
Майя Палтино

АКУШЕРСТВО И СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ФРАНЦИИ

Современное акушерство возникло во Франции в XV в. и претерпело с этого времени множество изменений в плане профессиональных обязанностей, юридического статуса и общественных репрезентаций. Все трансформации, через которые прошла данная профессия, происходили параллельно общественным изменениям и реформам во французской системе репродуктивного здравоохранения. Настоящее исследование посвящено изучению развития акушерства на протяжении последних веков. Его цель – углубленно рассмотреть социальные характеристики деторождения и родительские практики. Выбранный подход сочетает историческую перспективу и социологический анализ. Социально-историческое исследование показывает, что акушерки помогают женщинам утверждать свои материнские права, и в то же время, что родители поддерживают требования акушера относительно более полного социального и юридического признания их профессии. Совместная деятельность акушеров и родителей вносит вклад в изменение французской системы репродуктивного здравоохранения, трансформируя порядок предоставления медицинских услуг в роддомах и утверждая право женщин на «домашние» роды. Данное исследование перекликается со многими работами, посвященными родовспоможению в развитых странах Запада. Оно показывает стремление женщин к «подлинному» опыту родов и возможности активно участвовать в принятии решений относительно этого опыта, а также описывает ту роль, которую в достижении этих задач играют акушерки.

Ключевые слова: акушерство, социальные изменения, репродуктивное здоровье, интенсивное родительство, построение идентичности через родительство

Майя Палтино – аспирант Центра социологического анализа и сотрудничества, Высшая школа социальных наук, Париж, Франция. Электронная почта: maya.paltineau@ehess.fr

В течение двух последних десятилетий наметились два магистральных тренда, связанных с родительством: интенсивное материнство (Hays 1994) и относительно недавнее – построение идентичности через родительство (identity parenting) (Paltineau 2014). Оба эти тренда подразумевают растущий интерес родителей к своей роли в процессе беременности и родов, стремление вернуть контроль над собственным телом. Репродуктивное здоровье, ответственность за которое в современных обществах распределяется между многими акторами, особенно проблематизируется. Французское акушерство представляет собой интересный пример для анализа глобальных изменений в родительских практиках и заботе о репродуктивном здоровье (Bluff, Holloway 1994). Во Франции акушерки, наряду с матерями, традиционно считаются главными действующими лицами родов – на них возлагается ответственность за появление новорожденного, в их руках находятся жизни матери и ребенка. Социальная роль, отводимая акушеркам, находится на пересечении приватной и публичной сфер. С одной стороны, у акушерок есть доступ к интимным женским переживаниям, с другой стороны, они «социализируют» деторождение в соответствии с существующими нормами и, таким образом, являются представительницами общества и государства. Акушерки выступают носителями официальных стандартов, сформулированных в рамках национальных государств, и одновременно гарантируют пациенткам персонализированный уход в самом сердце приватной сферы. Этот пограничный статус профессии позволяет выявить трансформации, происходящие в конкретном обществе, в нашем случае – во Франции в период со Средних веков по настоящий момент.

В определении акушерской профессии Франция следует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения:

акушерская практика включает в себя заботу о женщинах во время беременности, родов, послеродового периода, а также уход за новорожденным. Она также включает в себя меры, нацеленные на предотвращение проблем во время беременности, выявление патологических состояний, предоставление медицинской помощи при необходимости и принятие чрезвычайных мер при отсутствии медицинской помощи (WHO 2014).

На протяжении французской истории сфера здравоохранения находилась под контролем государства. Такая ситуация сохраняется и по сей день: в отличие от других европейских стран, частное здравоохранение здесь практически отсутствует. В этом отношении акушерство начиная с самых ранних этапов его развития, можно считать государственным институтом. Применяемые в нем учебные пособия, методы и практики всегда определялись официальными властями. Большая часть акушерок работает в государственных учреждениях и получает от государства зарплату, что автоматически наделяет их статусом государственных работников (Faure 2005).

Недавние изменения в отношении юридического статуса акушерок, а также реформы государственной системы здравоохранения (Moatty, Ghiorgiu 2013) значительно повлияли на их положение. Наблюдаемые последствия этих трансформаций можно рассматривать как симптом широкомащштабных общественных сдвигов, в свою очередь, оказывающих влияние на практики родительства и сферу репродуктивного здравоохранения.

