



HAL
open science

Coopérer pour résister à la déprofessionnalisation : le travail des sages-femmes en maternité privée

Carine Vassy

► **To cite this version:**

Carine Vassy. Coopérer pour résister à la déprofessionnalisation : le travail des sages-femmes en maternité privée. IRDES. Pratiques coopératives et participatives en santé, , p.85-98, 2022, 978-2-87812-578-8. hal-03987155

HAL Id: hal-03987155

<https://hal.science/hal-03987155>

Submitted on 14 Feb 2023

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.

Coopérer pour résister à la déprofessionnalisation :
le travail des sages-femmes en maternité privée

Ceci est l'avant-dernière version de l'article de **VASSY Carine** (2022) Coopérer pour résister à la déprofessionnalisation : le travail des sages-femmes en maternité privée, in Th. Denise, S. Divay, M. Dos Santos, C. Fournier, L. Girard et A. Luneau, *Pratiques coopératives et participatives en santé*, Editions IRDES. p.85-98.

La version finale est en libre accès ici : <https://www.irdes.fr/recherche/2022/ouvrage-008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.html>

Résumé : L'organisation du travail dans les établissements de soins peut amener à la déqualification de certains salariés, qui perdent des compétences acquises lors de leur formation. Quand ceci concerne tout un segment professionnel qui perd des compétences au cœur de son identité de métier, ce phénomène est qualifié de déprofessionnalisation. Il concerne une grande partie des sages-femmes qui exercent dans les maternités privées à but lucratif. Pour analyser cette situation, nous nous appuyons sur une enquête sociologique menée en 2018 sur la division du travail autour des accouchements dans deux maternités privées. La division du travail menace le maintien des compétences des sages-femmes car ce sont les obstétriciens qui prennent en charge les naissances. Les pratiques coopératives permettent en partie de lutter contre la déprofessionnalisation, mais elles échouent à se mettre en place dans une des deux cliniques. Les enjeux sont pourtant importants pour les sages-femmes concernées, mais aussi pour la qualité des soins effectués, et donc la sécurité des patientes.

L'organisation du travail dans les établissements de soins peut contribuer à augmenter les compétences des professionnels de la santé. La coopération dans un travail en équipe, par exemple, leur permet d'acquérir de l'expérience et des connaissances qu'ils se transmettent entre eux (Bochatay, 2018). Mais l'organisation du travail peut aussi empêcher les participants d'acquérir des compétences, ou les amener à en perdre quand ils n'en font plus usage. Le premier cas a été étudié par H. Becker et ses collègues (1961) enquêtant sur les étudiants en médecine aux Etats-Unis dans les années 1950. Ils étaient cantonnés à un rôle d'observateur pendant leurs stages hospitaliers, ce qui les empêchait d'acquérir des compétences cliniques. Le second phénomène, celui de la déqualification, est moins étudié. Il peut découler d'une organisation du travail qui entrave la mise en œuvre de compétences acquises lors de la formation, qui finissent par disparaître parce qu'elles ne sont plus utilisées.

Si la déqualification se produit au niveau d'un groupe professionnel, et non d'un individu, et si elle concerne des compétences au cœur de l'identité du métier, ce groupe est menacé de déprofessionnalisation. En effet la professionnalisation repose sur une spécialisation des compétences et la construction sociale de la non-substituabilité des tâches (Demailly et de la

Broise, 2009). Cela donne à un groupe la capacité de fixer ses propres règles en matière d'accomplissement de son activité (Freidson, 1984). La déprofessionnalisation, à l'inverse, consiste en un déclin de l'autonomie au travail. Elle a été interprétée comme une augmentation de la régulation de contrôle (Demailly et de la Broise, 2009). Par exemple des médecins chefs de service de psychiatrie à l'hôpital se plaignent de devoir rendre tellement de comptes à leur tutelle sur leur activité et celles de leurs subordonnés, que cela les empêche d'accomplir leur travail clinique qui est au fondement de leur engagement dans ce métier. La déprofessionnalisation peut avoir pour origine l'institution qui emploie les professionnels : le sommet de la hiérarchie réduit leur autonomie pour augmenter leur productivité à court terme et diminuer les coûts du travail (Abbalea, 2013 ; Roquet et Wittorski, 2013).

