus qu’un quelconque échange professionnel individuel aura inscrit la trace concrète d’un lien avec la personne, la sortant ainsi du lot des anonymes, parce « *je la connais* ». La mort maternelle impacte, de ce fait, toute l’équipe : « *L’équipe, toutes les personnes présentes, de toute façon, c’est tout le monde, tout le monde. C’est évident, bon les personnes qui soignent, mais c’est normal, la sage-femme, l’infirmière, l’externe, l’aide-soignante, mais même la personne qui fait le ménage elle est touchée même si elle ne parle pas avec la patiente parce qu’il y a un moment il y a un lien, même la personne qui va changer la carafe d’eau et apporter le repas, mais bien sûr tout le monde est concerné. Et quand on leur parle, on voit qu’ils sont touchés* »^{GOMaya}.

À l’inverse, en cohérence avec ce constat, le fait de n’avoir eu aucun échange de type individuel avec la patiente en tant que personne a un effet protecteur grâce à une identification moindre, lorsque la réanimation confronte en quelque sorte à un corps désincarné : « *mais...c’est vrai que l’embolie amniotique, je n’ai connu que son ventre. Je ne lui ai jamais dit « bonjour » ...après y en a qu’on a sauvé aussi et que j’ai connues après et avec qui j’ai eu des liens aussi, on ne peut pas dire qu’on ne bâtit pas des liens avec des gens qu’on prend en urgence, mais une personne avec qui on n’a jamais parlé ...on n’a pas le même affect...le même lien [...], mais le vrai lien qui s’établit avec les personnes c’est après, une fois qu’on leur a parlé parce que on les connaît pas, on s’occupe entre guillemets des « organes »* »^{GOMaya}.

Les GO qui ont fait face à une mort maternelle constatent qu’ils sont moins en difficulté avec leurs éprouvés lorsqu’ils ont affaire à une femme qui n’était « *pas leur patiente directe jusque-là* ». Néanmoins, des éléments plus personnels à chaque soignant peuvent accentuer les

effets de cette douloureuse identification, suivant l'histoire de vie singulière : « *c'est ça je suis mère au même âge, ce couple, j'avais l'impression de me voir avec mon mari* »^{SFLuce}. Par ailleurs les SF estiment qu'elles sont davantage exposées, encore une fois, en raison de la proximité relationnelle consécutive au temps consacré aux patientes : « *je pense que la mort maternelle, même dans des grands centres comme P., je pense qu'ils [les GO] doivent se dire que cela fait partie du jeu, quoi, j'imagine, je ne sais pas (rire) parce qu'en fait je pense que nous on est plus oui dans le lien avec les patientes parce qu'on est plus peut-être sur la durée, on les suit pendant le travail, je pense qu'on partage plus d'intimité aussi avec les patientes je pense que c'est lié à ça* »^{SFEmy}.

Ces différents éléments ont leur poids dans l'intensité du choc supporté par les soignants dans la confrontation à la mort maternelle. Par l'effacement de la distance entre soignant et soigné, cette mort est susceptible de renvoyer à chaque soignant singulièrement, la scène de ce qui figurera un jour sa propre mort : « *on a jamais compris ce qui est arrivé. C'est une mort subite, mais elle vient vivante, elle marche et un truc très (insiste sur ce mot) banal, appendicite pendant la grossesse, et elle meurt [...] c'est une question que euh... de « qu'est-ce que c'est bizarre la vie ». C'est-à-dire que chacun d'entre nous ça peut basculer d'un instant à l'autre. On ne sait pas comment, pourquoi, pourquoi moi, pourquoi pas l'autre* »^{GOSarah}. Cette situation qui renvoie le soignant à un questionnement sur sa propre existence semble d'autant plus prégnante dans l'identification lorsque le GO est lui-même une femme.

5.2.2 L'échec dans l'action

La mort maternelle s'inscrit dans des scènes où toutes les autres activités des soignants se trouvent réorganisées pour donner priorité à l'urgence vitale. Elle convoque tous les experts et les aides nécessaires dans la lutte pour la survie comme le souligne cette SF qui travaille dans un hôpital régional : « *et les anesthésistes, même s'ils ne sont pas spécialisés en obstétrique, hein, niveau 1, mais ils comprennent quand il y a des urgences comme ça. On peut vraiment compter sur eux, sur les infirmières anesthésistes, les infirmières aux urgences, juste à côté. Quand le bloc appelle, en disant « vite vite venez » [...] ils lâchent tout et ils viennent* »^{SFInès}.

Ces rassemblements donnent lieu à des mouvements d'une intensité dramatique certaine dans l'activité, partagée par tous ceux qui sont présents, en même temps qu'elle réunit tous les soignants avec une forme d'effacement de la hiérarchie médicale, si prégnante habituellement, en cette alliance qui soude chacun à l'autre par ses efforts individuels pour

contrer la mort : « *Et là je n'ai jamais vu une réanimation pareille, on a fait venir le cardiologue de C. (service de cardiologie), elle avait un embol dans le cœur [...] c'est moi qui l'ai accouchée au bloc et on m'a interdit de lui mobiliser les jambes, donc elle était allongée sur le dos, ils ne voulaient absolument pas qu'on lui replie les jambes ne serait-ce que pour ne pas surcharger le cœur, donc je l'ai accouchée comme ça. Donc c'était pas très facile, j'avais C. (obstétricien-chef de service déjà cité) à ma gauche qui me tutoyait « tu veux de l'aide, tu veux de l'aide », donc ça me déstabilisait parce qu'il nous a toujours vouvoyées et c'était horrible (insiste sur ce mot), j'avais l'impression d'accoucher une femme morte, quoi c'était vraiment très très dur et cette femme on l'a sauvée, on l'a sauvée, c'est incroyable »^{SFEmy}.*

Que ce soit pour gagner ou pour perdre, ceux qui sont ensemble dans cette épreuve où « *c'est très dur parce qu'on se bat jusqu'au bout* »^{GOMaya}, ne sont jamais autant soudés que lorsque l'activité de chacun fait corps, tel un seul homme, aussi bien concrètement que subjectivement pour s'engager dans l'urgence vitale : « *Nous on était là, on l'a vécu en direct (insiste sur ce mot). Et c'est vrai que après quand on a vu ça on a appelé deux professeurs, il y avait aussi deux professeurs avec nous qui ont aussi vécu le moment du décès, enfin plus après les anesthésistes, les cardiologues, mais (silence)...* »^{GOSam}. Cette métaphore des membres, tous égaux et solidaires, est d'ailleurs rapportée par un GO chef de service : « *Il y a une comparaison que j'aime bien, qui est toute militaire, mais c'est que quand le général descend dans le sous-marin avec l'équipe, il enlève ses galons de général et c'est symbolique que dans le sous-marin, on est tous égaux dans cette galère de sous-marin, il n'y a pas de général et pas de petit mousse. Voilà, je pense, qu'il faut qu'une équipe se sente dans cette cohésion* »^{GOJade}.

Lorsque la mort survient dans l'action coordonnée de toute une équipe de soin, elle réduit à l'impuissance l'activité de tous comme celle de chacun. Cependant, dans la mort maternelle, les pathologies évoquées par les soignants dans cette recherche sont si graves, si « *imparables* », que le soupçon d'une erreur ou d'une faute les concernant est moins prégnant tandis que le poids de la défaite semble partagé entre tous les membres de l'équipe. Et cela, bien que toute mort maternelle risque de déboucher sur une judiciarisation, dès lors qu'elle déclenche automatiquement des investigations et des enquêtes médicales ou administratives.

5.2.3 La recherche d'une cause

La mort maternelle bénéficie d'une attention particulière dans le système d'organisation de la santé, pour tenter de la réduire toujours plus. La moitié des morts maternelles sont dites

« inévitables », pour l'autre moitié elles sont considérées comme « évitables »⁹², lorsque les soins prodigués sont considérés comme « non optimaux », c'est-à-dire non conformes aux recommandations des pratiques et des connaissances actuelles, soit à des normes scientifiques statistiquement établies : *« Quand il y a une mort maternelle, ils viennent les mecs étudier le dossier, ils se déplacent, je me rappelle »*^{GOFred}.

L'activité est investiguée pour déterminer de quelle catégorie la mort maternelle pourrait relever. La mort inévitable repose sur des diagnostics de gravité majeurs, avec très peu de chance de survie, comme pour l'embolie amniotique. Tout comme dans le cas de la mort périnatale inattendue, la gravité du diagnostic dédouane en quelque sorte l'activité des professionnels par une cause liée à la pathologie « *imparable* » qui n'a pas le même impact sur eux : *« c'est très différent, l'embolie amniotique, ça secoue, mais ça ne déclenche pas une culpabilité atroce, l'hémorragie de la délivrance, quand on a fait tout ce qu'on a pu, c'est vachement dur, mais t'as le sentiment d'avoir fait tout ce que tu pouvais et quelque part l'équipe arrive à métaboliser la chose. Après la mort par euh « je n'ai pas fait tout ce que j'aurais pu faire », cette mort-là, elle est terrible »*^{GOJade}. La mort maternelle dite évitable, par contre, interroge « *tout* » ce qui a été fait dans le travail réel, pour laisser entendre que « *tout* » n'a pas été fait en regard de ce qu'il était possible d'envisager, au regard d'une activité prescrite par les recommandations des pratiques consensuelles et des connaissances. L'écart entre l'activité réelle et l'activité prescrite détermine, alors, une faillite où s'inscrit la tragédie de la plus insoutenable des morts pour les soignants, comme pour la société entière, celle d'une mère.

Dans tous les cas le GO, avec l'équipe présente, supportera une série d'enquêtes où il devra répondre du pourquoi et du comment cette femme est morte dans l'activité réelle déployée : *« ça c'est vrai que le côté judiciaire, avec une expertise (souffle) je pense que ça fait revivre l'événement d'un point de vue psychologique, après on ne peut pas faire autrement, mais d'un point de vue psychologique je pense que c'est à la base (insiste sur ce mot) peut-être de reviviscences, parce qu'on doit raconter ce qui s'est passé, donc moi pour les cas que j'ai vécu, déjà, je ne sais combien de fois j'ai raconté mon cas, parce que dans l'équipe, « qu'est-ce qui s'est passé », déjà il faut leur raconter pendant quinze jours, trois semaines, il faut le raconter à plusieurs personnes et alors là de nouveau, quelques mois après il faut le raconter à nouveau à l'expertise, sans compter aussi la DRASS [direction régionale des affaires*

⁹² INSERM, op. cit. p.261.

sanitaires et sociales] qui est venue pour faire son enquête, enfin plus l'enquête sur les morts maternelles pour l'Académie de Médecine qui fait des rapports, en ce moment, moins souvent, mais tous les trois-quatre ans il y a un rapport où il faut raconter aussi à nouveau ce qui s'est passé. Tout ça c'est...(souffle) »^{GOSam}. Tous ces récits répétitifs qui reviennent sur les circonstances de la mort maternelle s'ajoutent aux différents temps de débriefing du dossier médical, en équipe ou individuellement, avec une forme de rémanence de ses effets.

5.3 Mort périnatale ou maternelle, des retentissements similaires sur les soignants

Des processus plus marqués, mais identiques à ceux identifiés dans la mort périnatale inattendue, apparaissent dans le discours des soignants, essentiellement chez les GO, face au choc qu'elle représente. Ainsi en est-il pour l'évitement du travail : « je sais qu'il y a l'anesthésiste qui est parti très longtemps en congés, six mois après, parce qu'il était pas bien »^{SFPaul}. Pour un des GO, cet évitement s'est soldé par un choix professionnel imprévu jusque-là, qui lui fait quitter la maternité type 3 : « et après ça a joué aussi dans le fait que je sois parti de ce lieu. Normalement je devais rester toute ma carrière »^{GOSam}. L'effet de troubles psycho-émotionnels marqués, consécutifs à la confrontation avec la mort maternelle, sont présents chez ceux qui y ont été directement confrontés dans l'action : « ah vraiment. Ça m'a marquée beaucoup, si j'avais dit que je ne faisais pas de cauchemars, si là oui après une semaine, le chef de service m'a donné trois-quatre jours derrière... « repose-toi et revient la semaine prochaine », mais j'ai pris une voiture je suis rentrée chez mes parents dans la capitale et ça m'a vraiment marquée »^{GOSarah}, raconte cette femme GO, après une mort maternelle en Tunisie face à laquelle elle s'était trouvée impuissante.

Un autre GO relate sa difficulté à intégrer l'événement avec des reviviscences anxieuses et des résonances dans les dates anniversaires : « alors là oui forcément oui pendant plusieurs semaines, c'était tellement exceptionnel que...ça m'a occupé [...] non je n'ai pas eu l'impression que ça me perturbait dans le sommeil (silence)...non. Non, non, mais plus dans la vie de tous les jours. Après j'y ai pensé bien sûr aux anniversaires (insiste sur ce mot), un an après, deux ans après ; un an après le premier décès, c'était difficile (insiste sur ce mot) toute la journée et puis du coup quelque temps après j'ai revu ma collègue qui était avec moi et elle m'a dit « pour moi aussi ça a été très difficile cette journée »^{GOSam}. Une SF se souvient plus particulièrement de l'impact sur l'équipe du temps de sa formation, alors qu'en « tant

qu'étudiante, on n'avait pas trop à s'en mêler ». Cette mise à distance, pense-t-elle, était une mesure de protection, afin de la préserver d'une scène traumatique comme du vécu « *catastrophique* » de l'équipe. Un homme SF raconte un décès, suite à un accident vasculaire cérébral durant sa formation, qui ne l'a pas « *hanté* », puisque l'équipe « *avait vraiment fait tout ce qui avait été possible pour aider cette dame* », même s'il constate, en son sein, une souffrance majeure : « *c'est vrai que les gens avaient été très très très marqués par la, par cette histoire [...] l'anesthésiste et le gynécologue, c'est vrai qu'ils étaient pas... ils y repensaient... ils voulaient donner de l'argent à la famille, ce genre de chose, j'ai trouvé ça très fort* »^{SFYan}.

Dans toutes ces situations, sans avoir d'informations plus détaillées sur les mouvements émotionnels, il est possible de retrouver les questions de l'erreur, de la faute, la recherche d'une cause, les enquêtes déclenchées, la souffrance individuelle ou collective intense avec de forts sentiments de culpabilité. Contrairement à la mort périnatale, la mort maternelle semble déclencher des propositions d'aide ou de soutien plus systématiquement : « *à chaque fois qu'on a une mort fœtale on ne va pas faire une réunion et après aussi ça ne touche pas tout le monde. Mais des fois il y a des cas plus violents, surtout quand il y a des morts maternelles même si c'est rare, ça arrive* »^{GOMaya}. L'aide psychologique semble être jugée indispensable dans tous ces cas : « *alors d'abord il y a eu une réunion où on a expliqué en fait le diagnostic, ce qui s'était passé et puis après il y a oui, on nous a proposé de voir la psychologue, en fait, qui était la psychologue de la maternité, on n'a pas fait appel à une équipe extérieure* »^{GOLaure}.

Toutefois, comme pour la mort périnatale inattendue, l'aide psychologique présente dans le service, destinée aux patients, est là aussi refusée ou évitée. Une des SF considère que les GO évitent cette proposition plus facilement, pour mettre à distance la part émotionnelle, derrière un recours aux connaissances et aux techniques médicales qu'ils privilégient : « *c'est une sorte de protection, je pense, aussi, peut-être par peur de ce que ça leur renvoie en fait personnellement, la mort, surtout la mort d'une femme, parce que...oui ils ont fait des staffs sur le placenta percreta, on est d'accord, c'est le côté médical, ça peut être utile, mais c'est pas ça nous qu'on réclame, ce n'est pas un staff sur le placenta percreta, c'est se retrouver, se questionner, à quoi ça fait appel en nous* »^{SFEmy}.

Pourtant, échanger avec les pairs dans ce cas semble beaucoup moins facile, comme si de n'avoir jamais été confronté à la même expérience induisait des incompréhensions sur le vécu au travail et l'activité engagée : « *j'ai essayé d'en parler, mais je voyais très vite que les personnes en face de moi pouvaient pas ...enfin soit c'était trop difficile pour elles, soit c'était*

trop abstrait, enfin ce n'est pas moi qui disais, c'est eux, enfin je voyais qu'ils ne pouvaient plus continuer la conversation quoi, soit du côté de ma famille, mais, voilà, trop difficile ils ne pouvaient pas comprendre parce que le contexte et puis du côté des collègues, voilà la très grande majorité n'avait pas vécu de mort maternelle, bon non puis après c'est avec le temps, l'aide de la famille, les enfants, un de mes enfants a été conçu à cette période-là aussi »^{GOSam}.

Cette difficulté à échanger sur ce qui a été vécu au travail témoigne ici en même temps que ce qui est recherché à travers la parole ne concerne pas seulement le partage des informations ou des faits. « *En parler* » s'adresse à un autre type d'échanges intersubjectifs, au-delà de la dimension explicative de la situation, avec la recherche d'une reconnaissance des difficultés au travail ainsi que d'un partage émotionnel, que ce GO déclare avoir trouvé en fin de compte dans une convivialité d'équipe, « *avec ceux qui étaient là* », hors du cadre du travail : « *ben en fait, ceux qui étaient là la nuit et le jour on s'est fait une sortie cinéma, du coup on a pu parler aussi des autres cas qu'il y avait eu et le jour même il y avait eu quelque chose de pas aussi grave, mais quelque chose...de rare, alors ça oui, ça nous a aidés [...], mais ici même mmm il y a ma collègue qui a vécu plusieurs cas avec moi elle m'a dit deux ou trois ans après qu'elle avait fait une démarche pour voir quelqu'un... Et je me souviens, je me suis dit, à l'époque « eh ben non je ne vais pas aller voir la psychologue du service parce que je la connais déjà », voilà, elle est dans le service »^{GOSam}.*

Pour ce GO, l'aide et le soutien sont venus de l'équipe elle-même, dans un temps de convivialité informel, ainsi que du cadre privé familial par des échanges inédits sur les difficultés du métier, avec un père lui-même obstétricien, qui pouvait comprendre et partager globalement la situation : « *Donc ça il me l'a dit longtemps après...qu'il était angoissé, il m'avait dit « les gardes quand on est jeune c'est bien, parce qu'on ne sait pas ce qui peut arriver »»^{GOSam}*. D'autre part du point de vue de sa vie privée, ce GO aura trouvé dans ses propres projets de vie, à travers la famille et la vie de ses propres enfants, une stratégie personnelle pour contrer les angoisses de mort rendues plus vivaces à travers son vécu au travail. Cependant, aucune pensée magique ou superstitieuse ne l'accompagne en dehors de celle que « *ben voilà les mauvaises choses peuvent arriver* »^{GOSam}. Mais, tel un apprentissage au service de la vie, il peut se dire, en pensant à l'une de ses patientes, que ces épreuves lui ont permis d'en sauver d'autres : « *peut-être que s'il n'y avait pas eu les cas avant j'aurais attendu un quart d'heure de plus et peut-être qu'elle ne s'en serait pas tirée* »^{GOSam}.

Ce GO considère toutefois avoir développé une plus grande vigilance au travail face à tout soupçon de pathologie : « *Oui, c'est possible que je...traîne un petit peu plus comme on dit des fois au niveau des salles de naissances pour être pour me rassurer parce que finalement ce premier cas que j'ai eu c'est un peu ça quand on m'a appelé, c'était déjà bien avancé quoi, même si (insiste sur ce mot), honnêtement quand j'y repense et que j'essaie d'être objectif je sais très bien que si j'étais passé voir la patiente avant ça n'aurait rien changé [...] ça n'aurait rien changé, mais forcément (insiste sur ce mot) je me dis maintenant « peut-être que si on passe on va le voir plus vite » qu'il y a quelque chose de limite à contrôler* »^{GOSam}. Cette plus grande vigilance au travail chez ce GO se traduit, pour les mêmes raisons, par une plus grande angoisse déplacée sur la sphère privée concernant ses enfants : « *avec les derniers enfants, je suis plus inquiet qu'avec les aînés [...] comme dans le métier, je sais qu'il peut arriver un truc accidentel, manque de bol, comme ça m'est arrivé au boulot, ça peut m'arriver dans ma vie personnelle, oui, donc je suis plus stressé qu'avant, quand les enfants sont dans la rue, quand il faut rentrer dans la maison ...par rapport aux aînés, largement plus inquiet* »^{GOSam}.

La confrontation à la mort maternelle a modifié le comportement de ce GO dans son travail comme dans sa vie privée à travers l'apparition d'angoisses ou de pensées de mort plus fréquentes. La majorité des soignants, surtout les SF, sans avoir été confrontés à une mort maternelle, ont pourtant bien cette pensée à l'esprit à des moments très précis où cette conscience affleure dans l'activité avec la pathologie : « *parfois j'y pense quand on a des grosses quand on a des hémorragies sévères, on en a eu quelques-unes dernièrement très sévères, donc là on a peur de ça* »^{SFNell}. Pour cette SF cette crainte a même conditionné ses choix professionnels, refusant « *l'accouchement à domicile* » ou même « *les petites structures* » : « *voilà j'aurais ça qui serait dans ma tête en permanence, qui m'empêcherait d'y aller sereinement parce que justement j'ai vécu ici des situations difficiles où j'ai entendu des collègues qui ont eu des morts maternelles, etc. et donc je sais que ce sont des choses qui existent, même si cela arrive peu, c'est tellement grave quand ça arrive, que effectivement ça conditionne un petit peu mon idée de l'exercice* »^{SFNell}.

Pour s'en protéger, trois SF et trois GO qui n'ont pas été confrontés à la mort maternelle, ont exprimé, à travers les entretiens la même formule rituelle de conjuration du sort, parfois accompagnée du geste, comme si, encore une fois, face à la mort, la seule protection efficace était irrationnelle : « *Donc quelque part je touche du bois pour ne pas en avoir* »^{SFRomy}.

Ainsi l'analyse de la trajectoire de la mort maternelle montre surtout l'impact de celle-ci sur l'activité des GO qui sont en première ligne : cette mort les concerne plus spécifiquement dans leur expertise ou dans leur rôle. Par sa violence, elle témoigne des vécus émotionnels supportés en ébranlant les mécanismes de défense habituels qui portent sur les règles de mise à distance et de retenue professionnelle. Leur vécu émotionnel y est plus accessible, tandis que celui-ci était plus facilement repérable chez les SF sur les trajectoires de morts périnatales. Cette trajectoire montre également par son retentissement sur l'équipe, tel un négatif photographique, la structuration de celle-ci, en tant que collectif de travail, avec une communauté d'intérêts et une vie collective. Mais, tout particulièrement, les processus mis à jour sur cette trajectoire permettent d'éclairer, de confirmer et de valider ceux qui l'ont été pour la mort périnatale, particulièrement pour la mort *per partum* à terme. Ils témoignent, pour les soignants à leur travail, que la mort n'a de fait qu'un seul visage au travail derrière ses différents aspects, capable de les déstabiliser par son impact, et nécessitant des stratégies actives, individuelles et collectives, pour supporter sa confrontation et demeurer au travail.

Cinquième partie : Mise en perspective de l'analyse des trajectoires

Chapitre 1 : La place de la mort dans le travail des soignants

1.1 Un rapport à la mort socialement construit

L'analyse de l'activité des soignants, SF et GO, s'inscrit en toute cohérence dans une scène plus large que celle de l'univers hospitalier. Ce microcosme d'une institution, comme du travail des soignants, est dépositaire d'une culture sociale, ainsi que de ses choix, à travers l'organisation du système de santé actuel. Il touche au destin des grossesses et des naissances, qu'il soit celui de la vie continuée ou celui de son interruption, spontanée ou provoquée, avec la mort. Un ensemble de représentations collectivement partagées est construit dans et au moyen de la communauté culturelle d'appartenance. Un macrocosme social s'y reflète et le détermine essentiellement sous la contrainte d'une perspective scientifique médicale qui a ordonné en France le regroupement des maternités par niveau de risques, bas, moyen et haut. S'ordonne, par là même aussi, un rapport certain à la mort au sein des activités concernant le suivi des grossesses et des naissances pour les soignants. Face au risque envisagé comme un tout, sa segmentation en seuils laisse sous-entendre l'idée d'une prévention ou d'une protection quasi exhaustive. Si le risque peut-être fractionné en entités distinctes, la logique de telles représentations fait croire à un risque maîtrisable, car réductible à des parties contrôlables. Cette situation, marquée par de fortes pressions économiques, impose à l'univers hospitalier des réductions d'échelles, avec des concentrations de populations associées de plus en plus importantes. Elle représente pour les soignants une intensification croissante de leur activité.

Cependant, cette spécificité française où prédomine en permanence la pensée du risque vital peut être envisagée avec l'approche de Hughes comme une éclatante illustration de ce qu'est l'octroi et l'exercice d'un « mandat » par la profession médicale, particulièrement pour ceux qui sont dépositaires de l'expertise obstétricale. Ainsi, au-delà d'une « licence » qui

protège l'exclusivité de l'exercice, toute une conception, avec sa théorie de la grossesse et de la naissance, s'impose à la société tout entière. Pour les soignants, dont les SF et les GO, elle se décline à travers l'activité prescrite qui en découle telle une mise en œuvre de sa réalisation. Ce qu'ils sont en devoir de faire pour réaliser ce qui leur est demandé, l'injonction d'un travail prescrit sur fond d'une telle vision, se mesure, par la même occasion, à ce qu'ils font, ou ce qu'ils sont en capacité de faire réellement, face à tous les aléas qui surgissent dans l'activité, où apparaissent des décalages incessants, plus ou moins grands, face à cette exigence. Cette distance, qui met l'activité réelle en défaut par rapport à l'activité prescrite, n'est à nulle autre pareille, dès que survient la mort : que ce soit parce que la prescription apparaît elle-même comme paradoxale avec l'IMG, lorsque le devoir est de faire mourir dans un métier qui a pour cœur de faire vivre, tandis que l'expertise diagnostique au service de la vie se retourne contre celle-ci ; que ce soit avec la mort maternelle ou la mort périnatale inattendue, particulièrement celle de l'enfant viable à terme, où l'activité réelle se solde par une irrémédiable défaillance face à l'activité prescrite. Comme l'analyse des trajectoires de l'IMG, de la mort périnatale inattendue et de la mort maternelle en témoignent, ces écarts, décalages ou défaillances sont pour les soignants à l'origine de vives tensions, voire de choc, et de souffrance. La survenue de la mort y est des plus insupportables, en ce qu'elle peut venir ébranler, selon son contexte, telle une ligne sismique, l'activité des soignants et ces derniers eux-mêmes, individuellement ou collectivement.

Toutefois, dans cette insupportable défaillance de l'activité réelle des soignants n'est déposé que l'écho, comme une caisse de résonance, de ce que toute une société manifeste face à la mort, particulièrement lorsqu'il s'agit de la vie et des naissances. Un signe en est le compromis social qui accompagne cette prescription, sous forme de règles et de lois médico-juridiques, et qui permet le recours médico-légal. Si bien que les soignants recourent à des assurances professionnelles pour s'en prémunir dans l'activité au travail. Ainsi l'assurance contractée par les professionnels contractualise l'attente sociale par une alliance autour du risque. Sous cette forme, le risque s'inscrit à l'endroit du défaut entre l'activité prescrite et l'activité réelle, tandis que les assurances contractées portent sur les garanties données à cette dernière, malgré tout, masquant sa défaillance possible avec la survenue de la mort. L'assurance, qui valide d'un côté le risque et de l'autre côté l'activité au travail des soignants, est censée endosser ce défaut avec toutes ses conséquences. Car aucun des soignants ne peut se porter garant de la certitude que rien de dommageable ne surviendra, dont l'inéluctable de la mort, même si chacun s'efforce de faire en sorte qu'il en soit ainsi. De cette manière une aporie,

un raisonnement logique sans solution possible, disparaît derrière le paravent des assurances professionnelles. Mais bien qu'elles soient en capacité de maintenir les soignants à leur travail, de supporter les préjudices considérés comme faits à autrui, elles sont sans avis et ne garantissent rien face à ce que celui-ci, avec la survenue de la mort, peut engendrer comme épreuves pour les soignants eux-mêmes à leur travail.

1.2 SF, GO, des choix ou des motivations de métiers dédiés à la vie

Le rapport à la mort dans le travail des SF et des GO n'est pas flagrant, avec les choix conduisant au métier. L'analyse de leurs trajectoires professionnelles permet, plutôt, de mettre en évidence des motivations manifestement en faveur d'un intérêt principal, la vie, déclinée dans sa dimension vitale aussi bien qu'humaine, sous l'horizon magnifié des naissances.

1.2.1 Le métier de sage-femme

Chez les SF rencontrées les motivations sont anciennes ou construites au fur et à mesure pendant la formation initiale et l'expérience professionnelle. Elles sont fortes et présentes dès le départ pour celles qui n'auront pas eu à passer par une première année de sélection telle que PCEM1 ou PACES. Celles qui choisissent SF par défaut reconfigurent leurs motivations pour y souscrire de la même façon. Ce qui n'est pas surprenant, puisque la formation les confronte essentiellement avec la prise en charge du suivi des grossesses et des naissances dites normales, tout comme elle les prépare à exercer de façon autonome dans le cadre de la physiologie, soit la vie et les naissances sous leurs meilleurs auspices. Chez les SF, l'intérêt pour la dimension relationnelle est mentionné très souvent, comme une motivation initiale importante, à côté de l'attrait d'apprentissages plus spécifiques, liés à la vie à travers la naissance et les connaissances médicales. Cette concordance avec le métier, initiale ou construite ultérieurement, fait apparaître les SF comme dédiées à la vie, dans sa vitalité, mais aussi dédiées à la vie dans ses aspects plus subjectifs et intersubjectifs, liés aux échanges humains à travers une proximité relationnelle particulière dans le soin. Comme si le temps passé auprès de patientes, qui ne sont pas d'abord à soigner et à guérir, ouvrait nécessairement sur la sollicitation ou l'obligation d'un intérêt pour leur vie ou leur histoire singulière, d'autant plus incontournable lorsqu'il s'agit de l'événement valorisé qu'est la naissance. Ainsi, ce qui peut apparaître, chez certaines SF, comme une prédisposition à ce métier sous forme d'une vocation, développée à partir d'une inclination singulière personnelle, se développe néanmoins pour d'autres comme le résultat similaire d'une disposition construite au fur et mesure avec leur pratique. Ce constat est valable

pour les trois hommes SF, qui à défaut d'avoir réussi à être médecins, s'ajustent néanmoins au métier sans s'inscrire dans une segmentation professionnelle nouvelle, en conformité avec les travaux que Philippe Charrier (2007) a menés auprès des hommes SF.

Dans le parcours professionnel des SF l'identité du métier se trouve ainsi intégrée : soit d'emblée, par des caractéristiques fortes liées à l'identité personnelle qui sont en concordance avec ce que Paul Ricoeur conçoit comme l'identité-*idem*, à travers un soi semblable à lui-même à travers le temps ; soit à partir d'un aspect de l'identité personnelle susceptible de se modifier, qui s'y adapte, celle que Paul Ricoeur conçoit comme l'identité-*ipse*, où le soi se reconnaît lui-même malgré les changements. Cet attrait relationnel, initial ou finalement acquis, signifié par ce que les SF appellent « l'accompagnement », renvoie malgré tout à une aide apportée dans des situations très variées, parfois difficiles et douloureuses, rencontrées et prises en charge dans le cadre du travail. Ainsi certaines SF déclarent un véritable engagement au côté de la vie des femmes, où sexualité, couple et maternité se conjuguent encore avec des conditions sociales toujours sensiblement inégalitaires. En ce sens, la dimension relationnelle semble s'ouvrir à tous les aspects éventuellement plus pénibles du métier, même s'ils ne sont pas explicites *a priori*. L'intérêt pour la dimension relationnelle permet de faciliter des aménagements avec des motivations initiales incertaines. Toutefois, derrière « *le plus beau métier du monde* », donné telle une image d'Épinal, se profile l'ombre d'activités moins gratifiantes, éclipsées par l'intérêt pour les naissances et le fait que le plus souvent « *tout se passe bien* ». Ainsi le rapport à la mort introduit par la mort périnatale n'est pas associé au projet professionnel, tel un corollaire inévitable, et avec lui, encore moins celui de la mort maternelle.

Toutes ces informations relèvent, malgré tout, de l'analyse des échanges avec les 16 SF rencontrées. Aucune d'entre elles n'est vraiment en conflit avec son choix professionnel ou son métier, même si un des hommes SF regrette de n'avoir pas saisi à temps les sciences de l'ingénieur. Encore que ce ne soit pas le métier de SF, en lui-même, qu'il regrette, mais plutôt le manque de reconnaissance, celle de la société ou celle des collègues médecins. D'autre part les éléments dégagés dans cette analyse ne tiennent compte que de personnes suffisamment motivées pour en parler dans un entretien de recherche. Ce qui laisse supposer qu'elles ont investi leur activité professionnelle plutôt positivement pour avoir envie d'en faire état. De ce fait, sont absentes des informations sur une activité contrainte, voire conflictuelle entre identité professionnelle et identité personnelle.

1.1.2. Le métier de gynécologue-obstétricien(ne)

Traditionnellement, le médecin apparaît sous la figure de celui qui soigne, qui guérit et qui lutte contre la mort. Les motivations et les choix professionnels des GO rencontrés devraient pouvoir être lisibles en ce sens. Leur lecture est, pour le moins, plus ambivalente. Les motivations qui conduisent à l'initiation de la formation médicale tiennent essentiellement à un intérêt pour la relation, conjugué à l'intérêt pour la science dans son pouvoir d'intervention grâce aux moyens de la connaissance, des conduites pratiques cliniques et techniques. Obligatoire dans la spécialité depuis 1996, la chirurgie en est la figure récurrente. Avec le développement du parcours de formation, elle rassemble la plupart des GO par un attrait privilégié où le prestige n'est pas négligeable. Mais presque tous hésitent au départ, entre plusieurs spécialités, en dehors de l'obstétrique, même ceux qui y ont pensé précocement. Le choix de la spécialité se construit au gré du parcours professionnel, avec pour certains des moments clés survenus grâce à des rencontres professionnelles décisives qui les auront définitivement motivés.

Néanmoins, l'élément déterminant signifié revient à une réaction singulière face au rapport à la mort, plus à distance de l'image du médecin pris dans une lutte active et déclarée contre elle. Dans la spécialité obstétricale, ce lien semble secondaire, derrière l'ambiance conférée par la vie sans la maladie sous chaque situation clinique, mais surtout avec les naissances. D'autant plus que les interventions du GO, notamment grâce à la chirurgie, sont couronnées de succès et qu'elles font la part belle à l'expertise professionnelle, là où à l'hôpital, dans d'autres spécialités, la maladie est rebelle et la vie des patients davantage compromise. Si bien qu'il est plus facile d'en oublier la mort lorsque « *la plupart du temps on ne se rend même pas compte qu'on a sauvé* ». L'analyse des motivations et des choix professionnels semble restituer une mise à distance, efficace et possible, du rapport à la mort habituellement sous-entendu et imposé par le métier de médecin. Le versant de la spécialité ouvert sur la PMA en présente une autre facette, où cette mise à distance du rapport à la mort est patente. Il s'agit, au contraire, d'œuvrer pour donner du pouvoir à la vie, dans sa double acception, avec la transmission biologique génétique et la transmission humaine. Deux autres GO, ayant une activité de chirurgie cancéreuse, en plus de leur activité obstétricale, évoquent ce rapport à la mort particulier, où le GO pourrait presque se vivre comme « *inutile* » du côté des naissances, lorsqu'il n'y a pas vraiment de problème, car sans bataille à livrer, même s'il peut y prendre manifestement du plaisir. Deux autres GO, encore, évoquent, par ailleurs très clairement, leurs angoisses de mort personnelles, qui trouveraient un apaisement dans l'activité d'une spécialité

moins ouverte sur la conscience et la pensée de la mort. En revanche la pensée de la vie, omniprésente en obstétrique, est soutenue par l'objet de la spécialité lui-même. Ici point d'organe particulier à soigner ou à guérir, mais une grossesse à suivre, soit une femme enceinte, un enfant en devenir dans son développement ou dans sa mise au monde. Le point de vue d'une vie qui prend le dessus éclipse le rapport à la mort.

L'activité obstétricale offre ainsi aux GO l'écran protecteur de l'attrait pour les naissances, mais d'une façon tout à fait paradoxale qui est repérable à travers les entretiens. Même avec la confrontation à certains aspects de la mort périnatale, avec nombre de fausses couches ou de morts fœtales *in utero* en service d'obstétrique, le visage de la mort s'estompe : il y a moins de morts qu'ailleurs. En tout cas il n'y en a quasiment jamais sous la forme d'une mort d'adulte, la figure de la « vraie » mort, celle que représente la mort maternelle. « *Nous, il n'y a jamais de morts dans nos services, jamais jamais jamais jamais* », constate un GO. Car ces morts, les plus rares et les plus tragiques avec celles des morts néonatales d'enfants viables, surviennent presque toujours dans une unité de soin extérieure à la maternité, en réanimation. Deux GO cependant, qui travaillent en maternité type 3, actifs au CPDPN, tout en ayant été motivés dans leur choix par l'émerveillement des naissances, développent dans les entretiens une réflexion sur la mort périnatale liée à l'IMG qui semble les accompagner quotidiennement dans le travail d'équipe. Le paradoxe du rapport à la mort s'y joue différemment. Ils sont confrontés en permanence, dans l'activité, aux décisions et aux actes qui donnent la mort dans le cadre de l'IMG, alors qu'ils sont figures de transgression face aux motivations ou aux valeurs professionnelles. Mais cette activité est sensiblement rachetée par celle dédiée à la naissance vivante, tout particulièrement par une expertise de pointe avec son pouvoir d'intervention sur les pathologies fœtales *in utero* ainsi que sur les mères. De ce fait, le pouvoir médical peut rester idéalisé, sans rencontrer sa limite par une forme de renoncement ou de vulnérabilité signifiés avec l'IMG, face à tout ce qu'il permet, malgré tout, de faire.

Ainsi, pas plus que chez les SF, ni par leurs motivations, ni par leur projet professionnel les GO n'entendent être associés à un rapport initial vraiment direct à la mort derrière l'éclat des naissances. Chez les GO ce serait même l'occasion d'y être moins confronté, tout en restant dans une expertise qui lutte activement contre elle. Comme précédemment avec les SF, ces éléments relèvent de GO intéressés par la recherche, avec un rapport à la mort clairement annoncé par son thème, et peut-être mieux disposés à parler de leur activité professionnelle en ce sens. L'éclairage fourni ne peut donc être généralisé même s'il peut servir d'orientation pour

la réflexion. Toutefois, ces différents éléments réunis chez les SF et les GO valident la première hypothèse de la recherche, par l'attrait particulier pour la vie et les naissances, retrouvé dans leurs choix et leurs motivations professionnelles, même si c'est sur un mode paradoxal, tant l'activité dédiée à la vie offre une mise à distance protectrice de la mort.