Настоящая работа фокусируется на роли акушерок не только из-за интереса, который вызывает эта профессия как таковая, но и по причине того значения, которое исследования в данной области имеют для социальной науки. Во-первых, мы рассмотрим изменения, которые акушерство претерпевало во Франции на протяжении нескольких веков и постараемся сравнить профессиональный статус акушерок в разные исторические периоды. Во-вторых, опишем особенности современных условий работы французских акушерок, обратив особое внимание на новые трудности, с которыми сталкиваются представители этого вида занятости. В заключении мы определим современные социальные трансформации в сферах репродуктивного здоровья и родительства, которые связаны с профессиональной деятельностью акушерок.

Настоящая работа является частью более крупного исследования, проводившегося с 2010 по 2014 г. во Франции. Основным методом сбора данных были качественные полуструктурированные интервью с родителями и специалистами из сферы здравоохранения¹. Интервью в основном проводились в Париже, Страсбурге, Лионе и Тулузе. Однако, поскольку целью исследования был многоуровневый обзор французских практик родовспоможения и отношения родителей к репродуктивному здоровью, мы также провели интервью с родителями и медиками, проживающими в сельской местности в разных областях Франции. Помимо интервью мы прибегали к включенному наблюдению в клинике акушерского ухода CALM и анализировали данные, собранные онлайн². Чтобы воспроизвести широкий социально-исторический контекст практик акушерства, мы опирались на анализ вторичных данных по истории французского акушерства и нормативных документов, регулирующих данный вид деятельности.

Профессионализация акушерства во Франции: начальный этап

Представленный социально-исторический анализ призван показать, как акушерство возникло во Франции, и каким образом традиционное

¹ Всего было проведено 72 интервью (7 интервью с акушерками, 2 – с акушерами-гинекологами, 4 – с медсестрами, 8 – со специалистами по заботе о детях и 51 – с родителями).

² Французские форумы для родителей, такие как aufeminin.com, magicmaman.com, doctissimo.fr, parents.fr, infobibys.com и форумы родительских ассоциаций ciane.net и onsff.org.

женское занятие превратилось в признанную профессию. Наиболее релевантный подход – сфокусироваться на государственных реформах в данной сфере, так как именно государство является агентом, контролирующим здравоохранение. Наиболее продуктивным представляется анализ влияния государственной власти, выраженной в законах, на изменения в организации медицинской помощи и профессиональном статусе различных медицинских работников (акушеров, врачей, медсестер).

Уже со времен античности женщины принимали участие в родах в качестве помощниц. Во Франции эту роль выполняли пожилые женщины без профессиональной подготовки называвшиеся «матронами»¹. Их знания основывались на личном опыте, и они использовали средства традиционной медицины (различные растения и травы). «Матрон» рассматривали как целительниц, так как они часто занимались лечением проблем со здоровьем, напрямую не относящихся к деторождению. Их также нередко считали ведьмами, что свидетельствует об отсутствии общественного признания данного вида занятости (Thébaud 1986).

В течение многих веков «матроны» были единственными, кто оказывал женщинам помощь во время родов (кроме родов в среде дворянства, которыми занимались придворные врачи). В Средние века эта профессия начала обретать некоторую степень формализации и получила общественное признание. Французский термин для профессиональной акушерки – «sage-femme»² – возник в XV в., и вплоть до XX в. в стране сосуществовали оба термина и занятия (традиционная «матрона» и акушерка «sage-femme»). До XX в. «матроны» численно преобладали, однако, современная акушерская профессия является результатом эволюции профессии «sage-femme», в то время как «матрон» более не существует³.

На протяжении истории важной составляющей развития акушерства было противостояние акушеров и официальной медицины. Уже в Средние века одной из целей государства был контроль над телами граждан, а также регулирование медицинских манипуляций, которым эти тела подвергаются (Foucault 1976). В XV–XVIII вв. для усиления государственного влияния в сфере медицины было рекрутировано множество докторов (Gélis 1988). Эти действия были направлены на то, чтобы заменить эмпирическое знание женщин о своем репродуктивном опыте новым рациональным знанием, и таким образом утвердить контроль медицины над женским телом. Мишель Фуко описал французское государственное здравоохранение как «инстанции, координирующие медицинский уход, централизующие информацию, нормализующие знание, и представляющие собой кам-

¹ Французский термин – «matrone», от латинского «mater», т.е. «мать».

² Буквально «мудрая женщина».

³ В данной работе термин «акушерка» будет использоваться исключительно как перевод французского «sage-femme».

паний по медиализации и просвещению населения относительно здоровья» (Foucault 1976: 217).

На ранних стадиях развития профессии акушерки работали в больницах наряду с врачами и хирургами. Больницы того времени предназначались для бедных – именно эти группы рассматривались в качестве нуждающихся в поддержке государства. Большинство женщин рожали дома при участии «матрон» (Thébaud 1986). В начале XVII в. профессионализация акушерок усилилась – их обязали посещать трехмесячные курсы в Hôtel-Dieu¹ в Париже, предполагающие теоретическую и практическую подготовку. Акушерки в то время работали только в городах (тогда как «матроны» и в сельской местности) и получали плату.