Une division du travail déprofessionnalisante

Les emplois de sage-femme dans les maternités privées à but lucratif en France comportent des risques de déprofessionnalisation. La division du travail dans ces établissements les cantonne souvent dans un rôle d'auxiliaire du médecin.

La prise en charge des accouchements en France est une activité qui incombe à deux professions, les obstétriciens et les sages-femmes (Carricaburu, 1992). Les sages-femmes sont formées pour prendre en charge les grossesses et les accouchements qui ne présentent pas de complication, alors que les obstétriciens peuvent suivre tous les cas, y compris ceux qui comportent des risques pour la santé des mères et des enfants. Cette répartition des tâches est ancrée dans une histoire séculaire (Gélis, 1984). La profession des sages-femmes peut être considérée comme subordonnée à celle des obstétriciens, en particulier sur le plan de la formation, car une grande partie de ses savoirs et de ses formateurs relève de l'obstétrique (Schweyer, 1996). Les sages-femmes revendiquent un savoir-faire spécifique en matière de prise en charge relationnelle des parturientes, mais cette compétence est peu reconnue à une époque de médicalisation croissante des grossesses et de quasi-disparition des accouchements à domicile, qui avaient lieu avec la seule aide d'une sage-femme libérale. L'idéologie médicale de l'accouchement comme activité présentant un risque vital imprévisible pour la mère et l'enfant est omniprésente (Jacques, 2006). La dimension de genre a redoublé la relation de subordination : la profession d'obstétricien a longtemps été exclusivement masculine, tandis que celle de sage-femme est restée très largement féminine.

Dans les hôpitaux publics, où travaillent 74% des sages-femmes salariées en France, elles bénéficient d'une certaine autonomie (ONDPS, 2016). Elles exercent sous la supervision des obstétriciens, qui leur délèguent les consultations de suivi des grossesses normales et les accouchements sans complication.

La plupart des maternités privées à but lucratif ont mis en place une autre division du travail. Elles offrent aux femmes enceintes un service plus médicalisé et plus personnalisé. Les clientes sont suivies par un obstétricien, même quand leur grossesse est normale. Il assure toutes les consultations pendant leur grossesse et il prend en charge leur accouchement. Le suivi sur une longue durée permet d'établir une relation de confiance. Cette prestation n'est pas disponible dans les hôpitaux publics : les femmes sont accouchées par le professionnel de

garde ce jour-là, qui est rarement le médecin ou la sage-femme qui les a suivies pendant la grossesse.

Pour obtenir ce service dans les cliniques privées, les clientes sont prêtes à payer un prix élevé. L'accouchement est facturé plusieurs centaines d'euros, voire plusieurs milliers, du fait des honoraires de l'obstétricien en statut libéral, sans compter les honoraires de l'anesthésiste. Dans ces maternités privées, le rôle de la sage-femme est limité. Il consiste à accompagner le travail des femmes qui viennent accoucher, lors des contractions utérines dans les heures qui précèdent la naissance, à appeler l'obstétricien lorsque la naissance est proche, à l'assister dans ce moment, puis à surveiller seule la santé de la mère pendant les deux heures qui suivent, avant de la transférer dans une chambre. Contrairement à l'obstétricien, elles sont salariées et ne touchent pas d'honoraires.