Suivant ces perspectives, l'attrait de la vie et des naissances, qui souffle sur les motivations des SF et GO, apparaît néanmoins fortement tributaire d'un rapport à la mort intimement lié aux progrès des connaissances et des techniques médicales, repris par un changement d'attitude global de la société face à la mort. Le plaisir pris au travail, dans la joie des naissances, est permis grâce à la disparition de l'effroyable mortalité maternelle et à la diminution de la mortalité périnatale dans ses aspects les plus dramatiques. Le travail est ainsi valorisé par la reconnaissance des parents doublée d'une reconnaissance sociale générale qui fait collusion avec les soignants, où l'on s'entend pour passer la mort sous silence. Reconnaissances, gratifications, plaisirs associés à des représentations valorisant la vie avec les naissances, créent un effet de distanciation face à la mort. La pensée de sa survenue, surtout en même temps que la naissance, peut s'en trouver fortement refoulée. Sur la piste des motivations et des choix professionnels, naître et mourir se désolidarisent dans la mise au monde pour les soignants. Au décours des trajectoires professionnelles cependant, sans s'y attendre, sans y avoir été préparés forcément, ils sont confrontés à la résurgence de la mort au cœur de l'activité elle-même, de façon plus ou moins violente, à travers les multiples visages de la mort périnatale ou parfois celui, insoutenable, d'une mort maternelle. Sans s'y attendre néanmoins, car les entretiens menés avec les soignants, SF et GO, témoignent d'une expérience de la confrontation à la mort périnatale dans l'activité qui les met face à un réel souvent imprévu, heurtant la subjectivité, auquel ni les connaissances, ni les techniques médicales ne préparent. Comme si au-delà de la compréhension de son existence déclinée en autant de catégories médicales, la teneur de ce qu'elle signifie pour les soignants ne se révélait qu'au sein de l'activité réelle, loin d'être concordante avec les différentes modalités ou les motivations du choix professionnel telles qu'elles viennent d'être établies. Ainsi la mort périnatale prend-elle la figure du contraire ou de l'inversion du projet professionnel, que l'assurance professionnelle tente de rattraper, malgré tout, par les garanties qu'elle propose face aux risques professionnels.

1.3 La mort périnatale, un révélateur de la division du travail

1.3.1 L'illusion groupale au travail

Un ensemble de représentations socialement déterminées, reprises et déclinées par les organisations que sont les maternités au sein desquelles œuvrent les soignants, gouverne sensiblement leur travail. Plus spécifiquement, au niveau de l'unité d'organisation du travail que représente la maternité, se déclinent des représentations partagées qui fondent un système de croyances auquel chacun adhère. Pour René Kaës (2000, p.41), cet ensemble de représentations réalise, sous cette forme, l'établissement d'un idéal commun, qu'il considère comme la pensée de la tâche primaire à laquelle l'organisation est dédiée : « *La tâche primaire de l'institution fonde sa raison d'être, sa finalité, la raison du lien qu'elle établit avec ses sujets : sans son accomplissement elle ne peut survivre. Ainsi, la tâche primaire des institutions soignantes est de soigner* ».

Dans toutes les organisations dédiées au soin, cet idéal figure une tâche thérapeutique à accomplir, où il s'agit de guérir et de lutter contre la mort, qui rassemble à la fois des pensées conscientes et inconscientes, réalisant ainsi une communauté d'intérêts capable de réunir les soignants en une vie de groupe, restituée dans le collectif de travail. De ce point de vue, cet idéal articule les pensées de chacun et de tous par des phénomènes subjectifs et intersubjectifs autour d'un contrat narcissique (Aulagnier, 1975) qui soutient les soignants dans la poursuite de la tâche primaire à travers leur activité réciproque. C'est-à-dire qu'en tant que pensée elle étaye le travail de chacun, individuellement, ou encore collectivement au regard de l'équipe, par une garantie de reconnaissance et d'appartenance, en échange des investissements concédés. L'idéal d'un service de maternité, sous la figure de sa tâche primaire, se décline ainsi par des représentations où l'activité est pensée au service de la vie, de sa conservation et de son corollaire, la neutralisation de la mort. Il traverse les motivations et les modalités des choix professionnels des soignants telles qu'elles ont été établies. Il traverse le travail prescrit autant que le travail réel, et par sa mesure idéalisée, il peut en signifier les écarts mineurs ou majeurs dans sa réalisation. Selon la formulation de Didier Anzieu, cet idéal figure « *l'illusion groupale* », qui anime et rassemble le groupe idéalement, grâce aux représentations partagées, mais aussi en tant que ce qui peut être mis à mal, voire voler en éclats, lorsque la réalité vient s'y mesurer pour la contredire ou la nier. Une épreuve, justement, dont les soignants ne peuvent faire l'économie lorsque la mort périnatale survient dans l'activité réelle à leur travail. De la même façon, à l'aune de cet idéal sont rassemblées les représentations concernant les activités les plus valorisées, tout en laissant apparaître celles en lien avec la mort comme bien moins gratifiantes ou positives. De ce fait, comme l'envisagent les travaux de Dominique Lhuillier, elles sont susceptibles de faire l'objet, dans le travail, de délégations, d'évitements, de

contournements ou de requalifications, essentiellement symboliques, afin de les rétablir sous une lumière plus digne d'intérêt tout en limitant leur portée négative.

1.3.2 La mort périnatale, un savoir médical sur la mort qui organise le travail

Les entretiens menés avec les soignants montrent que le retentissement que la mort périnatale a sur eux découle en premier lieu d'une division intrinsèque des activités liées aux métiers, avec une structuration de celles-ci autour de la tâche primaire. La division du travail répartit celles qui incombent à chaque soignant, selon son métier et selon l'organisation du travail, telle qu'elle est instituée dans chaque maternité. Elle concerne également la mort périnatale. Néanmoins les activités qui en relèvent sont elles-mêmes fortement négociées entre soignants pour les supporter, les aménager, les déléguer partiellement ou totalement quand c'est possible, parfois jusqu'à détourner voire transgresser des règles liées au métier. Force est de constater que des lignes de tensions caractéristiques apparaissent au travail entre les soignants, SF et GO, qui dévoilent en même temps les difficultés ou les épreuves qui les occasionnent.

Avec l'approche médicale princeps, la mort périnatale, dans son ensemble, représente d'abord un corpus constitué par les avortements spontanés ou volontaires, les morts fœtales *in utero*, les morts *per partum* ou néonatales. Selon cette logique, sa définition renvoie à des connaissances précises avec la somme des éléments qui la fondent. La mort périnatale est ainsi morcelée en autant de catégories médicales, d'interventions ou de soins spécifiques dans l'activité dédiée des soignants. Ces différentes catégories, établies dans leurs spécificités, s'appuient notamment sur des critères distinctifs comme l'âge de la grossesse et du fœtus ainsi que les malformations dépistées comme incompatibles avec la vie dans le cas de l'IMG. Elles relèvent d'un savoir spécialisé sur la mort constitué par la science obstétricale, de la même façon que d'autres spécialités en médecine auront constitué le leur en propre. Ce savoir sur la vie et la mort des vivants, conjugué au pouvoir d'intervention, tous deux considérablement étendus avec les progrès de la médecine, sont entre les mains des soignants. Il leur permet d'appréhender chaque mort périnatale tel un objet de science et de connaissance qui détermine leur champ d'action ainsi que les frontières de leur activité, entre SF et GO. À travers cette forme de connaissance, chacune de ces morts peut être réifiée, selon l'objectivité et la rationalité scientifique, pour la rendre réductible à un savoir sur le corps et sur les phénomènes vitaux se réclamant de principes doués d'universalité. Ainsi s'établit une sorte de taxinomie des différentes morts périnatales, avec des représentations catégorielles et des protocoles de soins afférents. L'activité médicale peut s'inscrire de ce fait dans une causalité relativement linéaire

liée à la démarche d'une science appliquée qui dirige ses conduites. Sous cette appréhension, chaque mort périnatale se conduit comme une maladie ou un dysfonctionnement faisant appel à une activité diagnostique dont le GO est l'expert principal. Ainsi, même si la SF ou l'interne en spécialité constatent « *l'absence des bruits du cœur* » chez le fœtus, c'est au GO qu'ils se réfèrent généralement afin qu'il signifie la mort à la mère ou aux parents, tel un diagnostic établi, avec les informations sur le traitement qui va suivre. Entre la SF et le GO, la division du savoir et des connaissances entraîne, en toute logique, une division sociale du travail qui s'applique également à la mort périnatale.

Ce tableau donne une version « explicative » des phénomènes de la mort dans la transmission de la vie, sous couvert de la compréhension et de l'intervention dans les processus biologiques. La mort, avec chaque mort périnatale, peut « *apparaître comme une « donnée » biologique et prendre la forme d'un événement objectif ayant lieu dans le monde* » (Dastur, 2007, p.126). Mais cette version s'intéresse avant tout à favoriser la vie, ne serait-ce qu'en ayant une meilleure compréhension des phénomènes qui s'y opposent, avec la mort. L'activité globale dédiée à celle-ci, gouvernée par le savoir médical ainsi réparti, ne représente que le fond relativement diffus sur lequel s'étaye l'activité principale, celle dédiée à la vie. Telle une véritable *Gestalt*, l'activité consacrée à la vie, en pensées comme en actions, s'en détache et occupe par son relief saillant le devant de la scène. Cette *Gestalt* donnée par l'activité globale s'avère par ailleurs cohérente avec la mise en perspective des choix et des motivations professionnelles des SF et des GO. Même si ce fond peut s'avérer parfois plus intense, réduisant l'effet de contraste, notamment en maternité de type 3 avec le CPDPN et l'accomplissement des IMG, l'activité globale collective y est encore tournée vers la vie. Toutefois, c'est à la faveur d'événements singuliers liés au travail, dans la rencontre des soignants avec « l'objet du soin », lui-même sujet, que ce tableau subit un renversement complet du fond avec la forme, lorsque pour eux s'ouvre une dimension qui échappe à toute science explicative qui la soutiendrait.

1.4 La mort périnatale, une expérience au travail qui excède tout savoir

1.4.1 Un rapport à la mort, au travail, sous le primat de l'intersubjectivité

La mort périnatale, en tant qu'objet de connaissance et de savoir, est indissociable, pour les soignants, de l'objet de leurs soins, un sujet, chez qui elle survient, alors qu'ils en ont la charge à travers une relation professionnelle qui conditionne leur activité. Quand « *l'objet du*

travail est l'humain », elle s'ouvre avec celle-ci sur une « *co-construction* », qui est « *plus ou moins manifeste, plus ou moins importante, suivant l'expérience de l'activité en question pour chacun des deux protagonistes* » (Lhuilier, 2006, p.56). Ce qui dépend de la singularité de ces derniers, autant que de la situation réelle sur le terrain.

Ces conditions de travail font apparaître d'une part l'engagement de sa propre subjectivité, pour chaque soignant, autant qu'une forte dimension intersubjective, conditionnée pour le moins à chaque rencontre singulière, derrière le soin qui lui-même définit l'activité très concrètement. L'appréhension de la mort périnatale pour chaque soignant dépend, de ce fait, non seulement des caractéristiques de la situation médicale, mais tout autant de sa singularité subjective, en interdépendance réciproque avec celle de la personne prise en charge. Ces conditions du travail relationnel, inclus dans le soin médical, permettent de comprendre les écarts ou les incompréhensions, tout comme parfois leur réévaluation, lorsque la mort périnatale n'est pas encore appréhendée sous le poids véritable d'une perte d'enfant pour les soignants, alors que du côté des parents la perte est vécue et signifiée en ce sens. Interroger ces écarts et leur évolution dans les représentations respectives souligne combien elles sont étayées sur le social, lui-même sous influence du développement de la science médicale. Le fœtus devenu patient, voire même un véritable *infans conceptus*⁹³ dans l'approche psychologique ou psychanalytique, ne peut plus être traité comme « *rien* », matériel organique innommé lorsqu'il est mort. Même si, pour les soignants, son appréhension semble malgré tout sensiblement liée à leur capacité d'intervention pour le faire vivre, la mort périnatale est désormais reconnue socialement comme une perte à hauteur d'enfant au-delà de 15 SA. Cette reconnaissance sociale va de pair avec une prescription pour les pratiques soignantes qui vient la renforcer et solliciter dans la confrontation à la mort périnatale une forte dimension subjective, orientée en ce sens dans le rapport au travail. Ces écarts entre parents et soignants se réduisent, néanmoins, pour se rejoindre indéniablement avec le fœtus doué de viabilité, en un seuil où ces derniers ont à « *faire* » très concrètement pour sa vie au travers de leurs interventions dans l'activité au travail. L'accent est mis sur le faire, le pouvoir d'action, médicalement conditionnée, qu'il leur est

93 Cette appellation juridique, « *Infans conceptus pro nato habetur quoties de commodo ejus agitur* », est l'exception tirée du principe qui veut que l'enfant n'acquiert de personnalité juridique qu'à partir du moment où il est né et viable. Elle considère que l'acquisition de cette personnalité peut remonter exceptionnellement avant la naissance, à partir de la conception, à chaque fois qu'il y va de son intérêt (pour un testament ou une donation). Ce droit rétroactif est sous condition de sa réalisation possible, soit un enfant né vivant et viable, à partir du 180e jour de grossesse.

permis de déployer dans ces cas-là. Avant sa viabilité ils sont réellement livrés à l'impuissance quant à sa vie possible. Parce qu'ils ne peuvent « rien faire » pour permettre au fœtus de vivre s'il naissait, ils peuvent se vivre comme n'y étant « pour rien ». Au seuil de la viabilité, leur action reste plus qu'incertaine, tandis qu'avec la viabilité acquise le champ des interventions concrètes s'étend considérablement. Dans les entretiens les soignants les plus anciens dans le métier témoignent de ces changements marquants lorsqu'ils évoquent ces naissances prématurées pour lesquelles rien n'était possible, si ce n'est de laisser mourir, alors qu'actuellement, au même terme ou parfois bien inférieur, ces naissances permettent l'espoir de la vie. Face à chaque mort périnatale, l'appréhension du fœtus en sa qualité d'enfant prend la forme d'une perception d'autant plus sensible que des interventions concrètes dans l'activité y contribuent, voire étaient concrètement possibles. Toute la subjectivité engagée s'en trouve ainsi fortement marquée.

1.4.2 Au travail, l'expérience de la mort

L'intensité de cette perception de la mort, à travers celle de la perte d'un enfant avec la mort périnatale, semble procéder surtout pour le soignant de l'intersubjectivité partagée au travail avec les parents, comme de son activité concrètement déployée, qui lui apporte une forme de relief substantiel pratique. Avec cette perception intelligible, rendue sensible par l'activité réelle, le soignant doit faire face, au travail, à un réel à nul autre mesurable, un réel qui échappe à toute appréhension possible dès lors qu'il s'agit de la mort humaine. La subjectivité du soignant ne peut manquer d'être frappée par un vécu au travail qui le sollicite en retour, pour l'interroger très singulièrement sur sa signification, voire sur sa propre mortalité pour laquelle il ne dispose d'aucune représentation possible : « *L'expérience première, c'est pour nous celle du deuil. Mais la mort de l'autre ne nous atteint que parce qu'elle réveille en nous cette conscience latente de notre propre mortalité qui constitue la face obscure de notre existence* », écrit Françoise Dastur (2005, p.8.) La mort maternelle, telle qu'elle apparaît dans les entretiens des soignants, est bien à la mesure de cette « *mort de l'autre* », si proche de soi en tant que mort d'adulte, tant elle figure un autre soi-même. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi elle se présente sous la vraie figure de la mort, celle qui est la plus redoutée.

Freud (1915) développe au sujet de la mort et de l'inconscient : « *Notre inconscient ne croit pas à la mort personnelle, il se conduit comme s'il était immortel. Ce que nous appelons notre « inconscient », les couches les plus profondes de notre âme, constituées de motions pulsionnelles, ne connaît absolument rien de négatif, aucune (dé) négation – en lui les*

contraires se recouvrent – et de ce fait ne connaît pas non plus notre propre mort, à laquelle nous ne pouvons donner qu'un contenu négatif. Ainsi rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort » (1981, p.36).

Cependant, au travail, l'expérience de la mort périnatale laisse la subjectivité buter sur l'impensable de la mort avec l'incapacité de penser sa propre fin autrement que par un concept vide. En signifiant la limite temporelle de la vie, elle fait retour à cette autre limite, si familière aux soignants, celle de la naissance, mais sans qu'elle en soit plus saisissable : *« Et de même que je n'ai pas été contemporain de ma naissance, que je n'ai pas voulue, et qui représente pour moi un passé en quelque sorte absolu, qui ne me fut jamais présent et que je ne puis donc me remémorer, ma mort est cet événement futur qui ne m'arrivera jamais, puisque je ne serai plus là pour y assister, mais auquel pourtant je sais que je ne puis échapper » (Dastur, 2005, p.6).*

Personne, pas plus le soignant que les parents, n'a d'expérience de cet événement inéluctable que représente la mort en soi : *« Je n'ai pas été confronté à ma propre mort non plus »*, constate d'ailleurs un GO. Personne ne dispose de la capacité symbolique de se représenter sa propre mort, et cependant les soignants sont contraints d'en partager l'expérience avec les parents, confrontés plus ou moins violemment à leur douleur, comme à la perte concrète qu'elle représente avec le petit corps sans vie de leur enfant.

Pour les soignants cette expérience de la mort est imprévue, en tant que telle, en ce qu'elle survient en dehors de toute connaissance ou transmission d'un savoir théorique ou pratique établi. Elle s'inscrit dans une dimension étrangère à la causalité et à la rationalité qui gouvernent l'activité médicale, tout comme elle bute sur l'impossibilité à être représentée. Pour Freud (1915) elle excède toute capacité de symbolisation dans la mesure où *« les processus du système inconscient sont intemporels »* et qu'ils *« n'ont absolument aucune relation avec le temps »* (1986, p.96). De cette façon elle ne peut que faire violence à toute subjectivité. Qui plus est, à travers le contexte de la naissance, la mort prend une force dramatique singulière alors qu'elle surgit à l'endroit même où la vie est attendue, que ce soit dans ce lieu dédié que représente la maternité, que ce soit dans l'activité même des soignants, ou encore derrière les motivations de leur projet professionnel. Cette singularité touche également à la figure sous laquelle elle apparaît, celle de la mort d'un enfant. Figure particulièrement éprouvante et inacceptable, naître et mourir s'y confondent, renversant l'ordre de l'existence qui habituellement les sépare. Lorsqu'il s'agit de la mort maternelle qui renvoie le soignant fortement à lui-même, avec une mort d'adulte, elle l'est tout autant en signifiant la brutalité de

l'interruption d'une existence en pleine construction, tournée vers l'avenir. Naître et mourir œuvrent en même temps avec la mort d'une femme jeune, qui aura néanmoins tenté de donner une continuité à la vie avec un enfant. Même vivant, celui-ci apparaît privé de sa mère dont la disparition ampute plus largement tous les autres liens familiaux. Mort périnatale, avec la disparition d'un enfant, ou mort maternelle, le registre symbolique des pertes fondamentales les plus douloureuses de l'existence humaine s'y trouve inévitablement convoqué sur la scène du travail des soignants, en écho aux fantômes de la naissance d'autrefois.

Chapitre 2 : Les différents aspects de la rencontre avec la mort au travail suivant les trajectoires de mort périnatale

2. 1 La mort dans sa réalité biologique

Cet aspect d'un processus biologique universel, qui peut s'interrompre dans son développement et conduire à une involution de ses éléments, fait bien partie d'un corpus partagé du savoir sur la mort. Les soignants ont à faire avec les produits de décomposition d'une vie organique qui se désintègre ; un phénomène que Freud (1925) attribue aux pulsions de mort, qui, selon lui, tendent à ramener tout être vivant à son état antérieur, à l'état anorganique. De ce fait, il considère les pulsions de mort comme liées à des forces internes qui tendent à l'autodestruction par la dé-liaison. En contrepoint, les forces vitales, les pulsions de vie qui s'y opposent, œuvrent pour la conservation et le développement des unités vitales existantes. Les pulsions de vie sont force de liaison pour l'organisation et le maintien d'une vie différenciée où la sexualité trouve une place de choix, par le principe d'union qu'elle sous-entend entre les individus, les gamètes ou les liens de transmissions qu'elle permet. Avec l'interruption des processus biologiques de la vie, les soignants ont à faire avec ses produits de dégradation, tandis qu'habituellement dans leur activité ils sont déjà constamment en contact avec tout ce qui du corps humain se décompose, se dégrade, s'expulse sous forme de déchets de la vie.

Dominique Lhuilier (2005, p. 82-83), reprend la thématique du déchet analysé par Julia Kristeva et la cite pour insister sur la « *pensée mortifère* » dont ces derniers sont porteurs : « *Le déchet comme le cadavre m'indiquent ce que j'écarte en permanence pour vivre. Ces humeurs,*

cette souillure, cette merde, sont ce que la vie supporte à peine et avec peine de la mort. J'y suis aux limites de ma condition de vivant. De ces limites se dégage mon corps de vivant. Ces déchets chutent pour que je vive, jusqu'à ce que, de perte en perte, il ne reste rien et que mon corps tombe (cadaver) tout entier, au-delà de la limite, cadavre » (Kristeva, 1980, p.11).

Dominique Lhuilier revient dans son propre travail sur la difficulté à saisir le déchet en termes de représentations, non pas par pauvreté conceptuelle, mais par son impossibilité à être représenté ou élaboré, de par sa perte de « *contour de la chose signifiée et où n'agit que l'affect impondérable [de l'abjection]* » (Kristeva, 1980, p.7). Elle souligne combien la perte de forme et d'indifférenciation renvoie simultanément à des affects archaïques angoissants. Suivant cette approche les soignants sont contraints de supporter ces déchets humains qu'ils n'auront pourtant de cesse à éliminer (Lhuilier, 2005), mais qui suscitent néanmoins répulsion, écœurement ou dégoût autant dans leur aspect visuel que par leur odeur ou encore par l'entrée en contact avec leur texture. Du côté des naissances, SF et GO affrontent bien des liquides et des solides corporels évacués avec leurs odeurs souvent nauséabondes et caractéristiques. Que ce soit du sang, des urines, des vomissements, des sueurs, des larmes, des pertes vaginales, des selles, du liquide amniotique ou encore ce produit d'expulsion informe et sanguinolent qu'est un placenta. Mais comme évoqué dans l'analyse de la trajectoire professionnelle des SF, cet aspect n'est pas retenu, effacé ou clivé derrière l'éblouissement des naissances. Les naissances restent, ainsi, sous leurs plus beaux atours, idéalisées et magnifiées, tandis que les soignants ont la possibilité d'y oublier toute sollicitation trop forte de pensées par trop écœurantes, flirtant avec le morbide ; d'autant plus que l'habitude supprimant le dégoût ou la nausée les auront encore plus sûrement déconnectées.

Cependant, avec la mort périnatale, l'enchantement des naissances se rompt pour laisser ressurgir toutes les résonances négatives que transportent avec eux les produits de décomposition de la vie organique humaine. Qui plus est, le corps « *macéré* » ou abîmé du fœtus mort lui-même se trouve pris dans cette entreprise de dé-liaison du retour à l'informe, cet indifférencié qui défait et dissout peu à peu ce que la vie avait assemblé et développé. Dans la langue allemande, « *der Abfall* », composé de « *ab* », au sens de se détacher, et « *fallen* », tomber, signifie à la fois le déchet, le détrit et l'ordure, renvoyant de ce fait en même temps à la souillure, au sale, au rejet ou encore à la décomposition ; décomposer se disant « *zerfallen* » ou encore « *verfallen* ». L'accent est mis à chaque fois sur l'idée de « *tomber* » en morceaux ou de se désintégrer. Cet imaginaire des déchets tient de la mort ainsi que la langue allemande le

restitué. Seul le nouveau-né vivant est soulevé, plutôt que de tomber en se détachant, comme l'illustre le terme allemand qui désigne la sage-femme par « die Hebamme », la nourrice qui soulève. C'est ainsi que la langue allemande a souci de différencier le nouveau-né vivant, relevé de la mort, élevé à la vie, de celui du corps sans vie du fœtus ou du nouveau-né décédé, qui prennent rang, en quelque sorte, parmi les formes de dégradation de la vie biologique que sont les autres déchets humains, ceux qui du corps tombent et se détachent.

Face à ce corps sans vie, inerte, les soignants ont à faire avec une décomposition plus ou moins avancée, qui peut lui donner un aspect étrange, indéfinissable, difficilement identifiable dans ses « contours » physiques ou imaginaires. Cette difficulté est ancienne et semble particulièrement marquée pour les morts périnatales des grossesses les plus jeunes. Dans le discours des soignants elles sont liées à un statut ou à des pratiques qui peinent longtemps à être représentés, avant que ces corps sans vie ne soient accueillis comme des dépouilles de tout-petits : « *Jusque dans un passé récent (années 80-90) la mort des tout-petits survenant pendant la grossesse s'est apparentée à la mort de personne, et non pas à la mort d' « une personne »* », constate Maryse Dumoulin (2007, p.55), dont les travaux sur cette question ont largement contribué à l'établissement du contexte social et législatif actuel, notamment grâce à sa recherche doctorale en santé publique (1998). Ainsi « *leurs corps étaient alors brûlés, en tant que déchets ou produits inconnus, dans l'incinérateur de l'hôpital ou enfouis dans un endroit non repéré du cimetière communal* » (Dumoulin, 2005, p.55). À la lumière des changements des pratiques les plus récentes liées aux morts périnatales, les SF qui ont en charge avec leurs collègues paramédicales leur traitement après l'accouchement, reviennent dans les entretiens sur ces temps révolus où, comme dit l'une d'elles, « *la profession était entièrement coupée de ça* », où ces « *choses* » ont été vécues « *à la sauvage* », là où « *on n'arrive même pas à le dire* ». « *On les mettait dans des barquettes en aluminium* », dit une autre SF, alors qu'elle relate sa perplexité de l'époque devant ce « *non-respect des corps* ». Une perplexité qui fait sens avec les mots de Camille Laurens (1995, p.64) : « *En faisant comme si de rien n'était, ils font comme s'il [son enfant mort] n'était rien* ».

La perplexité semble avoir fait place au soulagement trouvé dans la capacité de pouvoir penser et mettre des mots sur ces situations. Ces seuils de sensibilité dans la disposition des soignants à se représenter ces morts périnatales semblent, par le passé, dépendre fortement des seuils de viabilité. Seul un certain niveau de développement confère au corps sans vie le statut de dépouille d'enfant, et non plus de simple cadavre. En dessous de ces seuils, en dehors du

vocabulaire et des descriptions médicales, ces fœtus restaient eux aussi « innommés », avec un statut indéfinissable pour les soignants. Tout au plus pouvaient-ils profiter d'un certain intérêt en tant qu'objets d'étude ou de diagnostic, à la recherche des causes de la mort grâce aux examens d'anatomopathologie. Ils étaient fœtus au statut innommé, au même titre que leurs parents et leur famille. Ces accouchées sans enfant dont on ne sait pas, même aujourd'hui, s'il faut les hospitaliser en service de gynécologie ou de maternité, si elles sont bien mères ou non, et qui partent presque toujours à la sauvette après une durée de séjour réduite à la portion congrue des soins minimums nécessaires. Ce qui est innommé reste impensable et inclassable dans l'ordre des représentations. Aux fœtus « inclassables » correspondent des patients tout aussi « inclassables » pour les soignants. Actuellement cependant, par l'œuvre d'une transformation symbolique avec le traitement du corps sans vie, la portée des représentations associées entraîne des changements radicaux dans la réalité des pratiques soignantes. Cette préoccupation récente du devenir de ces petits corps trouve, en juillet 2005, une preuve dans le retentissant scandale qui traversa l'opinion et le débat public, lorsque 353 fœtus et 87 corps partiels, datant des années 1985 à 2000, furent découverts dans la chambre mortuaire de la maternité Saint-Vincent de Paul, à Paris. Loin des pratiques sociales autrefois tolérées, ces fœtus, conservés en dehors de toute légalité, dans des conditions inacceptables, suscitèrent l'indignation et la colère, mais surtout l'émoi de nombreuses familles qui pouvaient penser être concernées. Si bien qu'un rapport de l'IGAS⁹⁴ tentera d'en établir le contexte, les responsabilités et donnera des recommandations concrètes dans le traitement du devenir de leur corps.

Pour les soignants, la difficulté à se représenter et à définir un statut pour ces morts périnatales les plus jeunes, a fait place à une attention portée à chaque fois à un tout petit mort, dont ils prennent soin à travers le traitement de son corps, devenu sa dépouille. La conscience de la mort n'en est que plus grande pour eux, là où auparavant elle pouvait être escamotée derrière une réalité biologique indéfinissable qui masquait sa charge mortifère. Les effets de la mort humaine dans sa réalité biologique prennent, de ce fait, un relief plus marquant et plus angoissant, quel que soit l'âge de la grossesse où la mort périnatale survient. Le corps sans vie, inconsistant, déformé, abîmé, voire macéré, décomposé ou disloqué, est susceptible d'une insoutenable confrontation, accompagnée pour les soignants tantôt de dégoût, d'aversion ou de peur. L'abjection et l'effroi devant le cadavre semblent inévitables. Telle cette épitaphe romaine

94 Lalande Françoise, Grass Etienne : Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°2005-149, octobre 2005.

couramment utilisée pour interpeller les passants : « *Là où tu es j'étais et là où je suis, tu seras* »⁹⁵, les effets de la mort dans sa réalité biologique rappellent à la conscience de chaque soignant qu'il est lui-même promis au même destin. Le renvoi de l'imaginaire vers l'anorganique est un renvoi vers la mort, avec l'imaginaire du déchet lui-même, comme l'évoquent les travaux de Dominique Lhuilier. Ce, par son indifférenciation et la confusion identitaire qu'il convoque, révélatrice de « *la fragilité des frontières entre la vie et la mort* » (1999, p.111). Ce désordre, dit-elle, fait figure de crise du lien dans la mesure où il s'attaque à la production de sens. Il est manifesté ici par la réalité biologique de la mort périnatale qui perturbe l'ordre et la logique de la vie par un ensemble de dé-liaisons systématiques, qu'elles soient organiques, vitales, générationnelles ou symboliques. La vie s'effondre, s'amalgame avec la mort dans une confusion qui efface toutes les limites qui les distinguent, tandis que remarque Dominique Lhuilier (1999, p.113) en citant Baudrillard (1976) : « *Toute notre culture n'est qu'un immense effort pour dissocier la vie et la mort, conjurer l'ambivalence de la mort au seul profit de la reproduction de la vie comme valeur du temps comme équivalent général* ».

C'est ainsi qu'avec la réalité biologique de la confrontation à un cadavre, les soignants se trouvent inévitablement confrontés à un contexte anxiogène dans cette épreuve de la mort au travail qui renvoie, à la fois, à une expérience très sensible, émotionnellement pénible, autant qu'à une épreuve pour la pensée, poussée vers ses limites. Si la notion de cadavre humain peut ressembler à un « *abîme anthropologique, car aucune signification simple n'est en mesure de se refermer sur lui* », comme le constate David Le Breton (2013, p.61), c'est vrai tout particulièrement lorsque la vie n'aura pas été vécue, dans le cas de la mort périnatale. Le cadavre renvoie les soignants à une expérience de la mort très concrète en même temps qu'à la difficulté de penser ce qu'ils vivent, là où « *Le « réel » du cadavre est indécidable, car toujours traversé de représentations et de valeurs. Trancher sur son statut, même avec la meilleure volonté du monde, c'est effectuer un choix de valeurs* » (Le Breton, 2013, p.70).

2.2 La mort dans sa réalité clinique

95 Dans sa forme complète : *Quod nunc es fueram, famosus in orbe, viator, et quod nunc ego sum, tuque futurus eris* ; Ce que tu es voyageur je l'ai connu et été dans le monde, ce que je suis aujourd'hui, toi aussi tu le seras un jour.

Le terme clinique vient du latin *clinicus*, lui-même tiré du grec *klinicos*. Celui-ci est dérivé de *klinè* : le lit et de *klinein* : pencher, incliner. Dans son acception première, la clinique renvoie les soignants dans un rapport direct « au pied du lit du malade » et, de façon élargie, au chevet du sujet. Elle engage le corps à corps soignant-soigné, ainsi que l'intersubjectivité. La mort dans sa réalité clinique relève de sa survenue tandis que les soignants sont auprès de la femme enceinte ou encore auprès du nouveau-né. Dans ce contexte elle a ceci de caractéristique qu'elle est liée à l'action des soignants, sans force de causalité directe cependant, à l'exception du cas particulier de la situation de l'IMG. En dehors de cette dernière, le fait qu'elle soit reliée à l'action des soignants engendre la recherche d'un lien de causalité inévitable, d'une défaillance, là où celle-ci était censée « faire vivre ». Dans le cas de l'IMG, l'action des soignants en est doublement responsable, d'une part par l'activité diagnostique qui aura conduit à la décision d'interrompre la grossesse, d'autre part avec sa mise en œuvre, dans le « faire mourir », selon l'expression de Michel Foucault, précédemment utilisée. Ces morts périnatales rassemblent des contextes différents suivant l'action, toutefois elles peuvent être regroupées en plusieurs tableaux : la découverte de la mort périnatale inattendue pendant la grossesse ; celle liée à l'intervention des soignants durant le travail, l'accouchement, ou une réanimation néonatale ; et celle liée à l'IMG. Chacun de ces tableaux témoigne plus spécifiquement, par son relief pris dans l'activité clinique, d'un ensemble d'épreuves au travail communément traversées par les soignants dont l'intensité dramatique fluctue selon les circonstances.

2.2.1 La mort fœtale *in utero*

La mort fœtale *in utero*, inattendue, découverte fortuitement souvent au décours d'un examen clinique ou échographique, est une mort qui fond littéralement sur le soignant alors qu'il était au contraire en train de s'assurer de la présence de la vie. Cette mort « *on ne s'y attend pas* », dit une SF, ou « *on n'y pense pas* », dit un GO. C'est un étrange silence que le soignant perçoit sensiblement alors qu'il ne trouve pas les bruits du cœur du fœtus ; c'est encore ces battements du cœur dont il constate la disparition avec la fixité de l'image échographique. Cette mort périnatale s'abat sur le soignant, par l'incrédulité et la stupéfaction, là où la mort se substitue, dans l'instant, à la vie attendue. Ainsi, durant le temps de la recherche, il s'est trouvé le cas d'une SF non interviewée qui, après avoir constaté l'absence des bruits du cœur du fœtus à l'échographie, appellera néanmoins le chef de clinique de garde, afin de lui demander de les trouver, tant elle était sidérée. Deux morts néonatales, rapportées par les soignants, lui sont proches, avec deux nouveau-nés décédés en salle des naissances ; chacun « *mort subitement*,

collé au sein de sa mère, comme ça après l'accouchement » commente une SF. Dans peu de métiers, la mort peut faire irruption de cette façon-là, telle une effraction, par surprise, imprévisible et brutale, au sein de l'activité individuelle et collective habituelle, entièrement tournée vers la vie. Car, dit cette SF, « *c'est que tout ce qu'on fait tout le temps tend vers la vie malgré tout* ». Si bien qu'à la faveur de cette activité la mort pourrait aussi bien être complètement oubliée.

Ce constat n'est cependant rien d'autre que ce qui motive le cœur de toute vie humaine. Pour vivre, en effet, il est indispensable pour les hommes de rester « *dans l'ignorance de leur propre mort* », affirme Hans-Georg Gadamer (1998, p.74), en reprenant l'interprétation donnée par le tragique grec Eschyle du vieux mythe de *Prométhée*. Car si les hommes sont si « *redevables* » à Prométhée c'est bien moins parce qu'il leur aura fait don du feu et de la technique, que parce qu'il leur a « *retiré la connaissance de l'heure de leur mort* ». La portée de cette interprétation, souligne-t-il, réside dans le fait que cette méconnaissance offre aux hommes l'avenir d'une existence à investir : « *Ce don que Prométhée fait aux hommes consiste dans la capacité à se projeter dans un futur et à donner à ce futur une présence tangible de sorte qu'il devient impossible d'en envisager la fin. On a un futur tant que l'on ne sait pas que l'on n'a pas de futur. Le refoulement de la mort est volonté de vivre* » (p.74).

Pour les soignants le tableau clinique de cette mort figure le scandale au cœur de chaque mort périnatale inattendue, soit la mort qui arrive en lieu et place de la vie, qu'il faut pourtant savoir oublier pour pouvoir travailler, autant qu'il faut savoir l'oublier pour pouvoir vivre. Sous cette forme d'irruption brutale dans la vie, la mort se rappelle au cœur de toute vie humaine, intimement liée à elle, puisque nul ne connaît l'heure de sa propre mort. Cette pensée soudaine, qui réveille l'oubli de la mort, peut s'accompagner de profondes angoisses archaïques. Elle pousse le soignant qui en fait l'expérience vers une conscience plus ou moins forte de sa propre mort, alors que l'effort commun pour vivre veut plutôt que « *la conscience de la nécessité de sa propre mort reste comme voilée même une fois qu'elle s'est lentement affermie, et qu'elle est devenue, au cours de la maturation de l'homme, une certitude intérieure extrêmement profonde* » (Gadamer,1998, p.75). Ainsi cette expérience de la mort périnatale au travail renvoie-t-elle le soignant vers un possible retour de ce réel dans sa propre vie, individuelle,

comme une sollicitation subjective consciente ou inconsciente, que ces quelques vers de Rainer Maria Rilke (1903)⁹⁶ traduisent admirablement :

Den wir sind nur die Schale und das Blatt. Car nous ne sommes que la coquille et la feuille.
Der grosse Tod, den jeder in sich hat, La grande mort en chacun de nous
Das ist die Frucht, um die sich alles dreht. Voilà le fruit au centre de tout.

2.2.2 La mort liée à l'action

Cette mort périnatale inattendue est marquée par l'action concrète des soignants sur la mère ou le nouveau-né, que la mort neutralise cependant, en la rendant inefficace. Elle offre son tableau le plus intense et le plus dramatique dans le contexte de l'urgence vitale, quand les soignants interviennent pour sauver le fœtus ou le nouveau-né. Elle rassemble ainsi la quintessence de la lutte contre la mort dans la naissance par ce qui prend la quasi-tournure d'un face à face, où « *la vie la mort sont tellement proches, tellement sans espace* », qu'elles se présentent en même temps et semblent se chevaucher. Les soignants sont alors tout à leur action, combattants acharnés sous l'étendard des pulsions de vie opposées aux pulsions de mort, comme l'évoque cette SF : « *Quand tu réanimas un enfant, quand t'as l'impression que t'y es t'as la vie là et que un battement en moins, un coup d'adrénaline en moins, t'as le gamin qui va passer de l'autre côté quoi. Et là tu l'actes, là tu l'as dans les mains quoi. Et tu peux pas faire comme si tu n'étais pas en train de te battre contre la mort quelque part et que vraiment c'est là* »^{SFPia}.

La mort périnatale qui survient en ce lieu est la marque d'une défaite pour les soignants tandis que, toutes forces déployées, la mort les met en échec. Elle surgit telle une limite dans l'activité réelle, dans un contexte précis, et vient s'opposer très concrètement à toute tentative de maîtrise de leur part. Elle se solde par la réduction à l'impuissance de leur savoir, de leur savoir-faire et du pouvoir que leur donne la technique ; mais aussi, et surtout, par la faillite de l'idéal thérapeutique communément partagé, comme celui de la tâche primaire confiée à l'institution. En ce sens cette faillite vient directement questionner l'activité des soignants, individuellement et collectivement, pour leur demander des comptes concernant cet échec. Ces

⁹⁶ Rilke Rainer Maria (1903): *Gedichte, Das Studienbuch, Das Buch von der Armut und vom Tode*. Trad. personnelle.

derniers se saisissent en effet aussitôt de questions qui tentent d'évaluer comment la situation, dont ils sont partie prenante, a pu échapper à leur contrôle : Comment est-ce possible ? Dans la survenue de cette défaite, y suis-je pour quelque chose individuellement ? Y sommes-nous pour quelque chose collectivement ? La recherche d'une défaillance est toujours au premier plan tandis que cette suspicion, par l'accent qu'elle met inévitablement sur la causalité individuelle, pèse sur chaque soignant de manière tout à fait singulière. Cette question entraîne avec elle la recherche de l'erreur ou de la faute qui viennent moduler de leur poids le sentiment de culpabilité ou de honte dès lors qu'elles s'associent dans le registre moral à l'idée d'une transgression de règles ou d'interdits. Cet aspect sera réexaminé plus loin, avec l'analyse spécifique de la culpabilité.