Французская революция 1789 г., сопровождавшаяся множеством смертей и санитарных проблем, повлекла за собой крупные реформы в сфере здравоохранения. Новые законы положили конец религиозному и придворному контролю над медициной, изменили статус врачей, хирургов и акушерок. В течение XIX в. была реформирована работа больниц – они были реструктурированы на местном, региональном и национальном уровнях. Заложённая в этот период структура просуществовала до наших дней (Aktich et al. 2010). Также изменялась и акушерская профессия – как в плане ее определения, так и в плане содержания труда. В 1802 г. в Париже открылась первая школа для акушерок при госпитале Порт Рояль. После года обучения акушеркам выдавался диплом, признававшийся на всей территории Франции. Школа обладала хорошей репутацией в Европе, что поспособствовало повышению профессионального престижа акушерок. Вслед за успехом первой школы акушерства в главных французских городах были открыты еще 57 школ, и в течение нескольких десятилетий 20 тыс. их выпускниц приступили к работе в сельской местности.

Развитие акушерского образования означало официальное признание данного вида занятости в качестве профессии. Важно отметить, что оплата обучения акушерок покрывалась за счет государственных грантов. Это свидетельствует о намерении французских властей поддержать профессионализацию акушерской помощи, а также установить государственный контроль над акушерскими навыками, знаниями и практиками. Кроме того, профессионализация акушерства рассматривалась властями как путь к уменьшению уровня детской смертности и улучшению санитарных условий жизни населения (Beauvalet-Boutouyrie 1999).

Развитие акушерства также внесло свою лепту в женскую эмансипацию во Франции. Во-первых, признание профессионального статуса акушерок на территории всей страны означало возможность квалифицированной оплачиваемой занятости для женщин. Во-вторых, деятельность акушерок способствовала облегчению тягот жизни в сельской местности, сни-

¹ Одна из крупнейших больниц во Франции.

жала риски для здоровья матерей и детей. Во всех этих случаях акушерок, выступавших за права женщин, можно в определенной степени рассматривать как представительниц раннего феминизма.

В конце XIX в., в период крупномасштабной индустриализации в Европе произошли дальнейшие изменения в практиках родовспоможения. Трудные и антисанитарные условия жизни в деревне приводили к тому, что женщины все чаще предпочитали рожать в городских больницах, которые вскоре стали наиболее популярным местом для родов. В связи с этим в 1881 г. правительство учредило особый профессиональный статус – «больничная акушерка»¹. В тот же период в рамках медицинской науки, представленной в основном врачами-мужчинами, были введены жесткие правила ведения родов. В соответствии с ними, роженица должна была лежать на спине и не имела возможности двигаться во время схваток. Более широко начали использоваться медицинские инструменты, однако, их применение в родах стало прерогативой врачей и хирургов (Faure 2005). Изданный в 1892 г. закон определил круг профессиональных обязанностей акушерок, запретив им пользоваться какими-либо инструментами при помощи в родах. Это способствовало закреплению властного неравенства между мужчинами-врачами и женщинами-акушерками (Loi sur l'exercice de la médecine 1892).

В XX в. произошли многочисленные технологические изменения, коренным образом повлиявшие на медицину. Но чем дальше заходил технический прогресс, тем стремительнее снижался престиж акушерской профессии. Государство, заинтересованное в повышении рождаемости и снижении уровня детской смертности, усиливало свой контроль над французской системой родовспоможения. В качестве самостоятельной ветви медицинской науки возникла врачебная специализация в акушерстве и гинекологии. Власти готовы были тратить все больше средств на финансирование медицинского сопровождения беременности и родов, вследствие этого возросла и символическая значимость акушерства как врачебной специализации (Schlumbohm 2002). С 1930-х гг. роддома стали рассматриваться не только как пространство для родов, но как «центры, оказывающие медицинскую и социальную помощь, а также ведущие научную работу в области репродуктивного здоровья» (Beauvalet-Boutouyrie 1999: 354).

Эти трансформации оказали мощное влияние на статус акушерок в стране, так как они перестали быть первичными и главными агентами заботы о матерях и новорожденных. Несомненно, эти факторы снизили влияние профессии, особенно учитывая тот факт, что большинство акушерок до этого момента работали за пределами больниц. Более того, в 1922 г. был выпущен общенациональный декрет о медсестрах, позволивший им работать в палатах роддомов и частично вытеснить оттуда акушерок (Decree on the brevets de capacité professionnelle... 1922).