La division du travail la plus courante dans les maternités privées empêche donc les sages-femmes de prendre les décisions cliniques en matière de prise en charge des naissances. Or ces tâches font partie des activités les plus valorisées à leurs yeux. C'est au cœur de leur identité professionnelle et des représentations sociales de leur métier. Si elles n'exercent pas cette compétence, elles risquent d'oublier ce qu'elles ont appris pendant leur formation et de ne plus chercher à réactualiser leurs connaissances, alors que les savoirs biomédicaux en matière d'accouchement se renouvellent rapidement. Les postes de sages-femmes dans la plupart des maternités privées leur font donc courir un risque de déprofessionnalisation. Quelles sont les stratégies qu'elles adoptent pour résister à cette menace ? Est-ce que les pratiques coopératives peuvent contrer ce risque ?

Méthodologie

Cette recherche s'appuie sur des enquêtes qualitatives menées dans deux maternités privées à but lucratif. L'accès à ce type de terrain est d'ordinaire peu facile pour les sociologues. Il a été rendu possible dans le cadre d'un projet de recherche avec des épidémiologistes de l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique du Centre de recherche épidémiologie et statistique de l'Inserm et de l'université Paris Descartes. Le projet de recherche portait sur la qualité des soins dans les maternités publiques et privées.

Les enquêtes se sont déroulées en 2018 dans deux maternités privées de la région parisienne, que nous appelons Bellevue et Camélia pour les anonymiser. Les deux établissements prennent en charge des grossesses normales ou à risque modéré, et n'ont pas de service de soins intensifs, ni de réanimation néonatale. En revanche, ces maternités sont situées dans des cliniques disposant de services de médecine et de chirurgie. Elles sont de petite taille car il s'y déroule moins de 1500 naissances par an. Les deux cliniques appartiennent à des groupes d'hospitalisation privée. Ces maternités ont des difficultés financières dans une période marquée par la baisse du nombre de naissances depuis 2015.

Les enquêtes ont duré deux semaines dans chaque maternité. Au total, le recueil de données comprend 20 séances d'observation non participante pendant des accouchements, ainsi que d'autres observations dans divers lieux des maternités. Les données comprennent également 33 entretiens, menés avec des anesthésistes, auxiliaires de puériculture, cadres, obstétriciens et sages-femmes.

Des postes peu attractifs

La première stratégie des sages-femmes pour éviter la déprofessionnalisation liée à ces postes consiste à ne pas y postuler ou ne pas les garder longtemps. Les deux maternités ont des difficultés à conserver certaines de leurs salariées et à en recruter de nouvelles. Pourtant le marché du travail est favorable aux employeurs. L'augmentation des effectifs formés ces dernières années a conduit à l'apparition d'un taux de chômage de 5% chez les sages-femmes de moins de 30 ans dans une profession longtemps caractérisée par le plein emploi (ONDPS, 2016).

Dans la maternité Bellevue, quatre sages-femmes ont démissionné dans une période de 18 mois. Dans la même période, quatre cadres responsables des sages-femmes ont également démissionné. La clinique Camélia a un turn-over un peu moins élevé de sages-femmes, mais les congés maladie et maternité, ainsi que les passages à temps partiel, sont nombreux. Cette clinique s'appuie sur un grand nombre de vacataires pour faire des gardes ponctuelles, mais celles-ci arrêtent de travailler dans cet établissement assez rapidement.

Un autre signe de la désaffection pour les postes dans les deux établissements observés est le lieu d'obtention du diplôme des sages-femmes. Une proportion non négligeable d'entre elles ont obtenu leur diplôme hors de France (Algérie, Belgique, Italie, Tunisie...). Dans la maternité Camélia, un tiers des sages-femmes sont diplômées d'écoles en Belgique. Un autre signe du manque d'attractivité est l'âge des sages-femmes. Dans les deux cliniques, une ou des praticiennes en poste ont plus de 67 ans.

Les sages-femmes employées dans ces maternités, si elles restent en poste, anticipent de ne plus pouvoir trouver d'emploi dans d'autres types d'établissements, comme les hôpitaux publics, car les recruteurs considèrent qu'elles ont perdu la compétence de superviser seules des accouchements. La principale perspective d'évolution professionnelle qui leur reste est l'activité libérale, qui consiste à faire le suivi en cabinet des femmes ayant des grossesses normales et à les adresser à un hôpital pour l'accouchement. Cependant l'activité libérale comporte des risques économiques, si l'on n'obtient pas une patientèle importante, ou en cas de maladie ou de maternité, sans compter des horaires de travail étendus.