Les enjeux du questionnement de l'action déployée dans l'activité réelle face à la mort périnatale, survenant dans le contexte de l'urgence, ne lui sont toutefois pas spécifiques. Ils constituent la toile de fond sur laquelle les soignants projettent leur activité dans le cadre de chaque mort périnatale inattendue. Les reliefs plus saillants que prennent ces questions en situation d'urgence permettent cependant d'en dégager plus aisément une problématique récurrente, sous l'horizon d'une médecine dont les objectifs principaux se consacrent à la maîtrise des maladies et de la mort. Mais elles sont dans ce cas particulièrement malaisées, puisqu'il s'agit d'interroger l'action des soignants au risque d'y trouver une causalité qui pourrait les accuser. Tout se passe comme si l'investigation se faisait généralement d'abord à charge, notamment sous l'ombre d'une judiciarisation toujours possible. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'elle pourra disculper les soignants et les apaiser, mais en partie seulement. L'action des soignants dans l'activité est instruite suivant la rationalité tirée des sciences appliquées, qui prévaut en médecine. Elle valide un type de raisonnement particulier, celui dont la logique attribue aux mêmes événements les mêmes causes, et qui de ce fait peut mettre tout le monde d'accord en les rapportant à un savoir général reproductible. Ce sont les faits dans leurs liens de causalité qui instruisent la certitude que procure « l'objectivité », puisque celle-ci « *signifie qu'elle peut servir tous les contextes d'action possible* » (Gadamer, 1998, p.12). Cette logique est structurelle à tous les protocoles de soins ainsi qu'à toutes les techniques médicales dans la mesure où « *ce que nous nommons technique est par essence une science appliquée* » (p.29). Ce type de causalité reproductible est le principe de toute « revue de dossier médical » après une mort périnatale inattendue, comme celui des revues des RMM, censées analyser collectivement et rétrospectivement les facteurs organisationnels, techniques et humains.

Quand toute la logique de l'action, définie et prescrite dans l'activité des soignants, tient à promouvoir la vie, la survenue de la mort relève, par nature, de l'accident, tant elle lui ressemble par ce qui lui échappe de façon fortuite et imprévisible. L'accident est par définition ce qui ne doit pas arriver, mais qui arrive néanmoins. Une des acceptions de l'accident relève par ailleurs de l'événement funeste qui désigne ici très justement la mort. Tenter de retrouver une causalité à cette survenue dans l'action permet de lui donner un statut qui va retentir directement sur le jugement porté sur l'activité des soignants. L'établissement de causalités considérées comme « non évitables » par la rationalité scientifique confirme le statut de l'accident lié à l'objet du travail. Il met l'action des soignants « hors de cause », comme si les critères de conformité aux règles du travail prescrit se trouvaient respectés malgré tout. Toutes les autres situations laissent planer un doute sur l'action dans l'activité des soignants. Ce serait alors, en quelque sorte, un accident du travail, lié sous une forme ou une autre à une déficience ou à une erreur survenue au sein de celle-ci. Dans les deux cas, c'est bien l'activité des soignants qui est passée au crible de l'objectivité scientifique, mais aucun des deux points de vue ne permet vraiment un réel dégagement de l'épreuve infligée par la survenue de la mort périnatale. Plus son impact est grand, plus les soignants remettent en cause leur savoir, leur savoir-faire, leurs compétences propres au métier, au risque du vacillement de leur identité professionnelle, du doute, de la perte de confiance en soi au travail, parfois au prix d'une intense culpabilité et d'une certaine honte. Bien que mis hors de cause, ce vécu peut persister. Même sans réussir à les assigner à une causalité claire et « objective » dans la survenue de la mort périnatale elle-même, il peut rester particulièrement aigu.

En effet cette investigation des causalités de la mort périnatale au regard de l'activité réelle des soignants se révèle être pour le moins problématique. La logique causaliste est un instrument de travail, mais l'activité réelle des soignants les place face à des situations cliniques concrètes qui excèdent la prescription des règles générales. Dans l'activité qui exige des décisions *hic et nunc*, le soignant se voit contraint de faire comme si la science à laquelle il se réfère était un repère de certitude, dont il a certes besoin pour trancher, mais qui s'avère être, en même temps, en contradiction avec la pratique, puisque celle-ci est malgré tout « *un choix et une décision entre des possibilités* » (Gadamer, 1998, p.13). D'autant plus qu'elle doit se négocier avec le sujet du soin au moyen d'une science qui elle-même n'a jamais ce caractère « *achevé* » ou intangible, là où dans sa pratique le soignant est contraint « *de considérer pratiquement comme achevé et certain le savoir dont elle [la science] dispose à un moment donné* » (p.14). Les soignants doivent faire avec ces contradictions, alors qu'ils cherchent à

s'adapter à des contextes toujours singuliers. La délibération sur les choix y relève d' « *une activité irréductible à la simple application de quelque science fondamentale que ce soit* » (Voyer, 1996, p.150). L'activité réelle au travail tient bien plus d'une activité « *prudentielle* », où les soignants se livrent à « *une espèce de recherche* » grâce à la délibération, qui « *consiste à évaluer, à jauger, à soupeser, afin de fixer un choix préférentiel. Et ce qui fait la bonne délibération, c'est la prudence* » (Voyer, 1996, p.85).

Sous le regard de l'objectivité scientifique, l'action des soignants s'inscrit dans cet écart irréductible entre un savoir général et une situation particulière singulière, celle de l'activité réelle déployée. Elle s'écarte inévitablement du prescrit où, « *quelles que soient les méthodes utilisées, le travail effectif ne pourra jamais être intégralement rendu à la visibilité* » (Dejours, 2003, p.29). Mais cet écart que les soignants supportent habituellement bien, lorsque l'activité procure de la satisfaction, devient insupportable dès lors qu'il s'agit de la survenue de la mort. La recherche des causalités de la mort périnatale se resserre autour de l'objectivité scientifique, qui pourtant n'aura ni les moyens ni la possibilité de répondre indiscutablement aux questions posées aux soignants. Chaque situation singulière de mort périnatale peut s'ouvrir sur une incertitude qui demeure et pèse sur eux. Cette incertitude ne peut que s'accroître dans l'activité réelle, avec la dimension clinique, où chaque contexte décisionnel est modulé par la subjectivité de chacun des partenaires du soin, soignants ou patients, comme par l'intersubjectivité partagée, car dans la relation de soin « *apparaît toujours un décalage entre le prescrit et la réalité concrète de la situation* » (Dejours, 2003, p.13). Si bien que Hans-Georg Gadamer constate que face au pouvoir de la médecine, « *en dépit de tous les progrès réalisés dans la connaissance de la maladie et de la santé grâce aux sciences de la nature, en dépit du gigantesque déploiement d'une technique rationnelle de la connaissance et de l'action, qui se développe dans ce domaine, la sphère du non rationalisé reste particulièrement importante* » (1996, p.32).

Toutefois, dans ces confrontations douloureuses avec la mort périnatale inattendue, la référence à la rationalité scientifique offre, malgré tout, par son pouvoir normatif dans le travail, une certaine préservation de soi pour les soignants, que ce soit individuellement ou collectivement. Par sa contenance, elle les soustrait à une trop grande incertitude. Les GO semblent y trouver, plus que les SF, un recours efficace lorsque l'expertise diagnostique, cette « *technique tellement spécialisée* » (Gadamer, 1996, p.31), porte en soi la possibilité d'une erreur ou d'un échec. Mais la mort périnatale s'inscrit pour tous, envers et contre tout, au cœur d'une incertitude qui s'ouvre sur un réel hors norme, irréductible, qui va bien au-delà de l'échec

dans le travail et de la faillite d'un idéal. Il est celui d'une confrontation avec la mort, vécue et partagée en situation clinique avec les parents comme avec les autres soignants. Une confrontation née dans l'activité réelle qui en soi « *ne se fait connaître au sujet que par sa résistance aux procédures, aux savoir-faire, à la technique, à la connaissance, c'est-à-dire par la mise en échec de la maîtrise* » (Dejours, 1993, p.14). Une confrontation qui dépasse cet échec de la maîtrise de toutes parts, par sa portée existentielle et rattrape intimement le soignant en tant que sujet. Les questionnements sur l'action, les causalités, l'erreur, la faute, l'efficacité ou la maîtrise s'effacent devant l'expérience faite de la mort, sous sa figure la plus douloureuse, celle de la mort d'un enfant.

2.2.3 La mort paradoxale de l'IMG

Dans l'avis sur la « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie »⁹⁷, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) considère que le respect de l'interdit de ne jamais « *provoquer délibérément la mort* », prononcé avec le serment d'Hippocrate, relève d'une exigence fondamentale pour chaque médecin quelle que soit son activité : « *La mort donnée reste, quelle que soient les circonstances et les justifications une transgression. Mais l'arrêt de réanimation et l'arrêt de vie conduisent parfois à assumer le paradoxe d'une transgression de ce qui doit être considéré comme intransgressible* ». La notion controversée d' « *exception d'euthanasie* » introduit cependant la tolérance pour des actes touchant à la fin de vie ou à l'arrêt de vie, tout en rappelant le principe de l'inviolabilité de toute vie humaine, sans toutefois la sacraliser indépendamment du contexte. Elle s'adresse « *à ces situations spécifiques infiniment délicates* », qui touchent aux « *réalités extrêmes* » des soins palliatifs (Hirsch, 2001, p.59), mais aussi de l'IMG. L'arrêt de vie avec le fœticide rassemble tous ces paradoxes de façon unique et singulière pour chaque situation clinique à laquelle le GO aura à faire.⁹⁸ La mort périnatale survient dans l'activité de façon totalement paradoxale opposant, à chaque fois, sous forme de contre sens, l'interdit à la tolérance, l'activité prescrite à l'activité réelle, la mort inattendue involontaire à la mort programmée telle une fin de vie, l'activité réelle au projet professionnel

97 Comité Consultatif National d'Éthique des sciences de la vie et de la santé : avis n°63 du 27 janvier 2000, *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, consultable sur :

<http://www.ccnethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf> ; consulté le 12 septembre 2016

98 Comité Consultatif National d'Éthique des sciences de la vie et de la santé : avis n°107 du 31 mars 2015, Avis sur les problèmes éthiques liés aux diagnostics anténatals : le diagnostic prénatal (DPN) et le diagnostic préimplantatoire (DPI) consultable sur :

http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_107.pdf; consulté le 12 septembre 2016.

initialement investi, ou encore la question de la fin poursuivie dans l'activité médicale aux moyens fournis par les progrès scientifiques. Bien que l'acte qui conduit à la fin de vie du fœtus relève d'une décision collégiale de toute une équipe, bien qu'il fasse suite à la demande des parents, il s'inscrit néanmoins à chaque fois dans une situation clinique singulière, susceptible de mettre le soignant dans un ensemble de tensions contradictoires. Elles se manifestent par des réactions défensives individuelles où s'expriment nombre de mises à mal : motions d'agressivité ou de colère, repli dans l'anesthésie affective de l'habitude ou de la banalisation, stratégies d'isolement et de clivage de l'acte fœticide en acte technique, refus d'intervention ou motif de décision pour changer de secteur d'expertise dans l'activité. Pour une des GO rencontrées, sans interview à l'appui, ce fut même un motif pour quitter une équipe. Elle dit « *ne jamais s'être remise* » d'une IMG pratiquée dans son précédent service, à 32 SA, sur un fœtus viable et sain, dans un contexte de pathologie psychiatrique maternelle sévère.

Même si, en soi, l'intention du diagnostic anténatal est au service de la thérapeutique pour la prise en charge la plus précoce et la mieux adaptée de toute pathologie fœtale, l'activité réelle conduit à un arrêt de vie. Le soignant ne peut en retirer aucune gloire, tant elle s'inscrit dans des problématiques éthiques complexes qui dissolvent le prestige lié au pouvoir de soigner, de guérir et de lutter contre la mort. Comment concevoir en même temps la possibilité d'interrompre la vie d'un fœtus pour une pathologie incurable que les soignants auraient eue à charge malgré tout, si d'occurrence elle n'était découverte qu'à la naissance ? Une activité si problématique qu'« *en dernier lieu c'est le responsable de l'équipe qui devra être l'exécutant de la décision malgré tout* », mentionne le CCNE. Tout se passe comme si ce qui confine à une activité dévalorisante était gardé et traité au sein de l'équipe, entre pairs, pour être renvoyé, s'il y a lieu, à celui qui occupe la place la plus importante, le chef d'équipe.

D'ailleurs l'activité IMG est clairement identifiée par les SF comme un périmètre d'exercice qui ne fait pas partie de leur métier, bien qu'elles y participent. Pourtant la prise en charge du corps sans vie du fœtus leur incombe complètement, tout comme le suivi du travail et, en grande partie, l'accouchement. Certaines d'entre elles évoquent des refus de prise en charge de situations représentant pour elles des conflits de valeurs manifestement insupportables. C'est-à-dire, avec Christophe Dejours, une souffrance éthique insurmontable autrement que par l'évitement. D'autre part deux équipes de SF rencontrées dans le contexte de la recherche ont clairement exprimé, hors entretien, leur point de vue professionnel sur l'activité IMG. Une des équipes venait d'être agréée comme CPDPN, mais les SF craignaient un afflux

d'IMG en salle des naissances, car « *ce n'est pas le cœur du métier* ». L'autre équipe, prise dans un processus d'évaluation et de développement du diagnostic prénatal, avec comme conséquence la prise en charge des IMG sur place, fait dire aux SF, avec des regrets, qu'elles n'ont « *pas fait SF pour ça* ». Pour les SF, les représentations partagées, concernant le métier comme le projet professionnel, excluent l'activité IMG de ce qui doit leur revenir en propre, pour l'attribuer plus spécifiquement aux GO. Cette relégation d'une activité, qui a trait à l'œuvre de la mort, jugée dévalorisante, voire dégradante, tel un sale boulot, protège par là même un tant soit peu leur activité propre, mise en valeur par la vie. Plus loin, les décrets de loi confirmant en 2016 l'entrée de l'IVG médicamenteuse⁹⁹ dans le champ de compétences des SF, auront révélé au sein de la profession des lignes de tensions manifestes pour une activité considérée plus proche de celle de l'avorteuse. Jugée moins valorisante, et de ce fait loin d'être revendiquée par toutes les SF, elle a conduit à d'âpres échanges, entre syndicats de GO réunis face au corps des SF, dénonçant cet acquis d'expertise comme dangereux. Les enjeux de ces conflits sont ici principalement étrangers à toute considération scientifique, mais relèvent plutôt des défenses de l'identité professionnelle et de l'« esprit de corps » avec l'idéologie, telle que l'entend René Kaës (1980). Elle promeut des intérêts corporatistes ou encore des jugements de valeur associés. « Sale boulot », « injustifié » d'un côté, « acte d'expert », « justifié » de l'autre, l'activité IVG repose sur la logique intersubjective d'un imaginaire qui tend à préserver, de façon défensive, autant l'image de soi que celle du corps de métier investi, ce que la psychodynamique du travail appelle « une idéologie défensive du métier ».

On pourra constater, avec Hans Georg Gadamer (1996, p.20), que « *l'application d'un savoir scientifique à des domaines dans lesquels est en jeu ce que l'on nomme aujourd'hui la compréhension de soi de l'homme, non seulement conduit souvent à des conflits, mais fait intervenir également des éléments fondamentalement non scientifiques qui font entendre leur propre droit [...] Aussi, comme on le voit, la science elle-même entre en conflit avec la conscience des valeurs que nous avons, nous autres, hommes* ».

Les techniques médicales, comme le savoir dont elles relèvent, sont incapables de dire s'il faut agir ou non. Elles sont synonymes d'efficacité en termes de moyens sans avoir de

99 Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.

solutions sur la question des fins en elles-mêmes et sans apporter de protection face au vécu subjectif auquel s'exposent les soignants par la réalisation de l'œuvre de la mort avec l'IMG. Car dans cette clinique de l'extrême ils ne manquent pas d'affronter des représentations de meurtre, des pulsions sadiques ou omnipotentes, avec l'angoisse qu'elles génèrent. Entre l'activité prescrite, sous augure de la rationalité scientifique et l'activité réelle vécue par les soignants, s'ouvre un paradoxe des grandeurs, creusé par le réel de la mort derrière chacune de ces morts périnatales. L'IMG s'inscrit elle aussi dans ce « *processus de scientification de la médecine avec un usage de plus en plus pointu de la technologie* » (Schepens, 2013, p.7). Néanmoins elle confronte les soignants de façon particulièrement aiguë à « *l'obligation de donner du sens à leur activité* » (p.9), sans quoi la part de souffrance générée au travail vient les menacer directement. « *C'est l'absence de sens, l'incompréhensible qui rend le travail insupportable* » (p.225), conclut Florent Schepens, dans son analyse concernant les unités de soins palliatifs. Emmanuel Hirsch en met en évidence « *la dimension éthique d'un investissement qui ne peut se limiter à la pratique d'actes exclusivement professionnels* » (2003, p.17). Il semble que, pour l'IMG, cette obligation de sens et cette dimension éthique ne soient pas moins essentielles.

2.2.4 La mort dans l'expérience de la perte existentielle

En situation clinique chaque mort périnatale s'ouvre pour les soignants sur la confrontation à ce qu'elle représente en tant que perte subjective chez l'autre. La souffrance liée à cette perte est renvoyée aux soignants par l'intensité de la douleur manifestée par les parents, une des expressions émotionnelles du deuil, du latin *dolus* qui signifie douleur. Certes, pour les soignants, la valeur subjective associée à l'âge du fœtus peut se révéler être fortement en décalage, comme le signale la teneur des entretiens concernant le registre des fausses couches. La mort peut alors apparaître aux soignants comme « *une irrécusable donnée de fait* », tels « *des processus « objectifs » extérieurs à lui-même [l'être humain] et lui advenant de manière contingente* », dès lors qu'ils sont remis « *inconditionnellement aux sciences de la nature* » (Dastur, 2005, p.25).

Mais la douleur est là pour marquer avec insistance un au-delà de ce qui est signifié par l'objectivation biologique, pour tirer vers une réalité subjective de plus en plus incontournable pour le soignant lui-même. La perte du fœtus ou de l'enfant viable signe la concordance des registres subjectifs, liés à la perte, entre parents et soignants. Perte d'enfant, perte incommensurable, elle est l'expérience angoissante de la mort pour les parents. Pour les

soignants, dans l'activité réelle et l'intersubjectivité de la relation clinique, cette expérience de la mort de l'autre et chez l'autre, prend un double statut, avec le vécu de la perte d'un enfant en tant qu'objet de soin. Elle s'entremêle avec la confrontation à la douleur des parents, à laquelle ils ne peuvent se dérober. Car, écrit Françoise Dastur (2007, p.25), « *Il n'y a pas d'expérience directe de la mort - c'est ce qu'Épicure exprime parfaitement, plusieurs siècles plus tard, en déclarant dans sa Lettre à Ménécée, que tant que nous existons, la mort n'est pas et que, lorsque la mort est là, nous ne sommes plus, de sorte qu'elle n'est par conséquent rien pour nous -, mais seulement expérience de la mort de l'autre et institution, dans cette expérience première du deuil, du propre rapport à soi comme mortel* ».

Mais si Épicure affirme que nous ne pouvons rien savoir de la mort, ni avoir aucun commerce avec elle, tout projet d'un enfant à venir autorise à chaque fois la conjuration de cet impensable par cette projection au-delà de toute mort, et la sienne propre, dans la chaîne générationnelle et dans l'avenir. L'expérience d'une mort d'enfant n'en est que plus douloureuse pour les parents, mais non moins retentissante pour les soignants dont l'effort dans le travail est quotidiennement au service de cette conjuration. Comme les entretiens en témoignent, les liens de proximité ou de distance au cœur des processus d'identification viennent en moduler l'impact chez les soignants. Plus ces derniers se sentent proches d'autrui, plus la mort peut leur sembler menaçante et source d'angoisses : « *La mort d'autrui, qui est lointaine et indifférente* », devient ainsi celle de « *la proximité de la mort du proche [...] la mort d'un être cher est, presque comme la nôtre, presque aussi déchirante que la nôtre* » (Jankélévitch, 1966, p.27).

L'autre du soin n'est certes pas ce proche qu'est l'être cher, sans être jamais cependant un autrui lointain, anonyme ou impersonnel. Il est un être devenu « de » proximité, à travers la dimension relationnelle de la clinique et du soin, dont les soignants se trouveront plus ou moins à distance émotionnellement en fonction des registres de la teneur de l'identification investis. En se référant à la pensée d'Emmanuel Levinas, Emmanuel Hirsch cerne avec constance ce statut particulier que prend l'autre à travers la relation personnelle engagée entre soignant et soigné. Là où « *face aux vulnérabilités qui éprouvent une personne ou une société, les distances ou conventions habituelles doivent s'estomper, laissant place à l'engagement, à la solidarité, au besoin de témoigner d'une sensibilité qui contrerait l'inhumanité* » (2006, p.130). Si l'expérience partagée de la mort convoque « *un pacte signé au plus haut niveau de ce que l'on se doit d'humain à humain* » (Hirsch, 2001, p.63), la relation engagée en toute présence avec

l'autre du soin n'en reste pas moins extrêmement complexe dans la mesure où elle doit se garder de toute « *fusion ou confusion* » afin de préserver l'espace possible de la rencontre.

Les enjeux portés par les processus d'identification y modulent massivement la manière dont se décline cette proximité particulière tissée au cœur du soin. C'est pourquoi, lorsque cette mort d'enfant concerne quelqu'un que les soignants connaissent déjà, *a fortiori* quand c'est quelqu'un qui travaille dans l'équipe, la mort a un effet d'autant plus sidérant. L'impact dévastateur sur les soignants de la mort maternelle peut se comprendre, également, selon cette « *proximité de la mort du proche* ». Un proche qui ressemble aux investissements de chacun, par sa jeunesse, ses liens familiaux et sociaux, son projet d'avenir avec un enfant, mais aussi par l'idéal qu'il incarne pour eux dans l'activité de travail. Cette proximité dans la relation de soin, modulée ainsi par les processus d'identification, se resserre particulièrement avec la souffrance exprimée par les parents. Elle s'adresse aux soignants, telle une douleur qui réclame un soulagement alors qu'en ce point aucun acte de soin concret ne saurait devenir thérapeutique. Ce que les SF évoquent particulièrement en ce qui concerne la temporalité du travail et de l'accouchement, qui se font sous l'omniprésence d'une souffrance qui les laisse démunies. Tandis que les GO, de leur côté, évoquent plutôt le temps de « *l'annonce* », généralement en cas de mort *in utero* où, malgré leur retenue professionnelle convenue, tel un oracle funeste, ils n'en sont pas moins des experts devenus impuissants et bouleversés, alors qu'ils savent qu'elle est « *un stress majeur mortifère* » (Bacqué, 2008, p.101). « *C'est tellement horrible à annoncer* », dit un GO, le « *soutien passe d'abord* », dit un autre, tandis que toute expertise liée à des « *explications scientifiques* » devient secondaire et que « *ce qu'il faut surtout c'est être là auprès des parents* », dit un troisième. La portée existentielle de la perte fait irruption, dans la proximité du soin, entre parents et soignants, autour de la mort d'un enfant, par ce réel qui excède toute mesure et qui néanmoins, pour eux, s'impose au travail.

2.3 Au travail, une expérience de la mort polysémique

En ce point de l'analyse, il apparaît que l'impact lié à la mort périnatale chez les soignants se décline en une grande variabilité, mais qu'il dépend aussi, en partie, fortement du type de maternité, principalement en raison de l'activité liée à l'IMG. Lorsqu'elle est présente de façon institutionnalisée, elle génère une confrontation singulière, programmée par son incessante répétition. Par l'épreuve spécifique qu'elle représente, ainsi que par les recours défensifs qu'elle mobilise, l'IMG retentit sur le vécu des soignants de façon tout à fait singulière. D'autre part, les maternités, pour être CPDPN, sont forcément des lieux de référence pour les grossesses et

les fœtus les plus vulnérables en termes de pathologies, et participent de ce fait d'un taux de mortalité périnatale plus important. C'est pourquoi le vécu des soignants SF et GO, face à la mort périnatale, apparaît fortement dépendant du cadre d'exercice spécifique de la maternité où ils travaillent. Toutefois cette distinction relève essentiellement de la présence ou non d'un CPDPN plutôt que du type de maternité. Avec cette précision, la troisième hypothèse de la recherche est, de fait, partiellement confirmée.

Ainsi, selon les configurations que prend l'activité réelle, en fonction du lieu de travail, la confrontation à la mort périnatale renvoie les soignants à une expérience de la mort sous des formes différentes, polysémique, dont les variations s'entremêlent : mort repoussante du cadavre, mort sidérante par surprise comme dans le cas de la mort *in utero*, mort terrassante de l'échec de l'action engagée directement ou non, mort paradoxale de l'IMG, ou encore mort impensable en tant que perte existentielle, sous la figure d'un enfant. Chacune d'entre elles témoigne d'une des réalités de la mort. Elles s'entremêlent dans l'activité et constituent une source de pensées mortifères qui chargent le travail d'angoisses parfois très envahissantes. Le questionnement en retour, ouvert sur l'activité, qui passe notamment au crible les liens de causalité dans l'action des soignants, est pour le moins déstabilisant. Il relève d'enjeux professionnels fondamentaux, individuels ou collectifs, qui ont trait à la reconnaissance, à l'identité de métier, aux compétences ou encore au projet professionnel et à l'idéal qui l'anime. Il est à l'origine d'une mise à mal du travail et des soignants qui s'attaque au sens et au plaisir pris à travailler, individuellement ou collectivement : « *Le plaisir au travail est lié à l'action, mais pas à n'importe quelle action : celle que la personne puisse reconnaître comme sienne, qui réponde à ses valeurs, son idéal, dans laquelle elle se sent responsable et autonome, qui réponde au double enjeu de la relation au travail, celui de trouver du sens à cette action et d'en tirer une double reconnaissance, à la fois à ses propres yeux (en termes d'usage de soi) et aux yeux des autres* ». (Lhuilier, 2006), p.86). Cette mise à mal suit une gamme variable d'impacts dont les plus rares, mais les plus retentissants, débordent les modes opératoires et les pratiques ordinaires, les principes de fonctionnement et les règles institutionnelles habituelles ou les ressources disponibles, jusqu'à rompre les frontières entre conflictualité au travail et vie intime des soignants.

Chapitre 3 : Quand la mort périnatale fait choc

3.1 La subjectivité arasée au travail

Même avec un parcours professionnel réduit, tous les soignants interviewés ont au moins une situation de mort périnatale particulièrement déstabilisante à rapporter, soit comme acteurs de premier plan, soit comme témoins, ou encore par une participation indirecte au vécu de collègues de l'équipe, pris dans cette confrontation. Un tel événement semble à la fois incontournable et plus fréquent avec l'âge de la vie professionnelle. Celle-ci charrie avec elle invariablement des situations plus nombreuses, où le contexte singulier d'une mort périnatale rencontrée dépasse, dans ses répercussions, toutes les épreuves du travail auxquelles le soignant avait pu être confronté. Dans ce cas, si les parents sont sous le choc, celui de la perte de leur enfant, les scènes rapportées du vécu des soignants à leur travail lui sont similaires. En dehors de l'IMG, l'irruption de la mort dans l'activité constitue alors une effraction, par un réel traumatique, qui fait violence pour le soignant suivant une double rupture, interne et externe, qu'elle provoque : celle de la vie intra-psychique en même temps que celle du cadre du travail avec ses repères habituels, individuels et collectifs : *« Le réel se fait connaître au sujet par un effet de surprise désagréable, c'est-à-dire sur un mode affectif. C'est toujours affectivement que le réel du monde se manifeste au sujet. Mais dans le temps même où le sujet éprouve affectivement la résistance du monde, c'est l'affectivité qui se manifeste en soi. Ainsi est-ce dans un rapport primordial de souffrance dans le travail que le corps fait simultanément l'expérience du monde et de soi-même »*, affirme Dejours (2001, p.8).

Dans certains cas de mort périnatale, telle une surprise, mais bien au-delà du désagréable, le réel se fait connaître par la violence émotionnelle d'un choc, comme *« un coup de tonnerre dans un ciel serein »* dit une GO. Il se saisit du corps par l'affectivité et vient figer l'esprit dans ses capacités subjectives. Les soignants signalent à ces occasions une altération de leur vie au travail en même temps que de leur vie privée. Elle laisse une empreinte significative définitive dans les deux champs, remarquable par l'expression d'un passé professionnel toujours douloureux lors de son évocation. Dans les entretiens il se manifeste par une foule de détails minutieux concernant l'événement, particulièrement dans son déroulement médical, comme par des dates et des circonstances de vie très précises, même de nombreuses années après sa survenue. La détresse émotionnelle qui en découle est relatée plus facilement par les SF, et les femmes, qu'elles soient SF ou GO. Parfois même sous forme d'une forte reviviscence pendant

les entretiens, si bien que les voix chavirent et tremblent, les discours sont moins fluides, plus décousus, entrecoupés de silences, accompagnés de-ci, de-là, par des larmes. Généralement le vécu subjectif de la mort périnatale est lié à la peur, à l'horreur et à l'impuissance, associé à des troubles neurovégétatifs et psychiques variables, qui viennent altérer la vie personnelle et la vie au travail. Une lecture à partir de l'évaluation de la santé mentale, telle que la propose la psychiatrie avec son manuel diagnostique DSM, fait de ces éléments des troubles de stress post-traumatique, aigus ou chroniques lorsqu'ils persistent dans leur capacité d'altération. Et force est de constater que la mort périnatale, sous ses multiples visages, peut avoir l'effet d'un choc au travail pour les soignants. Avec l'accent mis sur ce vécu subjectif, lorsque cette confrontation a lieu en contexte d'urgence, pour l'accouchement ou pour une réanimation, les soignants peuvent même être considérés comme directement exposés au stress des sauveteurs, sous forme de traumatisme indirecte. Cette approche a donné lieu aux premiers *debriefings*, avec le modèle de Jeffrey Mitchell (1983), le CISD, *Critical Incident Stress Debriefing*, à l'origine des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) actuelles rattachées au SAMU (Crocq, 1998). La situation du côté de L'IMG rapportée par les GO, au moment du geste fœticide, fait état d'un vécu qui en a les mêmes caractéristiques, momentanément. Les GO cherchent à isoler ce geste de leurs émotions tout en clivant celles-ci des représentations pénibles associées, ce afin de pouvoir le supporter. Ils se mettent ainsi, volontairement, dans le même état dissociatif que celui produit par un choc traumatique.

Mais rien de vraiment surprenant à ce constat lorsqu'il s'agit d'être confronté à l'adversité d'un réel à valeur traumatique avec l'irruption de la mort, d'autant plus que celui-ci reste soigneusement effacé ou maintenu à distance par les investissements des soignants comme par les représentations qui les accompagnent, même en situation d'urgence vitale : « *Je ne pense pas à la mort, je pense vite au bloc* », dit une SF tandis qu'un GO affirme : « *Je ne pense pas à la mort, je...non en fait ce qui me fait peur, c'est de plus pouvoir gérer la situation* ». Lorsque ce réel fait choc, les soignants subissent en réalité deux effets cumulés, celui du choc de la perte d'un patient avec la mort de l'enfant, associé à l'exposition du vécu traumatique de la mère et des parents. Perdre à la fois ses objets d'investissement dans la relation de soin et, avec eux, toute la reconnaissance en retour obtenue au travail, donne lieu au « deuil des soignants », ou « au deuil des accompagnants », lequel bénéficie d'une attention particulière dans la formation initiale des infirmières, alors que les études médicales lui font peu de place. Les observations vont dans le sens d'un vécu subjectif du deuil du personnel paramédical qui ressemble à celui de l'entourage, sous forme de tristesse et de culpabilité. Pour les médecins, c'est plutôt le vécu

d'impuissance et le sentiment d'échec qui sont au premier plan (Maubon, 2011). Ils sont rapportés à une mise en échec de l'action médicale avec la perte de l'idéal du soin, ce qui est le cas dans la mort périnatale aussi bien pour les GO que pour les SF. Mais comme les infirmières et l'entourage des patients décédés, ces dernières expriment plus souvent des sentiments de culpabilité et de tristesse. L'analyse de Marielle Maubon insiste, par ailleurs, sur les facteurs aggravants dans la survenue de la mort pour les soignants, qui tous peuvent être présents en cas de mort périnatale, et qui concordent avec le contenu des entretiens : soit la première rencontre avec la mort, la brutalité de sa survenue, le jeune âge de la personne, l'identification, la répétition ainsi que le sentiment d'avoir mal fait son travail, source d'une culpabilité qui conduit avec la mort périnatale vers la recherche d'une attribution causale réitérée. Ces réactions, consécutives à la confrontation à la mort périnatale, peuvent se comprendre comme une souffrance générée par l'activité réelle contextuelle, incontournable pour les soignants. Elles prennent l'allure d'une psychopathologie du travail liée à ses conditions particulières.

3.2 Le soupçon de l'erreur

Avec la mort périnatale, les soignants sont pour le moins face à l'échec de leurs investissements au travail, c'est-à-dire confrontés à des pertes subjectives et des deuils qui leur sont étroitement liés, variables en degrés selon les situations et l'implication individuelle. Les atteintes s'adressent au travail par le questionnement qui ne manque pas de surgir, d'autant plus vif que la mort périnatale est plus douloureuse à supporter. Sur cette scène où ils ont déjà un rôle en tant qu'intervenants, interroger leurs pratiques face à ce qui ne devait pas arriver et s'il y avait une possibilité de l'éviter, laisse place au rôle éventuel d'un défaut de soin. Le questionnement, posé de cette façon, aborde la mort périnatale comme consécutive à un dysfonctionnement au travail, avec l'incertitude pour les soignants d'y être peut-être pour quelque chose. S'agissant de la mort, ce questionnement est largement soutenu par les sentiments de culpabilité, d'échec et d'impuissance, mais il vient aussi altérer le rapport au travail puisque les soignants y remettent en cause leurs compétences individuelles, leur travail d'équipe, autant que leur expérience. La chasse aux dysfonctionnements ou à l'erreur, avec l'examen des faits, s'inscrit dans les passages en revue de la situation, à travers plusieurs types de *débriefing*, terme bien connu des soignants, bien qu'il s'agisse ici surtout de débriefings techniques, au regard de la logique médicale, avec la revue du dossier, les réunions du staff ordinaire ou les RMM. Mais l'attention portée aux faits prend bien la tournure d'une investigation qui s'articule autour de questions sur la réalité de ce qui s'est passé : Qui ? Quand ?

Où ? Quoi ? Comment ? Que s'est-il passé ? Telle quelle, cette investigation est proche, par son contenu, d'une des premières phases de tout *débriefing* psychologique actuellement pratiqué (Perren-Klinger, 2001) qui a pour objectif de permettre à la subjectivité d'ordonner la réalité des événements et de les situer dans une temporalité, alors que le choc lui aura fait perdre le lien avec tous ses repères habituels. Néanmoins, dans le cadre des épreuves de la mort périnatale, elle est une occasion pour les soignants de se remettre en cause, dans leur travail, tout en cherchant en même temps à s'en défendre, quitte à éloigner parfois la suspicion en la reportant sur un autre. Occasion, où les SF se sentent particulièrement vulnérables face aux GO, en ce que leur moins grande qualité d'expertise dans les pathologies et leur dépendance au travail, vis-à-vis de ces derniers, les exposerait plus facilement à ce renvoi.

Les retentissements sur les soignants pendant ce temps de remise en question sont plus ou moins prononcés et relèvent de différents registres d'une subjectivité fortement éprouvée par l'activité. À côté de la détresse émotionnelle, des sentiments d'échec, d'impuissance, de culpabilité voire de honte, les soignants supportent bon nombre d'effets négatifs qui témoignent d'une réelle souffrance : troubles neurovégétatifs, troubles du sommeil, reviviscences, somatisations, doute, manque de confiance ou d'estime de soi au travail, peur, anxiété accrue, crainte d'une répétition de l'événement, d'un recours médico-légal, ou encore baisse de l'accomplissement de soi au travail. Ils modifient leur pratique dans l'activité réelle par des changements à visée défensive, notamment par des conduites d'évitement de certaines situations cliniques, ou par des comportements de contrôle au moyen d'une hyper-vigilance conduisant à une surveillance ou des interventions médicales accrues. Ce vécu et ces réactions sont similaires dans leurs grands traits à ceux observés chez les médecins à la suite d'une erreur médicale (Galam, 2009). Si bien que, dans ce cas, les atteintes constatées chez ces derniers font apparaître chaque soignant, depuis la recherche d'Albert Wu (2000, 2012), comme une « deuxième victime » face aux dommages initiaux provoqués. Ce rapprochement souligne combien les soignants peuvent être profondément perturbés dans leur rapport au travail, comme à eux-mêmes, par le simple fait de remettre en cause leur activité, alors même qu'aucune erreur ou aucune négligence n'est attestée, à travers cette suspicion déclenchée par l'irruption de la mort. Dans l'impact de la mort périnatale, tous ces éléments sont descriptifs d'une sémiologie au travail qui laisse apparaître les soignants comme marqués dans leur subjectivité par des atteintes qu'ils subissent telles des conséquences ou des « dommages » liés à leurs conditions de travail. Les enjeux réels de la subjectivité au travail disparaissent dans les confusions qu'engendre le malheur, masqués derrière le drame de la mort. À leur recherche, l'analyse se déplace d'une

sémiologie des causes à une phénoménologie de la vie subjective au travail pour les soignants. Soit un vécu qui permet de dévoiler un investissement actif, partie prenante de la portée de ces atteintes, partie prenante aussi des stratégies individuelles et collectives mises en place, qui permettent d'en comprendre, plus loin, les voies possibles de leur dégagement.

La dynamique intersubjective qui s'en dégage est celle de la reconnaissance au travail. Ses enjeux sont au cœur du travail. Les éclairer permet de comprendre comment les altérations de la reconnaissance au travail conduisent à des altérations identitaires dans les différents registres intriqués des dimensions sociales, professionnelles et personnelles. Il s'agit de formes de perte de soi, toutes susceptibles d'éprouver les soignants parfois rudement, en particulier dans la confrontation à la mort périnatale. De ce fait, derrière le drame de la mort se joue celui des épreuves de la reconnaissance au travail pour les soignants.