¹ По-французски «Le corps des accoucheurs des hôpitaux».

Следующее важное изменение в статусе акушерок произошло в ответ на французский закон о социальном страховании (Loi complétant et modifiant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales 1930). Новая система предполагала покрытие расходов на медицинские услуги, оказанные матерям и новорожденным. Однако оплачивались исключительно визиты к врачу и роды, проходившие в присутствии врача (но не роды в присутствии акушерки). «Домашние» роды с акушеркой также не покрывались государственной страховкой. Вследствие этого услуги акушерок перестали пользоваться популярностью. Большинство родов стало проходить в больницах, а акушерки осознали, что их статус экспертов в области деторождения находится под угрозой.

Для преодоления растущей медиализации деторождения и маргинализации независимого акушерства, французскими акушерками были созданы профессиональные ассоциации, федерации и даже «Орден акушерок» ("Ordre des sages-femmes")¹. Были предприняты меры для повышения статуса акушерского образования – срок обучения был увеличен до трех, а затем и до четырех лет. В настоящее время студенты, изучающие акушерское дело, обязаны посещать университетские курсы в течение пяти лет. Первый курс является общим для всех студентов-медиков, в течение четырех последующих лет студенты специализируются в акушерстве и проходят несколько периодов практики в больнице. Магистратура по акушерству признается в соответствии с Болонским процессом, что облегчает профессиональную интеграцию европейских акушерок.

Современное французское акушерство

Адаптируясь к изменениям здравоохранения, в течение нескольких веков французское акушерство претерпело множество изменений. Последнее десятилетие XX в. и начало XXI в. также оказались связаны с трансформациями статуса и роли акушерки – современное состояние данной профессии во Франции можно охарактеризовать как кризисное. Акушерки жалуются на низкий уровень признания своей профессии как со стороны других специалистов в области родовспоможения, так и со стороны государства. В официальном отчете Французской федерации акушерок говорится о том, что представители данного вида занятости недовольны нестабильностью своего профессионального статуса и условий работы, а также низкими зарплатами (ONSSF 2014).

Во Франции перед акушерками стоит выбор – работать в больнице или вести частную практику. Этим возможностям соответствуют два разных статуса – «персонал больницы» или «независимая акушерка». И те, и дру-

¹ Показательно, что председателем национального Совета акушерок вплоть до 1995 года был врач, а не акушерка.

гие имеют право консультировать беременных женщин. С 2009 г. акушерки также получили право назначать определенные медикаменты, в том числе контрацептивы (Loi N 2009–879 200). Обе категории акушерок могут присутствовать при родах, но лишь акушерки, обладающие статусом сотрудников больницы могут работать в стенах медицинских учреждений. Независимые акушерки в праве помогать только тем женщинам, которые рожают вне больницы¹. Количество «домашних» родов во Франции не превышает одного процента от общего их числа (Brogas 2011), в связи с этим независимые акушерки больше заняты в консультировании беременных и в послеродовом уходе, чем в проведении родов как таковых. Следует отметить и другие отличия этих двух категорий. У независимых акушерок нет фиксированной заработной платы, а также нормированной рабочей нагрузки или жесткого графика работы. Больничные акушерки работают в соответствии со сменным графиком и обязаны отработать определенное количество часов в месяц. Независимая акушерка – «сама себе хозяйка», в то время как ее коллеги в больнице вписаны в сложную профессиональную иерархию медицинского учреждения, где их зарплаты устанавливаются в соответствии с фиксированными зарплатными грациями (Loi N 2011–814 2011). В этом контексте все больше акушерок предпочитает покинуть больницы и открыть собственное дело, фокусируясь на ведении беременности и послеродовом консультировании, а не на помощи в родах.

Акушерки, работающие в больницах, нередко организуют акции протеста. Недавний социальный конфликт, связанный с их требованиями, был урегулирован лишь к марту 2014 г. Его основной причиной было стремление изменить юридический статус профессии: до этого момента акушерство во Франции официально относилось к парамедицинским профессиям. Считалось, что акушерки выполняют «социально-медицинскую функцию»², т.е. не являются в полной мере медицинскими специалистами наравне с врачами, стоматологами или фармацевтами. Это влияло не только на зарплаты акушерок, но также на их социальные права, уровень доверия со стороны клиентов и престиж профессии. Отсутствие профессионального признания на символическом уровне подразумевало, что и другие специалисты могут позаботиться о роженицах, и акушерки вполне заменяемы. Протестующие требовали признания значимости их роли в сопровождении родов. Поскольку образование включает в себя медицинские курсы, они также требовали для себя статуса медицинских профессионалов, эквивалентного статусу врача. Отчет, составленный профессорами Филипом Пюшем, Жераром Бреаром и Жан-Кристофом Розе в 2003 г. призывал делегировать акушеркам ведение случаев физиологической беременности, чтобы

¹ Исключения касаются экстренных случаев, например, домашних родов, заканчивающихся в больнице.