Désaccords sur la médicalisation des accouchements

La plupart des sages-femmes qui restent en poste dans ces deux cliniques déploient une autre stratégie pour limiter leur risque de déqualification. Elles cherchent à instaurer une forme de relation plus égalitaire avec les obstétriciens. Au lieu de se cantonner à un rôle d'auxiliaire médicale, elles tentent de contribuer à la prise de décision concernant les modalités d'accouchement. Cela donne lieu à des négociations autour de la division du travail, comme dans d'autres services de soins (Strauss et al., 1992). Quand les sages-femmes parviennent à faire prendre en compte leur point de vue sur l'accouchement par les obstétriciens, les pratiques peuvent être qualifiées de coopératives.

Or le point de vue des sages-femmes sur la manière d'accoucher peut différer de celui des obstétriciens du fait d'une plus grande réticence à intervenir d'une manière médicalisée. Ces désaccords interprofessionnels ont été analysés dans les hôpitaux publics par Danièle

Carricaburu (2005). Certaines sages-femmes suggèrent de moins intervenir techniquement lors des accouchements. Elles critiquent par exemple le déclenchement dit de convenance, prescrit par l'obstétricien en accord avec la patiente, mais sans motif médical. Cette technique consiste en injection intraveineuse d'ocytocine pour que la naissance survienne le jour choisi dans un certain créneau horaire. Dans les hôpitaux publics étudiés, des sages-femmes critiquent aussi le nombre trop élevé de césariennes, réalisées sans attendre de voir si l'accouchement par voie basse est possible. Ces techniques biomédicales ont été mises au point pour intervenir dans des situations d'urgence. Elles tendent à être utilisées couramment dans certaines maternités publiques pour rationaliser le travail du personnel et pour éviter que les accouchements aient lieu quand les effectifs sont réduits, comme la nuit ou les week-ends (Carricaburu, 2005). C'est particulièrement le cas dans les petites et moyennes maternités, où les effectifs sont restreints.

Dans les deux maternités privées observées, la technicisation des accouchements est également mise en œuvre pour mieux planifier l'activité. Des obstétriciens optimisent ainsi leur emploi du temps, quand ils assurent à la fois des accouchements et des consultations dans un ou plusieurs lieux de soins (cliniques ou cabinet libéral) et qu'ils ont des horaires de travail surchargés.

La technicisation des accouchements est d'autant plus développée dans les établissements privés que les obstétriciens y sont incités économiquement. Les honoraires varient en fonction du nombre et de la nature des soins effectués, plus ils effectuent un grand nombre d'actes techniques, plus leurs revenus augmentent. Des économistes expliquent ainsi le nombre de césariennes plus important dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics en France (Milcent et Rochut, 2009).

Pratiques coopératives limitant la déprofessionnalisation

Les deux études de cas présentent des résultats contrastés quant au succès des négociations des sages-femmes pour obtenir un droit de regard sur les modalités d'accouchement.

Dans la clinique Camélia, elles parviennent à faire prendre en compte leur avis par une partie des obstétriciens. Il n'y a pas de réunion formelle pour parler des dossiers des patientes, mais les médecins passent tous les jours en début de matinée dans le bureau des sages-femmes pour prendre un café, avant d'aller faire leurs consultations. Les dossiers des patientes de la veille, de la nuit et de la journée à venir sont systématiquement évoqués. Pendant les moments de discussion, les deux catégories de personnel s'appellent par leur prénom, se tutoient et échangent des plaisanteries. La sociabilité interprofessionnelle s'étend en dehors du lieu de travail. Trois obstétriciens organisent parfois des fêtes chez eux, où ils invitent tout le personnel du service. Parmi les sages-femmes, cinq ont de l'ancienneté et entretiennent des communications fréquentes avec les obstétriciens. De manière générale, les sages-femmes n'hésitent pas à leur poser des questions sur les dossiers des patientes ou les choix qu'ils ont faits. Il arrive qu'une sage-femme questionne la prise en charge médicale prévue pour une parturiente et que sa suggestion soit écoutée. Par exemple, l'une d'entre elle a persuadé un obstétricien qui avait programmé une césarienne pour sa patiente, de tenter un accouchement par voie basse. La naissance a eu lieu par voie basse, et la sage-femme a fait ainsi la preuve de