3.3 La dynamique de la reconnaissance au travail

3.3.1 Une dynamique de l'intersubjectivité

Les recherches sur le travail s'accordent sur l'importance donnée à la reconnaissance dans tous les investissements qui le concernent. Pour la psychodynamique du travail (Dejours, 1993), elle est au cœur de toute activité concrète engagée en termes d'actions, de délibérations, de choix ou de décisions : *« À partir de la psychodynamique du travail, il est toutefois possible de saisir les ambiguïtés de la reconnaissance au regard de ses rapports avec l'identité en défendant l'idée selon laquelle la forme majeure de reconnaissance porte d'abord sur le faire, c'est-à-dire sur le travail réalisé et non pas directement l'être »* (Dejours, Genet, 2009, p.33).

La reconnaissance découle d'un jugement porté sur le travail, et non pas sur la personne, alors qu'elle lui est néanmoins individuellement adressée. La personne a « connaissance » de ce jugement comme de quelque chose qui la concerne et qu'elle reprend pour elle-même, soit sous forme d'une réflexivité où la connaissance permet de se reconnaître au moyen d'une attribution. Ainsi, pour Paul Ricoeur (2004), la reconnaissance est toujours constituée de trois termes. Elle est à la fois un processus d'identification et d'attribution, en même temps qu'elle nécessite une référence qui est le déterminant de l'identification elle-même. Ce double mouvement est clairement restitué par le terme allemand utilisé pour la reconnaissance, l'anerkennung. En effet « l'erkennung », la re-connaissance, se fait au moyen de l'identification d'une référence, qui est aussitôt reprise par le soi pour lui être attribuée. Ce mouvement de

retour vers soi est traduit par le préfixe « an ». Avec le passage, cependant, d'une dimension cognitive et intellectuelle à une dimension éthique, liée au fait qu'elle inclut, dans cette réflexivité, un rapport indispensable à l'altérité. De cette façon, en tant que processus, la reconnaissance suppose une dynamique de l'intersubjectivité sans laquelle elle ne pourrait advenir. C'est ainsi qu'il est possible de comprendre pourquoi, ou dans quel objectif, la personne est reconnue, tandis qu'elle-même y consent par son adhésion. Suivant Paul Ricoeur, c'est le travail qui fait figure ici de référence et vient signifier ce pour quoi la reconnaissance a eu lieu d'être. L'autre du travail, actif dans cette dynamique, occupe plusieurs places, liée à la distance relationnelle qui le situe dans l'interaction. Il est cet autre impersonnel d'une dimension sociale plus générale dans laquelle s'inscrit tout travail en tant que lien social. Il est cet autre d'une dimension plus proche des liens professionnels, à travers le métier ou l'activité. Il est encore cet autre, celui d'une plus grande proximité personnelle comme c'est possible dans le cas de la relation de soin.

Du point de vue des soignants, la dynamique de la reconnaissance au travail tisse ainsi un ensemble de liens symboliques qui en soutiennent le sens à la fois socialement, professionnellement et personnellement. Par le travail, cette dynamique participe à l'inscription dans le monde et avec les autres, grâce au jeu d'une intersubjectivité négociée dans des sphères de plus en plus larges. La contribution individuelle apportée reçoit une rétribution accordée par autrui dont les enjeux dépassent largement le cadre contractuel matériel et social, où la reconnaissance est « *une rétribution morale – symbolique accordée au sujet en échange de l'engagement de sa subjectivité et de son intelligence* » (Lhuilier, 2006, p.50). En ce sens elle est un « *retour sur investissement* », un gain qui les atteste et les reconnaît, tout en participant, de cette façon, à la construction des enveloppes identitaires sociales, professionnelles, mais aussi personnelles. Dans le travail, elle passe par le métier, « *un des éléments pris en compte pour porter un jugement sur quelqu'un, et certainement l'un des éléments qui influence le plus la manière dont on se juge soi-même* » (Hughes, 1976, p.75), soit « *une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi, et même de son destin dans son unique existence* » p.76). Ainsi, par la force de cette dynamique intersubjective qui anime le travail, est-il possible de comprendre comment les altérations de la reconnaissance au travail conduisent à des altérations identitaires dans les différents registres intriqués des dimensions sociales, professionnelles et personnelles. Ces formes de perte de soi sont susceptibles d'éprouver les soignants parfois rudement, tout particulièrement dans la confrontation à la mort périnatale. En effet la reconnaissance soutient et entretient l'accomplissement de soi, là où il est

possible de reconnaître ce que l'on connaît et que l'on prend pour soi, au travail. Le drame de la mort dévoile les pertes de la reconnaissance au travail des soignants.

3.3.2 La perte des étayages identitaires à l'épreuve de la mort périnatale

La confrontation avec la mort dans le travail pour les soignants est déjà, en soi, une expérience plus ou moins bouleversante et, selon le cas, suffisamment marquante pour être capable de les déstabiliser. Mais, par là, ce questionnement sur l'activité réelle, lorsque la mort périnatale est vécue comme un accident dramatique, n'en prend que davantage de relief ou d'ampleur, dès lors qu'« *on doute de soi, on doute de tout, on doute de ses capacités professionnelles* ». Ce questionnement vient en effet altérer un ensemble de positionnements subjectifs et intersubjectifs qui, normalement, soutiennent les soignants. Les enjeux liés à la reconnaissance deviennent un foyer d'instabilité qui peut susciter un vécu d'étrangeté par le fait que les soignants ne se reconnaissent plus dans ce qu'ils font dans leur travail, tandis que celui-ci peut être vécu comme vidé d'une partie de son sens. Ce vécu peut se révéler sous la forme d'une altération du rapport à soi, une forme de perte de soi dans la position subjective investie, qui ressemble à ce que Dominique Lhuillier (2006, p.87) décrit de celle perdue par ceux qui sont « sans travail », tels les placardisés. Il s'agit d'une « *expérience de la perte : perte des étayages qui soutiennent la conscience et la continuité de soi, perte des attributs investis du travail qui résonne comme une sorte d'amputation de soi, perte du lien aux autres* ». Dans la mort périnatale, ce vécu est consécutif à l'effritement des étayages identitaires dont bénéficient les soignants au moyen de la dynamique de la reconnaissance au travail. Celle qui soutient habituellement leurs différentes sphères interactives, soit celle de la dimension sociale générale, celle de la communauté de travail et celle de la proximité avec l'autre dans la relation de soin.

En effet, en ce qui concerne la dimension sociale, le travail des soignants, SF et GO, s'inscrit dans un champ d'attentes sociales fortement investies. Les SF en tirent une reconnaissance aux racines plus affectives par une activité qui s'apparente plus à l'aide et au soutien auprès des femmes dans la naissance, tandis que les GO en tirent une reconnaissance valorisant davantage leur expertise, qui leur confère le prestige social ou le pouvoir encore habituellement associé à la « profession médicale » ; on retient d'ailleurs communément par cette expression une formulation qui s'adresse avant tout aux médecins, telle une restriction de la reconnaissance sociale à leur endroit. Avec la mort périnatale, toutes les expertises sont en échec, d'autant plus qu'elles semblent plus conséquentes. La faillite de l'idéal des soignants y fait écho à la faillite des attentes sociales investies. Il est difficile pour les SF comme pour les

GO d'y trouver une activité socialement reconnue. C'est pourquoi la mort périnatale est passée sous silence, même pour l'activité IMG. Sur les trajectoires des parcours professionnels, les GO comme les SF font part de leur tendance générale à éviter de parler de cet aspect en dehors de leur travail, dans les autres sphères sociales lointaines ou plus proches. Sont évoqués l'incompréhension des autres, l'embarras, l'évitement, le risque d'offusquer ou même de blesser. La tendance à la reconnaissance sociale serait même inversée, avec la crainte du recours médico-légal toujours présente chez les soignants, plus intense lorsqu'ils l'ont connu ou qu'ils connaissent un collègue concerné. La judiciarisation possible laisse entendre une remise en question publique de leur travail par une investigation juridique suspicieuse. Il en va de même pour les morts périnatales qui deviennent des affaires médiatiques. L'image sociale valorisée, dans le domaine d'expertise de la naissance, ainsi que la réputation de toute une équipe, peuvent s'y trouver ternies tandis que chaque soignant, individuellement, se sentira stigmatisé socialement d'en faire partie. Si dans l'IMG cet aspect est absent, son versant négatif ne fournit aucun prestige ni une quelconque valorisation. Parfois il confine même à un « sale boulot », presque honteux, dont on ne se vante pas. Les étayages sociaux de la reconnaissance au travail dans le cas de la mort périnatale, ou de l'IMG, sont par conséquent quasiment absents.

Mais, du côté des étayages professionnels collectifs, la situation peut s'avérer critique là aussi. L'intense sentiment d'échec et d'impuissance face au réel de la mort pèse sur le travail. La voix des interrogations ou des doutes sur les actions concrètes, les choix, les délibérations ou les décisions laisse planer l'ombre d'une disqualification pour les soignants, les uns par rapport aux autres. L'instruction de ce qui a été fait, à travers la revue du dossier, les staffs, les RMM sont une vérification, mais aussi un jugement porté, malgré tout, sur les savoirs comme sur les savoir-faire individuels et collectifs, même si les soignants n'ont de cesse de rappeler que, dans le cas de la RMM, il s'agit surtout de ne pas juger. Cette instruction menace directement la reconnaissance conférée par autrui, celle des pairs, indispensable à chaque soignant pour se reconnaître comme intégré au sein d'une communauté d'appartenance professionnelle autant que d'une communauté de travail. C'est un jugement sur la concordance de l'activité face à ce qui est attendu du métier exercé. Il s'adresse, chez chaque soignant, à ce qui lui permet de se reconnaître lui-même dans son identité professionnelle propre. Le sentiment d'échec est, de ce fait, d'autant plus perturbant que l'expertise conférée est plus importante, là où, pour le GO, il n'est parfois pas très loin d'une blessure narcissique : *« c'est pour l'amour propre, c'est pour l'amour propre, je trouve qu'il y a beaucoup d'amour propre dans notre métier c'est vrai quand on fait une erreur, quand il y a un imprévu qui nous arrive, on est quand*

même vexé quoi. On a beau dire que non, si on est quand même vexé. Mais voilà il en faut pour bien travailler, justement »^{GOSam}.

Mais c'est aussi un jugement sur la participation à l'activité collective de l'équipe qui est prononcé. Il peut venir menacer les liens de solidarité et de coopération. Avec la survenue de la mort, l'équipe entière pourrait se vivre comme disqualifiée par le travail individuel d'un seul soignant. Celui ou ceux qui apparaissent comme ayant mal fait leur travail, au regard des règles écrites ou non écrites, mais instaurées au sein du collectif de travail, pourraient se vivre déchus de la reconnaissance accordée par les pairs. Certains GO évoquent le sentiment d'humiliation, voire de honte, survenus durant un staff, ou encore la difficulté à parler entre pairs de ces situations comme s'il en allait de reconnaître un échec personnel qui compromet l'image professionnelle. Dans ces enjeux du travail d'équipe, par le biais des relations de hiérarchie et de dépendance, les SF se révèlent particulièrement sensibles au jugement de leur encadrement, mais surtout à celui des GO avec qui elles travaillent, par l'appréciation portée sur leur activité, en leur qualité d'expert, notamment concernant ces temps où elles « *appellent* », pour leur céder la place. De leur côté les GO eux-mêmes, en tant que chef d'équipe, supportent péniblement tout discrédit non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour l'équipe qu'ils représentent, tout en n'ignorant pas que les SF sont en mesure de porter des appréciations et des jugements circonstanciés sur leur propre travail. Néanmoins, toute recherche d'imputation causale vis-à-vis d'un soignant désarticule l'ensemble de l'équipe, tout en isolant le soignant par le mouvement de sape de sa reconnaissance professionnelle. Entre SF et GO ces tensions paraissent par ailleurs quelquefois teintées des désaccords liés aux conflits corporatistes, récurrents entre les deux professions, parfois publics durant le temps de la recherche avec les grèves. Elles ne font qu'aggraver, en toile de fond, les déficits de reconnaissance.

Cependant, la perte de reconnaissance la plus vive, parce que la plus intime, vient de ce travail particulier qu'est le soin, dans sa dimension relationnelle. Autrui, celui à qui sont dispensés les soins dans l'activité, est nécessairement aussi celui avec qui les soignants tissent des liens de solidarité, de coopération ou de négociation, selon la qualité de leurs propres investissements. À ce niveau, au-delà des échanges et des processus sociaux individuels ou collectifs mis en œuvre pour le travail, la rencontre entre soignants et patients se décline dans la proximité inévitable d'une intersubjectivité partagée, souvent dans un face à face entre deux sujets. L'alliance contractée dépasse ses aspects concrets, matériels ou techniques, pour engager des échanges symboliques qui, sous cet angle, apparaissent sous forme d'obligations mutuelles

liées à la spécificité du don, celui du « donner, recevoir, rendre », tel que Marcel Mauss (1923) le conçoit dans son anthropologie du don. Avec la question qu'il se pose : « *Quelle force y a-t-il dans la chose qu'on donne qui fait que le donataire la rend ?* » (p.33), les échanges symboliques entre patients et soignants paraissent particulièrement intéressants. Car ce que les soignants reçoivent sûrement en échange de ce qu'ils donnent dans la relation de soin, c'est la reconnaissance pour le travail bien fait, répondant aux attentes des patients. Avec la mort périnatale, le désastre de la mort grippe, voire ruine complètement la dynamique des échanges symboliques qui conduisent à cette reconnaissance pour les soignants. Ils risquent même de se voir enjoinde de rendre compte de leur travail devant les attentes déçues et la douleur des parents, plutôt qu'à recevoir une quelconque reconnaissance. Se profile alors l'ombre de soupçons qui pourraient toucher à leur loyauté envers eux ou encore à celle de manquements à leurs obligations. Ils en sont d'ailleurs conscients, puisqu'ils craignent communément le recours médico-légal que les parents pourraient engager.

Ces différents étayages de la reconnaissance professionnelle, dans leur dimension sociale générale, collective au travail, ou plus personnelle dans la relation soignante, sont identifiables, isolément ou conjugués les uns aux autres, à différents degrés, sur chaque trajectoire de mort périnatale. La privation de ces étayages montre, en négatif à travers la fragilisation des soignants, combien la reconnaissance est le foyer central qui alimente leur position professionnelle par sa dynamique intersubjective. Pour explorer davantage cette perspective, l'approche d'Axel Honneth s'est révélée particulièrement intéressante par ses apports heuristiques, apparus au décours de l'analyse des trajectoires, alors qu'elle n'était pas envisagée initialement dans l'établissement des ressources conceptuelles.

3.3.3 Les enjeux de la reconnaissance, selon Axel Honneth

Axel Honneth (1992), successeur de Jürgen Habermas à l'école de Francfort, met la dynamique de la reconnaissance au cœur de sa théorie sociale. Transposée aux pertes symboliques supportées par les soignants, telles qu'elles viennent d'être analysées dans le cadre de la mort périnatale, elle offre un éclairage supplémentaire essentiel. Ces pertes, en tant que « *processus de négation réitérés* » (Honneth, 2000, p.33) d'une reconnaissance déniée, peuvent être envisagées, avec cette approche, comme autant de conditions intersubjectives qui mettent au jour les attentes positives, implicites et réciproques, portées par les partenaires d'interactions. Cette expérience négative s'appuie pour Axel Honneth sur une autre, préalable, positive et souvent tacite qui la présuppose, celle de l'expérience de la reconnaissance réciproque qui est

« un facteur constitutif de l'être humain. Pour parvenir à une relation réussie à soi, celui-ci a besoin d'une reconnaissance intersubjective de ses capacités et de ses prestations » (p.231). L'approche d'Axel Honneth, centrée sur une analyse à la fois philosophique et psychosociologique, prend naissance dans les premiers travaux de Hegel sur « l'anerkennung », en tant que constitutive de l'accès à la conscience de soi. Bien qu'elle débouche, surtout, sur une conception qui fait des problématiques liées à la reconnaissance un des moteurs principaux du progrès social, où les conflits sociaux sont l'expression d'une véritable « lutte pour la reconnaissance » comme l'annonce son ouvrage majeur, elle semble particulièrement intéressante, ici, rapportée et transposée spécifiquement au travail.

3.3.3.1 Les trois modèles de la reconnaissance, selon Axel Honneth

Axel Honneth dégage trois modèles de reconnaissance mutuelle, indispensables à l'intégrité humaine, dans la constitution progressive de l'identité individuelle. Chacune d'elle engage un mode particulier de rapport à soi, car ce sont autant de « différents types de rapports positifs que les sujets peuvent entretenir avec eux-mêmes » (p.239). L'être humain trouve ainsi une reconnaissance élémentaire, fondatrice, dans ses liens affectifs d'amour et d'amitiés. L'analyse est rapportée à la lecture psychanalytique du développement de l'enfant selon Donald Winnicott (1971), avec ses concepts essentiels de « l'objet transitionnel » et de « l'espace transitionnel ». Ce stade ludique et expérimental permet la découverte d'une aire de tension entre fusion et autonomie qui crée une distance originelle entre deux partenaires, soutenus cependant par la mutualité d'une reconnaissance inconditionnelle de leur existence, où ils se vivent tantôt différenciés, tantôt confondus à la fois. Elle figure le fondement des conditions de possibilité de l'intersubjectivité, où tout en se sentant en sécurité dans la symbiose et la certitude de l'amour maternel, le nourrisson peut explorer la « capacité d'être seul », avec l'affrontement à la réalité que cela suppose. C'est pourquoi, pour Axel Honneth, ce type de reconnaissance est fondateur de la « confiance en soi ». Il souligne (Honneth, 2010) l'importance de cette expérience dans le développement et l'établissement des ressources propres de la subjectivité, ainsi que pour la vie émotionnelle dans la capacité à être affecté par l'autre. Car cette expérience originelle, avec les mots de Paul Ricoeur, permet de se retrouver soi-même comme un autre autant que de trouver l'autre tel un soi-même. Les frontières entre soi et l'autre s'offrent à une plasticité fluctuante qui admet à la fois la reconnaissance mutuelle, par leur effacement, en même temps qu'une reconnaissance de chaque existence dans une réciproque différence. Donald Winnicott caractérise le terrain de jeu de ce mouvement

psychique paradoxal comme une aire transitionnelle. Ce jeu exploratoire inauguré chez l'enfant à ce stade de l'objet transitionnel, entre fusion et autonomie dans la séparation, établit un champ d'exploration psychique entre la réalité interne et externe, sans cesse renouvelée la vie durant, tant le jeu avec la réalité de l'autre et du monde est inépuisable et déclinable à l'infini.

Le droit est, pour Axel Honneth, cette autre dimension qui offre à l'être humain, en tant que sujet, une forme supplémentaire de reconnaissance, cette fois plutôt cognitive. L'intersubjectivité s'y construit dans une relation contractuelle où la reconnaissance des sujets entre eux, au moyen de la relation juridique, les situe comme des partenaires aux exigences et aux obligations réciproques. Chacun y trouve la reconnaissance d'être sujet pour le droit, où « *les droits individuels se trouvent dissociés des attentes concrètes liées aux différents rôles sociaux* » (p.185). Cette reconnaissance ouvre, pour chacun, sur le « respect de soi » à travers les garanties apportées par la loi.

Une dernière dimension de la reconnaissance s'acquiert, pour Axel Honneth, par l'appartenance à une communauté où les contributions individuelles seront valorisées pour peu qu'elles se réfèrent aux mêmes valeurs et aux mêmes fins que celles définies collectivement. Elle conduit à « l'estime de soi » à travers une identité sociale consolidée. Pour Axel Honneth, ces différentes formes de reconnaissance coexistent, ont leur propre logique, sont complémentaires, et néanmoins dépendantes à chaque fois des conditions intersubjectives qui régissent le tissu relationnel en fonction des différentes sphères sociales concernées.

Après avoir dégagé ces trois formes d'expérience de la reconnaissance, Axel Honneth leur oppose point par point, tel un négatif indissociable, autant de catégories d'expérience de « *mépris* ». Elles sont relatives aux atteintes qui « *constituent le noyau d'expériences morales qui interviennent dans la structure des interactions sociales* » et qui « *peuvent conduire à des actions collectives, dans la mesure où un nombre important de sujets les perçoit comme typiques d'une situation sociale* » (p.276). Dans ce type d'expériences, le rapport de réciprocité de la reconnaissance est rompu, pour affecter, soit la confiance en soi, le respect de soi ou encore l'estime de soi, construits socialement. Ces expériences négatives se soldent ainsi par un rapport devenu inégal, essentiellement marqué par la déception, mais aussi par d'autres sentiments consécutifs aux différents défauts de reconnaissance, tels la culpabilité, la honte ou encore le sentiment de colère ou d'injustice. Le refus ou la privation de reconnaissance sont pour Axel Honneth des situations d'expériences intersubjectives qu'il appelle « le mépris », en ce que l'intégrité des hommes est « *blessée dans l'idée positive qu'ils ont pu acquérir d'eux-*

mêmes » (p.223). Les pertes ou privations de reconnaissance sont d'abord des expériences affectives liées à des situations concrètes, marquées négativement par un ensemble de sentiments pénibles ou angoissants qui altèrent le rapport à soi à travers l'altération du rapport à l'autre. Cette négativité qui fragilise la relation à soi-même agit comme un révélateur de ce qui est perdu. Mais, pour Axel Honneth, elle est aussi l'origine, ou l'accélérateur, de mouvements sociaux collectifs qui viennent exiger ou rétablir les différentes formes d'intégrité qui font défaut à l'homme, à travers la reconnaissance déniée.

3.3.3.2 Les expériences de « mépris » dans la reconnaissance au travail

Rapportée au cadre du travail et aux répercussions de la mort périnatale sur les soignants, l'approche d'Axel Honneth apporte une lecture compréhensive supplémentaire. Dans leur perte des étayages de la reconnaissance, la négativité qu'il souligne par le mépris est bien présente chez les soignants et générée par le travail réel. Elle porte concrètement « sur le faire », comme le souligne Christophe Dejours dans sa propre conception de la reconnaissance. Par ailleurs tout ce qui relève du « sale boulot » vient y contribuer et la surdéterminer affectivement. Les différents enjeux liés à la reconnaissance à travers ce qui a été fait concrètement au travail se font au risque de « l'expérience de la perte ». Il en va de la perte de soi, par « amputation », comme le conçoit Dominique Lhuilier pour les placardisés, à travers la « *perte du lien avec les autres* » dans ce rapport devenu inégalitaire sous l'effet délétère des défauts de reconnaissance. Cette altération du lien intervient à trois niveaux différents. Elle concerne l'« *autrui généralisé* » du social (Honneth citant Mead, 1934) lorsque la reconnaissance sociale est déniée aux soignants. Elle concerne l'« *autrui* » du groupe professionnel ou de la communauté de travail, lorsque les soignants sont privés de la reconnaissance de leurs pairs. Mais elle concerne aussi l'« *autrui* » du soin lorsque l'alliance intersubjective est rompue et que celui-ci se retourne contre les soignants. Là où justement, en ces temps de survenue de la mort, cette alliance était indispensable aux parents comme aux soignants. Car « *par l'importance émotionnelle pour la rencontre avec autrui* », dans l'expérience de la mort « *chaque personne dans sa particularité individuelle peut trouver chez les autres un sentiment de solidarité et de reconnaissance à son égard* » (Honneth, 1992, p.108).

Les sentiments négatifs identifiés, consécutifs à la mort périnatale, marquant affectivement le travail par une souffrance, peuvent être repérés suivant cette logique d'une « *démonstration négative* » (Honneth, 2010), relatifs à des défauts de reconnaissance supportés par les soignants dans leur activité. Ainsi en est-il de la culpabilité, de la honte, de la perte de

la confiance, du respect ou de l'estime de soi au travail lorsque ce qui a été fait concrètement est suspecté dans la survenue de la mort. Ainsi en est-il aussi de la colère ou du sentiment d'injustice devant des suspicions médico-légales ou un recours judiciaire, possible ou effectif, qui blessent les soignants comme par une rupture de reconnaissance des droits réciproques garantis à tous. Ainsi en est-il encore lorsque la dynamique de la reconnaissance est rompue entre les soignants et les parents dans la relation de soin. Si bien que cette logique met au jour les trames de considérations morales symboliques, sous les auspices de la reconnaissance, comme soutien habituel pour les soignants de « *la continuité de soi* » au travail. Une continuité active au sein de la communauté de travail, qui sera d'autant plus nécessaire qu'elle aura été durement éprouvée, lorsque la mort surgit sous la figure d'une naissance qui fait choc.

Lorsque la reconnaissance fait défaut, ce qui est habituellement partagé et mis à l'ouvrage, pratiquement dans l'activité, ne fait plus sens. Car l'activité réelle bénéficie du soutien symbolique des valeurs investies, intersubjectivement reconnues et partagées au sein de la communauté de travail :

« Le Je cherche le Nous, celui de l'expérience partagée de la vie de groupe. Même après être arrivé à maturité, il dépend toujours encore des formes de la reconnaissance accordée par la vie sociale. Elles prennent le caractère concret d'encouragements directs et de confirmations. Ni le respect de soi, ni l'estime de soi ne peuvent être maintenus dans la continuité sans l'expérience soutenant de l'exercice de valeurs communes partagées dans le groupe. En ce sens, le groupe, loin de représenter une menace pour l'identité personnelle, est avec les mots d'Adorno « La source de l'humanité » » (Honneth, 2010, p.279, trad. pers.).

Ces considérations situées au niveau du collectif de travail soulignent l'indispensable valeur de la reconnaissance dont la vitalité anime l'intersubjectivité partagée et soutient l'activité, au-delà de la division du travail habituelle. Elles restituent en grande partie les effets négatifs que la mort périnatale peut avoir sur les soignants à leur travail. Les défauts de reconnaissance, dans ce cadre, entraînent une souffrance qui donne lieu à des mouvements de mobilisation en vue de l'atténuer ou de la recouvrir, ce qui du point de vue de la psychodynamique du travail concerne les stratégies de défense, individuelles ou collectives, mises en œuvre pour s'en dégager.

Chapitre 4 : Restaurer la reconnaissance au travail grâce à des traitements symboliques

Avec la mort périnatale, les soignants sont exposés à plusieurs expériences, qui se convoquent, pour eux, au travail en même temps, alors qu'elles ne sont pas de même teneur. Faire l'expérience de la mort relève en soi d'une dimension existentielle universelle bien qu'elle survienne au travail. Selon les situations cette expérience peut avoir une valence de choc, avec ses dimensions éventuellement traumatiques. Mais, le plus souvent, elle est directement la cause d'une expérience de perte de la reconnaissance qui rend la position au travail plus difficile, parfois jusqu'à attaquer le noyau constitutif de l'identité professionnelle. Si la mort périnatale est bien anticipée au titre du savoir et des connaissances médicales, elle l'est, mais désubjectivée, comme une catégorie possible de situations médicales objectives, et non pas comme une expérience possible, déstabilisante, dont la résonance affective, pourrait affecter fortement le vécu professionnel et parfois s'immiscer dans la vie privée. Y compris dans le contexte de l'IMG, où la mort périnatale est pourtant programmée par un pouvoir médical qui semble tout contrôler, tandis qu'il se mesure à sa capacité diagnostique et technique. Ce vécu polysémique autour de la mort périnatale génère des souffrances au travail plus ou moins vives, dont les origines sont à chercher du côté des défauts de reconnaissance engendrés à cette occasion. Comme Axel Honneth le conçoit pour les conflits sociaux, la souffrance devient un moteur pour mobiliser les soignants vers des exigences de recouvrement de la reconnaissance par la mise en œuvre de stratégies actives. Celles-ci visent à répondre autant aux effets d'un choc ou d'un malaise émotionnel subi, qu'au poids d'un sentiment de non-reconnaissance aussi inacceptable qu'insupportable. Du point de vue de la psychodynamique du travail, ce mouvement est celui des stratégies de défenses individuelles ou collectives déployées dans l'affrontement à l'activité réelle. Elles se saisissent de la souffrance générée par le travail pour tenter de la contrer, mais surtout pour la transformer. Ainsi, au sein de l'activité, la survenue de la mort périnatale impose généralement un passage du subir à l'agir qui pousse les soignants, par sa négativité, à redevenir actifs. Ces voies de dégagement suivent essentiellement les ressources offertes par la subjectivité et l'intersubjectivité investies dans le travail, en vue de restaurer les pertes de reconnaissance supportées et de recouvrer le plaisir de travailler.

4.1 Derrière les causalités, retrouver le sujet

En dehors de l'IMG, la démarche d'une attribution causale à la mort périnatale entraîne sur le terrain des processus d'objectivation qui traversent la division du travail entre SF et GO. Mais elle peut rapidement effacer les soignants en tant que sujets par des investigations à ressorts scientifiques, concernant les savoirs et les savoir-faire, en particulier au regard de tous les aspects techniques au caractère si « *dogmatique* » (Gadamer, 1998), susceptibles de les inclure dans leur logique comme de simples agents. « *Car là, il s'agit toujours de processus et de phénomènes isolés, objectivés, de quelque chose que l'on détache du contexte de la personne incarnée dans son intégralité* » (Buber, 1980, p.18).

Comme le rapportent les entretiens, ces attributs de la technique sont toutefois utiles aux soignants dans des moments restreints. En particulier, lorsqu'ils se fondent dans cet usage, avec ces temps forts de l'action, telle l'urgence vitale, où les soignants cherchent à se déconnecter de leurs émotions et à restreindre leur subjectivité pour être plus efficace. Dans ce cas, l'effacement du sujet est recherché activement de façon temporaire. De même, du côté de l'IMG, dans la survenue de la mort avec le geste fœticide, les GO tentent activement de mettre leur subjectivité entre parenthèses par des stratégies de dissociation qui les protègent.

En revanche, dans le cas de la mort périnatale, au contexte particulièrement violent, l'évacuation du sujet est subie. Les soignants y supportent le choc émotionnel et avec lui la neutralisation, dans un premier temps, des ressources de leur subjectivité. Avec le choc, celle-ci est dans un rapport de force négatif face à une réalité qu'elle ne peut contenir, et qui ne fait plus sens. Le désordre affectif et psychique est d'abord passivement enduré par une subjectivité sidérée avant les tentatives de récupération. Toutefois, avec la mort périnatale, de façon générale, les blessures de la reconnaissance au travail, par leur négativité, font écho à la force d'une dimension subjective du rapport au travail devenue défectueuse. Elles rendent compte, en négatif, d'une dimension structurelle et fondamentale, habituellement présente, qui soutient le travail par l'engagement de chacun dans une intersubjectivité partagée. Cette dimension, tel un espace vital, demande à être entretenue et animée concrètement pour les soignants. Mise à mal, elle exige d'être restaurée dans sa vitalité, notamment pour contribuer à l'indispensable expérience de la reconnaissance au travail.

Dans tous les cas, chaque contexte de survenue de la mort périnatale nécessite l'attention portée au statut de la subjectivité. Les sujets sont convoqués dans cette tâche avec leurs ressources propres, dans chaque situation, individuellement et collectivement. Car l'œuvre de reconnaissance n'est jamais un processus abouti une fois pour toutes. Elle suppose en

permanence l'entretien d'une dialectique de la mutualité comme de la réciprocité à l'aune des activités concrètes et réelles engagées au travail. S'il n'est pas surprenant que le travail soit examiné, lorsque la mort survient avec la mort périnatale, ni que les soignants s'interrogent sur ce qui s'est passé et ce qui a été fait, en revanche une fixation sur la recherche des causalités maintient à l'écart aussi bien les sujets au travail que les sujets du soin. Ils n'en sont tous, par là, que réifiés. L'investigation du travail passé, à la recherche d'une cause après une mort périnatale, s'y réfère essentiellement, tout en gommant le contexte du travail lui-même, lorsqu'il ne tient pas compte des sujets avec leur subjectivité. Ce qu'une SF résume par cette remarque : « *L'obstétrique du lendemain c'est toujours plus facile* ».

Néanmoins, ces investigations à la recherche d'une causalité de la mort périnatale, même à charge pour les soignants, sont en même temps pour eux une possibilité de réintégrer l'activité subjective et intersubjective au travail, pour peu que le débat ait droit de cité et qu'il soit possible de penser les situations dans toute leur complexité. Et cela, sans céder à des réductions normatives prescriptives ou à des jugements hâtifs, qui tiennent lieu plutôt de stratégies de protection, mais qui évacuent en même temps toute véritable opportunité de discuter des difficultés rencontrées. Lorsque la naissance fait choc, avec la mort périnatale, cette investigation causaliste et médicale semble même initialement bénéfique. Reprendre les événements et les actions sous cette logique déterministe permet aux soignants de se situer rapidement dans une temporalité qui a pu être abrasée. Parler et penser, même pour une description factuelle des événements et des actions, fait sortir les sujets du choc, décolle de la fascination morbide et situe la subjectivité dans un après-coup qui pour Sigmund Freud est toujours remaniement. Parler est en soi déjà une récupération de l'activité subjective par la simple expression des mots utilisés, porteurs de représentations concrètes et de sens, insérés dans une temporalité recouverte par le récit de ce qui s'est passé. C'est d'ailleurs l'objectif du *débriefing* psychologique mis en place dans les cellules d'aide médico-psychologique. De cette façon toutes les « *revues de dossier* » qui suivent de près la mort périnatale, dont le staff, la réunion médicale quotidienne, remplissent cet objectif, même si elles sont surtout destinées à parer une éventuelle procédure judiciaire. D'ailleurs les soignants ont dans leur vocabulaire les mêmes mots que ceux utilisés par les militaires, qui dans l'armée, « *staffent* », « *débriefent* » et ont inventé le *débriefing*, comme un retour sur l'expérience vécue, lors de la dernière guerre, lorsque les avions bombardiers rentraient de leur mission. Ces temps de retour sur l'événement s'inscrivent dans une analyse du déroulement médical des choses, mais ils convoquent en même temps la subjectivité à laquelle ils donnent, ou redonnent de la voix. C'est un préalable

indispensable bien que nettement insuffisant pour faire œuvre de restauration de la reconnaissance perdue au travail pour les soignants avec la mort périnatale.

4.2 Les recours de la communauté de travail

Autant la recherche d'une attribution causale pour la mort périnatale fragilise potentiellement les liens de cohésion au sein de l'équipe de travail et peut venir creuser les déficits de la reconnaissance portée au collectif ou au soignant individuellement, autant c'est l'équipe elle-même qui rassemble les ressources les plus efficaces pour œuvrer à la restauration de l'intégrité malmenée des soignants dans la reconnaissance perdue ; et avec elle ces partenaires du travail que sont les parents.

Dans ces épreuves les soignants, SF et GO, évitent le recours à l'expert psychologique et se tournent inmanquablement vers les pairs de même condition, mais surtout de même rang, qu'ils considèrent comme capables de répondre aux interrogations qu'ils peuvent légitimement leur adresser « *pour aller mieux* ». C'est le travail réel, avec son contexte, qui est mis à l'ouvrage dans ces échanges, pour être discuté dans tous ses aspects, médicaux, techniques, humains, délibératifs, conduisant aux choix, aux décisions ou aux actions. Les difficultés rencontrées, discutées avec les pairs, permettent également d'obtenir du soutien émotionnel et affectif, même si la sélection des interlocuteurs se fait parfois avec précaution, comme c'est le cas visiblement chez les GO. Toutefois la valeur de ces échanges tient essentiellement à leur capacité à transformer une expérience personnelle en une expérience collective dans laquelle les autres, ceux du groupe des pairs, se reconnaissent au travail comme eux-mêmes concernés et menacés. Car sous cette forme, « *les expériences personnelles qui peuvent être représentées et interprétées comme des réalités auxquelles d'autres sujets sont également exposés* » se transforment en expériences « *typiques d'un groupe entier* » (Honneth, 1992, 2000, p.271). Si comme telles « *le sujet est en mesure de les formuler dans un cadre d'interprétation intersubjectif* » (p.273), elles peuvent fomenter une « *résistance collective* ». Les difficultés du travail liées à la mort périnatale, reprises et discutées avec les pairs, sont ainsi « reconnues » comme relevant de spécificités liées à la profession et débattues à l'aune de valeurs communes, tenant au métier ou plus spécifiquement au collectif de travail.

Dans ces échanges, la discussion des difficultés permet aux soignants, SF et GO, de s'exprimer et de se faire reconnaître dans la singularité de leur histoire individuelle et de leur parcours professionnel, alors qu'elle les soustrait au poids d'une affaire personnelle qu'il leur

faudrait supporter dans l'isolement des autres. À la faveur du débat s'éloignent les risques d'individualisation ou de stigmatisation dans la recherche d'une attribution causale, tout comme se dissipe la solitude qui sépare des autres lorsqu'un recours médico-légal s'adresse singulièrement à un soignant en particulier. C'est ainsi qu'il est possible de comprendre la révolte de toute une équipe de SF, devant la menace d'un refus de titularisation de l'une d'entre elles après une mort périnatale, puisque dans le contexte concret du travail « *ça aurait pu nous arriver aussi* », diront-elles. C'est ainsi, aussi, qu'il est possible de comprendre combien le jugement de l'expert en chef, que représente le chef de service, est réparateur pour les GO, lorsque le risque d'échec est reconnu comme faisant partie intégrante du métier, puisqu' « *il n'y a que ceux qui ne font rien qui n'ont pas de problème* ».

Parler et débattre avec les pairs des épreuves auxquelles soumet la mort périnatale situe chaque soignant face à l'autre comme un partenaire de travail duquel il dépend et à qui il peut s'identifier au moyen des valeurs et des fins communes partagées. Un partenaire qu'il reconnaît justement dans les blessures de la reconnaissance qui lui sont infligées, mais qui pourraient aussi bien être les siennes, suivant la remarque d'une GO : « *ils se sont tous dit heureusement que j'étais pas de garde ce jour-là* ». À travers la mise en débat du travail, dans la pénibilité de ces situations concrètes, le consensus pratique autour de ce qui rassemble, y compris implicitement, est réaffirmé. Des constats simples, « *J'aurais fait pareil* », « *J'aurais pas su faire mieux* », « *C'est pas ta faute* », laissent entendre « *la déception personnelle comme quelque chose qui n'affecte pas seulement le moi individuel, mais aussi de nombreux autres sujets* » (Honneth, 2000, p.273). La parole renforce les liens de solidarité et de reconnaissance mutuelle dans lesquels chacun trouve ainsi l'assurance ou la réassurance de son identité professionnelle qui doit, en permanence, être entretenue.

Pour les soignants en tant que sujets, les blessures de la reconnaissance dans la mort périnatale trouvent leur origine dans des situations très concrètes. Se tourner vers les semblables de l'équipe ou ceux du métier répond à un impératif lié au travail lui-même. Ils sont ceux qui partagent la même condition, les mêmes objectifs, les mêmes valeurs dans l'activité. À travers leur compréhension, leur soutien, leur reconnaissance dans les épreuves rencontrées et la capacité de les discuter dans l'intersubjectivité partagée, se restaurent une identité professionnelle déstabilisée et le sentiment de sa propre valeur au travail, comme membre à part entière d'une communauté. Même si les soignants, SF et GO, évoquent très peu la honte à travers tous les entretiens, il n'est pas improbable qu'elle soit présente dans ces circonstances,

mais seulement plus difficile à nommer en tant que blessure de la reconnaissance. Cet « *affaiblissement du sentiment que l'individu a de sa propre valeur* » aux yeux des autres (Honneth, 2000, p.34), accompagne en effet souvent péniblement le sentiment de n'être pas à la hauteur. Dans ces conditions, le soutien des pairs peut le soulager. De la même façon que la culpabilité, dans le sentiment d'avoir fait du tort à autrui, peut s'en trouver atténuée. Cette communauté des pairs doit permettre de reconnaître et de partager avec les semblables l'expérience de la mort périnatale, et au-delà de toutes les difficultés liées au travail, de tisser des solidarités collectives indispensables face à l'expérience de cet « *objet d'épouvante* » (Dastur, 2007, p.10) qu'est la mort : « *Si dans ces cas-là l'équipe ne te soutient pas (reniflement) je pense qu'on peut tout à fait détruire une carrière. Parce que ce genre d'accident aigu ça peut arriver à tout le monde en obstétrique* »^{GOAlix}, explique une GO, suite au décès d'un nouveau-né quelques heures après une naissance aux complications graves imprévues.

