THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Science politique

École doctorale Droit et Science politique

Unité de recherche CEPEL

La profession maïeutique ou l'art du risque mesuré.

Une sociologie du gouvernement des grossesses en France.

Présentée par Anne-Sophie PILARSKI
Le 13 décembre 2024

Sous la direction de François BUTON et de Laurent VISIER

Devant le jury composé de

François BUTON, Directeur de Recherche, CNRS, ENS de Lyon	Directeur de thèse
Philippe CHARRIER, Professeur, Nantes Université	Rapporteur
Laura MICHEL, Maîtresse de Conférence HDR, Université de Montpellier	Examinatrice
Anastasia MEIDANI, Professeure, Université de Toulouse	Présidente
Priscille SAUVEGRAIN, Maîtresse de Conférence HDR, Sorbonne Université	Rapporteure
Laurent VISIER, Professeur, Université de Montpellier	Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

La profession maïeutique ou l'art du risque mesuré.

Une sociologie du gouvernement des grossesses en France.

A mes filles, Diane et Bérénice.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord à Laurent Visier et François Buton pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je souhaite remercier François Buton, mon directeur historique, pour son encadrement scientifique de qualité depuis le master, et lui exprimer toute ma gratitude pour ses conseils et ses connaissances, son expertise et ses relectures minutieuses, ses encouragements et sa bienveillance, son engagement et son soutien sans faille qui m'ont permis d'achever cette thèse. Je tiens également à remercier chaleureusement Laurent Visier qui m'a permis de poursuivre ma recherche au CEPEL, ainsi que pour ses conseils scientifiques éclairants, sa disponibilité et son soutien tout au long de la thèse.

Je tiens ensuite à remercier l'ensemble des participantes et des participants à cette enquête, les sages-femmes, les femmes enceintes et leur compagnon, qui ont accepté de me faire une petite place dans les bureaux de consultations afin que j'observe ces moments qui rythment les 9 mois de la grossesse. Merci aux sages-femmes qui m'ont confié leur récit avec beaucoup de simplicité et de transparence.

Je remercie les chefs de service et les équipes d'encadrement des deux maternités, qui m'ont facilité l'accès au « terrain », tout en me laissant une grande liberté dans mon enquête.

Je remercie également les membres du jury qui ont accepté de lire, d'évaluer et de discuter mon travail : Philippe Charrier, Anastasia Meidani, Laura Michel et Priscille Sauvegrain.

Mes remerciements vont aussi à Sezin Topçu et Carine Vassy, ainsi qu'à Gilles Moutot et Geneviève Zoïa pour leur participation à mon comité de suivi individuel de thèse, qui m'a été d'un grand soutien.

Je tiens également à remercier le CEPEL pour son accueil, son environnement stimulant dont je n'ai bénéficié que très rarement en raison de mon activité professionnelle, ainsi que l'École doctorale de Droit et Science politique pour son accompagnement attentif.

Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation Mustela qui délivre des bourses dédiées au domaine de la maïeutique. Je remercie chaleureusement ce partenaire.

Mes remerciements vont enfin à ma famille et mes amis, qui m'ont également permis d'aller au bout de cette aventure, ce parcours parsemé d'embûches, au moment crucial où je devais terminer la thèse. Merci à elles, à eux, pour leurs relectures, leur présence, leur amour et leur soutien inconditionnel : Claudine, Delphine, Olivier, Émilie, Emmanuel, Clara, Tristan, Marina, Clémentine, Anne-Laure, Charles-Emmanuel, Arthur, Iona, Grégoire, Lindy, Maxence, Armand, Marianne, Caroline, Audrey, Chiara, Annabelle, Sandrine, Franck, William, Sophie, Nicolas, Barbara, Philippe, Raphaël, Mathilde, Albert, Éric.

Merci à mes filles d'avoir été si patientes et si aimantes avec leur maman. 8 ans, c'est long, très long quand on a 10 ans et 12 ans. Je leur dédie ce travail.