sa compétence. Mais malgré les échanges et la coopération, des sages-femmes se plaignent que certains obstétriciens technicisent encore trop les accouchements.

Dans cette maternité, les sages-femmes s'interrogent aussi entre elles, quand une prescription médicale les étonne. Leurs discussions leur permettent dans une certaine mesure de se former les unes les autres. Cette communication est d'autant plus facile qu'elles sont toujours deux à s'occuper en même temps des salles de naissance.

Absence de pratiques coopératives

Dans la clinique Bellevue, il y a moins de communications orales dans le groupe des sages-femmes, ainsi qu'entre elles et les obstétriciens. L'organisation du travail rend difficile la communication interne au groupe. Une seule sage-femme est affectée aux salles de naissance, aidée d'une auxiliaire de puériculture. Les sages-femmes ne se voient qu'au début ou à la fin de chaque prise de service tôt le matin ou en soirée. La répartition des effectifs renforce les effets déprofessionnalisants de la division du travail, en isolant les personnes concernées.

Les sages-femmes communiquent avec les obstétriciens principalement lors des accouchements. En principe, il existe une réunion hebdomadaire interprofessionnelle, mais elle est régulièrement annulée du fait du manque de disponibilité des médecins. Les sages-femmes et les obstétriciens se vouvoient. Elles les appellent par leur nom de famille. Ils ne leur laissent pas de droit de regard sur la manière dont les accouchements doivent se dérouler, comme l'explique l'un d'eux :

« La plupart du personnel, je veux dire la plupart des sages-femmes, elles ne comprennent pas que je travaille, que je peux être appelé la nuit... Elles n'ont rien compris au fonctionnement d'une maternité privée. Elles ne voient pas mon emploi du temps. Elles se croient encore à l'hôpital, elles ont leurs idées sur la prise en charge des accouchements, sans voir que ce sont mes patientes et mon organisation. » (Interview obstétricien, clinique B)

Les sages-femmes doivent exécuter les prescriptions de déclenchement, même quand elles estiment, suite à l'examen gynécologique de la patiente, que la femme n'est pas encore prête physiquement pour débiter le travail d'accouchement. Leur seule marge de manœuvre, face à une prescription de déclenchement qu'elles trouvent inappropriée, consiste à choisir la méthode, puisque celle-ci n'est pas précisée. Elles peuvent utiliser une technique plus lente que l'injection intraveineuse d'ocytocine, en posant un tampon vaginal qui contient une prostaglandine pour obtenir une dilatation progressive du col de l'utérus. Cela peut reporter le moment de l'accouchement sur le temps de travail de la sage-femme qui fait la garde des 12 heures suivantes. C'est un comportement de freinage, comme on en voit dans d'autres organisations, qui consiste à ne pas effectuer l'activité aussi rapidement que demandé. Cela peut occasionner des tensions avec les médecins.

D'autres sages-femmes ont cessé de résister à la déprofessionnalisation. Pour éviter les conflits, elles adoptent une attitude de retrait vis-à-vis des femmes enceintes. Elles cessent de

leur donner des informations, par exemple quand celles-ci posent des questions sur les modes d'accouchement par voie basse ou césarienne, et elles leur conseillent de s'adresser au médecin. Cela leur évite de donner des informations qui pourraient déplaire à l'obstétricien qui suit la patiente, mais cela limite aussi la capacité des femmes enceintes à participer au choix des soins prodigués.