² "Fonction publique hospitalière" по-французски.

у врачей освободилось время для наблюдения за беременностями в зоне риска (Bréart et al. 2003).

Здесь вновь очевидно противопоставление врачей и акушерок. Акушерки не оспаривают авторитет врачей, а лишь требуют для себя признания в качестве равных профессионалов. По мнению акушерок, в родах они играют значимую роль, наряду с докторами. При этом они выражают несогласие существующей в медицине иерархии и мнению о том, что представители какой-то одной из этих двух профессий обладают преимущественным правом оказывать помощь в родах (ONSSF 2014). Как утверждают акушерки, сами они являются более компетентными в области физиологических родов, в то время как врачи – эксперты по ведению патологических беременностей и родов. В соответствии с заявлением Национальной федерации акушерок, акушерки и гинекологи должны восприниматься как равные специалисты в плане социальных, юридических, политических и экономических прав (Collectif des sages-femmes 2013). Основная идея, стоящая за этим посылом, заключается в том, что патология и физиология – два принципиально разных состояния, и физиологично протекающие процессы нельзя регулировать в соответствии с критериями, которые применяются к патологическим случаям. Иными словами, физиологические и патологические роды – это не разные проявления одного и того же состояния, но две совершенно отличные друг от друга модели (Canguilhem 1966).

Достичь консенсуса между медицинскими специалистами о принятии такого различия достаточно сложно, так же сложно, как и классифицировать конкретные роды в качестве физиологических или патологических. Особое значение имеет выбор момента, когда производится это различие. Во французской медицине принято определять роды как физиологические *a posteriori* (Ben Soussan 2010). Это означает, что непосредственно в момент появления ребенка на свет любые роды рассматриваются как потенциально патологические, и все медицинские манипуляции выполняются в соответствии с «патологической» моделью. И даже если роды окажутся физиологическими, это будет признано медиками слишком поздно для того, чтобы применить при их ведении «физиологическую» модель.

Такой подход ведет к высокому уровню медиализации родов в больницах – деторождение проходит в окружении медицинских инструментов, приборов и технических манипуляций. Это ослабляет профессиональные позиции акушерок, которые не имеют права применять медицинскую технику в родах, и которые до недавнего времени носили статус парамедиков. И даже когда акушерка самостоятельно ведет роды от начала до конца, без вмешательства со стороны врача, легитимность ее действий всегда может быть оспорена из-за того, что ни одни роды в больнице не считаются физиологическими до момента их завершения. Эта амбивалентность, которая

не всегда замечается медицинскими специалистами, на практике ставит акушерок в непростую ситуацию.

Независимые акушерки также сталкиваются с трудностями, когда пытаются организовать приемлемые для себя условия работы. Домашние роды во Франции имеют весьма противоречивую репутацию (Jacques 2007). Родители, принимающие решение рожать дома, считаются маргиналами, а их мотивы не встречают понимания. Поскольку врачи выступают против «домашних» родов, тех, кто выбирает данный путь, нередко считают безответственными, обвиняют в том, что они подвергают опасности свою жизнь и жизни детей. Одна из матерей, участвовавших в моем исследовании, рассказывала, что даже ее муж поначалу выступал против домашних родов: *«Для него это было слишком рискованно, слишком опасно и совершенно безответственно»* (Изолин, 34 года, Париж, 2012).

Акушерки, которые ведут домашние роды, также обвиняются в готовности идти на неоправданный риск и безответственным, с профессиональной точки зрения, поведением. В течение последних лет страховая компания, предоставлявшая независимым акушеркам профессиональную страховку, исключила домашние роды из числа страховых случаев. Это означает, что в случае возникновения осложнений в таких родах участвующая в них акушерка не будет защищена страховкой, в отличие от ее коллег в больнице. Таким образом, легитимность независимой акушерской практики оказывается под угрозой, так как она не защищена юридически. В связи с отсутствием официального признания (как минимум символическим) домашнего родовспоможения в качестве полноценной формы медицинской деятельности, профессиональная практика акушерок, которые хотят помогать женщинам в родах, оказывается ограниченной работой в больницах. Более того, государственная система здравоохранения полностью покрывает расходы на роды в больнице, в то время как акушерская помощь домашних родов целиком оплачиваются семьями самостоятельно. Ограничивая подобным образом возможности для частной акушерской практики, государство демонстрирует, что роды находятся под его контролем, и что они должны проходить исключительно в жестко регламентированных условиях больницы.