RESUME

Cette investigation sociologique du travail des sages-femmes dans le contexte de la surveillance prénatale en France offre un éclairage sur les mécanismes d'appropriation professionnelle de cette activité. L'approche méthodologique, ancrée dans une perspective multidimensionnelle, conjugue les apports de la sociologie du travail et des professions et de l'action publique « pas le bas », s'appuyant sur une démarche ethnographique multisituée.

L'analyse sociohistorique de la profession depuis le XVIIIe siècle révèle une trajectoire non linéaire, alternant expansion et restriction juridictionnelles. Après une consolidation au XIXe siècle, le XXe voit une érosion des prérogatives au profit des spécialités médicales émergentes. Le début du XXIe siècle amorce une réappropriation de compétences, dans un contexte de tension démographique médicale et de mobilisations collectives. L'identité professionnelle des sages-femmes se caractérise par une position interstitielle entre *cure/care* et médical/paramédical. La bureaucratisation et le développement de la recherche en maïeutique sont vus comme des stratégies de légitimation. L'étude des interactions sages-femmes/patientes, à travers le concept d'*agency*, montre comment l'évolution professionnelle favorise l'*empowerment* des usagères. La « proximité » émerge comme trait caractéristique, atténuant l'asymétrie expert-profane. L'analyse des pratiques révèle une articulation *cure*/*care* et une intégration critique du raisonnement probabiliste et de la technicisation. La nature prudentielle de l'activité est soulignée, caractérisée par l'adaptation aux singularités et une gestion fine des risques, positionnant les sages-femmes comme professionnelles de la vulnérabilité plutôt que simples garantes de la physiologie.

Les apports de cette recherche incluent l'analyse de la position spécifique des sages-femmes dans l'écologie professionnelle du système de santé, l'examen de l'extension de leur juridiction, et leur approche nuancée de la technicisation des soins. Cette étude contribue à éclairer les dynamiques de transformation des professions de santé et souligne la pertinence d'appréhender la profession maïeutique comme un prisme analytique des enjeux contemporains de santé publique et de reconfiguration du champ médical.

Mots clés : profession maïeutique, surveillance prénatale, professionnalisation, *empowerment*, technicisation, *cure/care*

ABSTRACT

This sociological investigation of midwives' work in the context of prenatal care in France sheds light on the mechanisms of professional appropriation of this activity. The methodological approach, rooted in a multidimensional perspective, combines contributions from the sociology of work and professions and public action “from below”, based on a multi-sited ethnographic approach.

The socio-historical analysis of the profession since the 18th century reveals a non-linear trajectory, alternating between jurisdictional expansion and restriction. After consolidation in the 19th century, the 20th century saw an erosion of prerogatives in favor of emerging medical specialties. The early 21st century marks a reappropriation of competencies, in a context of medical demographic tension and collective mobilizations. The professional identity of midwives is characterized by an interstitial position between cure/care and medical/paramedical. Bureaucratization and the development of research in midwifery are seen as legitimation strategies. The study of midwife-patient interactions, through the concept of agency, shows how professional evolution promotes the empowerment of users. “Proximity” emerges as a characteristic trait, attenuating the expert-lay asymmetry. The analysis of practices reveals an articulation of cure/care and a critical integration of probabilistic reasoning and technicization. The prudential nature of the activity is emphasized, characterized by adaptation to singularities and fine-grained risk management, positioning midwives as professionals of vulnerability rather than mere guardians of physiology.

Contributions of this research include the analysis of the specific position of midwives in the professional ecology of the healthcare system, the examination of the extension of their jurisdiction, and their nuanced approach to the technicization of care. This study aids illuminate the dynamics of transformation in health professions and highlights the relevance of understanding the midwifery profession as an analytical prism for contemporary public health issues and the reconfiguration of the medical field.