L'attitude de retrait peut aller jusqu'à ne pas tenir compte des recommandations de bonnes pratiques édictées par la profession des sages-femmes. Des sages-femmes cessent de vérifier l'état du col de l'utérus, avant de mettre en œuvre un déclenchement, ce qui est contraire aux pratiques professionnelles recommandées. Une sage-femme a même exécuté une prescription de déclenchement pour une parturiente qui avait accouché auparavant par césarienne. Cet antécédent est pourtant une contraindication car cela présente un risque pour la sécurité de la patiente. L'auxiliaire de puériculture qui travaillait avec elle ce jour-là le lui a d'ailleurs rappelé. Le respect des prescriptions fait perdre de vue l'objectif de la sécurité des patientes.

Tensions interprofessionnelles et violences physiques

La division du travail en matière d'accouchements peut entraîner des tensions interprofessionnelles dans les deux maternités. Certains obstétriciens peuvent réagir violemment aux stratégies de résistance, réelles ou fantasmées, des sages-femmes.

Dans la maternité Bellevue, les désaccords sur la technicisation des accouchements ont conduit à un cas de violence physique d'un obstétricien sur une sage-femme dans les six mois qui ont précédé l'enquête. Le médecin est venu la bousculer dans le bureau des sages-femmes car il trouvait que le déclenchement n'avait pas été mis en œuvre assez rapidement dans la matinée, alors qu'il avait prévu de quitter la clinique dans l'après-midi pour une raison familiale.

Dans la maternité Camélia, un cas de violence physique d'un obstétricien sur une sage-femme s'est également déroulé dans les six mois qui ont précédé l'enquête. Dans la salle de naissance, le médecin a poussé violemment la sage-femme car celle-ci avait déjà installé la femme pour la dernière phase de l'accouchement. Il a cru que la sage-femme voulait faire le travail à sa place.

Faible rôle managérial de la cadre

En cas de conflit, l'encadrement peut chercher à négocier une forme de réparation symbolique. Dans les deux cas de violence, la cadre des sages-femmes s'est contentée de rencontrer séparément les deux personnes impliquées pour écouter leur point de vue. Suite à son intervention, aucun des deux médecins ne s'est excusé auprès de sa victime.

Dans les deux maternités, la cadre a un faible rôle managérial. Elle n'a pas d'autorité sur les médecins et elle a peu de légitimité auprès des sages-femmes et des auxiliaires de puériculture. Dans la maternité Bellevue, elle a un diplôme étranger et elle n'a jamais effectué d'accouchement par elle-même. Dans la maternité Camélia, elle a été promue à ce poste après avoir été sage-femme dans cet établissement. Elle n'a pas beaucoup d'autorité sur ses anciennes collègues et leur laisse une grande liberté d'action.

Dans les deux maternités, les cadres consacrent leur temps à des tâches administratives. Elles n'ont pas non plus un rôle décisif en matière de recrutement des sages-femmes, étant donné le turn-over et le faible nombre de nouvelles candidates. Elles procèdent à des recrutements rapides pour pallier dans l'urgence les départs et les absences.

Conclusion

L'organisation du travail dans les établissements de soins peut induire une déqualification du personnel. Quand ce phénomène concerne tout un segment professionnel, qui perd des compétences au cœur de son identité de métier, l'organisation du travail est considérée comme déprofessionnalisante. Notre enquête montre que les stratégies coopératives interprofessionnelles permettent de résister à la déqualification, mais qu'elles n'ont qu'une portée limitée et qu'elles ne parviennent pas à se mettre en place dans tous les établissements. En cas d'échec, la qualité du travail effectué est sous-optimale, induisant une baisse de la qualité des soins.