La souffrance générée au travail, dans ces situations, non seulement libère d'intenses mouvements émotionnels, mais ces derniers semblent en même temps contribuer au dépassement de l'épreuve elle-même. Ce, grâce à leur « *remise en sens* » (Almudever, Michaëlis, Aeschlimann, Cazals-Ferré, 2012, p.88), lorsqu'elles sont reprises au sein du collectif de travail lui-même, au moyen de l'efficacité des liens du groupe. Traitées ainsi, les émotions circulent et sont métabolisées par la pensée commune, tels « *des moteurs de la recherche de sens* » : « *Par ses caractéristiques propres – son caractère spectaculaire, contagieux, sa labilité et son indépendance à l'égard du contrôle de la rationalité – l'émotion est un opérateur important d'établissements de liens, de transferts ; entre les expériences, entre les personnes, entre les images et les mots, entre les vécus corporels et les événements...* » (p.86). Ce travail émotionnel, fourni collectivement, participe de la restauration de leur reconnaissance pour les soignants.

Hughes (1996) voyait néanmoins dans cette tendance professionnelle à traiter en interne les affaires problématiques, notamment lorsqu'il s'agit d'erreurs, comme un réflexe corporatiste qui cherche à ménager le prestige ou le pouvoir, mais aussi le travail en lui-même. Car « *même dans le cas le plus favorable le profane, selon lui [le groupe des collègues], ne peut pas comprendre pleinement ces aléas* » (p.92). Le discours des soignants souligne bien les réserves qu'ils émettent à parler en dehors du cadre professionnel de ces situations où il faudrait évoquer la mort à la place de la vie, qui plus est dans un contexte qui laisse planer une ombre

sur leur activité. Les incompréhensions rencontrées, que signalent les soignants, rendent la communication de cette réalité professionnelle impossible et participent de cette façon à l'entretien d'un pacte dénégatif général, lié à un compromis social qui refoule la pensée de la mort dans la naissance. Le corollaire de ces réticences profite à l'image sociale qui continue à en valoriser le versant enchanteur. Elles entretiennent également le fond de reconnaissance sociale témoigné pour ces professions, mais contraignent les soignants à mettre leur silence au service d'une idéologie défensive des métiers qui tente de les protéger.

4.3 Au travail, l'aide apportée par la reconnaissance

Les atteintes de la reconnaissance consécutives à la mort périnatale sont susceptibles d'altérer l'alliance contractée dans le soin en transformant « *le pacte de confiance* » en « *pacte de méfiance* » (Ricoeur (1996, p.26), entre parents et soignants, dès lors que ces derniers semblent ne pas avoir rempli les attentes ou les obligations dont ils étaient investis. Les obligations légales s'y conjuguent étroitement avec les motivations morales, là où la reconnaissance se tisse avec la relation de soin en même temps que dans le collectif de travail. Ainsi, l'identification des atteintes à la reconnaissance au travail, supportées par les soignants, dévoile les enjeux presque ordinaires d'une dynamique qui les soutient habituellement dans l'activité. À travers ses différents enjeux, sous l'éclairage de la mort périnatale, la manière dont la reconnaissance œuvre dans le travail des soignants est susceptible d'être restituée de façon plus précise.

4.3.1 À l'aune de la culpabilité

S'agissant de la mort, la culpabilité fait toujours partie du cortège des sentiments qui l'accompagne, tandis qu'elle n'épargne ni les parents ni les soignants dans ces morts périnatales dramatiques. Le temps du déni, qui refuse d'en intégrer la survenue, fait retour sur les événements la précédant, et analyse sans relâche ce qui aurait pu être fait différemment pour l'empêcher d'advenir. La culpabilité s'y développe au sein de considérations parfois aussi rationnelles qu'irrationnelles, alors que les voies de la reconnaissance mutuelle entre soignants et parents s'y délitent.

Cependant, par le rapport indispensable entretenu par la culpabilité avec l'altérité, là où ce qui arrive à l'autre affecte en retour, s'instaure la possibilité d'une autre forme de partage, grâce à la reconnaissance. Elle concerne ici le partage de la même condition, non plus sociale,

mais ontologique de la dimension existentielle humaine commune. Elle réunit, alors, parent et soignants dans cette intersubjectivité qui les fait se reconnaître « *réciroquement comme mortels* » (Honneth, 2000, p.85). Et cela, en faisant l'expérience de la mort ensemble, qu'elle soit celle d'une expérience survenue au travail pour les soignants ou qu'elle soit liée à leur vie personnelle pour les parents. La rencontre se resserre ainsi en cet espace qui circonscrit ce qui fonde l'humanité dans sa substance, l'espace d'une même subjectivité vivante et désirante autour de la perte d'enfant, où le rapport à soi s'inscrit inconditionnellement dans le rapport à l'autre. C'est ainsi que peut se comprendre l'impact émotionnel que la détresse des parents laisse sur les soignants, lorsqu'il faut annoncer une mort périnatale, gérer le déroulement du travail et de l'accouchement, s'occuper d'un corps sans vie d'enfant, où SF et GO, insistent sur l'absolue nécessité de « *répondre présent* », quelle que soit la division du travail et des tâches dans l'activité réelle. Dans cet espace, où la mort entremêle les culpabilités, les soignants identifient aisément celle des parents, expriment la leur plus ou moins facilement, selon qu'ils soient SF ou GO, avec l'idée, cependant, qu'ils supportent un report de la culpabilité parentale vers eux et qu'ils l'acceptent en vue de les soulager. Les recours à l'identification projective dans ces phénomènes sont perceptibles, ainsi que l'analyse des deux trajectoires de mort périnatale en fait état. Néanmoins, dans cette reconnaissance intime, au-delà de l'asymétrie de la relation de soin, se restaure l'alliance par le partage de la même condition ontologique, qui scelle l'humanité de chacun dans cette réciprocité.

4.3.2 À l'aune de la responsabilité

La culpabilité semble, toutefois, pouvoir rester un vécu singulier et tenace, en particulier lorsque les liens d'équipe dans la reconstitution de la reconnaissance professionnelle ne sont pas été assez actifs. Elle peut se transformer en cette culpabilité incommensurable, insaisissable dans ses limites, celle où le regard sur soi laisse peu de place à une quelconque réhabilitation. Le sentiment d'être « *coupable de tout* » obère ainsi toute autre pensée, comme se plaît à le rappeler Paul Ricoeur en faisant référence à l'œuvre de Fiodor Dostoïevski pour évoquer cette notion de « *culpabilité infinie* ». Très explicitement, SF Amy en parle tout en associant cette culpabilité à une mise en garde face à « *un sentiment de toute-puissance* » qui ferait « *penser qu'on contrôle tout* ». Elle rapporte aussi le manque de soutien et de reconnaissance témoigné par une partie de l'équipe médicale, ainsi que des efforts déployés dans sa vie privée, face à ce qui est devenu une affaire personnelle plutôt qu'une épreuve du travail liée à une mort périnatale.

Toutefois cette SF désigne en même temps la voie d'une issue plus individuelle à cette culpabilité écrasante, celle de la responsabilité, qui renvoie au rapport à autrui et qui en limite la mesure. Comme le conçoit Paul Ricoeur : « *Il s'agit de remonter cette pente pour aller vers la responsabilité qui, elle, implique toujours un autre. Un autre, face auquel je suis responsable, mais aussi un autre qui me dit que je suis responsable* » (2007, p.24). Paul Ricoeur estime en effet que « *l'essentiel est de ne pas considérer la culpabilité seule, mais toujours dans le couplage culpabilité-responsabilité : le côté subjectif de la culpabilité et le côté d'altérité de la responsabilité* » (p.40). Dans ces situations dramatiques, en cette mort partagée avec les parents, les liens de reconnaissance, souvent à distance de l'événement, apportent une indéniable restauration aux soignants. En se référant à la responsabilité, les soignants peuvent accepter de reconnaître individuellement, ou collectivement que, même si « *c'est toujours un enchaînement de choses* », ils sont acteurs de ce qui s'est contextuellement passé dans leur travail, vis-à-vis de l'autre, avec les conséquences qui en découlent. La culpabilité est alors à la mesure de cette activité réelle à laquelle ils peuvent se référer devant les parents : « *en regardant objectivement les faits, malheureusement j'aurais pas pu faire autre chose* », leur dira ce GO ; ou « *c'est ce que j'ai fait et je sais pourquoi j'ai fait ainsi* » dira une SF. De cette façon la responsabilité, « *c'est assumer, mais toujours vis-à-vis d'un autre, en nous mettant toujours dans un rapport à autrui. La responsabilité est la riposte, et éventuellement la guérison, au sentiment de culpabilité pathologique qui, lui, est enfermé dans la solitude* ». (Ricoeur, 2007, p.16).

C'est ainsi que la responsabilité remet en scène la réciprocité, avec des rapports de reconnaissance mutuelle dans les épreuves de la mort périnatale, au même titre que peut le faire le débat de ces difficultés avec les pairs dans le collectif de travail. La culpabilité incommensurable est une production de la subjectivité solitaire, coupée des autres et centrée sur elle-même. Tandis que la culpabilité qui survient associée à la responsabilité est à taille humaine, à la mesure des échanges entretenus avec l'autre ou les autres, par une alliance de réciprocité. L'expérience de la mort, loin d'une solitude qui sépare des autres, peut alors être partagée humainement. Et cela, autant avec la communauté de travail qu'avec les parents, là où les soignants avec les parents reconnaissent ensemble leur vulnérabilité réciproque, qu'elle appartienne à la vie ou au travail. Cette situation semble faire particulièrement écho à l'IMG. L'alliance entre les parents, le GO et l'équipe médicale les fait avancer, ensemble, vers la mort dans les différents temps de son accomplissement, entre le diagnostic et le geste fœticide. Dans la reconnaissance mutuelle de cette réalité et de sa portée, le choix difficile des parents trouve

un équivalent dans le geste fœticide douloureux du GO, où la référence à la responsabilité assumée est une donnée indispensable pour celui-ci, afin qu'il puisse supporter « *la violence du geste* ». Une des situations rapportées par une GO sur la trajectoire de l'IMG semble exemplaire à ce sujet lorsque, par leurs comportements, la mère et son compagnon se désolidarisent totalement du geste fœticide. Sous l'effet d'une insoutenable instrumentalisation, cette GO se retrouve seule face à l'œuvre de mort qui lui incombe par le déni de sa portée, dans cette rupture d'alliance de la reconnaissance.

Derrière l'intense activité d'expertise technique et diagnostique du CPDPN, les GO rencontrés, qui y sont actifs, mettent en avant l'indispensable vie d'un collectif de travail qui, par ailleurs, la soutient. Elle permet de penser comme de parler de toutes les difficultés affrontées, dont « *la tristesse* », liée à certaines situations cliniques, ainsi que le formule une GO. Les échanges, durant ces temps informels du travail, où les soignants peuvent se parler, se dire, s'exprimer, mutualiser la vie émotionnelle et les épreuves liées à cette activité, dans une reconnaissance réciproque, renforcent la solidarité face à l'adversité permanente que représente la mort. Ces soignants témoignent de leur propre besoin d'aide et de soutien, qu'ils trouvent aussi bien dans l'équipe qu'auprès des parents pour un travail qui ressemble fort, sous cet aspect, à l'accompagnement quotidien de la fin de vie avec l'IMG. La marque de cette solidarité, qui rassemble dans la reconnaissance mutuelle face à l'adversité de la mort périnatale, est rapportée par une SF. Elle confie combien le partage de l'épreuve du décès d'un nouveau-né à terme, durant une césarienne d'urgence, crée désormais avec la GO « *une espèce de lien entre nous deux* ». « *Quand elle vient prendre sa garde elle vient me dire « bonjour, tes enfants ça va* », dit-elle alors que « *je ne suis pas amie avec elle, je ne suis pas proche d'elle à l'extérieur* ». Par le fait d'avoir eu à faire face ensemble à cette mort et d'avoir « *eu l'occasion de refaire des gardes et d'en reparler [...] Nous sommes liées par cette histoire, enfin moi je me sens liée à elle par cette histoire* »^{SFLéa}, conclut-elle.

4.3.3 À l'aune du face à face avec l'enfant mort

Dans la mort périnatale, la présentation du corps sans vie, sous la figure d'un enfant mort, prend l'allure d'un carrefour, où convergent les conflictualités qui touchent aux aléas de la peur, ainsi qu'à ceux de la reconnaissance au travail. Sur la scène d'une tragédie où la mort a fait son œuvre, dans une même unité de temps, de lieu et d'action, elle en représente un autre dénouement possible. Par des recours concrets dans l'activité, ce dénouement manifeste une des opportunités de rétorsion et de dégagement les plus certaines. Dans cette présentation, éviter

la mort est impossible. Le soignant ne peut que s'y confronter par un face à face inexorable lorsqu'il s'agit de rapporter un tableau qui signifie qu'elle vient d'avoir lieu, qui plus est sous la figure d'un enfant. Car toutes les manipulations, tous les atours rassemblés avec soins, toutes les pièces concrètes établies, comme les empreintes, photos, bracelets de naissances, mèches de cheveux prélevés, sont au service de l'établissement de ce dévoilement. Minutieusement, tous les efforts de composition tendent vers une révélation qui témoigne, non plus de la mort, mais d'une mort, celle d'un d'enfant porteur d'un projet parental, d'une filiation et d'une histoire singulière, présenté à ses parents comme tel. Dans cette apparition, c'est le visage de l'humanité qui cherche à être retrouvé, où l'annonce est faite, « un enfant est mort », là où en salle des naissances la clameur quotidienne annonce dans la joie « un enfant est né ». Certaines SF témoignent qu'elles s'adressent elles-mêmes à l'enfant que représente le corps sans vie, pour lui parler, tant elles se sentent convoquées à entrer dans une dimension proprement subjective, tantôt à haute voix, tantôt sous forme d'un dialogue interne et silencieux. Ce corps n'est alors plus seulement une chose, puisqu'il advient tel un partenaire capable de les interpeller, où comme l'écrit Martin Buber (1969, p.68) : « *dans l'instant de la contemplation, ce n'était pas une chose entre les choses, un phénomène entre les phénomènes, c'était l'unique présence* ».

Sur cette scène du travail, tout est purement symbolique. Le fait que cette tâche soit surtout dévolue aux SF ne fait qu'en renforcer la force symbolique. Car la SF, dans les représentations, est étroitement associée aux soins de la mère et de l'enfant. Sa présence sur scène, avec dans ses bras un enfant, qu'elle aura examiné, pesé, lavé, habillé, dont elle se sera occupée et qu'elle vient présenter aux parents, atteste du tableau d'une véritable naissance. La vivacité de cette association est restituée, de la même façon, par les visites postnatales à domicile de sage-femme, que nous sommes amenée à faire chez les parents qui ont supporté une mort périnatale, et qui sont rentrés chez eux sans enfant. Les parents y trouvent la confirmation de leur maternité, leur parentalité pour un enfant qui a été et qui n'est plus. En salle des naissances cependant, les mots prononcés, la présence réciproque, les choses données, reçues et rendues dans cet espace symbolique, restaurent la relation de soin, en ce que les soignants y recouvrent une forme de reconnaissance, même si l'enfant n'a pas vécu. Réciproquement, les parents reçoivent la pleine reconnaissance du fait qu'il a été, mais qu'il est perdu. Cet espace sollicite là aussi un champ d'expérience beaucoup plus vaste que le matériel, le virtuel ou de simples opérations rituelles. S'y déploie cette « aire transitionnelle » capable de s'intercaler et de se saisir à la fois du subjectif et de l'objectif. Cette sorte d'entre-deux paradoxal, compris entre le « subjectivement conçu » et « l'objectivement perçu », comme

l'énoncé Donald Winnicott (1975, p.44), qui laisse libre jeu à la créativité et à l'intersubjectivité partagée. Le corps du tout petit n'en représente que le support concret visible, à la manière dont Donald Winnicott le conçoit pour l'objet transitionnel. En ce temps particulier, qui « *repré-nd un peu le droit de l'humanité* »^{SFPia}, parce qu'elle est « *relancée* », le « *sale boulot* » peu attrayant de la toilette d'un corps sans vie se transforme pour les SF en noble tâche, gage d'une humanité sauvegardée malgré l'enfant qui n'est pas advenu. Elles y retrouvent un beau rôle qui leur redonne une capacité d'action en dépit des sentiments d'échec, d'impuissance ou de culpabilité que la mort périnatale peut venir générer.

Souvent seules face aux parents, les SF ne sont pourtant pas seules face à la mort, ni au petit mort. La solidarité collective au travail veille à trouver des arrangements imprévus afin que les moments les plus pénibles ne soient pas supportés dans la solitude, ou que la charge de travail ne soit trop lourde. La peur face à la mort s'apprivoise ensemble, mais d'une autre façon que celle suscitée par la crainte de sa survenue dans l'activité dédiée à la vie, dans la mesure où elle n'est ni évitée ni reléguée sous la forme d'un clivage hors de l'activité habituelle. La peur est simplement subvertie, avec la mort elle aussi, par l'équivalent d'un rite funéraire qui permet de « *surmonter l'horreur du cadavre* » (Dastur, 2005, p.15), car « *le cadavre est inquiétant, non pas seulement parce qu'il se corrompt et qu'il est source de pollution, mais aussi parce qu'il occupe une étrange place intermédiaire entre la chose inerte et la personne vivante* ». Ce traitement par « *des systèmes symboliques qui encadrent et guident les pratiques* » permet ainsi de faire face à « *une réalité appréhendée comme dangereuse, car ressemblant trop aux fantasmes* » (Lhuillier, 2005, p.88). Alors, se demande une SF, « *est-ce que tout doucement on réintroduit le rituel de la mort dans les hôpitaux, alors évidemment qu'on le réintroduit dans les hôpitaux puisque la mort maintenant c'est à l'hôpital, ce n'est plus à la maison alors est-ce que ce n'est pas une espèce de courant ?* ».

De nombreux éléments de cette recherche portent à démontrer que la mise en place de telles pratiques au sein de l'activité n'est pas juste une mode qui tend vers une « *psychologisation du deuil* » (Dastur, 2005, p.20). Surtout à une époque où la mort disparaît considérablement de l'espace public tandis que son traitement devient plus personnel et plus privé. Même si les enjeux psychologiques sont évidents, ces pratiques ne semblent pas non plus la simple conséquence de la « *légitimation d'un discours* », venant des soignants, psychologues, médecins, ou encore tout particulièrement des SF, qui « *précède voire accompagne toute justification empirique* », comme l'envisage la sociologue Dominique Memmi (2011, p.116).

Loin de résulter d'une « *attente professionnelle diffuse* » (p.112) qui aurait conduit ces professionnels à faire accepter ces pratiques aux parents, elles profitent à un « *renforcement des systèmes symboliques* » aussi bien en faveur des parents que des soignants. Ils répondent par ailleurs aux enjeux actuels dans la naissance. En ces temps où les progrès médicaux ont permis de faire de tout fœtus un patient alors que le taux de natalité par femme a beaucoup chuté, le relief pris par chaque projet d'enfant avec la grossesse s'est considérablement amplifié. Un fœtus perdu, même petit, n'est plus passé sous silence comme dans un passé récent, où « *ne pas se rendre compte* » du sens ou de la portée de l'événement contraignait à un « *vécu à la sauvage* », sans possibilité d'en appréhender les enjeux pour les professionnels, moins encore que pour les parents. Avec ces nouvelles pratiques, ce qui a trait à la mort n'est pas évité, pour être repris par le fil d'une élaboration symbolique où la reconnaissance à sa part. Cette activité symbolique se montre capable d'humaniser les faits biologiques comme de donner une signification à la science et la technicité médicale qui, en elles-mêmes, par leur nature dogmatique, ne produisent ni sens ni valeurs. Sur la scène de la naissance, où la pensée de la mort est secrètement omniprésente, où une lutte acharnée lui est vouée, prendre acte de sa survenue par un « traitement » qui l'intègre dans les pratiques, circonscrit un périmètre dans l'activité réelle qui admet son existence. La mort est à la fois reconnue, mais aussitôt atténuée dans sa violence, ainsi que le formule une SF : « *c'est quand même très apaisant tout ce qu'on fait pour les parents qui finalement apaise aussi les soignants, c'est évident, ça c'est évident* »^{SFPia}.

Pour les soignants ce constat assouplit quelque peu la pression d'une idéologie qui dénie la mort lorsque dans la salle des naissances elle peut être reconnue, non loin de sa réalité pour toute existence humaine. Les SF organisent une coexistence similaire dans leur travail lorsqu'elles se répartissent l'activité de telle sorte qu'elles puissent « *switcher* » le moins possible entre la vie et la mort, entre les situations de mort périnatale et les naissances vivantes. Car, si ces nouvelles pratiques reposent essentiellement sur les SF, elles nécessitent une entraide collective pour leur bon déroulement. Non escamotées, leur application et leur intégration à l'activité demandent une élaboration dans la pensée commune qui influence l'activité de chacun face aux parents. L'équipe entière sait qu'elles ont eu lieu et peut s'y référer, d'autant plus que le changement d'ambiance est perceptible dans les services comme dans les équipes, à la mesure de l'épreuve survenue. Si bien que « *tout le monde joue le jeu* », souvent grâce à une volonté commune qui permet d'intégrer ces pratiques dans l'activité, toutes professions confondues, malgré la charge de travail souvent de plus en plus forte, sous la pression d'une

gestion hospitalière qui privilégie la rentabilité des actes médicaux au détriment de la disponibilité.

Ces processus qui s'étaient sur le traitement corporel du tout petit ne sont pas définis à l'avance et de ce fait sans cesse à réinventer pour les soignants à la rencontre des parents, dans leur travail individuel et collectif, pour chaque situation. Alors que l'activité augmente sans cesse en charge dans la naissance elle-même, à l'endroit de la mort, les efforts fournis, individuellement et collectivement, pour construire à chaque fois la disponibilité nécessaire pour ces nouvelles pratiques, en dit long sur l'indispensable nécessité pour tous, parents et soignants, de les faire vivre. Car, « *il n'y a de mort vraie que socialement reconnue* », constate l'anthropologue Louis-Vincent Thomas (1975, p.52). Même si ce partage reste circonscrit aux échanges des parents avec les soignants, ou pour ces derniers, à leur lieu de travail, il est l'espace d'une socialisation qui les réunit tous pour organiser ce que Hans-Georg Gadamer appelle un « *refoulement de la mort* ». Ces pratiques face à la mort, reconnues et partagées collectivement, se fondent avec des processus millénaires indispensables au désir de vivre dans toute existence humaine, car dit-il, « *Il semble que la nécessité de réhabiliter le refoulement de la mort, inhérent à la vie elle-même, doit aller de soi pour les vivants* » (1998, p.77). Les soignants ont ici néanmoins un statut particulier puisqu'ils sont « *témoins au sens fort de la présence rituelle (sans laquelle aucun passage social ne saurait exister)* » (Bacqué, Merg-Essadi, 2013, p.59).

Dans l'alliance subjective et intersubjective réalisée, ces pratiques offrent une possibilité de surmonter la mort, en la subvertissant ensemble, par une communauté d'intérêts et d'intersubjectivité partagée, que ce soit pour les soignants dans l'impact qu'elle a sur eux dans leur travail, que ce soit pour les parents dans l'impact qu'elle a sur eux dans leur vie. La place symbolique des SF y est néanmoins singulière, puisque cet enfant, bien qu'il ne soit pas advenu, n'est pas rien, car il aura été, un moment, présenté au monde et accueilli comme tel, par les parents comme dans l'activité habituelle dédiée à la naissance. Si, normalement, le traitement d'une dépouille témoigne de la personne qui a été, de sa vie, de son existence et de son histoire, la force symbolique d'une telle présentation au monde arrache une existence au néant pour donner, ne serait-ce qu'un court instant une mémoire à un enfant, porteur d'un projet de vie et d'avenir. Malgré la mort, l'humanité reprend son rang par la force de sa condition relationnelle, enracinée dans sa dimension intersubjective, capable de rétablir les frontières nécessaires à toute existence humaine, qui doit s'inscrire entre un début et une fin, entre la vie et la mort.

4.3.4 À l'aune de la peur au travail

Avec la mort périnatale ressurgit une dimension habituelle de l'activité constamment refoulée qui est celle de la peur au travail, dévoilée par la confrontation à la mort. Une peur que les soignants doivent pourtant surmonter quotidiennement afin de pouvoir travailler ou re-travailler. La peur au travail est connotée négativement par les soignants. Elle concerne toutes les conséquences désastreuses pour le travail, et les soignants eux-mêmes, auxquelles la survenue de la mort pourrait les exposer. Elle ne peut donc pas être confondue avec l'angoisse, qui a trait à la dynamique intrapsychique individuelle liée à l'histoire personnelle, indépendamment du contexte du travail. En obstétrique « *il faut pas avoir peur. Si on a peur, il faut arrêter immédiatement. On peut être du coup néfaste* »^{GOAlix}, affirme une GO, tandis qu'une SF considère que « *si je me mettais à avoir peur, je ne ferais plus de salle* »^{SFAude}. Collectivement, dans l'équipe, la peur est signe de faiblesse, d'inadaptation professionnelle et désigne un soignant sur lequel on ne peut pas compter, voire même potentiellement dangereux pour le travail des autres, notamment en cas d'urgence, si cette peur saisit le GO chef d'équipe ou chef de service. À la place de la peur, de façon générale dans leur travail, les soignants évoquent plutôt la confiance qui leur vient du collectif de travail et qui renforce celle qu'ils ont en eux-mêmes. Les satisfactions liées aux naissances semblent supplanter la peur, et la mettre à distance, alors que tous les soignants savent paradoxalement que tous les risques ne peuvent pas être totalement contrôlés. La peur semble bien être refoulée efficacement par un ensemble de satisfactions que procure le travail, dont la reconnaissance est un facteur essentiel, comme le souligne Christophe Dejours (1980, p.111) : « *La peur relative au risque que suppose une tâche peut-être en quelque sorte modulée par le rapport à la satisfaction* ». Certains soignants laissent même entendre combien la « *splendeur de la naissance* », alors que la vie prend le dessus face à la mort, dans le stress et « *l'adrénaline* », ressemble à des temps d'ordalie qui conjurent la peur, avec cette obstétrique qui pourrait presque avoir l'effet d'une « *drogue* ».

Cependant, dans des situations concrètes, lorsque la mort périnatale survient comme une réalité incontournable, la peur refait surface, y compris dans le discours des soignants. Dans ce cas, elle est signifiée par rapport à des événements ou à des faits déterminés. Les SF, encore une fois, en témoignent plus spontanément dans les entretiens, alors que les GO la constatent plutôt chez les autres, sauf pour la mort maternelle. Deux d'entre eux disent la retrouver « *déplacée* », à la faveur du parcours professionnel, dans leur vie privée sous forme d'inquiétude pour les proches plutôt que pour le travail. La mention de la peur dans les discours

est généralement en lien avec des éléments de la réalité du travail qui confrontent à la mort advenue ou à la crainte de sa survenue par une menace réelle. À ce moment-là elle ne peut plus être tenue à distance. Car il semble bien qu'il soit indispensable pour les SF comme pour les GO de travailler en salle des naissances sans avoir « *la peur au ventre* » en allant en garde. Une SF remarque même qu'après sa formation, il lui aura fallu un temps d'adaptation afin que la peur disparaisse de son travail en salle des naissances. Tenir la peur à distance est une stratégie défensive commune pour ceux qui exercent l'obstétrique, mais chaque métier a des solutions spécifiques pour y parvenir, suivant une idéologie défensive commune : « *Seule la participation de tous à la stratégie défensive en assure l'efficacité symbolique. Personne ne doit avoir peur. Personne ne doit laisser paraître. Personne ne doit rester en marge de ce code professionnel. Personne ne doit refuser la contribution individuelle au système défensif* », constate Christophe Dejours (1980, p.89-90). Ainsi les SF semblent occuper leur champ de pensée plutôt par l'idée que tout va bien se passer malgré tout, tandis que les GO l'occupent par tout ce qu'il y a à faire dans la gestion des problèmes médicaux. D'ailleurs du côté de l'IMG la concentration sur cette gestion permet de désamorcer les motions affectives trop pénibles, ainsi qu'une forme de peur de soi face à ce que représente le geste fœticide.

Travailler dans la peur est une charge psychique trop lourde qui épuiserait les soignants et gênerait l'activité : « *je l'évacue parce que si on y pense je je enfin moi la façon dont je fonctionne ça va petit à petit m'envahir et je changerais ma pratique parce que ce serait lié à la peur* »^{GOAlix}, constate une GO. Lorsque la peur refait surface avec la mort périnatale, les soignants sont amenés à développer une série de stratégies qui visent à la neutraliser ou à la remettre à distance, faute de quoi, pour l'éviter, ils sont parfois contraints de quitter le lieu de son éclosion, la salle des naissances. La peur pourrait les rendre inaptes professionnellement à y travailler. De façon transitoire ou définitive, après une mort périnatale éprouvante, les soignants se rassurent en augmentant la surveillance médicale et les interventions, que ce soit de façon individuelle ou collective, souvent pour les mêmes situations cliniques. Parfois ils les évitent tout simplement en les laissant à un ou une collègue, ou en procédant autrement, comme le signale cette GO de ses collègues après une mort *per partum* à terme : « *Dans les 15 jours qui ont suivi [...] finalement ils avaient peur de cette situation-là parce que ils ont tous césarisé à tout va* »^{GOAlix}. Le cas des morts périnatales *in utero* d'un enfant viable est flagrant tant la grossesse d'après supporte une surveillance accrue vers le terme, même si elle se déroule normalement. Ce qui est bien connu pour rassurer les parents l'est autant pour les soignants.

Toutefois en tirer un enseignement pour le réinvestir dans une modification de sa pratique semble également rassurant : « *Ça m'a servi* », dit cette GO, tout en se pensant désormais moins démunie dans ses gestes techniques. Du point de vue de l'idéologie d'une lutte permanente contre la mort, qui traverse toute l'activité obstétricale prescrite, cette stratégie lui est fidèle sans la remettre en cause. D'un côté la survenue de la mort, avec la mort périnatale, signe son échec manifeste face aux moyens déployés. Mais d'un autre côté, sitôt la défaillance dévoilée, les efforts pour la rétablir encore plus sûrement s'adressent aux mêmes moyens pour la confirmer en la renforçant encore plus sûrement.

Néanmoins, ces stratégies sont insuffisantes pour contenir la peur lorsqu'elle s'avère trop intense. Après une mort périnatale dramatique, la plupart des soignants directement concernés, ou ceux de l'équipe, dont ils font partie, recourent aussi à des stratégies d'efficacité purement symbolique pour la contrer. Toutes les considérations concernant les coups du sort, le fait d'attirer le malheur en portant la poisse ou le mauvais œil, n'ont pas seulement comme objectif de pouvoir mettre le soignant hors de cause dans l'irruption de la mort au travail en l'attribuant au destin. Outre qu'elles réintroduisent du sens, restaurent une logique même sous des perspectives irrationnelles, elles laissent comprendre aussi que ce n'est pas de l'activité qu'il faudrait avoir peur, mais du hasard ou du destin qu'il faut se méfier. Néanmoins toutes les stratégies qui isolent le soignant en le séparant de sa communauté de travail sont contre-productives pour l'aider à reprendre le dessus sans la peur au travail. Elles ont même l'effet inverse en ce qu'elles le privent du soutien et de la reconnaissance mutuelle qui sont indispensables pour se rassurer et se reconnaître à nouveau capable de travailler sans peur, avec les autres, parce qu'aidé, soutenu et reconnu par eux.

L'effet protecteur du recours à l'activité habituelle, centrée sur la naissance, est restitué dans le discours des soignants par l'apaisement que procurent le ou les « *accouchements derrière* », lors de la même garde ou lors des suivantes. La satisfaction de l'activité réelle *hic et nunc*, collectivement partagée, est un puissant remède pour les soignants contre la peur. Elle est capable de les soutenir face aux différentes épreuves de la mort périnatale, dont les disqualifications qui désolidarisent de l'équipe par une reconnaissance déniée. Les soignants, les SF particulièrement, ont bien des exemples de collègues à donner pour qui ce ne fut justement pas le cas, comme cette GO l'illustre clairement : « *j'ai trouvé ça horrible, essayer de chercher des petites bêtes au chef de clinique qui avait pas pris la décision, mais voilà je pense qu'ils étaient... pas du tout soutenant et ça a été très dur pour lui et la sage-femme je*

sais qu'elle a arrêté de travailler oui elle a arrêté de travailler [...] elle a pas été assez soutenue par son équipe et là j'ai pas trouvé professionnel de leur part quelles que soient les relations humaines (insiste sur ce mot) on reste un professionnel, on ne se sert pas de ça parce que c'est un métier dur »^{GOAlix}.

Travailler avec la possibilité de penser l'activité, la discuter, en exprimer les difficultés ou délibérer avec les autres de la communauté de travail, reste de ce fait aussi, en ce qui concerne la peur, la ressource collective la plus précieuse. Dans cette intersubjectivité partagée, le soignant garde l'étayage indispensable du groupe et n'est pas laissé seul dans les différents temps concrets de la confrontation à la mort périnatale, là où toute solitude se fait souvent aussi au bénéfice de la peur. La peur au travail s'efface ainsi derrière la satisfaction procurée par l'activité, notamment grâce à la reconnaissance mutuelle, dépendant très étroitement de la vie d'équipe que partagent les soignants.

4.3.5 À l'aune de la temporalité

La trace la plus tangible de la réciprocité de ces rapports de reconnaissance mutuelle dans le partage de la mort est donnée par les relations soignants-parents, à distance de la mort périnatale. Ces parents qui longtemps après, souvent à la naissance d'un autre enfant, donnent des nouvelles de leur vie et remercient *a posteriori* chaleureusement de l'aide apportée, laissent les soignants, SF et GO, dans d'intenses émotions qu'ils conjuguent au superlatif à chaque fois qu'ils les évoquent. Car, bien au-delà de celles procurées par les naissances, ce sont celles des « *plus belles lettres* » ou les « *plus grandes gratifications, les plus grands remerciements* » jamais témoignés en retour, qui orientent vers cet espace singulier de la rencontre dans le partage réciproque de la mort. Ils restituent quelque chose de ces temps « *très forts* » du partage de la mort périnatale, qui dépassent le sujet de l'expérience et le sujet connaissant, où parents et soignants se reconnaissent dans l'appartenance à la même dimension ontologique commune. Celle où, comme le formule si bien Martin Buber (1980, p.115) : « *L'essence de l'homme, l'essence qui lui est particulière, n'est directement reconnaissable que dans la relation vivante* ».

Cet espace de reconnaissance mutuelle, qui fluctue avec les frontières de la subjectivité, dans la tension entre fusion et autonomie, est pour Axel Honneth (1992) celui développé au sein du vécu de l'amour ou de l'amitié au profit de l'instauration de la confiance en soi. Il est ici l'espace potentiellement offert par toute relation authentique, qu'elle soit développée au

travail ou non, mais qui peut réunir parents et soignants dans le contexte d'un partage humanisé de la mort. La mutualité les rassemble dans une « *relation véritable* », un espace qui tient d'une communauté d'appartenance humaine capable de briser le vécu d'isolement face à la mort. Au travail, cette expérience vient restaurer quelque peu la confiance des soignants en eux-mêmes, comme l'exprime une GO : « *Dans leur douleur, ils m'ont fait confiance* ». L'alliance n'est pas rompue, le travail des soignants y reçoit une confirmation en l'inscrivant dans une continuité temporelle qui fait sens. Dans les épreuves de la mort périnatale, parfois durement infligées aux soignants, cette dimension semble indispensable pour apaiser les soignants autant que les parents. Elle semble se vérifier pour une des maternités parisiennes ainsi que pour une maternité de la banlieue par l'élaboration d'un dispositif d'accompagnement et de soutien de la mort périnatale bien formalisé, au-delà des recommandations préconisées. En effet, il s'avère que ce dispositif est réciproquement investi puisque les soignants y recourent avec soulagement tandis que les parents, qui habituellement changeaient de lieu d'accouchement une fois sur deux pour la naissance d'après, reviennent pour la naissance suivante, avec une grande fidélité.

Ainsi, en ce point de la discussion, il apparaît que les enjeux les plus importants de la mort périnatale, pour les soignants dans leur travail, reposent sur leur possible disqualification, qui se manifeste par des atteintes à la reconnaissance, qu'elle soit sociale, professionnelle ou même personnelle lorsqu'ils sont attaqués dans la relation de soin. Cette disqualification nécessite le recours à un ensemble de ressources symboliques, disponibles ou à construire, individuellement et collectivement, au travail, qui instaurent une forme de « lutte pour la reconnaissance », afin de la recouvrer. Elle seule permet aux soignants de retrouver le plaisir de travailler, de continuer à contribuer à l'activité avec la satisfaction qu'elle peut procurer. Ces différents éléments permettent ainsi de valider pleinement la quatrième hypothèse de travail envisagée pour cette recherche. Néanmoins, du point de vue de toutes les ressources symboliques disponibles ou à construire, la reconnaissance au travail en est le point d'orgue vers lequel convergent tous les autres. Quelles que soient les compétences individuelles propres, le savoir ou le savoir-faire, la vie d'équipe avec le sentiment d'appartenance à une communauté de travail, en assure également la plus forte contenance. Elle la soutient, la maintient, ou la restaure selon les aléas des difficultés rencontrées.

La reconnaissance au travail procure, de cette manière, une sorte d'authentique « holding » du soignant en contexte de travail, tout comme Donald Winnicott l'envisageait pour la mère vis-à-vis de son bébé. Cette contenance, indispensable à la continuité de l'activité,

s'inscrit dans le collectif de travail, source de production de la reconnaissance elle-même comme de ses conditions de possibilité. Il s'agit, en effet, de « l'aire » où elle s'élabore concrètement sous la forme d'une activité de symbolisation, qui se fonde dans l'intersubjectivité partagée. Ces processus sont potentiellement capables de reconstituer les soignants malmenés par les souffrances identitaires et narcissiques que provoquent les atteintes de la reconnaissance, en tant qu'atteintes de soi. Dans les épreuves de la mort périnatale, ils contrebalancent les effets délétères d'une trop grande culpabilité, alors que la responsabilité s'adresse toujours plus individuellement à chaque soignant. L'activité IMG n'y échappe pas. La culpabilité portée par le soignant lui-même, souvent inévitable, apparaît comme dépendante du rapport entretenu entre son intégration à une vie d'équipe fonctionnelle qui le reconnaît, où il se sent reconnu, et la responsabilité personnelle engagée vis-à-vis d'autrui dans le soin. Ces enjeux, liés à la reconnaissance par le fait qu'elle puisse être profondément ébranlée, sont révélateurs de cette part de soi impliquée au travail qui motive les soignants ordinairement.