Keywords : Midwives, Prenatal care, Professionalization, Empowerment, Technicization, Cure/Care

TABLE DES MATIERES

Remerciements ***7***

Résumé ***9***

Abstract ***10***

Sigles et acronymes ***15***

Introduction générale. ***17***

A. Enjeux sociaux et politiques de la surveillance de la grossesse 20

1. L'état de grossesse : un risque comme les autres ? 20

2. La notion de risque comme justification de la technicisation et de la (sur)médicalisation de la surveillance de grossesse en France 27

3. Le travail des sages-femmes comme objet de recherche, la surveillance des grossesses comme contexte 29

B. Problématique 33

C. Au croisement de la sociologie du travail et des professions et de l'action publique 34

1. Une sociologie du travail d'un corps professionnel 35

2. Une analyse de l'action publique « par le bas » 39

D. Méthodologie de recherche : une méthodologie mixte 41

1. Une ethnographie multisituée de la pratique maïeutique durant la période prénatale 42

a. Des accessions au terrain très différentes 42

b. Techniques mixtes : de l'observation directe aux entretiens en face à face 47

c. Description des terrains 50

2. Une double posture : à la fois *insider* et *outsider* 50

a. Être indigène comme facilitateur de la compréhension du jargon obstétrical et de la démarche clinique 50

b. Se positionner comme chercheur en sciences sociales afin de pouvoir observer 51

3. Présentation des agents observés 53

a. La difficulté de relever les caractéristiques des patientes/couples 53

b. Portrait des sages-femmes 54

4. Des sources complémentaires diverses 58

E. Plan de la thèse 59

Première partie Le cadre de l'activité du suivi des grossesses ***61***

Chapitre 1. Socio-histoire de la surveillance des grossesses et de la participation de la sage-femme à cette activité **61**

A. La sage-femme et les risques de l'enfantement : un argument politique dès la fin du XVIIIe siècle 63

1. Construction d'une profession pour diminuer les dangers de la naissance 63

2. La formation comme déterminant du champ d'activité des sages-femmes 66
3. La mobilisation d'un corps professionnel pour conserver son identité 70
B. Le gouvernement politique des grossesses en France au XXe siècle 82
1. Gouverner l'état de grossesse au XXe siècle : des dynamiques sanitaires et natalistes de l'entre-deux-guerres à la lutte contre le handicap des années 60-70 82
2. Les conséquences de législation portant sur la surveillance de grossesse sur l'exercice des sages-femmes dans la seconde moitié du XXe siècle 88
Conclusion 93

Chapitre 2. L'identité professionnelle des sages-femmes et ses mutations 97

A. Une profession « entre-deux » 99
1. La posture d'une profession en tension 102
a. Les sages-femmes sont-elles convaincues d'être une profession médicale ? 102
b. (Re)connaissance et (re)valorisation du corps professionnel des sages-femmes : un discours récursif 110
2. Une autonomie d'exercice à géométrie variable et dans « l'interdépendance » 119
a. Les effets de la codification juridique et scientifique sur l'autonomie des sages-femmes réalisant le suivi de grossesse 119
b. Une frontière mobile entre grossesses à bas et haut risque et le fait de pouvoir « passer la main » 126
c. Les sages-femmes et le risque médico-légal 131
B. L'hétérogénéité des conditions d'exercice, des contextes locaux, et leurs effets sur les relations interprofessionnelles et le territoire professionnel des sages-femmes 139
1. L'exercice salarié comme contexte de travail 140
a. La prégnance du rapport dominant/dominé entre médecins et sages-femmes et de l'autorité administrative à l'hôpital 140
b. Le segment des sages-femmes territoriales 150
2. Le contexte du secteur libéral : entre collaboration et concurrence 154
3. Les contextes locaux comme déterminant des rapports (professionnels) entre médecins et sages-femmes 161
Conclusion 165

Deuxième partie Le travail de surveillance des grossesses 168

Chapitre 3. Des relations de services et interpersonnelles entre femmes et sages-femmes non homogènes 169

A. La spécificité des interactions avec les sages-femmes libérales 171
1. Mobilisation de l'agentivité des femmes 171
2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité : un espace de discussion propice 185
3. Le modèle de l'accompagnement global 195
B. Les interactions entre sages-femmes et femmes : proximité, confiance et pouvoir 202

1. Le recours à la sage-femme pour se faire suivre : un choix ou une imposition ?.....203
a. La « proximité géographique ».....203
b. L'usage de la « proximité biographique » : Être proche pour gagner la confiance.....206
c. La « qualité des services » comme expression d'un parcours « volontaire » des femmes.....212
2. Des cas de discordance entre patientes et professionnelles à propos de leurs préoccupations et leurs perceptions des risques.....217
3. Une relation soignante/soignée moins asymétrique : illusion ou réalité ?.....223
Conclusion.....232