La plupart des emplois de sages-femmes dans les maternités privées sont exemplaires de ces risques de déprofessionnalisation. Un grand nombre de maternités privées à but lucratif proposent à leur clientèle un service plus médicalisé et plus personnalisé qu'à l'hôpital public, qui consiste en un suivi de la grossesse et de l'accouchement par le même obstétricien. La division du travail qui en résulte cantonne les sages-femmes à un rôle d'auxiliaires du médecin, menacées de perdre en compétence.

Pour contrer ce risque, la première stratégie des sages-femmes consiste à ne pas occuper ces postes, ou ne pas les garder longtemps. Dans les deux maternités observées, le turn-over sur ces postes est assez élevé et le nombre de candidates est faible. Une autre stratégie consiste à négocier avec les obstétriciens pour qu'ils prennent en compte leur point de vue sur les modalités d'accouchement. Du fait de leur formation, elles cherchent à réduire certaines formes de technicisation.

Dans l'une des maternités enquêtées, les pratiques coopératives permettent de freiner le risque de déqualification des sages-femmes. Certains obstétriciens acceptent de prendre en compte leur avis, ce qui motive les sages-femmes à exercer leur jugement clinique et leur esprit critique. Mais cette stratégie n'atteint que partiellement son but car tous les obstétriciens ne partagent pas leur pouvoir de décision. Des tensions interprofessionnelles subsistent. De plus le maintien des compétences des sages-femmes reste invisible aux yeux de potentiels recruteurs car elles conservent le stigmate attaché au poste dans ce type de maternité.

Dans l'autre maternité enquêtée, les obstétriciens ont refusé de mettre en place des pratiques coopératives. Cela entraîne un désengagement de certaines sages-femmes, qui réduisent leur communication avec les patientes et qui renoncent à exprimer leur désaccord éventuel vis-à-vis du médecin. Cette attitude de retrait peut les amener à exécuter des prescriptions médicales qui sont contraires aux règles de bonne pratique professionnelle et à négliger la sécurité des patientes.

Dans les maternités où l'organisation du travail est déprofessionnalisante, les patientes sont exposées au risque d'une moins bonne qualité de prise en charge. Ce risque peut être diminué, au moins partiellement, par des pratiques coopératives. Celles-ci maintiennent la compétence du personnel et créent un climat de confiance, qui encourage au contrôle mutuel de la qualité du travail.

Références bibliographiques

- Aballéa F. (2013). « L'anomie professionnelle », *Recherche et formation* [En ligne], 72 | 2013, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2014>
- Becker H. S., Geer B., Hughes E.C., Strauss A. (1961). *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago : University of Chicago press.
- Bochatay N. (2018). *Continuities in health care work. Group processes and training at two academic medical centers in Switzerland and California*, Thèse de doctorat en sociologie de l'université de Genève.
- Carricaburu D. (2005). « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 47, p. 245–262.
- Carricaburu D. (1992). « La profession de sages-femmes : une autonomie en question », in Aïach P., Fassin D., *Sociologie des professions de santé*, La Garenne Colombes, Editions de l'Espace Européen, p. 205-226.
- Demailly L., de la Broise P. (2009). « Les enjeux de la déprofessionnalisation », *Socio-logos* [En ligne], 4, 2009 consulté le 29 mai 2020. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2305>
- Freidson E. (1984). *La profession médicale*, Paris : Payot.
- Gélis J. (1984). *L'arbre et le fruit*, Paris : Fayard.
- Jacques B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*, Paris : Armand Colin.
- Milcent C., Rochut J. (2009). « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France », *Revue économique*, 60, 2, p. 489-506.
- ONDPS (2016). *Les sages-femmes, une profession en mutation*, Observatoire national de la démographie des professions de santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris.
- Roquet P., Wittorski R. (2013). « La déprofessionnalisation : une idée neuve ? », *Recherche et formation* [En ligne], 72, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2013>
- Schweyer F.X. (1996). « La profession de sage-femme, autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*. 14, 3, p. 67-102.
- Strauss A. (1992). « L'hôpital et son ordre négocié », in A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris : L'Harmattan, p. 87-112.