Chapitre 5 : Les logiques genrées entre SF et GO dans les épreuves de la mort périnatale

5.1 Des positions et des rôles fortement genrés

Dans les atteintes, comme dans les stratégies de dégageant qu'elles suscitent, les épreuves de la mort périnatale auxquelles les soignants sont confrontés témoignent, au fur et à mesure de l'analyse, d'une remarquable conformité à des caractéristiques profondément genrées. Que ce soit dans les manifestations individuelles ou collectives en tant que groupe professionnel, elles relèvent, chez les SF, de logiques typiquement décrites, socialement, comme féminines. Chez les GO, en revanche, ces logiques sont typiquement masculines. L'histoire des métiers, ainsi que leur évolution, même récente, a peu atténué une division du travail et des tâches organisée en ce sens. Elle reste d'une incontestable actualité dans le travail quotidien, non seulement à travers les éléments mis à jour à travers cette recherche, mais encore à travers les mouvements sociaux et les revendications professionnelles des SF qui ont suscité entre SF et GO des conflits récurrents entre 2013 et 2015, sur fond de connotations genrées. Le fait que la profession SF soit toujours essentiellement féminine, avec un travail dédié à ce qui distingue le féminin dans son essence, entre maternité et sexualité, entretient facilement cette

confusion et l'identification d'un métier avec la condition féminine elle-même. D'autant plus que les aléas du métier, au sein de la profession médicale comme du point de vue de la reconnaissance sociale, portent les mêmes stigmates que ceux de la condition inégalitaire des femmes face aux hommes dans la société française actuelle, constat notoire suffisamment démontré.

Cependant, même si elle est similaire à la division sexuée du travail et des tâches pour ce qui concerne les professions féminines, cette superposition tend ici à confondre encore davantage la condition du métier de SF avec celle des femmes. En contrepoint, celui de GO, qui se féminise toujours davantage, avec désormais trois quarts de femmes parmi les internes de la spécialité¹⁰⁰, conserve un « esprit de corps » (Kaës, 1980) marqué par des stéréotypes de genre fortement masculins. Sous de nombreuses empreintes professionnelles, SF et GO apparaissent comme deux métiers qui opposent la féminité à la virilité, par autant de constructions sociales profondément incorporées au métier, à l'activité, comme à travers les négociations et les conflits qui traversent le travail commun. Du point de vue des transferts d'acquis d'expérience (TAE) d'autres domaines d'activités vers la sphère professionnelle, qui demandent une participation active du sujet par la « *définition du statut* » qu'il confère au travail (Almudever, Le Blanc, Hajjar, 2013, p.178), la situation semble redondante avec la féminité pour les femmes SF. Dans la construction du sens du travail, ces transferts d'acquis apparaissent en effet surtout comme des qualités tirées de la sphère familiale ou sociale, dites féminines. Chez les GO, l'augmentation du nombre de femmes paraît transformer davantage le métier, avec la « *participation active des femmes à leur socialisation dans un métier masculin* » lorsqu'elles ne semblent pas y intégrer telles quelles des qualités dites féminines « *marquées par une socialisation du genre et l'expérience de la maternité* » (Croity-Beltz, Almudever, Cayado, Lapeyre, 2010, p.169). Quand bien même, d'un point de vue plus général, les femmes médecins modulent, malgré tout, leur activité professionnelle sans que, pour autant, les rôles sociaux des hommes et des femmes ne soient vraiment bousculés ou reconfigurés (Hardy-Dubernet, 2005).

L'opposition, entre des éléments qui chez les SF sont socialement perçus comme féminins, et plutôt masculins par des attributs de virilité chez les GO, est manifeste à travers le

¹⁰⁰ Bulletin DREES 2016 concernant les épreuves classantes nationales 2014 : drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche13-3.pdf, consulté le 21 novembre 2016.

discours des soignants concernant leur activité, comme à travers leurs jugements ou leurs perceptions réciproques concernant la mort périnatale. Le GO, et tous les hommes GO sans exception, sont fidèles à une image plus virile qui donne « *cette impression* » d'être « *fort* », avec une plus grande contenance émotionnelle pendant les entretiens, comme dans les propos rapportés concernant leurs affects, conformes à un rôle de chef, d'équipe ou de service. L'émotion exprimée ou rapportée revient aux femmes GO, mais surtout aux SF de façon générale, qui en témoignent assez facilement dans les entretiens, même s'il est probable que l'entretien mené avec une chercheure, elle-même sage-femme de profession, et femme de surcroît, ait favorisé cette tendance. Au demeurant, avec l'évocation des situations les plus pénibles, l'émotion pointe malgré tout chez les GO, derrière la contenance, la neutralité et la distance affective de mise. Pour les SF, avec la proximité du soutien relationnel, l'émotion semble davantage associée à l'investissement relationnel où l'accompagnement d'une naissance se transforme en accompagnement de la mort. Cette position compassionnelle renvoie ici, encore une fois, à un rôle traditionnellement attribué aux femmes par la société. Néanmoins, tout laisse à penser que chez les GO, derrière cette « mise en scène de soi » (Goffman, 1968), l'écart entre « *ce qui est ressenti et ce qui est montré constituent un effort, un travail émotionnel d'autant plus éprouvant que les prescriptions et les modes d'organisation du travail n'en permettent que rarement l'expression* », tout comme Anne-Lise Ulmann (2012, p.47) l'envisage chez des métiers plus modestes de professionnelles de la petite enfance. Dans les épreuves de la mort périnatale, les GO semblent pris dans des « *investissements subjectifs* » contradictoires, voire qui s'imposent à eux tel un paradoxe, entre l'assignation au rôle et le mouvement subjectif qui accompagne le partage émotionnel de la mort avec les parents, où « *ils retiennent leurs affects pour faire face aux exigences de leur fonction* » (p.48).

5.2 La figure du couple homme-femme entre SF et GO

En salle des naissances, la désintringation des professions est impossible. Avec la mort périnatale, les SF et les GO interviennent dans une complémentarité interactive sur fond de dépendance réciproque, mais là aussi visiblement genrée. La position d'expert du GO qui intervient là où la sage-femme cesse d'intervenir, lorsqu'elle doit « *l'appeler* », le montre actif et plus puissant, voire capable de sauver ou de protéger femme et enfant. La SF y apparaît comme non autonome face au GO, qui lui, semble pouvoir dominer les choses au moyen de sa propre activité, y compris par la science ou l'expertise technique, et par là juger, vérifier ou contrôler celle de la SF. Ce qui laisse comprendre les réactions de certaines SF, qui considèrent

être trop facilement mises en cause, car dès que « *quelque chose ne va pas, c'est la faute de la SF* ». Tout se passe comme si le contrôle du travail de la SF pouvait permettre au GO de mieux contrôler le risque, voire même son propre travail. La SF apparaît, sous cette forme, avec une activité hybride, à la fois médicale et paramédicale, mais avec un positionnement beaucoup plus délicat que les infirmières dans le rapport hiérarchique des soins à travers ce partage des compétences médicales. Car elle dépend malgré tout souvent de la décision du GO, qui peut restreindre fortement sa propre marge de manœuvre. Savoir, gestes techniques sur le corps, rationalité de l'expertise opposent, dans leur prépondérance, l'activité du GO à celle de la SF, de moindre portée. L'activité SF est, en effet, principalement dévolue à l'assistance relationnelle et, d'une certaine façon, à l'assistance du travail corporel que les femmes fournissent elles-mêmes, dans le déroulement du travail et de l'accouchement normal, y compris lorsqu'il s'agit d'une mort périnatale.

Le rapport que le GO entretient avec le corps des femmes est médiatisé par les gestes d'expertises cliniques et par les instruments, comme si là aussi, il pouvait en signifier une prise de contrôle. Même si elle en vient à faire les mêmes actes médicaux que le GO, la SF, de son côté, entretient un rapport global dans le corps à corps avec les femmes qui reste pris dans la proximité relationnelle liée aux actes du « prendre soin », ce qui le tempère : « *Le médecin il rentre dans la pièce, il fait un le TV [toucher vaginal], il s'en va. Je ne sais pas ce que le médecin a dans sa tête, mais moi ce que je vois c'est qu'il n'a que du médical à ce moment-là. Nous on va tenir le haricot parce que la dame elle vomit dedans et qu'elle va mal à ce moment-là, nous on va aussi faire le TV, on va aussi faire l'accouchement. Mais après on va entendre l'allaitement, mais après on va entendre la mort in utero, on a tout le panel, on a tout le panel [...] le médecin il a pas à tenir le haricot, à tapoter l'épaule, à tenir la main ou alors je le vois très rarement parce que pendant que le médecin, c'est une image, il a le forceps, il ne touche pas à la dame. Alors que nous on n'est pas là-dedans et c'est très compliqué*»^{SFPia}.

Même si les manœuvres obstétricales non instrumentales, la petite chirurgie de l'épisiotomie et des déchirures périnéales font partie des tâches de la SF dans l'accouchement, sa satisfaction sera toujours d'autant plus grande dans la naissance que le corps féminin sera gardé intègre et sans interventions, soit dans le vocabulaire médical un « accouchement normal, délivrance naturelle complète et périnée intact ». Le GO aura, quant à lui, le souci de la bonne exécution de ses gestes et de ses actes d'expertise, car dès qu'il est convoqué sur la scène de la naissance, se pose la question d'interventions supplémentaires. Cette division entre l'expertise

et le « care » est souvent explicite dans la division du travail et des tâches, comme l'illustre cette situation où le GO s'en va sans prendre soin de réinstaller la mère après un geste médical, signifiant par-là que ça ne fait pas partie de son travail. Ce qu'une SF fait rarement. De même, que la naissance soit vivante ou non, la part la plus féminine des soins de la mère et de l'enfant est invariablement du ressort de la SF, marquant encore une fois cette division. Selon cette logique, il va de soi que les soins du corps sans vie et la présentation d'un enfant mort aux parents lui incombent.

Cette réciproque dépendance, entre SF et GO, formerait un véritable tableau de couple conjugal, tel que l'évoque l'historienne de la naissance Yvonne Kniebiehler (2007), avec ses ententes, ses mésententes, sa conflictualité, ses alliances et ses négociations. Mais ce serait sur fond de maintien d'une subordination de la figure féminine à la figure masculine, à travers la subordination des activités SF à celles du GO. Le partage des rôles et du pouvoir serait, à l'image d'un couple traditionnel, en faveur d'une domination masculine, devenue genrée dans la profession des GO fortement féminisée, face à une profession restée presque entièrement féminine chez les SF. Suivant cette perspective le métier de SF s'apparente à celui d'une activité genrée fidèle à la règle des trois « K », celle des rôles dévolus aux femmes dans la société patriarcale traditionnelle. *Kinder-Küche-Kirche*, cette allitération germanique se traduit par *Enfants-Cuisine-Eglise*. Elle décrit les activités spécifiquement féminines et renvoie la femme aux activités domestiques, d'éducation et de dévotion. Soit, pour la SF, vers la mère et l'enfant une fois né, vers l'intendance des soins élargis au « care », vers la gérance des affaires médicales, une « cuisine » médicale, où elle sert aussi de petite main avec cependant toute la ferveur relationnelle demandée par son métier. En effet une foule d'activités plus modestes et sans éclat relèvent de son travail dans le corps à corps avec les tout-petits comme avec les femmes.

Néanmoins, avec la féminisation de la profession, les attributs virils genrés s'assouplissent manifestement avec bon nombre de femmes GO, qui semblent davantage intéressées par le savoir-faire des femmes ou des sages-femmes ainsi que par les conditions d'expression qui lui sont dédiées. Ce d'autant plus, semble-t-il à travers les entretiens, qu'elles auront elles-mêmes traversé l'expérience intime de la maternité. Elles participent, ainsi, à l'évolution de l'esprit de corps de leur métier pour faire évoluer la dépendance mutuelle entre SF et GO vers des aspects plus favorables à une vie d'équipe moins hiérarchisée. Car, même avec une relation de subordination marquée, chacun peut significativement gêner l'activité de

l'autre. D'autant plus qu'une relation hiérarchique trop fortement investie contraint le GO à la solitude, à l'invulnérabilité du chef qui le sépare des autres, et qui n'est pas sans être source d'anxiété face aux situations du travail où il est sommé de savoir, de décider ou de faire. La satisfaction au travail, pour les SF comme pour les GO, va de pair avec une bonne entente et une bonne coopération dans le travail commun : « *Il faut connaître la SF avec qui on travaille, parce que d'autres sont là qui vont vous appeler à différents moments, y en a qui peuvent appeler bien en amont dès qu'il y a un souci, d'autres très tardivement quand c'est déjà bien tard et c'est pour ça qu'il faut qu'on sache avec qui on travaille* »^{GOAlix}, explique cette GO. Connaître l'autre ainsi que sa façon de travailler, pour une complémentarité additionnelle plutôt que conflictuelle entre SF et GO, est une solution qui dépasse un tant soit peu les rapports genrés. C'est l'espace d'une construction intersubjective, une « aire » non matérielle indispensable au travail, particulièrement dans les situations d'urgence vitale, là où, comme dit cette GO, « *il faut apprendre comment trouver l'autre, c'est presque un peu « limbique* »¹⁰¹ on va dire »^{GOAlix}.

Ces différents éléments concourent, avec l'examen des trajectoires, à témoigner d'un vécu au travail face à la mort périnatale présentant des différences notables entre SF et GO. En effet, il apparaît fortement dépendant de la position et du rôle qu'il faut jouer au travail, lui-même très genré. Et cela, même si la problématique de fond reste similaire, aussi bien pour les SF que pour les GO, avec des pertes identitaires et des enjeux d'une reconnaissance à restaurer au moyen de ressources symboliques déjà disponibles ou à inventer. C'est pourquoi la deuxième hypothèse de la recherche trouve ici sa confirmation à travers cette dimension professionnelle fortement genrée. Elle est toutefois à nuancer, en même temps que la troisième hypothèse concernant le vécu considéré comme dépendant des lieux d'exercice. En effet, quel que soit ce lieu, qu'on soit SF ou GO, en fonction du contexte, les soignants sont susceptibles d'être exposés de façon imprévisible à un impact majeur, similaire par sa gravité, qui dépasse tous les autres, et susceptible de laisser l'empreinte d'un passé professionnel douloureux.

5.3 Le « négatif psycho-social » et l'activité sage-femme

L'activité de la SF, associée à la vie féminine physiologique, la plus intime et spécifique, la plus cachée et la plus secrète, s'adresse ainsi aux œuvres de la sexualité des femmes. Dans le

¹⁰¹ Dans le cerveau le système limbique joue un rôle majeur dans la régulation émotionnelle et la mémoire.

discours des soignants, le thème de la sexualité est totalement absent, comme il est généralement effacé en service de maternité, même si en suites de couches la contraception est abordée avant le retour au domicile. Le corps des femmes, dénudé, meurtri, soigné, touché, exposé dans sa génitalité, ou avec des seins nourriciers, est lui aussi totalement clivé, dans les représentations, du corps désirant indissociable de la sexualité. En maternité nul ne voit d'indécence devant ce corps ainsi dévoilé et montré dans ses parties et son fonctionnement les plus intimes. Maintenu à l'écart, avec les représentations du corps désirant, il est ainsi préservé de toute mise en scène obscène ou transgressive par une opération symbolique qui en garde caché le désir, porteur de sa vitalité, avec la sexualité. Cette opération qui sépare l'aspect le plus noble de la naissance de celui qu'il faut maintenir caché, parce qu'il appartient à l'intime, à la pudeur ou à la honte, est indispensable aux soignants afin qu'ils puissent travailler, autant qu'il l'est aux patientes afin qu'elles puissent recevoir les soins dont elles ont besoin. Il n'est donc pas étonnant que le thème de la sexualité soit absent du discours des soignants qui, pour parler de leur travail, procèdent à un clivage protecteur. Un clivage et une reconfiguration symbolique qui épurent le corps vivant du corps désirant de la sexualité, au profit de la mise en valeur de l'activité la plus noble, la naissance. Aucune SF, pas plus que les GO, n'évoque dans les entretiens la particularité d'un métier, qui pour s'intéresser à la vie et à la naissance, s'intéresse de manière constante aux parties génitales et reproductrices des femmes et à leur sexualité. Dans les conversations « off », avant ou après les entretiens, cette spécificité a pourtant bien été mentionnée par trois des SF rencontrées, comme si cette incontestable évidence était aussi la moins dicible. Une spécificité qui affleure, quelquefois, dans le discours avec l'esprit d'une plaisanterie ou sous forme d'humour, dans des temps de discussions plus informels. Car, plus généralement, les représentations liées à la sexualité sont neutralisées devant le primat de l'enfant et de la belle image de la naissance, qui agissent tel un pare-excitation, filtrant l'accès à de telles pensées.

Les basses œuvres liées au métier, dont aucune SF ne se plaint, qui tiennent au commerce de l'activité professionnelle avec le sexe et la sexualité des femmes, sont pudiquement recouvertes par l'indicible ou le non-dit. Les GO, quant à eux, tout en travaillant sur la même scène, profitent d'un imaginaire lié au métier qui par lui-même subvertit quelque peu ce tableau d'une sexualité devenue trop visible à travers cette vie physiologique du corps des femmes, dévoilée par la maternité. L'assistance que la SF est censée apporter à la femme, dans l'expression de ses capacités corporelles propres, pousse le corps de celle-ci sur le devant de la scène, tout en sollicitant des pensées conscientes ou inconscientes plus proches de

scénarios troublants : celui d'un corps désirant, porteur du plaisir et de la souffrance, dévoilant la vulnérabilité de toute existence par cette vitalité qui en donnant la vie promet en même temps la mort. L'imaginaire du métier de GO, par contre, tempère cette mise en scène grâce à sa capacité virile d'intervention et d'action, où sa figure d'expert apparaît au premier plan. D'ailleurs les pertes, le sang, et les fluides corporels n'ont pas ici la même valeur symbolique lorsqu'ils tiennent d'abord des conséquences de son intervention plutôt que des pertes du corps féminin lui-même. C'est pourquoi une des SF pense que « *les sages-femmes elles sont plus à égalité avec leurs patientes en fait, il n'y a pas de prise de pouvoir oui disons, oui, de de prise de pouvoir médical entre les sages-femmes et les femmes* »^{SFElsa}.

Plus « à égalité » d'une certaine façon aussi lorsque survient la mort périnatale à travers la division du travail et des tâches, lorsque les SF semblent renouer avec une activité genrée traditionnelle, voire ancestrale, celle d'une activité de femmes qui accompagnent, prennent soin et sont actives aux deux frontières de l'existence, auprès des femmes, au moment de la naissance comme de la mort. Ainsi, avec la proximité et l'assistance relationnelle, l'imaginaire du métier SF peut se trouver plus facilement associé à une promiscuité corporelle, éclaboussé par cette scandaleuse intimité féminine qui promet la vie autant que la mort, où le sang, les pertes et les déchets ont toujours valeur de flétrissure, d'altération et d'aversion. Une intimité exposée dans le soin où les femmes souffrent, pleurent, peinent, saignent ou se vident, mais ne s'en relèvent pas moins avec cette intense satisfaction qu'apporte la naissance. Une proximité, cependant, avec un corps féminin, déformé, souillé, dégoûtant ou souffrant, qui aura sûrement contribué à rendre le métier de SF plus méconnu, socialement, que celui plus prestigieux de GO. Il est probable que l'activité SF, trop fortement associée au corps désirant des femmes et de leur sexualité, subisse elle aussi une opération de camouflage social, afin de n'apparaître, au mieux, que sous les atours de la naissance. Camouflé, tel un « négatif psycho-social » (Lhuilier 2011), cette fois relégué socialement au cœur de l'activité du métier lui-même. Faut-il en voir une illustration dans un mot d'ordre favori des grèves des SF durant le temps de la recherche, qui réclamait que les SF cessent d'être « *invisibles* » ?

Chapitre 6 : Recours et propositions

6.1 L'aide psychologique

La mise en lumière, chez les soignants, des répercussions de la mort périnatale, parfois très négatives sur leur travail, laisse apparaître en même temps les voies possibles de leur dégageant. L'enjeu majeur repose sur l'expression, la discussion et l'élaboration de ce qui a été fait dans l'activité réelle comme du vécu associé, plus ou moins désagréable, mais parfois si envahissant qu'il est à l'origine d'une véritable souffrance au travail consécutive. De ce fait, le recours à la psychologue¹⁰², pour démêler cet écheveau, semble aller de soi, puisqu'elle est dédiée au travail psychique sous toutes ses formes, spécifiquement à l'intérieur de l'institution hospitalière en direction des patientes et de leur famille, ou encore pour participer au travail d'équipe dans leur prise en charge par l'aide à l'élaboration des situations. Aguerrie aux problématiques de la dynamique psychique individuelle, elle est ce recours néanmoins systématiquement écarté par la quasi-totalité des soignants, en même temps que la qualité et la spécificité de son intervention sont reconnues. Les raisons évoquées tiennent au fait que l'aide psychologique, proposée de façon générale, c'est justement la même que celle dont bénéficient les patientes et de leur famille : « *Ce qu'on propose, les seules choses que je connais, c'est ça, la psychologue du service* » évoque une SF. Les soignants rencontrés évitent d'avoir recours à ce dispositif pour eux-mêmes, tout comme ils soulignent que, dans ce contexte, leurs collègues font de même. Ils ne font pas plus mention d'une démarche auprès de la médecine du travail ou auprès d'une consultation de souffrance au travail. À la place, ils se tournent préférentiellement vers les pairs, ceux qui partagent l'activité au travail ou le même métier. Ce constat permet de supposer que la qualité de l'aide psychologique, en elle-même, est envisagée positivement, tandis que, paradoxalement, le dispositif proposé, sous forme d'une aide clinique individuelle en face à face, voire collective par une intervention auprès de l'équipe, n'en est pas moins régulièrement évité. L'aide psychologique est mentionnée comme utile, mais celle de la psychologue du service n'y trouve pas sa place. Dans les cas de mort maternelle, pourtant toujours extrêmement ravageuse dans ses retentissements au travail sur les soignants, le dispositif d'aide psychologique est même envisagé par les soignants comme tout particulièrement nécessaire. Mais, là aussi, un seul GO rapporte une réunion d'équipe animée par la psychologue du service, sans y voir un grand bénéfice, pour lui-même ou l'équipe, même s'il considère qu'elle aura eu le mérite d'avoir eu lieu.

¹⁰² Dans toutes les situations, il s'agit, pour les soignants, d'une femme.

Force est donc de constater que le recours à la psychologue du service ne va pas de soi, même si elle peut être envisagée facilement en première intention, en tant que spécialiste des situations de souffrance psychique. En somme tout se passe comme si rien n'était réellement prévu par l'institution, dans l'organisation du travail, pour prendre en charge les soignants et les équipes dans ces cas difficiles de confrontation à la mort. Soit, pourrait-on supposer, parce que cette pensée est refoulée institutionnellement, puisqu'elle laisserait entendre que les soignants sont vulnérables, alors que tout converge, dans l'idéal, à les considérer comme solides et capables de faire face à tout. Soit, parce que la qualité de l'expert tout désigné, en telle situation, est déjà toute trouvée, sous le recours proposé de la psychologue du service, qui fait partie de l'équipe. Bien que cette éventualité aille dans le sens de la mode actuelle des réponses sollicitées par désignation d'experts, notamment ceux du soin face à toute problématique sociale, elle se fait, néanmoins, en toute méconnaissance des possibilités d'intervention de la psychologue du service. Elle porte sur une confusion des cadres, puisque la psychologue fait partie de l'équipe et qu'elle se voit ainsi assignée à une place impossible, sous la forme d'une injonction paradoxale. Or, elle ne peut pas être « juge et partie », affectée elle-même par son appartenance à l'équipe et, néanmoins, sollicitée pour la prendre en charge de façon individuelle ou collective. En outre, sa formation clinique initiale, psychologique ou psychanalytique, exclusivement centrée sur le sujet ne la « *prépare pas à l'investissement du travail comme médiation entre l'économie psychique et le champ social, à l'analyse de l'activité, ses contraintes et ses ressources comme à celle des processus de développement ou empêchement de l'action individuelle et collective et de leurs incidences sur la santé somatique et psychique* », comme l'écrit Dominique Lhuilier (2010, p.52).

Même avec la plus grande bienveillance de la psychologue, l'entretien clinique en face à face renvoie le soignant, *ipso facto*, à la place du sujet malade ou en souffrance et, de ce fait, accentue douloureusement les remises en question personnelles par cette individualisation. Tout comme elle amplifie le poids de la culpabilité par les regards ou les jugements portés sur soi, à travers cette investigation. Les problématiques liées au travail sont, par-là, non seulement individualisées, mais, par l'accentuation de la dimension intrapsychique, particulièrement difficile à soutenir lorsque se profile à l'horizon l'investigation d'une attribution causale de la mort survenue. Pour les mêmes raisons, la psychologue du service ne peut pas plus être investie lorsqu'il s'agit de prévenir les conséquences d'expériences potentiellement traumatiques pour les soignants au travail sous forme d'un *débriefing* psychologique, au moyen de la verbalisation des émotions et des faits survenus.

Dans ces situations, ce qui est problématique pour les soignants c'est d'abord les questions du travail, même si elles s'enchevêtrent avec l'expérience douloureuse de la mort. Et de fait, recourir à leurs collègues du métier ou de l'équipe n'est pas surprenant. Se tourner vers les semblables répond à un impératif du travail lui-même, puisqu'ils partagent la même condition, les mêmes objectifs, les mêmes épreuves et les mêmes valeurs dans l'activité. Ce qui est mis à l'ouvrage dans ces échanges avec les pairs, c'est un problème lié au travail que les pairs sont à même de comprendre, de questionner, d'élaborer dans ses difficultés concrètes, liées aux choix, aux décisions, aux délibérations ou aux actions. « *Qui a le droit de définir en quoi consiste une erreur ou un échec ? Les conclusions sur ce point sont assez claires : le groupe des collègues (les gens qui s'estiment exposés comme sujets aux mêmes risques de travail) défend régulièrement avec opiniâtreté leur propre droit à définir les erreurs et à décider dans chaque cas particulier si l'une d'elles a été ou non commise* », écrit Everett Hughes (1996, p.91). De ce point de vue, l'évitement par les soignants du dispositif de l'entretien psychologique semble cohérent. Un évitement qui apparaît protecteur, à visée défensive, car leur souffrance pourrait s'en trouver aggravée. En suivant Everett Hughes, ce dispositif en lui-même ressemblerait plutôt à une aide profane inadaptée au problème professionnel, car seul un collègue peut comprendre les enjeux du travail d'un autre collègue : « *On doit s'attendre également à ce que ceux qui sont soumis aux mêmes risques de travail se forment un système commun de justifications qu'ils se répètent les uns aux autres pour garder courage, et à ce qu'ils constituent des défenses communes vis-à-vis du monde profane* » (p.89). Et ce, tout en proposant la solidarité et le soutien d'une communauté de travail, une expertise commune et partagée qui fait place au travail, à ses contraintes, à son contexte ainsi qu'à l'enchaînement des événements survenus. Cette perspective s'éloigne en même temps d'une psychopathologie du travail, où les soignants seraient en position de victimes, même « secondes », tandis qu'ils retrouvent une place d'acteurs dans l'exploration de l'analyse et du vécu des difficultés auxquels ils ont été confrontés dans leur travail.

La psychologue du service, en tant que partie prenante de l'équipe a, de ce fait, toute sa place au sein de la communauté de travail avec ses compétences propres, non pas en tant qu'expert, mais en tant que partenaire participant aux efforts collectifs de « *restauration d'une capacité de pensée et d'action référées aux situations concrètes de travail* » (Lhuillier, 2010, p.52). Par là elle sera susceptible de soutenir l'expression, la circulation et la régulation des émotions, qui dans ces contextes sont aussi intenses, envahissantes que contradictoires et déstabilisantes. Certaines remarques de soignants vont dans ce sens lorsqu'une SF constate

combien elle aura profité d'un échange non pas « *avec la psychologue, mais avec la collègue* », autour d'un café, tandis que plusieurs SF et GO mentionnent des échanges avec la psychologue, sur des temps plutôt informels, comme une aide précieuse face à des situations de travail très concrètes qu'ils rapportent, notamment dans des cas d'IMG ou de présentation d'un enfant mort à ses parents. Cette activité de la psychologue dépend néanmoins de sa disponibilité tout comme d'un jeu possible dans l'organisation du travail et des tâches, au sein de l'institution hospitalière très hiérarchisée, afin qu'elle puisse elle aussi « circuler » au sein de l'activité réelle des collègues soignants, sans en être clivée, par une relégation à des consultations exhaustives de patientes ou de leur famille. L'investissement de ce que René Roussillon (2000, p.165) appelle les « *interstices* » institutionnels peut s'avérer précieux, dans ce contexte, tant ils participent à la vitalité du collectif de travail. Ces « *lieux institutionnels qui sont communs à tous [...] Ce sont des lieux de passage, même s'il arrive qu'on s'y attarde, des lieux de rencontre, des temps qui s'insinuent entre deux activités professionnelles définies, structurées et vécues comme telles* » (p.164). Ces espaces sont des lieux où la rigidité des rôles, des hiérarchies et des tensions s'atténue laissant plus de place aux enjeux de la subjectivité au travail grâce à davantage de mutualité dans les échanges entre soignants. Malgré tout, il serait souhaitable que le cadre des limites et des possibilités d'intervention de la psychologue dans de tels contextes de souffrance au travail soient plus clairement établis au sein de l'institution comme de l'équipe. Tout comme il serait souhaitable que la psychologue soit elle-même sensibilisée, voire « préparée » à comprendre ces dimensions étrangères à ses prises en charge habituelles, centrées sur les difficultés intrapsychiques. Car d'autres enjeux se nouent, dans l'articulation entre le social, le privé et l'intime, liés au travail, avec des dynamiques de groupe indissociables, qu'elles soient institutionnelles ou professionnelles, auxquelles la psychologue n'est pas forcément formée.

6.2 L'aide de la communauté de travail

6.2.1 L'aide des pairs

Les entretiens avec les soignants permettent de mettre en évidence que l'aide au dépassement de ces situations douloureuses de confrontation à la mort périnatale vient en quelque sorte du travail lui-même, grâce aux pairs de même rang ou partageant la même activité, associée à la dynamique de la communauté de travail ainsi qu'à l'aide plus spécifique des échanges avec les parents. Dans son essence, ce dépassement apparaît ainsi fortement lié à l'activité subjective et intersubjective par sa capacité à fournir un étayage symbolique

susceptible de contenir ce qui est fait et vécu au travail. C'est pourquoi lorsque « *l'organisation du travail permet le libre jeu du fonctionnement mental* », il en devient ainsi la « *meilleure soupe* » (Dejours, 1993, p.161). La survenue de la mort, sous la figure de la mort périnatale, trouve ainsi une per-élaboration, qui s'entend comme une véritable « pairs-élaboration », capable de reprendre, comme de donner du sens aux différentes dimensions auxquelles renvoie la mort : celle du cas clinique, pris dans les savoirs et l'expérience des soignants, conjugués avec une série de pertes cumulées, auxquelles elle expose les soignants. Il s'agit, pour eux, de mettre en œuvre principalement un processus de restauration face aux pertes des étayages de la reconnaissance au travail dont les conditions sont déterminées par le travail lui-même. En effet, celles-ci déterminent « l'aire de jeu » de ces mobilisations subjectives, dans le sens de leur possibilité, de leur soutien, de leur entretien et de leur promotion. Ces mobilisations ne sont pas totalement indépendantes, du point de vue individuel, des résonances que le vécu de la perte peut venir réveiller ou solliciter chez chaque soignant en tant que sujet au travail, porteur d'une histoire personnelle, par des aspects « *très personnels et pas professionnels* », selon les mots d'une SF. La façon dont les soignants sont, dans la rencontre avec l'autre du soin, plus ou moins touchés ou affectés à travers la teneur de l'identification, ou encore l'accent très variable de l'intensité pris par le sentiment de culpabilité individuelle, en semble une bonne illustration. La résolution, plus ou moins réussie, de la restauration de la reconnaissance au travail reste sous influence de cette dimension strictement intra-psychique déterminée par l'histoire personnelle. Néanmoins la dynamique de cette restauration se situe ailleurs, puisqu'elle dépend essentiellement des conditions de travail auxquelles les soignants ont à faire, notamment celles de la communauté de travail elle-même.

Les entretiens menés avec les soignants permettent de dégager un ensemble d'éléments en faveur ou en défaveur, voire même répressifs des ressorts de cette dynamique de la restauration de la reconnaissance. Les soignants qui évoquent des temps d'échanges possibles, souvent informels, où l'activité réelle et le vécu qu'elle génère peuvent être mis en discussion, témoignent souvent, en même temps, d'un espace apprécié qui contribue à la satisfaction au travail, ainsi qu'au sentiment d'appartenance à une équipe, rapportés par une « *bonne ambiance* », « *un bon état d'esprit* » ou le constat de faire partie d'une « *bonne équipe* ». Ils sont mentionnés comme relevant des temps d'expression et des discussions possibles, qui ne se limitent pas aux considérations médicales des situations prises en charge lors des réunions d'équipes quotidiennes, des staffs, des différents *débriefings* occasionnels, et pas uniquement pour les situations les plus graves. Les RMM, qui réunissent l'équipe au sens large, parfois

même plusieurs équipes, ne sont pas considérées par les soignants SF et GO de cette recherche, comme un espace vraiment dédié, puisqu'elles ont pour objectif l'analyse des dysfonctionnements individuels, collectifs ou organisationnels, à visée corrective, allant dans le sens d'une défense. Même si les situations y sont présentées de façon anonyme et que la règle énoncée dicte une analyse objective et sans jugement moral des faits concernés, cette neutralité semble impossible, puisque le plus souvent tout le monde sait qui est concerné, tandis que les soignants ne s'en sentent pas moins jugés dans leur travail. D'autres moments d'échanges sont rapportés par les soignants, pris sur le temps passé ensemble au travail, notamment durant les gardes, lorsque c'est possible. Les temps de convivialité sont particulièrement prisés, parfois après les heures de travail, en fin de journée ou encore les petits déjeuners ou les repas pris ensemble. Une équipe de province organise même régulièrement des activités de randonnée commune sur le temps du week-end. Ces espaces de discussion vont au-delà de l'organisation relationnelle prescrite par la division du travail et des tâches. Ils permettent des liens et des activités non prescrites qui engagent des solidarités et des coopérations autour de ce qui est fait et vécu au travail, dont le partage des valeurs et des difficultés rencontrées. Ces espaces participent à « *la fonction de contenance symbolique de l'équipe, en ce qu'elle permet à chacun de s'approprier un cadre de pensée (par-delà le sens commun et les clivages), d'identifier des repères partagés par l'explicitation des consensus et dissensus réglant les pratiques quotidiennes, d'être reconnu par ses pairs et par la hiérarchie pour la qualité et l'utilité de son travail* » (Minary, 2006, p.93). Ils déterminent ainsi la vie et la continuité d'un véritable collectif de travail capable d'entretenir les enjeux hautement symboliques de la reconnaissance dans l'activité des soignants. Capable, aussi, de contenir et de traiter des situations de crise comme celles générées par la violence de certaines morts périnatales. Loin d'y construire des « *préconisations* » pour le travail, ces espaces contribuent à la possibilité d'élaborer une véritable « *éthique professionnelle* », au-delà de la « *seule déontologie* », « *en phase avec les préoccupations des acteurs et les réalités de terrain* » (Hirsch, 2006, p.125).

6.2.2 La qualité de l'organisation du travail

Toutes les conditions de travail qui amenuisent la vie d'équipe, dégradent le collectif de travail dans ses ressources de solidarité et de coopération, génèrent une notable insatisfaction chez les soignants. Depuis les années 1980, la politique hospitalière met l'accent sur la réduction des coûts, pour une gestion surtout comptable, tout en exigeant l'efficacité des soins. En France, la T2A, la tarification à l'acte intervenue en 2008, associée au regroupement général

des maternités, a permis un rendement économique accru, mais elle a aussi conduit à une intensification de travail pour tous les soignants. Elle s'ajoute à la multiplication des règles prescrites à observer par l'instauration de protocoles de soins, de traçabilité, de sécurité, de qualité, de plus en plus nombreux, qui viennent augmenter cette charge du travail, par des pressions supplémentaires, liée à une culture du risque de plus en plus contraignante. Si bien qu'il est judicieux de s'interroger sur ce qu'il en est « *aujourd'hui de l'autonomie reconnue aux professionnels de santé, de leur capacité d'assumer leurs responsabilités propres, alors qu'ils apparaissent plus que jamais entravés par la lourdeur de dispositifs réglementaires, administratifs visant à une régulation des activités selon des normes, voire des principes qui compromettent trop souvent la nature et la qualité des soins* » (Hirsch, 2010, p.33).

Une SF rapporte ses conditions « d'isolement » de l'équipe, alors qu'elle travaille dans une salle des naissances pourtant flambant neuve, au sein d'une maternité réalisant dorénavant plusieurs milliers de naissances : « *Il n'y a aucun puits de lumière et notre bureau c'est une énorme banque, une fois qu'on est assise, on ne voit même pas notre collègue qui est en face si on a la chance d'être assise deux minutes, il y a un mur entre les deux pour qu'on ne se voie même pas.* » Elle poursuit en constatant qu'auparavant « *on était trois sages-femmes, il suffisait d'un regard pour se comprendre, ben ça on l'a plus parce qu'en fait on a la centrale des monitorings, on ne sait même plus quand une collègue s'est installée pour un accouchement on n'arrive même pas à se parler, tellement c'est grand, tout le monde court partout et en plus c'est tellement bien insonorisé que quand la porte est fermée de la salle d'accouchement on n'entend plus rien, quoi* »^{SFE_{my}}. Elle pointe une forme de solitude au travail qui empêche le fonctionnement d'une économie en équipe, non seulement au niveau des SF, mais encore au niveau de l'ensemble des professionnels de garde, le tout majoré par une intensification croissante de l'activité. Ne pas pouvoir se voir, ne pas pouvoir s'entendre ou se parler, débouche sur ne pas pouvoir se comprendre au travail. Au corps physiquement embarrassé répond l'image d'un corps symbolique, celui du fonctionnement d'équipe, qui ne l'est pas moins. Après 17 années, cette SF a quitté l'exercice hospitalier depuis notre entretien, suite aux conditions de travail qu'elle dit inhumaines pour les soignants comme pour les parents, car au détriment des relations de soin comme des relations professionnelles. Avec leurs effets délétères et néfastes, ces conditions de travail participent à la ruine des espaces d'échanges indispensables à la régulation du travail des soignants.