Chapitre 4. Les pratiques des sages-femmes durant le suivi prénatal.....235

A. La pratique en maïeutique : entre clinique, technique et prévention.....237
1. Les différents temps de la consultation prénatale : anamnèse, examen clinique, prescription.....239
a. Entre sollicitation et écoute de la patiente : la conception des sages-femmes pour mener une bonne consultation.....239
b. L'attachement à la clinique dans le discours des sages-femmes.....244
c. Le temps de la prescription.....247
2. L'usage de la technique dans la surveillance de la grossesse.....249
a. Les résultats d'examens de surveillance biomédicale de l'état de santé des futures mères comme support de discussion.....250
b. L'examen échographique : pas uniquement pour rassurer.....252
c. La sage-femme et le « monitoring » fœtal.....261
B. Des formes de « spécialisation ».....262
1. Être formées aux médecines complémentaires.....262
2. Être sage-femme et échographiste ou échographiste et sage-femme ?.....264
3. Les sages-femmes, agents de la médicalisation et de la technicisation malgré elles ?.....273
a. La recherche des risques : le fondement de la pratique des sages-femmes.....273
b. Des perceptions différentes de la médicalisation et de la technicisation selon la trajectoire des agents.....280
Conclusion.....285

Chapitre 5. Le travail de priorisation et de hiérarchisation des risques à rechercher.....287

A. L'actualisation permanente des risques à rechercher : un travail de hiérarchisation nécessaire.....288
1. La rationalisation de la surveillance biomédicale et échographique.....290
2. La montée en puissance des risques de vulnérabilité.....294
3. Les risques comportementaux.....299
4. Des pratiques variables selon le contexte institutionnel et local et la trajectoire des agents.....301
B. Catégorisation des femmes et des couples et prise en charge différentiée.....302
1. Le travail de catégorisation pour orienter la recherche des risques.....303
a. Les patientes saisies par leur profession.....303
b. Tenir compte des inégalités sociales.....304
c. Origines géographiques, origines ethniques, nationalités et race.....305

2. Des prises en charge différenciées 308
Conclusion 312
Conclusion générale 313
Bibliographie 319
Annexes 344

SIGLES ET ACRONYMES

AGN	Accompagnement Global à la Naissance
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CFEF	Collège Français d'Échographie Fœtale
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CPDPN	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal
DGOS	Direction Générale de l'Offre des Soins
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
EPNP	Entretien Post-Natal Précoce
EPP	Entretien Prénatal Précoce
FPH	Fonction Publique Hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PRADO	Programme d'Accompagnement de retour à Domicile
PMI	Protection Maternelle et Infantile

PNP Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPC Recommandations pour la Pratique Clinique

T2A Tarification à l'Activité

TV Toucher Vaginal

INTRODUCTION GENERALE.

« La naissance est un événement médical. Mais médical au sens noble du terme avec toute sa complexité (physiologie, anatomie, pharmacopée, pathologie…). Et pour faire de la belle médecine, il faut du temps. On ne peut pas se contenter d'ingénierie des corps. Sans partenariat femme / famille / bébé / sage-femme, pas de prise en charge efficiente. Sans dialogue réciproque et sans consentement, rien n'est possible. Et pour cela, je me répète, il faut du temps. Au savoir-faire, doit s'ajouter le savoir être.