Акушерская практика страдает от государственного регулирования, представители данной профессии оказываются в оппозиции к некоторым социальным нормам, связанным с родами и репродуктивным здоровьем. Пример домашних родов показывает, что ради защиты своих профессиональных интересов современные французские акушерки должны либо попытаться приспособиться к общественным и юридическим нормам, либо бороться за преобразование этих норм.

Изменения в профессии акушерки и тренд построения идентичности через родительство

Несмотря на все трудности и препятствия, с которыми сталкиваются французские акушерки, эта профессия обладает потенциалом для изменения социальных правил. Отношения между акушерской профессией и обществом подразумевает взаимовлияние обоих акторов: социальный контекст изменяет профессию, однако, акушерки, заручившись поддержкой родителей, также могут воздействовать на общественное мнение.

Новая тенденция в родительских практиках во Франции – интенсивное материнство (Haas 1994) и развившийся на его основе тренд построения идентичности через родительство (*identity parenting*) (Paltineau 2014). Последний включает в себя практики, ориентированные на естественность и физиологичность родительских опытов. Особое значение придается отношениям родителей с нерожденным ребенком и уважительному отношению к нему еще до родов. Родители, следующие данному тренду, отдают предпочтение естественным родам и разделяют критическое отношение к современным медицинским практикам. Например, эпидуральная анестезия, которая еще десять лет назад определялась как технологическое достижение необходимое в родах, часто воспринимается такими родителями негативно – как процедура, потенциально способная нанести вред здоровью матери и ребенка.

Интернет-форумы, например, популярный французский форум «*Au féminin*», выступают площадками, на которых матери могут обсудить свой опыт родов и отношение к разнообразным формам медицинских вмешательств. Следующий отрывок иллюстрирует страх и сомнения родителей по поводу применения эпидуральной анестезии:

Я никогда на это не пойду [на эпидуральную анестезию – М.П.], ведь для ребенка так важно, чтобы никакие анестетики не попали в его маленькое сердечко, и помимо этого, они вызывают у плода патологические состояние, так что, спасибо, не надо. Я рожала без эпидуралки и была в восторге, хотя все и длилось 21 час (*dreakill3*, 20 лет, форум «*Au féminin*», 2008).

Подобный скептицизм проявляется и по отношению ко многим другим принятым в медицине практикам – искусственной стимуляции родов, кесаревому сечению, мониторингу родов, раннему перерезанию пуповины и пр. Построение идентичности через родительство – понятие, введенное Майей Палтино в 2014 г. (Paltineau 2014) – предполагает личное, глубокое и искреннее погружение людей в родительскую роль. Родительство переживается ими с рефлексивной позиции, каждый его аспект подвергается анализу. Матери и отцы стремятся получить знания о различных составляющих своей родительской роли и каждой стадии родительского опыта, в том числе о беременности и родах. Родители становятся экспертами по родам и хотят при-

нимать информированные и осознанные решения в связи с данным процессом, что часто предполагает отказ от стандартизованных медицинских процедур и практик. Вместо следования стандартной процедуре такие родители выбирают персонализированное ведение беременности и индивидуальный подход к родам. Поскольку в больницах и роддомах нечасто есть условия для выполнения желаний будущих родителей, спрос на услуги независимых акушерок во Франции растет.

Розалин Блафф и Имми Холлоуэй пишут о том, что «акушерки должны быть готовы делиться своим знанием с [клиентками] и должны воспринимать это не как угрозу своей профессиональной власти, а, скорее, как возможность помочь женщинам достичь желаемого ими опыта [родов]» (Bluff, Holloway 1994: 163). Французские матери заинтересованы в том, чтобы разделять с медиками ответственность за роды, а также в персонализированном отношении, которое они могут получить при обращении к услугам независимых акушерок. Об этом говорится в одном из интервью:

На консультациях в больнице кажется, что до тебя нет никому дела. Во время первой беременности у меня было пять консультаций у трех разных специалистов <...> Но Жоанна [личная акушерка – М.П.], она виделась со мной каждую неделю, она понимала, как я работала и давала советы, предназначенные мне лично (Маржори, 31 год, Париж, 2011).

В этом также состоит причина растущей популярности во Франции клиник акушерского ухода¹, несмотря на то, что они пока не были легализованы².