6.2.3 Lutter contre l'usure professionnelle

Pression des contraintes, fortes tensions, rythmes excessifs, cette situation tendue et récurrente des conditions de travail en milieu hospitalier pour les soignants s'ajoute à un tableau qui les donne comme majoritairement exposés à une souffrance de plus en plus répandue dans l'activité professionnelle, qui tire son origine la relation d'aide, appelée « l'usure » ou « l'épuisement professionnel ». Cette traduction reformulée du terme anglo-saxon, « burn-out », renvoie littéralement à l'image d'une consommation pour les soignants à leur travail. Ce terme inventé en 1974 par le psychiatre Herbert J. Freudenberger, fut ensuite repris et conceptuellement développé en psychologie sociale par Christina Maslach pour donner lieu en 1981 à un repérage, grâce à la Maslach Burn-out Inventory (MBI). Cette grille de dépistage établie par Christina Maslach et Susan Jackson est toujours actuellement la plus utilisée en tant qu'outil de référence. Elle permet d'évaluer, de cette façon, le « burn-out syndrome » dans la relation d'aide ou encore dans le cas des soignants, « le syndrome d'épuisement professionnel des soignants » (SEPS). Suivant cette approche trois dimensions sont en jeu. Elles sont facteur de gravité lorsqu'elles se combinent entre elles. La première dimension concerne l'épuisement émotionnel touchant au sentiment de ne pas pouvoir répondre à ce qui est attendu de lui par le professionnel, tandis qu'il vient miner ses motivations. La deuxième dimension concerne la déshumanisation dans la relation à l'autre, par une mise à distance défensive qui conduit à un investissement désaffecté et dépersonnalisé. Enfin la dernière dimension fait état d'une réduction de l'accomplissement de soi au travail, avec une perte de sens accompagnée d'une dévalorisation de soi, de ses compétences ou de son travail. Ces éléments font apparaître, d'emblée, des atteintes de l'investissement positif de la subjectivité et de l'intersubjectivité partagée au travail, puisqu'il s'agit d'identifier, par ce repérage, les aspects les plus symboliques, mais néanmoins essentiels, présents dans la relation d'aide prodiguée par les soignants dans leur activité. Même difficiles à identifier de façon objective, ils mettent l'accent sur une souffrance du sujet au travail, liée aux aléas relationnels, sous primat du destin de la subjectivité, dépendante des conditions de travail. Ils déplacent l'attention portée à la valeur du travail procurée par les actes d'une médecine scientifique et médicale, fût-ce pour sauver ou guérir, vers la valeur relationnelle, terrain de jeu d'une aire intersubjective partagée, indispensable à chaque patient comme à chaque soignant, fût-il l'expert médical le plus chevronné.

Par cet éclairage se dessine un rapprochement possible avec le type d'atteintes supportées par les soignants mis à mal par une mort périnatale, dans la mesure où la dynamique de la reconnaissance au travail est également au premier plan dans le SEPS. En effet, aussi bien

celle de la reconnaissance professionnelle, qui confirme les soignants à leur travail par le soutien du sens et des valeurs partagées avec les pairs, que celle mise en jeu, dans la rencontre avec les patients, sont susceptibles d'être menacées. La mise à distance relationnelle fait obstacle ou coupe des échanges symboliques possibles avec les patients, tandis que la dévalorisation ou la diminution de l'accomplissement de soi au travail manifestent, par elles-mêmes, d'une perte de reconnaissance au travail. Son effritement ou sa disparition se combinent, progressivement, avec la sévérité du burn-out. L'expression somatique et psychique de cette perte symbolique, avec son lot d'insatisfactions et de frustrations, peut être envisagée comme une souffrance au travail qui se traduit par l'épuisement physique et psychique, tel qu'il est décrit dans la première dimension caractéristique du burn-out.

Des statistiques précises sont difficiles à établir, le burn-out n'étant pas une maladie, mais défini comme un processus évolutif de dégradation progressive de la santé physique et mentale lié au travail et, de ce fait, d'autant plus difficile à cerner. Parmi les professionnels de la relation d'aide, à travers les nombreuses études qui lui sont consacrées, 20 à 40% du corps médical et para médical seraient touchés, avec des secteurs plus sensibles, dont la réanimation et la pédiatrie. Concernant la spécialité obstétricale, combinant plusieurs secteurs avec l'urgence, la réanimation et la pédiatrie, les études sont quasiment inexistantes en France. Toutefois une étude de l'Observatoire Régional de la Santé au Travail du Limousin de décembre 2015¹⁰³, « *devant la montée en puissance de ces phénomènes* », rend compte de la souffrance des soignants en Limousin, dont les SF et les GO, toutes catégories d'exercice confondues. Une autre étude, la thèse de spécialité en médecine d'Anita Hastoy, en décembre 2013, concerne le « *Burn-out en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier* ». Comme l'étude précédente, la souffrance des soignants de cette maternité toulousaine, GO, pédiatres, anesthésistes et sages-femmes confondus, va dans le sens des chiffres généralement annoncés. La recherche d'Anita Hastoy inclut 143 soignants. Elle donne respectivement, sans différence significative entre une population quasi égale de SF et médecins, 25%, 10% et 4% des soignants comme atteints de burn-out de plus en plus sévère, suivant les trois dimensions concernées, graduellement associées. L'intérêt de cette approche de dépistage comportemental d'une souffrance au travail, définie comme burn-out, réside dans sa concordance avec l'aspect

¹⁰³ URL : http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2015/Synth_BO_SF.pdf : pour les SF.

URL : http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2015/Synth_BO_Medecins.pdf : pour les médecins consulté le 2 octobre 2016.

majeur de la souffrance au travail qui touche les soignants dans les situations de mort périnatale, soit les atteintes symboliques liées au destin de la subjectivité au travail, les atteintes de la reconnaissance.

Dans les deux cas, des éléments similaires relatifs au travail sont repérables. Aucun processus psychopathologique spécifique, ni aucun type de personnalité particulier, ne sont associés au SEPS, ni aux situations de mort périnatale, puisque celles-ci dépendent de facteurs externes au sujet qui entraînent le même type de retentissements au travail. Les travaux sur le burn-out mettent en avant des aspects du travail susceptibles d'impacter les soignants qui sont également présents dans les situations de mort périnatale. Ces soignants sont confrontés à la fois aux aspects les plus grisants de la médecine par son pouvoir d'efficacité sur la maladie et la mort, tout en se heurtant à ses limites et à son impuissance. Ils sont d'autant plus intolérables en maternité que l'aspect gratifiant des naissances s'y oppose par un fort contraste dans l'activité. L'idéal du soin, individuellement et collectivement partagé, est fortement compromis conduisant à des frustrations, des déceptions et une dévalorisation de soi au travail qui peuvent être considérées comme une mise à mal de la reconnaissance du professionnel à son travail. Dans le cas du burn-out elle est considérée comme à l'origine d'une crise identitaire professionnelle qui n'est pas éloignée de certaines remises en question radicales chez les soignants après l'épreuve d'une mort périnatale. Dans les deux cas, également, les conditions de travail, par l'intensification et les contraintes gestionnaires, mais surtout par la dimension organisationnelle, aggravent considérablement cette situation. Ainsi, selon cette lecture, les atteintes de la reconnaissance au travail consécutives à la mort périnatale pourraient tout aussi bien se cumuler avec un déficit antérieur, déjà présent, lié à une souffrance au travail préexistante, tant le burn-out modéré ou avéré semble fréquent chez les soignants.

6.2.4 Entretenir des « aires » de parole

Néanmoins, si dans le cas du burn-out les atteintes apparaissent similaires, voire additionnelles, en ce qui concerne la reconnaissance au travail, la question des recours ou des stratégies de dégageant repose sur une analyse sensiblement différente. Bien que l'approche définie pour le burn-out cherche à se différencier du modèle du stress développé par Hans Selye (1956) en tant que syndrome général d'une adaptation, physiologique ou psychique de l'organisme à un événement donné, elle n'en est pas moins une approche qui demeure centrée sur les stratégies de « coping » individuels, comme possibilité de recours. Ce terme anglais, dont la traduction française signifie « faire face à », reste fidèle au modèle du stress par

l'importance donnée aux comportements, dans leur composante réactionnelle adaptative dépendant des ressources individuelles, à dominante essentiellement intra-psychique. Les conditions de travail, liées aux contraintes économiques, gestionnaires ou organisationnelles, sont elles-mêmes envisagées comme des facteurs favorisant ou entravant l'adaptation individuelle. La dimension du travail en lui-même, avec ses enjeux propres, notamment en ce qui concerne les atteintes et la restauration de la reconnaissance, n'y est pas prise en compte.

Cette restauration ressemble plus à un effet secondaire témoignant des réussites adaptatives individuelles, arrivant de « surcroît », tout comme l'avait envisagé Sigmund Freud pour la disparition des symptômes dans la cure psychanalytique. Elle laisse de côté l'aspect principal souligné par cette recherche, qui envisage les stratégies de dégageant des atteintes de la reconnaissance consécutives à la mort périnatale, comme reposant presque exclusivement sur le collectif de travail, associées au partage de l'expérience de la mort avec les parents. Cette perspective paraît une indication intéressante pour le constat récurrent de la difficile prévention du burn-out, voire de son impossibilité, alors qu'il est considéré comme responsable de nombreux dysfonctionnements dans les dispositifs de soins. Notamment par l'augmentation des erreurs ou des oublis chez les soignants, susceptibles d'avoir parfois des conséquences désastreuses (Galam, 2012), comme d'être à l'origine d'un coût important, reconnu pour les dépenses de santé, par son retentissement sur ces derniers. Les voies de dégageant individuelles semblent peu opérantes et donnent une maigre satisfaction. Dans les épreuves de la mort périnatale, les soignants évitent les recours individualisés autant que les experts. D'ailleurs les interventions de crise, sur le modèle des cellules médico-psychologiques, non seulement n'existent pratiquement pas, mais se réduisent à proposer une sorte d'airbag psychologique pour aider les soignants à traverser le choc et supporter de pouvoir rester au travail. Elles ne répondent pas aux enjeux essentiels mis en cause.

En effet, toute question concernant la reconnaissance au travail dépasse les aspects de la dimension individuelle et de ses ressources adaptatives, favorisées ou non, pour s'adresser aux ressources de la communauté de travail. De surcroît, tous les échanges entre les soignants et les patients dans l'univers hospitalier sont indissociables, dans leur modulation de la dimension d'équipe, elle-même inscrite dans une dimension institutionnelle. Chaque soignant est porté et porteur de la dimension collective à l'œuvre pour soigner. Elle l'accompagne et le soutient symboliquement. Une de ses contributions majeures s'adresse à la reconnaissance au travail, qu'elle seule peut lui conférer du point de vue individuel, tout en l'associant par là au

travail de la communauté tout entière. Cet étayage symbolique, indispensable aux soignants de par sa nature, ne peut ni être prescrit ni manipulé comme un bien ou une chose. La distribution de la reconnaissance pour des soignants en souffrance n'existe pas. Pour ceux qui sont fortement éprouvés au travail par la mort périnatale, la stratégie de dégagement la plus efficace, à laquelle ils recourent de façon spontanée, c'est de se tourner d'abord vers ceux qui partagent la même activité.

Si dans sa thèse sur le burn-out, Anita Hastoy conclut, elle aussi, simplement par « *l'important c'est d'en parler* », la question des enjeux et des conditions de possibilité d'une telle parole reste entière et se pose, de la même façon, pour ce qui est de la restauration de la dynamique de la reconnaissance consécutive aux atteintes de la mort périnatale. Les leviers d'action relèvent, dans ce cas, des ressources d'une dynamique collective, où la reconnaissance au travail se construit, s'entretient et se restaure dans l'activité au travail elle-même. En effet cette dynamique ne peut être dissociée ni du travail, ni des autres, pairs ou parents : « *Parce que le travail met aux prises le sujet avec des situations contextualisées, à jamais singulières, la régulation ne peut se faire prioritairement qu'au niveau des activités concrètes* » (Minary, 2006, p.96). C'est pourquoi, débattre de façon contradictoire du travail, de ses conditions, de ses difficultés, de ses enjeux, de ses épreuves, du sens et des valeurs portées ensemble, configure un espace de parole qui doit trouver sa possibilité d'expression au sein du travail lui-même, mis en œuvre par ceux-là mêmes qui sont dédiés à leur activité professionnelle. À cette fin, des espaces de discussion du travail, au travail, sont indispensables et leurs conditions de possibilité dépendent en partie des contraintes gestionnaires et organisationnelles liées à la division du travail et des tâches. Pour le moins aucune communauté de travail, portée par une vie et un esprit de groupe étayant pour la reconnaissance au travail, ne peut se constituer sur la base d'une mobilité incessante des soignants. Une certaine stabilité des conditions de travail est indispensable à l'existence et l'entretien d'un tel espace.

Cette parole suppose, en effet, aussi bien un espace qu'une écoute, afin qu'elle puisse être partagée. Porteuse du travail de la subjectivité et de l'intersubjectivité, elle seule permet aux soignants de recourir à leur propre « normativité », soit de recourir « *au sens plein* » du mot « *normatif* » (p.77), à leur capacité « *d'instituer de nouvelles normes* » (Canguilhem, 1966, p.87). Et cela, face aux épreuves liées au travail, au-delà du poids des normes qu'ils y supportent eux-mêmes.

Dans cette recherche, les soignants créent spontanément des « aires » de partage aléatoires, notamment dans les interstices de l'activité, au gré de leurs difficultés ou de leurs contraintes au travail. Pour ceux qui ont à faire avec l'activité IMG, et qui semblent satisfaits de la vie d'équipe, ces espaces sont valorisés et se montrent soutenant pour affronter constamment les difficultés d'une activité qui touche à la fin de vie. Les espaces de convivialité apparaissent comme indispensables à la vie d'équipe, tandis que l'intensification du rythme des soins les amenuise toujours plus. Un GO parle de ces moments de partage, où « *la garde quand c'est un peu calme on parle* » et que, pour ce temps-là, il lui était arrivé d'imposer « *aux externes de faire des gâteaux.* » Le temps des interstices et de la convivialité assouplit la rigueur des corporatismes, le poids des hiérarchies dans le soin, la rigidité de la division du travail et des tâches et, par là, favorise les échanges symboliques comme la circulation émotionnelle. Dans les équipes hospitalières, cette convivialité doit être favorisée par l'organisation du travail comme une régulation essentielle, plutôt qu'une perte de temps qui affecte la rentabilité des actes. « *Il faudrait un café des soignants* », où l'équipe se rassemblerait durant le temps du travail, propose une SF en compensation du petit déjeuner commun, pris ensemble par l'équipe de garde sortante, lorsque les gardes étaient de 24 heures, alors que depuis qu'elles font 12 heures, tout le monde rentre chez soi.

D'autres espaces de parole devraient être restaurés, inventés ou instaurés dans les équipes de façon régulière et systématique. Lors de situations éprouvantes, comme c'est le cas pour certaines morts périnatales, cet espace pourrait ainsi être instauré pour faire face collectivement à ses différents retentissements sur les soignants. Sous cette forme, ces espaces dépendent de décisions comme de volontés institutionnelles et organisationnelles, où l'administration, le chef de service et les responsables de la coordination des soins ont un rôle prépondérant. Convaincre les responsables des soins de la nécessité de tels espaces, œuvrer à les créer et les organiser, pourrait bénéficier de l'aide de la psychologue du service. Il est plus que vraisemblable que ces espaces sont tout aussi essentiels pour enrayer les phénomènes de burn-out chez les soignants. Quelques exemples illustrent cette possibilité à travers les entretiens et les contacts de terrain. Ainsi en est-il des staffs ou des *débriefings* de dossier, qui de façon systématique, ne se limitent pas qu'aux aspects médicaux du travail. Ils ne sont, alors, pas seulement « *lieu d'élaboration de la ligne de soin* », mais aussi lieu de transmission d'une « *culture* », comme l'envisage Florent Schepens (2015, p.65) pour les unités de soins palliatifs. En font partie ces staffs de formation à thématiques non médicales, assez rares dans le secteur

des soins curatifs à l'hôpital, ou encore des réunions d'équipe pour débattre des difficultés du travail lui-même, à partir d'événements liés à celui-ci.

Néanmoins la préservation ou la création de tels espaces reposent, malgré tout, sur une véritable prise de conscience indispensable de tous les acteurs décisionnaires dans l'organisation du soin, à petite et grande échelle, comme des soignants eux-mêmes, pour une « reconnaissance » collective de leur absolue nécessité. Quelles que soient les contraintes économiques ou organisationnelles, cette prise de conscience doit promouvoir les volontés de changement dans les politiques institutionnelles hospitalières, tant il y va de la santé mentale des soignants.

Il importe d'ajouter que le dispositif de visites postnatales à domicile, faites par une sage-femme après une mort périnatale, en partenariat avec les soignants de la maternité concernée, est particulièrement profitable à la mère et aux parents. Cette continuité dans l'alliance faite entre parents et soignants est tout aussi profitable aux soignants eux-mêmes, en ce qu'elle œuvre pour l'entretien ou la restauration d'une reconnaissance mutuelle, dont ces derniers ont absolument besoin pour continuer à travailler. La volonté de soutenir le travail des soignants dans les épreuves la mort périnatale, tout comme de soutenir les parents face au deuil périnatal, pourrait conduire à un dispositif de santé formellement institué, à grande échelle, qui contractualise cette alliance, aux bénéfices des parents comme des soignants.

6.3 Limites et perspectives de la recherche

Au terme de cette recherche sur le travail des soignants dédiés à la vie, SF et GO, face à la mort périnatale, l'examen de la question a été délibérément circonscrit aux situations de la période fœtale. Elles sont associées à des droits pour les parents, assortis de recommandations légales pour les soignants, afin d'aider ces derniers à amorcer leur deuil. La prise en charge du corps sans vie du tout petit y a sa place. Les pertes périnatales plus précoces, embryonnaires et non fœtales dans leur développement, liées à des fausses couches précoces, l'IVG ou des avortements sélectifs, comme la réduction embryonnaire, qui sont parfois également invoquées derrière l'acceptation de mort périnatale, orientent sur des problématiques sensiblement différentes dans leur impact au travail sur les soignants. Alors que des troubles psycho-émotionnels, parfois majeurs chez les parents, sont rapportés par certaines études, il semble que, du côté des soignants, leur impact sur les femmes et les familles relève plutôt du déni, une piste qui mériterait d'être explorée. À tout le moins cette recherche permet-elle de supposer

que, dans ces cas, le décalage entre les faits biologiques de la période embryonnaire, loin de représentations d'enfant chez les soignants, y joue un rôle. Mais surtout, en ces temps du début de la grossesse, leur savoir-faire est suspendu aux bonnes œuvres de la nature, alors qu'ils n'y « peuvent rien ». Si bien que « n'y étant pour rien », cette impuissance les situe d'emblée hors du périmètre des puissantes attentes sociales habituelles dont ils sont porteurs, tout comme hors de toute remise en cause de leur travail. De surcroît les avortements sélectifs réalisés dans le cas de la réduction embryonnaire se compliquent de problématiques éthiques, en particulier avec la question de l'eugénisme, qui trouble aussi bien les parents que les soignants. Ces hypothèses mériteraient d'être explorées par des travaux spécifiquement dédiés.

En s'attachant particulièrement aux SF et aux GO, en tant que professions dédiées à la vie, cette recherche a également laissé dans l'ombre l'impact de la mort périnatale sur les autres professionnels, présents dans sa survenue et son accompagnement. Ils font, eux aussi, partie du collectif de travail. La cohésion et la vitalité de celui-ci, dans sa capacité à développer une pensée commune sur ce qui est vécu, ont été constamment retrouvées en tant que ressource nécessaire face aux épreuves du travail. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les enjeux liés à la reconnaissance. L'impact que supportent tous ces professionnels, la manière dont ils modulent et participent au travail réel déployé par les SF et les GO, ainsi qu'aux stratégies nécessaires pour surmonter les épreuves imposées par la survenue de la mort périnatale, mériteraient à leur tour d'être explorées. Leurs apports nuanceraient sans doute cette recherche en ses limites.

L'investigation de l'impact de la mort périnatale sur les soignants dédiés à la vie a permis de mettre en évidence l'importance du collectif de travail à travers les enjeux essentiels de la reconnaissance. Il va sans dire que les éléments recueillis par cette recherche, qui n'étaient pas destinés a priori à son investigation spécifique, mériteraient d'être explorés par de nouveaux travaux.

Une autre perspective, presque banale si elle n'était pas si souvent malmenée, tient au fait que cette recherche rappelle que les sciences médicales, au fondement du travail médical, quels que soient leurs progrès, font partie des sciences dites humaines. Perdre de vue l'indispensable humanité octroyée dans le partage de l'intersubjectivité, d'autant plus qu'il s'agit de la naissance ou de la mort, se décline en autant de souffrances pour les patients que pour les soignants à leur travail. Les patients ont besoin des soignants tandis que le sens du travail de ces derniers ne peut être trouvé en dehors d'une reconnaissance mutuelle, partagée

de façon ordinaire, et tout particulièrement nécessaire dans les douloureuses épreuves de la mort périnatale. Alors, se demande Georges Canguilhem (2002, p.96) : « *Faut-il introduire dans la formation hospitalo-universitaire des futurs médecins un enseignement de la participation « conviviale » et conséquemment des tests et des examens d'aptitude au contact humain ? Faut-il, différemment, résoudre la difficulté par la création d'équipes de santé où quelques médecins et un personnel paramédical fortement motivés s'emploient à recréer les rapports des individus au corps, au travail, à la collectivité ?* » Si cette question est posée à la formation initiale des futurs professionnels, la recherche y contribue aussi par ses apports inédits dans la compréhension et la construction du sens donné à leur travail, afin d'aider les soignants à rester sujets de ce qu'ils font, grâce à « *l'élaboration d'une pensée sur le travail* » ainsi que « *la possibilité d'en faire valoir ses fondements* » (Ulmann, 2015, p.4).

Conclusion

En très peu d'années, la dialectique ancestrale entre la vie et la mort dans la naissance a changé, grâce au développement de la spécialité obstétricale et l'accès aux soins de toute la population française. Le vieil adage « *qui va à la vie, va à la mort* » n'a plus cours depuis que les femmes ne meurent quasiment plus en couches et depuis que le taux des morts périnatales les plus dramatiques s'est effondré avec celui de la mortalité infantile. Même si, pour les grossesses plus jeunes les certitudes sont moins grandes, il est désormais possible de penser à la naissance sans aussitôt craindre la mort. La vie dans son avènement est désormais plus à l'abri de la mort grâce au savoir et aux techniques médicales. Leur usage est entre les mains des soignants, alors qu'ils ont orchestré historiquement une lutte contre la mort, et son corollaire, la constitution actuelle des professions SF et GO avec la division du travail que l'on connaît. La vie et la mort auront été en quelque sorte découplées dans la naissance, au profit de la vie, alors qu'elles se présentaient encore hier dans une même dynamique entremêlée, sans qu'on sache vraiment laquelle des deux allait prendre le dessus. Ce changement pour la transmission de la vie dans les représentations sociales n'a d'équivalent que pour la sexualité qui, avec l'apparition d'une contraception efficace, a permis de la découpler tout aussi manifestement de la procréation. De même que le désir sexuel peut être revendiqué indépendamment du désir d'enfant, le projet d'enfant dans la naissance peut l'être aussi sans risque vital pour celui-ci ou pour sa mère. C'est le sens d'une lecture possible de certaines remarques de GO qui constatent que « *la société n'accepte pas la mort d'un bébé* », où les représentations sociales se désolidarisent fermement de celles de la mort périnatale.

Si les projets professionnels des SF et des GO convergent incontestablement, en ce sens, par l'attrait de la vie avec les naissances, il en va de même pour les prescriptions liées à leur activité. Dans la division du travail, elles instruisent, en effet, des idéologies professionnelles qui associent à ce découplage social un déni de la mort dans la naissance à hauteur d'un pacte dénégatif, d'autant plus puissant dans l'idéologie obstétricale. Dépositaires et représentants des progrès survenus, pour les GO en particulier, tout se passe comme si les soignants étaient investis, en même temps, d'une fonction qui permet de garantir ce découplage et de le maintenir dans l'activité. L'idéologie obstétricale, développée à travers un système de santé sous-tendu par l'idée permanente du risque pour toute naissance, ancre cette fonction dans une assignation ubiquitaire. Son injonction n'a finalement rien perdu de sa force passée, de ces temps où la mort était omniprésente dans la naissance, avec l'idée d'une obligation de lutte équivalente.

Cependant, tenir cet écart, qui sépare la vie de la mort au profit de la vie, est une position où convergent pour les soignants de nombreuses contradictions. À commencer par les outils dont ils disposent dans leur activité, qui relèvent de modalités scientifiques et techniques, référées à des causalités générales déterministes et reproductibles, mais dont l'application à leur objet pose problème dès lors qu'il s'agit dans la clinique, d'un être humain. Car, dans sa singularité, l'être humain ne peut être subsumé de cette sorte au général, tant par sa complexité « accidentelle » pour reprendre une terminologie d'Aristote, que par son statut de sujet. Qui plus est, en tant que sujet, s'immisce-t-il et vient-il négocier lui-même tout ce qui le concerne dans l'activité au travail. Pour ce qui concerne chaque soignant, sujet lui-même et porteur d'une histoire personnelle, les enjeux des identifications réciproques, avec leur portée émotionnelle, sont indissociables du savoir et du savoir-faire investis dans la relation de soin. Ce qui ressemble à une sorte de griserie ou d'élation, avec « *la joie des naissances* », laisse, de ce fait, entrapercevoir combien les soignants eux-mêmes participent affectivement à l'événement, intensifié par le « *stress* » ou « *l'adrénaline* ». Ce, alors qu'ils semblent concourir à séparer la vie de la mort sous l'étendard d'une idéologie qui bat son plein. Consciemment ou plus inconsciemment, le scénario proposé aux soignants fait comme s'ils pouvaient devenir les maîtres de cette séparation et comme s'ils pouvaient en porter la mesure. Toutefois au sein de l'activité réelle, quand la mort se présente malgré tout, le voile de l'illusion proposée se déchire pour eux, en quelque sorte, douloureusement. Ils sont alors mis face à une double réalité : celle des limites de leur travail dédié à la vie, mais aussi celle des limites existentielles de toute vie humaine qui s'inscrit dans la mort. Qu'advient-il des soignants sous cette injonction dans cet écart qu'ils sont censés garantir au profit de la vie ? En se référant à Sigmund Freud, tout ressemble ici à l'échec du principe de plaisir, qui sous-tend l'activité des naissances, devant le principe de réalité qui s'y oppose avec les épreuves liées à la mort périnatale. D'autant plus que l'activité des soignants s'y trouve considérablement confrontée à tout ce qui porte les stigmates d'un « sale boulot », avec des stratégies symboliques et des lignes de partage renforcées au travail, en vue de séparer les aspects les plus valorisants des aspects les plus « *moches* » ou les moins gratifiants.

De toute évidence, lorsque la mort survient avec la naissance et qu'elle prend le dessus, le sentiment d'échec, de faute, la peur et la culpabilité sont au rendez-vous, avec le cortège des atteintes à la reconnaissance et à l'identité professionnelle. Tout se passe comme si les soignants se trouvaient être en défaut, alors même qu'ils sont confrontés à la douleur des parents. Plus son retentissement est grand, plus toute l'activité au travail se trouve réinterrogée, y compris

lorsqu'elle est dédiée à la naissance. Avec la mort, cependant, il est difficile d'échapper à un questionnement existentiel qui n'avait pas lieu d'être forcément, lorsque la joie, le plaisir ou la satisfaction, procurés par le travail, se suffisaient à eux-mêmes. L'expérience de la mort n'épargne ni les parents, ni les soignants en cette épreuve où « *la peine du souffrir n'est pas le symétrique exact de partager le plaisir* » (Ricoeur, 1990, p.223). Parents et soignants sont alors renvoyés à un autre « travail », sensiblement similaire, celui d'une activité subjective et intersubjective, individuelle et collective qui, par sa force symbolique, doit leur permettre d'accepter la mort grâce au partage. Pour les parents, ce sera dans leur vie propre, tandis que, pour les soignants, cette acceptation touche à leur travail. Ce sera accepter que leur activité dédiée à la naissance soit aussi, parfois, par nécessité, une activité dédiée à la mort, qui ne soit pas une disqualification de leurs qualités ou de leurs compétences professionnelles.

Néanmoins, pour ce faire, l'écart auquel les assigne l'idéologie, où la vie doit être séparée de la mort au profit de la vie grâce à leurs soins, se trouve obligatoirement réinterrogé. Par une mise à distance indispensable, ce questionnement convoque la création d'un espace fomentant une « reprise » de l'activité et de l'expérience faite au travail, par la parole. Cette « aire » subjective, mais surtout intersubjectivement construite et partagée dans la communauté de travail, est ce lieu des ressources et des recours collectifs nécessaires, au-delà des stratégies individuelles, pour la restauration d'une reconnaissance professionnelle mutuelle qui fasse sens pour le maintien des soignants dans leur activité. Ce travail n'est jamais aussi signifiant pour les soignants que, très concrètement, face à des situations singulières d'irruption de la mort, lorsqu'ils ont été éprouvés par ses retentissements spécifiques liés à leur implication.

Toutefois, au-delà de l'esprit qui anime l'équipe dont les soignants font partie, la possibilité d'un tel débat à leur travail, pourtant vital face aux épreuves de la mort périnatale, reste étroitement liée à leurs conditions de travail, dont dépendent aussi les conditions de leur reconnaissance professionnelle. Les politiques actuelles menées dans les institutions hospitalières sont productivistes, visant la rentabilité financière et quantitative, au détriment de l'approche qualitative, dont font partie les espaces de paroles indispensables. L'augmentation du nombre des naissances dans les maternités, combinée à certaines suppressions ou regroupements, ainsi qu'à la réduction des personnels comme du temps de séjour, impose aux soignants un défi épuisant où l'approche productiviste se fait inéluctablement au détriment de la démarche qualitative. Les épreuves traversées par les soignants, dans la mort périnatale, témoignent d'une activité qui ne pourra jamais se réduire à un simple acte de soin. Elles

demandent du temps, pris au travail, pour être dépassées, que ce soit pour les soignants eux-mêmes comme auprès des parents. Néanmoins, l'indispensable humanité, à laquelle elle les assigne ensemble, vient réinterroger les conditions de la naissance elle-même. Qu'en est-il de l'approche qualitative, humaine, où la naissance comme la mort peuvent être accompagnées dans leur dimension existentielle par les soignants à leur travail ? Partager l'expérience de la naissance comme partager l'expérience de la mort, entre soignants, ou entre soignants et parents, s'inscrit toujours dans une ligne de partage au-delà de la division du travail et des tâches, des rôles et des hiérarchies. Quel espace reste-t-il pour une telle démarche, forcément éthique, lorsque les seules considérations économiques à court terme l'emportent, comme s'il n'y avait pas d'autre alternative possible ? Et cela, malgré des travaux de plus en plus nombreux qui témoignent de leurs effets dévastateurs sur la santé des soignants, avec une estimation conséquente des coûts qu'ils représentent, y compris pour la rentabilité des soins eux-mêmes.

Cet ensemble de questions convoque des enjeux sociaux bien plus vastes, qui touchent à la scène politique autant qu'au débat citoyen. Ils ne peuvent pas être laissés à la seule discrétion des soignants et du corps médical. Il y va de la révision d'un « mandat », tel que le conçoit Everett Hughes, accordé ou obtenu par le corps médical, où celui-ci pourrait penser et décider, seul, de ce qu'il convient de faire en pareille situation. Ce sont pourtant bien les parents-citoyens, aidés de professionnels, eux-mêmes soutenus par leurs travaux de recherche, qui ont provoqué une prise de conscience collective de l'impact délétère du deuil périnatal sur leur vie et réinterrogé ainsi la mort, lorsqu'elle survient dans la naissance. Par là, ils ont impulsé des changements législatifs et sociaux, tout comme l'apparition de nouvelles pratiques chez les soignants dans les situations de mort périnatale. Ce mouvement d'ensemble a conduit vers une humanisation de la mort dans la naissance. Ainsi la pratique de l'IMG elle-même peut-elle être subvertie, dans ses conditions, par un supplément d'humanité qui atténue quelque peu la violence qu'elle suppose pour tous.

De la même façon, actuellement, parmi les usagers de la naissance, s'instaure un débat qui ré-interroge les conditions de la naissance pour réclamer son « humanisation », à côté de celle réclamée pour la mort. L'idéologie obstétricale et son emprise sociale, y compris sur le travail des soignants, s'y trouvent encore une fois questionnées, avec la demande puis l'ouverture de Maisons de naissance et d'unité dites « physiologiques » ; ne serait-ce qu'à titre expérimental. En effet, ces lieux supposent que la pensée de la mort dans la naissance soit acceptée et non envisagée comme un accident échappant aux tentatives de contrôle instituées.

Un pas est franchi, lorsque tout en sachant que le risque zéro n'existe pas dans la réalité, il n'est pas aussitôt dénié, mais admis par des alternatives reconnues pour la naissance. La mort peut être pensée comme faisant partie de la vie, susceptible de survenir malgré tout en chacun de ces lieux, même si beaucoup de garanties sont prises pour la vie. L'aporie de la responsabilité de sa survenue avec la recherche incessante d'une attribution causale, cette impasse qui pèse parfois par une culpabilité incommensurable sur les soignants, s'en trouve quelque peu levée, là où il est possible de signifier que, dès la naissance, l'existence humaine doit s'avouer mortelle. La mort n'apparaît plus, alors, comme une vulnérabilité inscrite par une défaillance dans le corps des femmes, dont il faudrait se protéger, qu'il faudrait pouvoir corriger ou contrôler grâce à une accumulation de moyens matériels, techniques et humains. Le débat sur les moyens nécessaires pour éviter la mort par une médicalisation forcée, s'oriente, ainsi, vers une approche sensiblement différente à partir d'une reconsidération des conditions de la naissance. De ce fait, le débat social et médical concernant la mort périnatale s'inscrit aussi très sensiblement au cœur de celui des conditions faites à la naissance.

En desserrant l'articulation stricte à l'idéologie du risque et l'omniprésence de la question de la mort dans les conditions de la naissance, les perspectives de la division du travail entre le normal et le pathologique se remodelent, à leur tour, pour faire place à une conception moins strictement scientifique de la naissance. Elle s'adresse à l'activité des soignants comme à l'organisation micro et macrosociale de leur travail. Dès lors que « *le corps vivant n'est pas un objet* » (Canguilhem, 2002, p.68), mais un « *tout vécu par le sujet* » (p.82), avec une normativité propre liée à son « *pouvoir de « faire face à »* », les enjeux liés à la naissance pour chaque femme se déclinent surtout par le respect « *à pouvoir réaliser toutes ses capacités* » (p.91). Ce débat, ouvert sur la médicalisation autant que sur ses alternatives, s'adresse à la question de la santé dans les conditions de la naissance, là où le corps somatique « *donné* », mais aussi « *produit* » grâce aux ressources de la normativité propre, est aussi un corps « *subjectif* », car porté par un sujet, comme l'analyse Georges Canguilhem (p.68) : « *La définition de la santé qui inclut la référence de la vie organique au plaisir et à la douleur éprouvés comme tels introduit subrepticement le concept de corps subjectif dans la définition d'un état que le discours médical croit pouvoir décrire en troisième personne* ». La question de la santé s'ouvre, ainsi, sur la primauté faite au vécu dans la naissance, tout comme à son recouvrement en cas de mort périnatale. Elle vient directement interroger la relation d'aide proposée avec la relation de soin, où « *les bonnes intentions* » pourraient aussi bien masquer « *des désirs de contrôle, voire d'emprise sur l'autre* » (Amado, Minary, 2008, p.9).

Or la santé, loin d'être circonscrite à l'absence de pathologie ou à la physiologie dite normale, nécessite justement l'attention faite aux conditions dans lesquelles la naissance se déroule. Le point de vue de la mère et des parents reste essentiel, lorsque le bon vécu est déterminant pour s'adapter aux bouleversements de la maternité et de l'enfantement, tout comme il est déterminant dans la disponibilité nécessaire à la fondation des premiers liens avec l'enfant. Preuve en est lorsqu'un accouchement normal n'est pas forcément synonyme de bon vécu, tandis qu'un accouchement pathologique ne renvoie pas obligatoirement à un mauvais vécu. L'importance de ce bon vécu se conjugue avec le respect et la reconnaissance des capacités propres des femmes en faveur de leur santé globale, physique, psychique comme celle de leurs liens (Akrich, Evrard, 2015). Ces débats ouverts sur une médicalisation « raisonnée » et son usage critique, comme corollaire des enjeux de la mort dans la naissance, rencontrent un écho sensiblement plus important actuellement auprès du public, des médias comme dans les travaux de recherche¹⁰⁴. Tel un pendant incontournable, la question des « violences obstétricales », liées principalement à la médicalisation, bénéficie de recherches internationales de plus en plus nombreuses depuis 2014, alors qu'elles sont également de plus en plus dénoncées par les femmes elles-mêmes malgré, semble-t-il, la difficulté à en témoigner¹⁰⁵. Avec la déclaration de l'OMS en 2014¹⁰⁶, l'ensemble de ces recherches les concernant mettent en avant le dialogue incessant, indispensable entre parents et soignants, dans le respect mutuel et la collaboration, où le climat des soins doit laisser une participation active aux femmes, à tous points de vue, y compris dans le droit à disposer pleinement de leurs ressources corporelles et psychiques, soit à leur caractère « *normatif* », moteur de « *l'empowerment* »¹⁰⁷, tant prôné pour leur santé.

Loin de stigmatiser, essentiellement, l'activité des soignants dans les établissements de soins que sont les maternités, le débat sur l'humanisation de la naissance inclut, nécessairement, celui qui touche à l'humanisation du travail des soignants. Pas plus que leurs patients, ils ne sont des sujets désincarnés sans histoire singulière, sans valeurs, exerçant à leur travail un savoir médical sans émotions et sans affects, comme la confrontation à la mort périnatale le souligne

¹⁰⁴ Le premier congrès international tenu en France s'est déroulé à Paris, à l'EHESS-CNRS le 29-30 septembre 2016 sur le thème : « *Medicalized* » *childbirth as a public problem : Risk culturel(s), gender politics, techno-reflexivities*.

¹⁰⁵ Le CIANE recense 60 travaux scientifiques internationaux, sélectionnés pour traiter de cette question.

¹⁰⁶ <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnc3NhaTlwMDkxMjAyfGd4OjYyNTlmYjRmNDQxZTUxZGM>, consulté le 14 mars 2017.

¹⁰⁷ *Empowerment* compris en tant que l'octroi de davantage de « pouvoir d'agir »

essentiellement. Car, pour eux à leur travail, face aux parents, les épreuves traversées peuvent être considérées comme autant de « *mise au jour de formes de la finitude, dont la mort est sans doute la plus menaçante, mais aussi la plus pleine* » (Foucault, 1963, p.202). Elles réclament, elles aussi, une indispensable humanisation pour donner sens à une expérience sans commune mesure, vécue au travail, alors même qu'elle échappe à toute science explicative. De tous bords, le recours à la subjectivité et à l'intersubjectivité partagée s'avère incontournable pour restaurer des significations, face à des événements fondamentaux en ces temps d'intense vulnérabilité, qu'il s'agisse de la naissance ou de la mort, qu'il s'agisse des soignants ou des parents, grâce à la réciprocité dans les échanges. Cet espace, que Martin Buber appelle la sphère de l'« *Entre-deux* » (1980, p.113), ressemble fort à l'aire winnicottienne, en ce qu'il dépend de relations vécues concrètement, en toute présence, qu'elles soient individuelles ou collectives. S'il échappe à toute tentative d'une réelle objectivation, cet entre-deux n'en est pas moins un espace d'élaboration et de créativité, où la vie humaine reprend pleinement ses droits au cœur du travail des soignants, au cœur de la vie des femmes et de leur famille, au cœur de ces problématiques indissociables de toute existence humaine. Celles qui se manifestent dans la confrontation à la mort, mais qui se saisissent aussitôt de la vie, là où naître et mourir en sont les passages indissociables. Cet espace de riposte et de dépassement est, en ce lieu, fondateur d'actes de vie, grâce au partage. Des actes de vie, toujours et malgré tout, porteurs d'espoir, passeurs d'humanité, et que symbolise avec force le roseau vert du passeur d'eau d'Émile Verhaeren (1917, p.10), tant ce :

« tenace et vieux passeur

Garda tout de même, pour Dieu sait quand,

Le roseau vert entre les dents »

BIBLIOGRAPHIE

Akrich M., Pasveer B.1995. La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ? *Revue française d'administration publique*, n° 76, p.575-584.