Les sages-femmes sont ces femmes-là et ces hommes-là qui accueillent ça, qui assurent la sécurité médicale, psychique, émotionnelle, familiale des deux événements les plus incroyables de l'existence : la vie et la mort. Parce que oui, il y a des histoires qui finissent mal. Aujourd'hui, nous ne pouvons pas exercer notre art sans maltraiter nos patients. »[1]

Le 3 décembre 2020, la France se trouve dans une situation sociale particulièrement complexe, caractérisée par une convergence de crises multidimensionnelles. Au cœur de cette période, la pandémie de COVID-19 exerce une pression considérable sur le système de santé et l'économie nationale, avec un confinement national en vigueur depuis le 30 octobre. Cette situation sanitaire exceptionnelle s'accompagne d'une crise économique marquée par une hausse du chômage et des inquiétudes croissantes quant à l'avenir socio-économique du pays. Parallèlement, le climat politique et social est tendu, notamment en raison des débats entourant la loi "Sécurité globale" et les questions de libertés publiques qu'elle soulève. Ces débats s'inscrivent dans un contexte plus large d'un questionnement sur l'équilibre entre

[1] *Le Nouvel Obs,* « Sage-femme, je n'ai jamais consenti à devenir maltraitante malgré moi », 3 décembre 2020, [en ligne] : https://www.nouvelobs.com/notre-epoque/20201203.OBS36961/tribune-sage-femme-je-n-ai-jamais-consenti-a-devenir-maltraitante-malgre-moi.html

sécurité sanitaire et libertés individuelles, exacerbés par la gestion gouvernementale de la crise. Le secteur de la santé, en première ligne face à la pandémie, manifeste des signes d'épuisement et de revendications persistantes, reflétant les défis structurels auxquels le système de soins est confronté. Décembre est également le mois des fêtes de fin d'année, dont les modalités de leur célébration interrogent dans ce contexte sanitaire inédit. Ce tableau complexe met en lumière les interactions entre les enjeux sanitaires, économiques, sociaux et politiques, créant une atmosphère d'incertitude et de tension au sein de la société française.

La citation placée en exergue de cette thèse, tiré d'une tribune signée par un collectif[2], publiée un an après l'achèvement de l'enquête de terrain de cette thèse, est particulièrement éclairante en ce qu'elle offre une perspective critique sur le rôle des sages-femmes et l'« événement naissance » dans le système de santé actuel, et mérite une analyse approfondie. Elle met en effet en lumière plusieurs aspects cruciaux de la pratique obstétricale moderne, qui permettent d'introduire ce dont il sera question dans les pages qui suivent. Premièrement, la conceptualisation de la naissance comme un « événement médical », tout en soulignant sa complexité multidimensionnelle, s'inscrit dans le débat actuel sur la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Ce débat, largement documenté dans la littérature sociologique et anthropologique[3], interroge la tension entre la sécurité médicale – et le raisonnement par le risque – et l'expérience humaine de la naissance. Deuxièmement, l'affirmation selon laquelle on « ne peut pas se contenter d'ingénierie des corps » apparaît comme une critique implicite du modèle technocratique de la naissance, tel que décrit par Davis-Floyd[4]. Ce modèle, qui tend à réduire le corps à une machine et l'accouchement à un processus mécanique, est ici remis en question au profit d'une approche holistique. L'accent mis sur le « partenariat femme / famille / bébé / sage-femme » et le « dialogue réciproque » renvoie à une approche centrée sur la patiente, rappelant les principes des soins centrés sur la femme (*woman-centered care*) préconisés par de nombreux

[2] Cette tribune est signée par des sages-femmes, des médecins, des usagères, des journalistes et des étudiants.

[3] Robbie Davis-Floyd, « The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, vol. 75, p. S5-S23 ; Brigitte Jordan, « Authoritative knowledge and its construction », *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*, 1997, p. 55-79.

[4] R. Davis-Floyd, « The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth », art cit.

chercheurs en obstétrique[5]. Cette approche souligne l'importance de considérer l'expérience subjective et le contexte social de la parturiente. L'insistance sur le besoin de « temps » fait écho aux critiques contemporaines sur l'industrialisation des soins de santé et la pression temporelle exercée sur les professionnels de santé. Cette observation soulève des questions importantes sur la qualité des soins dans un contexte de contraintes organisationnelles croissantes[6]. La déclaration finale sur l'impossibilité d'exercer « sans maltraiter nos patients » suggère une critique structurelle du système de santé actuel et fait écho à la question des violences obstétricales[7].