Многие французские родители хотели бы, чтобы их роды проходили вне медикализованных, высокотехнологичных больничных палат. Однако спрос на роды вне больницы выше, чем предложение – лишь небольшая часть независимых акушерок ведет роды, а законодательство не предоставляет других легальных вариантов для домашнего родоразрешения (CIANE 2013). В интервью несколько родителей рассказали мне, как они отказались от родов дома в связи с тем, что не смогли найти практикующую независимую акушерку в своем регионе. Одна из матерей объяснила это следующим образом: «Когда я была беременна первым ребенком, я хотела родить дома, но с единственной акушеркой, работавшей на дому при родах в нашем регионе... у нас не сложились отношения, поэтому мы с мужем решили не делать этого» (Виолет, 29 лет, Страсбург, 2008). На этом примере мы вновь видим, как акушерки и родители страдают от негибких правил работы здравоохранения. Хотя

¹ «Дом для родов» – медицинское учреждение, ориентированное на проведение естественных родов (т.е. родов без применения эпидуральной анестезии и иных медицинских вмешательств), где женщинам ассистируют акушерки, а не медсестры или врачи-гинекологи.

² Социальный конфликт вокруг таких «домов для родов» длится уже несколько лет, и это непростой вопрос для французской системы репродуктивного здравоохранения (CIANE 2013).

роды вне больницы привлекают все больше родителей, данная практика до сих пор не стала признанной нормой, вследствие чего профессиональная деятельность акушерок остается ограниченной. Акушерская практика в высокой степени регламентирована и помещена в жесткие рамки. Несмотря на растущий спрос на услуги акушерок, они не имеют возможности трансформировать свою профессиональную практику в соответствии с общественным запросом.

Уместно подчеркнуть, что социальные изменения превосхищают изменения в юридическом статусе акушерок. В современной Франции акушерки наряду с некоторыми родителями формируют новые подходы к деторождению и вместе утверждают новые социальные тренды практик в данной сфере. Вследствие этого становится очевиден разрыв между обязанностями, вменяемыми акушеркам государством, и той реальной ролью, которую они хотят играть во взаимодействии с матерями (CIANE 2014). Данный разрыв приводит к квази-перманентному конфликту внутри акушерской профессии, из-за чего быть акушеркой совсем непросто.

Заключение

Роль государства в развитии акушерства амбивалентна: на ранних стадиях существования профессии многие законы способствовали профессиональному признанию акушерок. Акушерство обязано государству своим возникновением и развитием, а также профессионализацией (в противовес традиционной практике «матрон»). Государство открыло акушерские школы и наделило акушерок официальным статусом, что дало им возможности для выстраивания своей экспертной позиции в сфере родовспоможения. С другой стороны, оно также способствовало установлению авторитета врачей в данной сфере и фактически утвердило их в качестве государственных представителей в медицине (Foucault 1976). Французские законы сформировали определенную иерархию врачей и акушерок, которая предполагала, что первые обладают большей компетенцией в родах, чем вторые.

В последние десятилетия роль государства по отношению к профессии акушерки заключалась во введении все новых ограничений (CIANE 2014). Французские акушерки борются за свои права и за пересмотр той роли, которую им отводят власти: все чаще отказываясь от работы в государственных больницах, критикуя существующую организацию здравоохранения. Они также отказываются признать неравенство с врачами в качестве нормы и требуют большего профессионального признания. Все это свидетельствует о стремлении французских акушерок к переопределению своего символического значения и профессиональной организации, что предполагает ослабление государственного контроля и содействие со стороны родителей.

В заключение следует отметить, что родительский активизм, выраженный в таких трендах как интенсивное родительство и построение идентичности через родительство, усиливает требования акушерок и приближает изменение их статуса на законодательном уровне. Личные и социальные протесты приводят к значительным изменениям в инфраструктуре государственного здравоохранения. Все больше больниц создают палаты с разнообразными приспособлениями для ведения физиологических родов (например, ваннами, фитболами и т.д.), развиваются возможности для проведения естественных родов в больницах (Akrich et al. 2010). Все больше французских родителей заявляют о своем праве на институционализированные протоколы родов, самостоятельно составляя «проекты родов»¹ и отказываясь от определенных медицинских манипуляций. Мы наблюдаем растущую осведомленность индивидов как действующих лиц в области заботы о здоровье. Современные французские родители увереннее чувствуют себя при взаимодействии с медицинскими инстанциями, они чаще настаивают на своем праве выбора в сфере деторождения и им проще это делать, чем родителям предыдущих поколений (Paltineau 2012).