Akrich M., Pasveer .1996. *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques d'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

Akrich M. 1998. Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau, *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol.27, n°2, p197-204.

Akrich M., Evrard A. 2015. Déroulement du post-partum : ce qu'en disent les femmes, *Revue de Médecine Périnatale*, vol.7, n°2, p.69-81.

Akrich M. 5.12 .2016. *Plus de Maisons de naissance et pôles physiologiques à Paris ?* Débat dans le cadre des Assises parisiennes de la santé, maternité de Port-Royal.

Almudever B., S. Croisy-Belz S., Cayado V., Lapeyre N. 2010. L'insertion des femmes dans des métiers dits masculins : trajectoires atypiques et transfert d'acquis d'expériences, *Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte*, Eres, p.162-176.

Almudever B., Michaëlis N., Aeschlimann M.-P., Cazals-Ferré M.-P. 2012. Le pouvoir d'agir à l'épreuve de la souffrance au travail : émotions, recherche et construction de sens, *Psychologie du travail et des organisations*, vol.18, n°1, p.81-95.

Almudever B., Dupuy R. 2016. Introduction. Sujets pluriels : La construction de la personne à l'articulation de différents milieux et temps de socialisation, *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 22, n°2, p.7-20.

Amos T. 2010. Outcastes and medical practices in Tokugawa, Japan, *Early Modern Japan*, vol.18, p.5-25.

Anzieu D., Martin J.-Y. 1968-2013. *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, coll. Quadrige Manuels.

Anzieu D.1975-1984-1996. *Le Groupe et l'Inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.

- Anzieu D. 1985-1995-2006. *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- Anzieu-Premmeneur C. 2007. Naissance de la pensée et de l'humour, dans C. Chabert, D. Cupa, R. Kaës, R. Roussillon, D. Anzieu (sous la direction de), *le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, Paris, Erès, p.179-198.
- Ariès P. 1960. *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon.
- Ariès P. 1975. *Essais sur la mort en Occident*, Paris, Seuil.
- Ariès P. 1977. *L'homme devant la mort*, 2 volumes, Paris, coll. Points Seuil.
- Aristote. 1991. *Physique II*, Paris, Vrin, Bibliothèque des Textes Philosophiques.
- Armengaud A. 1975. *La famille et l'enfant en France et en Angleterre du XVIIe au XVIIIe siècle, Aspects démographiques*, Paris, S.E.D.E.S.
- Azria E. 2012. L'humain face à la standardisation du soin médical, *La vie des Idées* [en ligne], URL : <https://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation-du-soin-medical.html>
- Baills-Talbi N., Dasen V. 2008. Rites funéraires et pratiques magiques, dans *Nasciratus, infans, puerulus vobis mater terra. La muerte en la infancia*, SIAP, Castille, Espagne, p. 595-618.
- Bacqué M.-F. 2002. *Apprivoiser la mort. Psychologie du deuil et de la perte*, Paris, Odile Jacob.
- Bacqué M.-F. 2008. L'annonce de la mort, *Etudes sur la mort*, n°134, p.99-104.
- Bacqué M.-F., Merg-Essadi D. 2013. Des corps immémoriaux. Devenir du corps de l'enfant mort autour de la naissance. Deuil social et psychologique des parents, *Corps* (revue du CNRS), n°11, p.57-68.
- Balint M. 1957, trad. Valabrega J-P. 1960. *Le médecin son malade et la maladie*, Paris, PUF.
- Barlet M., Marbot C. 2016. *Portrait des professionnels de santé, Édition 2016*, coll. Panoramas de la DREES-SANTE, avril 2016 ou n° 134.
- Barus-Michel J. 1986. Le chercheur, premier objet de la recherche, *Bulletin de psychologie*, Tome XXXIX, n°377, p. 801-804.

Barus-Michel Jacqueline, Molinier Pascale (sous la direction de) 2014. Le genre. Représentations et réalités, *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n° 20.

Beauvalet-Boutouyrie S. 1999. *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*, Paris, Belin.

Bechtel G. 1998. *La sorcière et l'occident. La destruction de la sorcellerie en Europe, des origines aux grands bûchers*, Paris, Plon.

Bellamy V., Beaumel C. 2014. *Statistiques d'état civil sur les décès 2013*, INSEE, résultats n°159, Société.

Bercot R., Mathieu-Fritz A. 2007. La crise du recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités, *Revue Française de sociologie*, n°4, vol. 48, p. 751-779.

Bernard J. 1952. État de la Médecine, *Les Temps Modernes*, Paris, Gallimard, n°83, p. 527-540.

Bessières S. 2005. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage, *Revue française des affaires sociales*, vol.1, n°1, p.17-33.

Binant P. 1991. *Les sépultures du paléolithique*, Paris, Ed. Erance.

Blondel B., Kermarrec M. 2011. *Enquête Nationale Périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, unité INSERM U953.

Boltanski L. 2004. *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, NRF Essais.

Bourdieu P. 1998-2002. *La domination masculine*, Paris, coll. Points Seuil.

Bourgeois L. 1609, réed.1992. *Observations sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladie des femmes et enfants nouveau-nés*, Paris, côté-femmes.

Bowlby J. 1961. Processes of mourning. *The International Journal of Psycho-analysis*, n° 42, p.317-340.

Bowlby J. 1961. Childhood Mourning and its implications for psychiatry, *American Journal of psychiatry*, n° 118, p.481-498.

- Boszormenyi-Nagy I., Spark G. M. 1973- 1984. *Invisible Loyalties: reciprocity in intergenerational family therapy*, New York, Brunner-Mazel.
- Braudel F., Labrousse E. 1970-1993. *Histoire économique et sociale de la France*, Tome 2, Paris, PUF.
- Bréart G., Crépin G. Séance du 20.11.2010. Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France, Rapport du groupe de travail, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 194, n°8, p.1581-1599.
- Buber M. 1938, trad. 1962-1980. *Le problème de l'homme*, Paris, Aubier Montaigne, coll. Philosophie de l'esprit.
- Buber M. 1923, trad. 1969-1981. *Je et Tu*, Paris, Aubier Montaigne, coll. Philosophie de l'esprit.
- Buber M. 1978. *Urdistanz und Beziehung. Beiträge zu einer philosophischen Anthropologie*, Heidelberg, Verlag Lambert Schneider.
- Cain A.C., Cain B.S. 1964. On replacing a child. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, n°3, p.443-456.
- Canguilhem G. 1965-1992-2003-2009. *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin.
- Canguilhem G. 1965-1977-2009. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris, Vrin.
- Canguilhem G. 1966-1999. *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Canguilhem G. 2002. *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil.
- Carlin N. 26.03.2014. *Relation de soin, la confiance à l'épreuve du droit*, Thèse de philosophie sous la direction de D. Folscheid, Université Paris-Est Marne-la-Vallée.
- Carricaburu D. 2007. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition, *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n°1, p.123-144.
- Cesbron P. (sous la direction de) 2006. La vie d'avant la vie. L'anténatal, *Revue spirale*, n°36, Toulouse, Eres.
- Champy F. 2009- 2012. *La sociologie des professions*, Paris, PUF, coll. Quadrige Manuels.

Chapert C., Cupa D., Kaës R., Roussillon R. (sous la direction de) 2007-2012. *Didier Anzieu : Le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, Toulouse, Eres, coll. Le carnet PSY.

Charrier P. 2007. Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ?, *Sociétés contemporaines*, vol.67, n°3, p.95-108.

Charrier P. 2011. *Les sages-femmes en France*, Rapport de recherche, Université de Lyon Centre Max Weber, UMR 5283, CNRS.

Charrier P., Clavandier G. 11 décembre 2013. Prénommer pour faire exister. Le prénom sous le prisme de la naissance, colloque INED, *Noms et prénoms : établir l'identité dans l'empire du choix*, INED, Paris.

Charrier P., Clavandier G. 18-20 juin 2014. « Quelle place pour les bébés morts ? Espaces dédiés dans les cimetières et cérémonies rituelles d'adieu », 11e colloque interdisciplinaire de la Maison archéologie et ethnologie René Ginouvès, *Le funéraire. Mémoire, protocoles, monuments*, Paris, Maison Archéologie & Ethnologie.

Chiland C. 1983-2013. *L'entretien clinique*, Paris, PUF.

Clot Y., Leplat J. 2005. La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail, *Le Travail humain*, vol.68, n°4, p.289-316.

Coulm B. 29.11.2013. *ACCOUCHER EN FRANCE. Prise en charge de la naissance en population générale*, Thèse de doctorat en épidémiologie, sous la direction de B.Blondel, Université Paris-Sud.

Coulon-Arpin M. 1982. *La maternité et les sages-femmes. De la préhistoire au XXe siècle*, tome 1, Paris, Ed. Roger Dacosta.

Crocq L. 1998. La cellule médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions, *Annales Medico-Psychologiques*, vol.156, n°1, p.48-54.

Cru D. 2014. *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*, Toulouse, Eres, coll. Clinique du travail,

Dastur F. 2005. *Comment affronter la mort ?*, Paris, Bayard.

Dastur F. 2007-2010. *La mort. Essai sur la finitude*, Paris, PUF, coll. Épiméthée.

- Dejours C. 1980. *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard.
- Dejours C., Molinier P. 1994. De la peine au travail, *Revue Autrement*, Série Mutations, n° 142, p. 138-151.
- Dejours C. 1998. *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- Dejours C. 2001. Subjectivité, travail, action, *La pensée*, n°328, p.7-19.
- Dejours C. 2005. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critiques des fondements de l'évaluation*, Paris, INRA.
- Dejours C., Gernet I. 2009. Évaluation du travail et reconnaissance, *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.2, n°8, p.27-36.
- Delaisi de Parseval G. 1997. Les deuils périnataux, *Etudes*, vol. 387, n°5, p.457-466.
- Delattre V. 2008. Les sépultures de nouveau-nés au moyen-âge : L'hypothèse d'un sanctuaire à répit précoce à Blandy-les-Tours (France, Seine et Marne), dans *Nasciturus, infans, puerulus vobis mater terra. La muerte en la infancia*, SIAP, Castille, Espagne, p.183-210.
- Deliège R. 1995. *Les intouchables*, Paris, Imago.
- Dilthey W. 1883, trad. Rémy M. 1947. *Le monde de l'esprit*, Paris, Aubier-Montaigne.
- Ditz S. 2001. Betreuung von Frauen mit einer Totgeburt, Besonderheiten der Arzt-Patientin-Beziehung, *Der Gynäkologe*, vol. 34, n°3, p.212-219.
- Dubar C., Tripier P. 1998. *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- Dumont L. 1966. *Homo hierarchicus. Le système des castes et ses implications*, Paris, Gallimard.
- Dumoulin M. 1994. *Le mort-né est-il considéré comme une personne humaine par les soignants de la maternité ?* DEA d'Éthique Médicale et Biologique. Université René Descartes, Paris V.
- Dumoulin M., Valat A.-S.1997. L'enfant mort en maternité : de l'échographie aux funérailles, dans R. Frydman, M. Flis-Trèves (sous la direction de), *Mourir avant de n'être*, Paris, Odile Jacob, p. 109-138.

- Dumoulin M. 1998. *Respect et considération des corps des fœtus décédés. Réflexions éthiques*. Thèse de médecine en santé publique, Université Lille 2.
- Dumoulin M., Picard H. 2007. Le tout petit et la crémation, *Études sur la mort*, vol. 132, n°2, p. 55-64.
- Durkheim E. 1893-1986. *De la division du travail social*, Paris, PUF.
- Falconnet G., Lefaucheur N. 1977. *La fabrication des mâles*, Paris, Seuil, coll. Points-actuels.
- Foucault M. 1963. *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, coll. Galien.
- Foucault M. 1976. *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Foucault M., Barret-Kriegel B., Thalamy A., Fortier B., Beguin F. 1979. *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles, Ed. Pierre Mardaga, coll. Architecture + archives.
- Foulon C. 2014. L'effroi de soi, dans l'Interruption Médicale de Grossesse, *Le Carnet Psy*, vol. 185, n°9, p. 25-31.
- Francisque-Michel, 1847. *Histoire des races maudites de la France et de l'Espagne*, Paris, Ed. A. Franck.
- Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V. 1975. Ghost in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships, *Journal of the academy of child psychiatry*, vol. 14, n°3, p.387-421, trad. fr.1999, *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, PUF, coll. Le fil rouge.
- Fray H-M. 1910. *Lépreux et cagots du sud-ouest. Notes historiques, médicales, philosophiques, suivies de documents*, Paris, Ed. Honoré Champion.
- Fréchette-Piperni S. 2005. *Les rêves envolés. Traverser le deuil d'un tout petit*. Boucherville, Québec, Ed. Le Mortagne.
- Freidson E. 1970. *Profession of medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Dood, Mead & compagny, New-York, trad. 1980, *La profession médicale*, Paris Payot.
- Freud S. 1915-1986. Deuil et mélancolie, dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, p.145-171.
- Freud S.1915-1981. Considérations actuelles sur la guerre et la mort, dans *Essais de*

psychanalyse, Paris, Payot, p. 219-274.

Freud S. 1920-1981. Au-delà du principe de plaisir, dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 41-115.

Freud S. 1921-1981. Psychologie des foules et analyse du moi, dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 129-242.

Gadamer H.-G. 1994. Die Erfahrung des Todes, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt/Main, Suhrkamp, p. 84-94, trad. 1998, L'expérience de la mort, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat, p. 81-94.

Gadamer H.-G. 1994. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt/Main, Suhrkamp, trad. 1998, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat.

Galam E. 2009. La souffrance du soignant mis en cause par un patient, *Responsabilité*, vol.9, n°36, p.20-23.

Galam E. 2012. *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. De la seconde victime au premier acteur*, Paris, Springer.

Gamelin-Lavois S., Hertzog-Evans M. 2003. *Le droit des mères. La grossesse et l'accouchement. La justice au quotidien*, Paris, L'Harmattan.

Gamelin-Lavois S., Maria B. 2014. *La naissance autrement : Choisir son projet de naissance*, éditions Jouvence France, coll. Les maxi pratiques.

Gélis J. 1977. Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 32^e année, n°5, p.927-957.

Gélis J., Laget M., Morel M.-F. 1978. *Entrer dans la vie, Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Archives Gallimard-Julliard.

Gélis J. 1984. : *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne VI^e – XX^e siècle*, Paris, Fayard.

Gélis J. 1988. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard.

Gélis J. 2006. *L'enfant des limbes. Mort-nés et parents dans l'Europe chrétienne*, Paris, Audibert.

Gélis J. 2009. Louise Bourgeois, une sage-femme entre deux mondes, *Histoire des sciences médicales*, vol. 43, n°1, p.27-38.

Gilligan C. 2009. Le care, éthique féminine ou éthique féministe ?, *Multitudes*, vol.37-38, n°2, p.76-78.

Girard R. 1972. *La violence et le sacré*, Paris, Grasset.

Giraud A.-S. 2016. Le Statut liminal du fœtus mort en France : du « déchet anatomique » à « l'enfant », *Techniques et Culture* [en ligne], Suppléments au n°65-66, URL : <https://tc.revues.org/7794>

Giroux E. 2010. *Après Canguilhem, définir la maladie*, Paris, PUF.

Giust-Desprairies F. 2004. *Le désir de penser. Construction d'un savoir clinique*, Paris, Téraèdre.

Goffman E. 1959, trad. fr. 1973. La présentation de soi, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Tome 1, Paris, Éditions de Minuit.

Goffman E. 1963, trad. fr. 1973. Les relations en public, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Tome 2, Paris, Éditions de Minuit.

Goffman E. 1974. *Les rites d'interactions*, Paris, Editions de Minuit.

Gorer G. 1955. The pornography of death, *Encounter*, n°16, p.49-52.

Gouy-Masure C. 6.02.2012. Deuil périnatal: du choc de l'événement à l'état de stress post-traumatique, thèse de médecine, Université Henri Warembourg, Lille 2.

Guerreau A., Guy Y. 1988. *Les cagots du Béarn*, Paris, Minerve.

Grenn M. H. 2008. *Making women's medicine masculine: The rise of male authority, Pre-modern gynaecology*, Oxford, Oxford University Press.

Habermas J. 2002. *L'avenir de la nature humaine. Vers un eugénisme libéral ?*, Paris, Gallimard.

Hanus M. 1982. Objet de remplacement, enfant de remplacement, *Revue française de psychanalyse*, vol. 46, n°6, p.1133-1147.

Hanus M. 1997. Deuils normaux, deuils compliqués, deuils pathologiques. *Frontières*, vol. 9, n°3, p. 5-9.

Hardy-Bubernet A.-C. 2005. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, *Revue des affaires sociales*, La Documentation française, n°1, p. 35-58.

Hatem M., Sandoll J., Devane D., Soltani H., Gates S. 2009. Midwife-led versus other models of care for childbearing women, *Cochrane-Database of systematic reviews*, consultable en ligne, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843666>

Haussaire-Niquet C. 1998-2004. *L'enfant interrompu*, Paris, Flammarion.

Haussaire-Niquet C. 2004. *Le deuil périnatal. Le vivre et l'accompagner*, Barret-sur Méouge, Le souffle d'or.

Hecquet P. 1708-1881. *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*, Bruxelles, Editeurs Gay et Douce.

Hirsch E. 2001. Sens et enjeux du soin, *Etudes sur la mort*, vol.120, n°2, p. 57-67.

Hirsch E. 2003. Ethique hospitalière et relation de soin, *Laennec*, Tome 51, n°3, p.7-21.

Hirsch E. 2006. *L'éthique au cœur des soins*, Paris, Vuibert.

Hirsch E. 2010. Introduction générale. Une conception vivante de la dignité humaine et de la démocratie, dans E. Hirsch (sous la direction de), *Traité de bioéthique. Fondements, principes, repères*, Toulouse, Erès, p.28-43.

Hogue C.J.R., Parker C.B., Willinger M., Hogue C.J.R. and others. 2015. The Association of Stillbirth with Depressive Symptoms 6-36 Months Post-Delivery, *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol.29, n°2, p. 131-143.

Homei A. 2003. *Modernising midwifery: the history of a female medical profession in Japan, 1868-1933*, Center for the history of science, technology and medicine, University of Manchester.

Honneth A. 1992. *Kampf um Anerkennung. Zur moralischer Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt/Main, Suhrkamp, trad. fr. 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Folio, coll. Essais.

Honneth A. 2010. *Das Ich im Wir*, Berlin, Suhrkamp.

Honneth A. 2008, trad. 2015. *La société du mépris*, Paris, La Découverte.

Houffin-Debarge V., Vassst P. 2008. *Interruption médicale de grossesse. Processus décisionnel et prise en charge*, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Extrait des mises à jour, Tome XXXII, p. 41-62.

Jankélévitch V. 1966. *La mort*, Paris, Flammarion.

Jonas H. 1987. *Technik, Medizin und Ethik*, Berlin, Suhrkamp Taschenbuch.

Jonas H. 2013. *Le principe de responsabilité : Une éthique pour la civilisation de la technologie*, Flammarion, coll. Champ Essais.

Hughes E. C. 1976. The Social Drama of Work, *Mid-American review of sociology*, vol.1, n°1, p.1-7, trad. Mailhos J. 1996, Le drame social du travail, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.115, n°1, p. 94-99.

Hughes E. C. 1958. *Men and their work*, New York, Free Press, trad. Chapoulie M. 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS.

Jacques B. 2007. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ?, *La santé de l'homme*, n°391, p.20-22.

Kaës R. 1980. *L'idéologie, études psychanalytiques*, Paris, Dunod.

Kaës R. (sous la direction de) 1987-2000. *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*, Paris, Dunod.

Kaës R. 1988. : Alliances inconscientes et pacte dénégatif dans les institutions, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Paris, Eres, n°13, p. 27-38.

Kaës R. 1993. *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.

Kaës R. et coll. (sous la direction de)1996. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.

Kaës R. 2016. *L'idéologie, l'idéal, l'idée, l'idole*, Paris, Dunod.

- Klein M. 1957, trad. 1968. *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard.
- Kellner K. R. 1981. Perinatal mortality counselling program for families who experience a stillbirth, *Death education*, vol. 5, n°1, p.29-35.
- Kirkley-Best E., Kellner K. R. 1982. The forgotten grief : A review of the psychology of stillbirth, *American Journal of Orthopsychiatry*, n°52, p. 420-429.
- Knibiehler Y. 2007. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Paris, Ed. ENSP.
- Kristeva J. 1980. *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*, paris, Seuil.
- Ladewig S. 19.05.2010. *Trauerverarbeitung des prä-und perinatalen Kindstodes. Eine Interview-und Internetstudie*. Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Naturwissenschaften, Universität Carola-Wilhelmina zu Braunschweig.
- Laurens C. 1995-2001. *Philippe*, Paris, P.O.L.
- Lamont-Brown R. 1993. The burakumin: Japan's underclass, *Early Japan Review*, vol. 263, n°1532, p.136-140.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. 1997. *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF.
- Laude A. 2013. La judiciarisation de la santé, *Questions de Santé Publique*, IReSP, n°20.
- Le Breton D. 2013. Face à ce qui reste : ambivalences du cadavre, dans F. Schepens (sous la direction de), *Les soignants et la mort*, Paris, Erès, coll. Clinique du travail, p.57-70.
- Le Breton D. 2013. *L'adieu au corps*, Paris, Métailié.
- Lefaucheur N. 1988. La résistible création des accoucheurs des hôpitaux, *Sociologie du travail*, vol. 30, p. 323-352.
- Lefève C., Minon J.-C., Zaccai-Reyners N. 2016. : *Le soin Approches contemporaines*, Paris, PUF.
- Le Grand-Séville C., Morel M.-F., Zonabend F.1998. *Le fœtus, le nourrisson et la mort*, Paris, L'Harmattan.

- Lemay C. 2002. *Quels enjeux pose la pratique sage-femme dans la reconfiguration des rapports des femmes face à leur maternité et à leur santé ?*, Examen de synthèse, Programme de doctorat en sciences humaines appliquées, Université Montréal.
- Lewis E., Page A. 1978. Failure to mourn a stillbirth: An overlooked catastrophe, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 51, 237-241.
- Lhuilier D., Cochin Y. 1999. *Des DÉCHETS et des HOMMES*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Lhuilier D. 2005. Le « sale boulot », *Travailler*, vol.14, n°2, p.73-98.
- Lhuilier D. et coll. 2005. *Prévenir le risque nosocomial. La ballade infectieuse*, Paris, L'Harmattan.
- Lhuilier D. 2006. *Cliniques du travail*, Toulouse, Erès, coll. Clinique du travail.
- Lhuilier D. 2009. Travail, management et santé psychique, Erès, *Connections*, vol.91, n°1, p.85-10.
- Lhuilier D., Clot Y. 2010. *Travail et santé. Ouvertures cliniques*, Toulouse, Erès, coll. Clinique du travail.
- Lhuilier D. 2010. L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail, *Sciences sociales et santé*, vol.28, n°2, p.31-64.
- Lhuilier D. 2011. Souillure et transgression : le travail du négatif psycho-social, dans D. Cortal, S. Lelay (sous la direction), *Les travailleurs des déchets*, Toulouse, Erès, p. 35-43.
- Lhuilier D., Waser A.-M. 2016. *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, Toulouse, Erès, coll. Clinique du travail.
- Lussier M. 2007. *Le travail de deuil*, Paris, PUF.
- Macherey P. 2008. Idéologie : le mot, l'idée, la chose, *Methodos. Savoirs et textes* [en ligne], UMR 8163, n°8, URL : <http://methodos.revues.org/1843>
- Maria B. et coll. 2003. Accoucher et naître en France. Propositions pour changer les naissances, *Journal de Gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 32, n°7, p.606-616.

Marty P. 1976. *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Tome II, Paris, Payot.

Mandelbrot L., Girard G. 2008. *Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse*. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Extrait des mises à jour, Tome XXXII, p.7-39.

Masquelet A-C. 2001. La fonction de chef de service en milieu hospitalier, *Cités*, vol.6, n°2, p.137-142.

Maubon M. 2011. *Deuil des soignants : une souffrance à penser*, site de la Fondation Œuvre de La Croix Saint-Simon, Centre De Ressources National soins palliatifs François Xavier Bagnoud, consultable en ligne, URL : <http://docslide.fr/documents/deuil-des-soignants.html>

Mauss M. 1923-1924. : Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, *L'année sociologique*, nouvelle série, Paris, Alcan, vol.1, p. 30-186.

Mauss M. 1950-1980. *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.

Memmi D. 2011. *La seconde vie des bébés morts*, Paris, EHESS.

Minary J.-P. 2006. Collectifs et cadres de travail dans les impossibles métiers de la relation à l'autre, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, p.87-101.

Minary J.-P., Amado G. 2008. « Introduction », Les ambiguïtés de la relation d'aide, *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.6, n°2, p.7-10.

Mitchell Jeffrey T. 1983. When disaster strikes: The critical incident stress debriefing, *Journal of Emergency Medical Services*, vol.8, n°1, p. 36-39.

Molinier P. 2006. *L'énigme de la femme active, égoïsme sexe et compassion*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Molinier P. 2006-2008. *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Molinier P., Laugier S., Paperman P. 2009- 2016. *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Petite Bibliothèque Payot

Muchembled R. 1993. *Le roi et la sorcière. L'Europe des bûchers (XVe –XVIIIe siècle)*, Paris,

Desclée de Brouwer.

Nakagama K. 1988. *Mille ans de plaisir*, Paris, Fayard.

Nakagama K. 2004. *Miracle*, Arles, Ed Philippe Picquier.

Naïditch M. 2003. La crise des maternités : les raisons d'une faillite prévisible, *Les dossiers de l'obstétrique*, volume 313, n°2, p. 2-4.

Nisand I. 1994. Démédicaliser ou humaniser, *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°213, p.15-18.

Nguyen M. 2012. *Les sages-femmes en salle de travail face à l'IMG : enjeux et difficultés rencontrées*, Mémoire de D.E sage-femme, Université Paris Descartes, Maternité Port Royal.

Parsons T. 1951. Illness and the role of the physician. À sociological perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 3, p. 452-460.

Park K. 2006. *Secrets of women: Gender, Generation and the origins of human dissection*, New York, Zone Books, trad. 2009, *Secret de femmes. Le genre, la génération et les origines de la dissection humaine*, Dijon, Les Presses du réel.

Pellerin, D. 2008. Les erreurs médicales, *Les Tribunes de la santé*, vol.20, n°3, p.45-46.

Perren-Klingler G. 2005. *Psychologisches Debriefing : Adaptation und Modifikation*, Institut Psychotrauma Schweiz (IPTS), Visp, Suisse, consultable en ligne, URL : www.institutpsychotrauma.ch/publikationen/psychdebrief.html

Pezé M. 2010. Création d'un réseau de consultation de souffrance au travail : riposte collective aux pathologies de la solitude, dans Y. Clot, D. Lhuilier (sous la direction de), *Travail et Santé. Ouvertures cliniques*, Toulouse, Erès, p.211-219.

Pierre F. 2007/2008. Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeu à venir, Revue *adps* (actualité et dossier en santé publique), La Documentation Française, n°61/62, décembre 2007-mars 2008, p.53-57.

Pigeard-Micault N. Paris X, EA 373. Histoire de la philosophie, Histoire des sciences: *Histoire de l'entrée des femmes en médecine*, consultable en ligne, URL : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/femmesmed.htm>

Pigeard-Micault N. Saison 2010-2011. La médecine : une profession féminine? Une histoire de l'entrée des femmes en médecine, Université de Bordeaux SAM, consultable en ligne, URL : https://www.canalu.tv/video/universite_de_bordeaux/la_medecine_une_profession_feminine_une_histoire_de_l_entree_des_femmes_en_medecine.6975

Pinto S. 2008-2012. *Where there is no widow: birth and loss in rural india*, Berghahn Books, Oxford.

Pontalis J.- B. 1998-2009. *L'enfant des limbes*, Paris, Folio Gallimard.

Popper K. R. 1935, trad.1973. *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot.

Porée J. 2009. Le sens de la naissance et de la mort chez Martin Heidegger et Paul Ricœur, *Archives de Philosophie*, vol. 72, n° 2, p. 317-336.

Porot M. 1991. Les enfants de remplacements: Stendhal ou l'homme aux pseudonymes, *Annales médico-psychologiques*, vol 149, n°8, p.682-686.

Porot M. 1996. *L'enfant de remplacement*, Paris, Frison Roche.

Ramazzini B. 1700-1713, trad.1778. *Essai sur les maladies des artisans*, Paris, Ed. Adolphe Delahays.

Regnier-Loilier A., Leridon H. 2007. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ?, *Populations et sociétés*, Paris, INED, n°439, novembre 2007.

Richard-Guerroudj N. 2014. Le rôle des sages-femmes, une comparaison France-Angleterre, *Les tribunes de la santé*, vol. 44, n° 3, p.85-91.

Ricœur P. 1953. Vraie et fausse angoisse, dans *L'angoisse du temps présent et les devoirs de l'esprit*, textes des conférences et des entretiens organisés par les Rencontres internationales de Genève 1953, vol. 8, Suisse, Neuchâtel, Ed. de la Baconnière, p. 37-61.

Ricœur P. 1990. *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, coll. Points-Essais.

Ricœur P. 1994. La souffrance n'est pas la douleur, *Revue Autrement*, Série Mutations, p.58-69.

Ricœur P. 1996. Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit*, Paris, Seuil, p.21-33.

Ricoeur P. 1998. Le sentiment de culpabilité : sagesse ou névrose, dans M. de Solemne, J.-Y. Leloup, P. Naquet, P. Ricoeur, S. Rougier, *Innocence et culpabilité*, Paris, Albin Michel, coll. Espaces libres, p. 13-40.

Ricoeur P. 2004. *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Folio, coll. Essais.

Rigouzzo A. 2015. Douleur et réhabilitation en post-partum, *Revue de Médecine Périnatale*, vol.7, n°2, p. 87-95.

Rocle J.-P. 2014. Mort périnatale, répondre aux besoins de ritualité, Actes du colloque Agapa du 22 09 2014, *Mort périnatale. Comprendre et mesurer son retentissement pour mieux accompagner ceux qui y sont confrontés*, Paris, Espace Reuilly, p. 66-70.

Rogers C. R., trad. Kinget M. G. 1962. *Psychothérapies et relations humaines : Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Louvain, Editions Universitaires.

Rotten D., Decroix H., Bolot P. (sous la direction de) 2012. *Mortalité et deuils périnataux. De l'accident à la grossesse suivante*, Saint Denis, Ed. Maternité/Périnatalité-93.

Rousseau P., Fierens R. M. 1994. Évolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale, *Journal de gynéco-obstétrique et de biologie de la reproduction*, vol. 23, p.166-174.

Rousseau P. 1995. Les pertes périnatales, la famille, les soignants et la société, *Devenir*, vol. 7, n°1, p.31-61.

Rousseau P. 1998. Deuil périnatal : abord transgénérationnel, *Devenir*, vol.10, n°3, p.35-65.

Roussillon R. 1987-2000. Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice, dans R. Kaës et coll., *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, p. 157-178.

Roux L. 1840. La sage-femme, dans *Les Français peints par eux-mêmes : encyclopédie morale du XIXe siècle*, Paris, éd L. Cumer, tome 1, p.177-184.

Sapir M. 1997. *La relation au corps*, Paris, Dunod.

Schalck C. 2015. La visite postnatale à domicile par la sage-femme, une alliance PMI-maternité, Colloque Agapa 22 septembre 2014, Paris Espace Reuilly, dans *Profession Sage-femme*, n° 213, p. 28-29.

Schalck C. 2015. De la bonne santé de la naissance: normalisation ou normativité ? Réflexions sur le normal et le pathologique à partir des analyses de Georges Canguilhem, *La revue Sage-Femme*, vol. 14, n°6, p. 240-245.

Schalck C. 2017 (sous presse). De la subversion de la mort en maternité par les soignants: entre humanité et créativité, Colloque *Travail et Créativité*, 19-20 novembre 2015, Paris, l'ESCP-Europe, dans *La créativité au travail*, Toulouse, Erès, coll. Clinique du travail.

Schalck C. 2017 (sous presse). Les soignants face à la mort à la naissance, 6e Colloque de la Société d'Histoire de la Naissance, 18 septembre 2016, Paris, École de puériculture du boulevard Brune, dans M-F Morel (sous la direction de), *La naissance au risque de la mort, d'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Erès, coll. 1001BB.

Schepens F. (sous la direction de) 2013. *Les soignants et la mort*, Eres, coll. Clinique du travail.

Schepens F. 2013. Nous on n'a pas de problème avec la mort. Travailler en unité de soins palliatifs, dans F. Schepens (sous la direction de), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Eres, coll. Clinique du travail, p. 213-225.

Schepens F., Castra M. 2015. Devenir professionnel en soins palliatifs. Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires, *Travail et emploi*, n°141, p.53-57.

Schlegel J. G. 1798. Histoire complète de tous les espèces de forceps et de leviers, dans J.-F. Schweighauser 1801, *Archives de l'art des accouchements considéré sous ses rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques*, Strasbourg, Louis Eck imprimeur, Tome 1, p.183-184.

Sichler R. 2010. Anerkennung im Kontext von Arbeit und Beruf, *Journal für Psychologie*, vol. 18, n°2, p.1-37.

Schweyer F.-X. 1996. La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste, *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n°3, p.67-102.

Seyle H. 1956. *The stress of life*, tr.fr. 1962, *le stress de la vie, le problème de l'adaptation*, Paris, Gallimard.

Séguy I., Signoli M. 2008. Quand la naissance côtoie la mort : Pratiques funéraires et religion

populaire en France au Moyen-âge et à l'époque moderne, dans *Nasciratus, infans, puerulus vobis mater terra. La muerte en la infancia*, SIAP, Castille, Espagne, p.497-512.

Sheikh K., George A. 2010. *Health providers in India: on the frontlines of change*, New-York, Routledge.

Sicart D. 2014. *Les professions de santé au 1^{ier} janvier 2014*, DREES, n°189, juin 2014.

Stofft H. 1998. Ambroise Paré, accoucheur, *Histoire des sciences médicales*, vol. 32, n°4, p. 399-408.

Soubieux M.-J. 2008. *Le berceau vide*, Paris, Eres.

Soubieux M.-J. 2010. *Le deuil périnatal*, Bruxelles, Fabert.

Soubrouillard R. 2011. *Le Japon : les « intouchables » de Fukushima*, consultable en ligne, URL : http://www.marianne2.fr/Japon-les-intouchables-de-Fukushima_a205023.html

Soule M., Gourand L., Missonnier S., Soubieux M.-J., (sous la direction de) 2011. *L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges*, Toulouse, Eres, coll. L'aube de la vie.

Stern D. N. 1989. *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*, Paris, PUF, coll. Le fil rouge.

Thomas L -V. 1975. *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.

Thomas L-V. 1996. *Rites de mort : Pour la paix des vivants*, Paris, Fayard.

Ulmann A-L. 2012. Le travail émotionnel des professionnelles de la petite enfance, *Politiques sociales et familiales*, n°109, p.47-57.

Ulmann A-L. 2015. Apprendre le travail : Les liens entre le savoir et l'action. Regards ethnographiques sur le travail et la formation pour deux métiers de la petite enfance, *La revue de l'Ires*, vol° 85/86, n°2, p. 45-71.

Van Gennep A. 1909, réed.1969. *Les rites de passage*, Paris, Mouton & Maison des sciences de l'homme.

Verhaeren E. 1917. *Poèmes*, Paris, Mercure de France.

Vigarello G. 1985. *Le propre et le sale*, Paris, coll. Points Seuil.

Vovelle M. 1983. *La mort et l'Occident, de 1300 à nos jours*, Paris, Gallimard.

Vovelle M. 1974. *Mourir autrefois*, Paris, Gallimard-Julliard.

Voyer G. 1996. *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Ed. Artel-Fides, coll. Catalyses.

Weber J-C, Allamel-Raffin C., Rusterholtz T., Pons I. 2008. : Les soignants confrontés à l'interruption médicale de grossesse tardive, *Sciences sociales et santé*, vol.26, n°1, p.93-120.

Weber J-C, Allamel-Raffin C., Memmi D., Rusterholtz T. 2009. Le foeticide, une administration impensable de la mort ?, *Sociétés contemporaines*, vol. 75, n°3, p.15-35.

Winnicott D.W. 1951, trad.1976. Objets et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi, dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, p.169-186.

Winnicott D.W. 1971, trad. 1975. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, coll. Folio essais.

Winnicott D. W. 1975, trad. 2000. La crainte de l'effondrement, dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, p.205-216.

Witherspoon R. 2012. *Japan's untouchable workers*, April 2012, Socialist Worker, consultable en ligne, URL: <http://socialistworker.org/2012/04/02/japans-untouchable-wokers>

Wu A.W. 2000. Medical error. The second victim, *BMJ*, vol. 320, p.726-727.

Wu A.W., Steckelberg R. C. 2012. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?, *BMJ Quality & Safety*, vol. 21, p. 267-270.

Zolesio E. 2011. De la nécessité pour les femmes chirurgiens de « faire leurs preuves », *Questions Vives* [en ligne], vol. 8, n°15, URL : <http://questionsvives.revues.org/741>

Zolesio E. 2012. *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

**Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale :
Sages-femmes et gynécologues obstétricien(ne)s**

Résumé

Grâce à des entretiens non directifs réalisés auprès de 16 sages-femmes et 16 obstétricien(ne)s, cette recherche tente de cerner l'impact que la mort périnatale a sur eux et sur leur travail, au-delà de celui qu'elle a sur les parents avec le deuil périnatal. Face à des progrès médicaux sans précédent, la société, les parents et les soignants eux-mêmes s'attendent peu à la survenue de la mort dans la naissance. Interruption médicale de grossesse ou mort périnatale inattendue confrontent cependant ces soignants à des épreuves au travail susceptibles d'avoir sur eux des répercussions majeures selon le contexte et l'âge de la grossesse. Elles donnent lieu à des déficits de la reconnaissance, qu'elle soit sociale, professionnelle ou personnelle. Leur restauration nécessite le recours actif à l'intersubjectivité engagée auprès des pairs comme auprès des parents afin que les soignants puissent continuer leur travail et y rester. *Mots clés : Mort périnatale, impact, sages-femmes, obstétricien(ne)s, travail, blessures de la reconnaissance, restauration, subjectivité au travail.*

Résumé en anglais

Through 32 open-ended interviews with midwives and obstetricians, this work attempts to identify, beyond parental mourning, the impact of perinatal death on childbirth professionals and their work. Unprecedented medical advances result in a relative absence of expectation of death in birth for the society, medical professionals and for the parents. Medically motivated induced termination or unexpected perinatal death, however, confronts caregivers at work with an ordeal which can have major repercussions depending on the context and the term of the pregnancy involved. These events cause deficits in social, professional and personal recognition in these caregivers. To be restored, symbolic processing is necessary for all concerned through the implication of subjectivity at work with peers and parents in order for these caregivers to be able to continue to work. *Key words: perinatal death, impact, midwives, obstetrician, recognition wounds, restoration, subjectivity at work.*