L'événement que représente la mise au monde d'un enfant s'est profondément transformé depuis plus d'un siècle, et est caractérisé aujourd'hui par une prise en charge des femmes enceintes médicalisée et technicisée[8], en institution comme en libéral. Les recherches en sciences sociales ont étudié majoritairement ce qui se déroule dans les salles de naissances[9] ; celles portant sur la période prénatale se sont intéressées au dépistage et au diagnostic prénatal en étudiant la pratique des médecins[10].

Force est de constater que le gouvernement des grossesses et de l'accouchement repose désormais sur un cadre normé, tant sur le plan législatif que scientifique, qui a été construit sur le concept de risque, à l'instar des autres domaines de l'activité humaine, avec

[5] Nicky Leap, « Woman-centred or women-centred care: does it matter? », *British Journal of Midwifery*, 2009, vol. 17, n° 1, p. 12-16.

[6] Frédéric Pierru et Anne Gervais, « Les contresens et les sens interdits du néomanagement » dans André Grimaldi et Frédéric Pierru (eds.), *Santé : urgence*, Paris, Odile Jacob, 2020, p. 129-144 ; Francis Puech, « Le temps, les temporalités et l'état de l'organisation des soins en périnatalité en France », *Perinatalite*, 2019, Vol. 11, n° 2, p. 73-77.

[7] Danielle Bousquet, Geneviève Couraud et Margaux Collet, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme*, Paris, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, 2018.

[8] Danièle Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, 2007, vol. 39, n° 1, p. 123-144 ; Gaëlle Clavandier et Philippe Charrier, « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », *Recherches familiales*, 8 juin 2015, n° 12, n° 1, p. 165-174. ;

[9] Danièle Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du Travail*, 1 avril 2005, vol. 47, n° 2, p. 245-262 ; Madeleine Akrich, « La péridurale, un choix douloureux », *Cahiers du Genre*, 1999, vol. 25, p. 16.

[10] Carine Vassy, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France », *Sciences sociales et sante*, 2011, Vol. 29, n° 3, p. 5-32 ; Bénédicte Champenois-Rousseau, « La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie » dans Danièle Carricaburu, Michel Castra et Patrice Cohen (eds.), *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 49-63.

la particularité que les dangers – devenus risques – de la période périnatale sont devenus insupportables socialement dans les sociétés occidentales[11]. Ainsi, de nos jours, la surveillance médicale des grossesses est catégorisée selon le niveau de risque, le bas ou haut risque désignant l'opposition antérieure entre grossesses physiologiques ou pathologiques. Le suivi des grossesses à bas risque relève de la compétence de plusieurs acteurs : les médecins (généraliste ou spécialiste) et les sages-femmes. L'exercice de la profession maïeutique, tel qu'il a été construit à partir de la fin du XVIIIe siècle, repose dans une perspective actuelle, sur la prévention et le dépistage des risques et facteurs de risque. Le champ de compétence des sages-femmes étant défini par défaut à la physiologie, elles doivent orienter les patientes vers un spécialiste en cas de diagnostic d'une pathologie. Le suivi de grossesse étant normé, tant sur le plan législatif que scientifique, sur le concept de risque, les modalités de la surveillance prénatale en France sont politiques et nécessitent d'être analysées comme telles.

A. Enjeux sociaux et politiques de la surveillance de la grossesse

1. L'état de grossesse : un risque comme les autres ?

Dans son article « *De la dangerosité au risque* » (1983), Robert Castel propose une analyse critique de l'évolution des stratégies préventives dans le champ de la santé mentale et du travail social. L'auteur met en lumière un changement paradigmatique majeur : le passage d'une approche centrée sur la notion de dangerosité individuelle à un modèle de gestion des risques fondé sur l'analyse statistique de facteurs abstraits. Le sociologue décrit une mutation conceptuelle fondamentale, marquée par l'abandon progressif de la notion de dangerosité, intrinsèquement liée à un sujet concret, au profit de la notion de risque, conçue comme une combinatoire de facteurs abstraits. Cette transition s'accompagne de l'émergence de nouvelles technologies de surveillance, notamment le dépistage systématique basé sur des facteurs de risque prédéfinis, facilitant une gestion prévisionnelle des populations. L'auteur souligne que cette évolution entraîne une restructuration profonde des pratiques professionnelles. On observe une dissociation croissante entre le diagnostic et la prise en charge, transformant l'activité soignante en une fonction d'expertise. Parallèlement, les rapports de pouvoir se reconfigurent, avec une subordination accrue des praticiens de terrain