Этот феномен касается не только репродуктивной медицины, но и всей системы здравоохранения. Подобное отстаивание права на личный выбор и идентичность является частью крупномасштабных социальных сдвигов, происходящих во многих западных странах (Touraine 2013). Современные общества превращаются в постмодернистские системы, где индивиды обретают контроль над собственными жизнями и превращаются в социальных акторов. Пост-современность характеризуется экономическим кризисом, который сочетается с растущим интересом к приватной сфере, личному благополучию, подлинной повседневной реальности. Главные современные ценности не сводятся к финансовому процветанию, и обладание материальными благами уже не считается наиболее значительным жизненным достижением. Такие социальные сдвиги возможны, во-первых, благодаря достижениям в области передачи информации, и, во-вторых, благодаря новым возможностям для создания социальных связей и сетей между индивидами. Эти два элемента стали ключевыми и для недавних трансформаций, которые претерпело акушерство, что предвещает дальнейшие изменения в профессии, в системе репродуктивного здравоохранения и в обществе в целом.

Список источников

Akrich M., Bardes F., Phan E. Les lieux de naissance en France: quels choix pour les usagers? // *Spirale*. 2010 (54): 149–158.

¹ Список пожеланий относительно сценария родов, который составляется самими родителями и согласуется с принимающей роды бригадой медиков.

- Beauvalet-Boutouyrie S. *Naotie a l'hôpital au XIXème siècle*. Paris: Belin, 1999.
- Ben Soussan P. Des lieux de naissance si peu hospitaliers... // *Spirale*. 2010. (54): 159–168.
- Benoit Truong-Cahn M. Les nouvelles compétences des sages-femmes après la publication de la loi HPST du 21 juillet 2009 // *Contact Sage-femme, La lettre du Conseil de l'Ordre*. 2009. (21): 20–21.
- Bluff R., Holloway I. They Know Best // *Midwifery*. 1994. (10): 157–164.
- Bréart G., Puech F., Rozé J. C. *Rapport Mission périnatalité*. Paris: Ministère de la Santé, 2003.
- Brocas A.– M. *La situation périnatale en France en 2010*. Paris: Etudes et Résultats, 2011.
- Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF/Quadrige, 1966.
- Chaumette P. *Parents et sages-femmes: l'accompagnement global*. Paris: Editions Yves Michel, 2005.
- CIANE. *Procus Verbal de l'assemblée générale du 23 novembre 2013*. Paris: CIANE, 2013.
- CIANE. *Le CIANE dénonce la campagne de dénigrement à l'encontre des sages-femmes*. Paris: CIANE, 2014.
- Collectif des sages-femmes. Les sages-femmes dans le projet de loi de santé publique 2014 // *Santé gènesique des femmes et périnatalité. 2013* // http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/CAHIER-DOLEANCES_003.pdf (дата обращения: 02.09. 2014)
- Décret portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles // *Journal Officiel de la République Française*. 1922. June 22: 6880.
- Faure O. *Les sages-femmes en France au XIXème siècle: les institutrices du système de santé?* Paris: Belin, 2005.
- Foucault M. *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France*. Paris: Gallimard, 1976.
- Gélis J. *La sage-femme et le médecin*. Paris: Fayard, 1988.
- Hoerni B. La loi du 30 novembre 1982 // *Histoire des sciences médicales*. 1998. 33 (1): 163–168.
- Jacques B. *Sociologie de l'accouchement*. Paris: PUF, 2007.
- Hays S. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale University Press, 1994.
- Loi N 2009–879 // *Journal Officiel de la République Française*. 2009. July 22: 12184.
- Loi sur l'exercice de la médecine // *Journal Officiel de la République Française*. 1892. No-vember 30: 537.
- Loi complétant et modifiant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales // *Journal Officiel de la République Française*. 1930. May 1: 4819.
- Loi N 2011–814 // *Journal Officiel de la République Française*. 2011. July 8: 11826.
- Moatty F., Gheorghiu M. D. *L'hôpital en mouvement: Changements organisationnels et conditions de travail*. Paris: Editions Liaisons, 2013.
- Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) Communiqué aux sages-femmes, 21 June 2014 // http://www.onssf.org/Documents/20140621_CSF_bilan_VD.pdf (дата обращения: 02.09. 2014)
- Paltineau M. The Identity Work and Health of Intensive Motherhood // *Health, Culture and Society*. 2012. (3): 172–183.

Paltineau M. *La parentalité identitaire, moteur de changement dans les normes parentales françaises*. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2014.

Schlumbohm J. Comment l'obstétrique est devenue une science // *Actes de la recherche en Sciences sociales*. 2002. (143): 18–30.

Thébaud F. *Quand nos grand-mères donnaient la vie*. Lyon: PUL, 1986.

Touraine A. *La fin des sociétés*. Paris: Seuil, 2013.

WHO *State of the world's midwifery report 2014*. New-York: WHO, 2014.

(Перевод с английского: Анна Кадникова)