[11] Claudine Burton-Jeangros et al., « Between tolerable uncertainty and unacceptable risks: how health professionals and pregnant women think about the probabilities generated by prenatal screening », *Health, Risk & Society*, avril 2013, vol. 15, n° 2, p. 144-161.

aux administrateurs, ces derniers acquérant une autonomie sans précédent dans la gestion des populations à risque. Sur le plan socio-politique, Castel postule l'avènement d'un ordre « post-disciplinaire » caractérisé par une gestion différentielle des populations. Ce nouveau paradigme serait potentiellement propice à l'émergence d'une société duale, où coexisteraient des secteurs hautement compétitifs et des zones marginalisées servant de refuge aux individus jugés non rentables. L'analyse de Castel s'inscrit dans une perspective résolument critique, interrogeant les implications éthiques et sociales de ces nouvelles stratégies préventives. Il met en garde contre les risques de déshumanisation et d'accentuation du contrôle social inhérents à cette approche gestionnaire des populations. Cette étude offre un cadre théorique fécond pour appréhender les transformations contemporaines des politiques de santé et d'action sociale dans le contexte des sociétés néolibérales. Elle invite à une réflexion approfondie sur les tensions entre efficacité administrative et considérations éthiques dans la mise en œuvre des politiques préventives.

Le concept foucaldien de gouvernementalité permet d'appréhender la médecine non pas comme une entreprise de domination unilatérale, mais plutôt comme un réseau complexe de relations de pouvoir au sein duquel tous les acteurs participent à la transmission et à la reproduction des normes[12]. Cette approche épistémologique amène à conceptualiser le risque non pas comme une entité objective préexistante, mais comme une construction sociale élaborée au sein de ces mêmes relations de pouvoir, indissociable des dispositifs et des individus qui le produisent et le perpétuent. Comme l'écrivent Didier Fassin et Dominique Memmi,

> *« à l'intimidation au nom de la loi tend à se substituer une obligation d'intérioriser la norme. Mieux : c'est souvent la loi elle-même qui pourvoit au transfert de légitimité permettant à l'individu de décider lui-même de la meilleure manière de s'administrer – de protéger sa santé, de contrôler sa reproduction, de construire sa vie, de choisir sa mort. Le rapport de soi à soi et de soi aux autres, fait d'auto-examen et de respect de la*

[12] Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, vol.1 ; Michel Foucault, « La vie : l'expérience et la science », *Revue de métaphysique et de morale*, 1985, vol. 90, n° 1, p. 3-14.

différence, devient l'ordinaire de la bonne conduite. Gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même »[13].

Dans le contexte hautement normé de la naissance, la conception foucaldienne du pouvoir permet d'explorer les effets à la fois contraignants et incitatifs du risque, en mettant en lumière la participation active des individus dans la reproduction et la transmission des normes. Des études empiriques ont déjà mis en évidence ce phénomène chez les femmes enceintes[14]. Ainsi, Deborah Lupton souligne le poids de la rhétorique contemporaine du risque dans l'auto-régulation des comportements attendue des femmes enceintes, au nom de la préservation de la « précieuse cargaison »[15]. Ces considérations nous invitent à interroger de manière critique les choix effectués, notamment par les femmes, dans un contexte où les normes de respect des recommandations médicales s'avèrent particulièrement prégnantes[16].

La médicalisation de l'événement naissance s'inscrit dans un contexte plus large de politisation de la reproduction humaine. L'intégration de la naissance dans le champ des actions de santé publique témoigne de sa construction comme problème politique[17]. Les instances gouvernementales s'arrogent ainsi la légitimité d'intervenir dans la sphère familiale, transgressant les frontières traditionnelles entre espace public et domaine privé. Cette intrusion étatique dans un processus intrinsèquement intime soulève des questions quant aux limites de l'action publique et aux modalités de régulation des pratiques reproductives. La problématisation politique de la naissance s'articule autour de deux axes majeurs, relevant tous deux des politiques publiques. Le premier concerne la protection maternelle, visant à réduire la morbidité et la mortalité liées à la grossesse et à l'accouchement. Le second se focalise sur la sauvegarde du nouveau-né et du jeune enfant, englobant des mesures

[13] Didier Fassin et Dominique Memmi (eds.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2015, p. 13-14.

[14] Béatrice Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, 1st ed., Paris, Presses universitaires de France, 2007, 208 p ; Deborah Lupton, « 'Precious cargo': foetal subjects, risk and reproductive citizenship », *Critical Public Health*, septembre 2012, vol. 22, n° 3, p. 329-340.

[15] D. Lupton, « 'Precious cargo' », art cit.

[16] Deborah Lupton, « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health », *International Journal of Health Services*, juillet 1993, vol. 23, n° 3, p. 425-435 ; Deborah A. Lupton, « 'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development », *Health, Risk & Society*, octobre 2011, vol. 13, n° 7/8, p. 637-651.

[17] G. Clavandier et P. Charrier, « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », art cit, p. 41-42.

préventives et curatives destinées à optimiser le développement et la santé de la progéniture. Cette double orientation des politiques de natalité illustre la complexité des enjeux sociétaux et sanitaires inhérents à la reproduction humaine. Elle met en lumière les tensions entre les impératifs de santé publique, les droits individuels et les considérations éthiques.

Les années 1970 représentent une période déterminante dans la fabrique des risques, avec l'invention du concept de « périnatalité » et l'accélération de l'institutionnalisation du suivi médical de la grossesse. En effet, à cette époque, le développement des savoirs scientifiques depuis la Seconde Guerre mondiale, aboutit à la mise en place d'examen comme les sérologies de rubéole ou de toxoplasmose ou encore la détermination du groupe sanguin, pour prévenir certaines pathologies transmises au fœtus. Le diagnostic prénatal se développe avec la mise au point des techniques scientifiques permettant par exemple la réalisation du caryotype à partir de cellules fœtales contenues dans le liquide amniotique – l'amniocentèse[18]. L'échographie obstétricale débute également au cours de cette décennie même s'il faut attendre les années 80 et 90 pour qu'il devienne l'examen de choix pour le dépistage des malformations fœtales[19]. Les conduites à risque deviennent aussi une préoccupation avec par exemple la mise en évidence du syndrome d'alcoolisation fœtale[20].

Au début des années 1970, alors que la structuration du système de soins est hospitalo-centrée, le concept de « santé périnatale » se dessine en France. Dans ce contexte de santé publique, est pris en compte une notion émergente et d'importance qui est l'indicateur de santé, c'est à dire une mesure unique, habituellement exprimée en termes quantitatifs, qui permet d'évaluer une dimension de la santé. Parmi les nombreux indicateurs, deux principaux

[18] C. Vassy, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse », art cit.

[19] Bénédicte Champenois-Rousseau et Carine Vassy, « Les échographistes face au dépistage prénatal de la trisomie 21. Le difficile arbitrage entre excellence professionnelle et éthique du consentement », *Sciences sociales et sante*, 2012, Vol. 30, n° 4, p. 39-63.

[20] Thierry Fillaut, Juliette Hontebeyrie et Florence Douguet, « Un pédiatre nantais « découvreur » du syndrome d'alcoolisation fœtale : le Dr Paul Lemoine (1917-2006) », *Psychotropes*, 20 avril 2017, Vol. 23, n° 1, p. 9-29.

sont scrutés depuis les années 60 : le taux de mortalité périnatale[21] et le taux de mortalité maternelle[22].

Le taux de mortalité périnatale en 1970 est médiocre en France (25 pour 1000 naissances) surtout s'il est comparé avec ceux des pays européens et notamment avec celui de la Suède (16,4 pour 1000 naissances). Le gouvernement fait donc de la périnatalité, une de ses priorités de santé publique[23]. Le premier plan de périnatalité (1970-1976) est ainsi lancé en 1972, avec pour objectifs de réduire la mortalité périnatale de 25 à 18 pour 1000 en 10 ans. Ce plan repose sur deux axes : d'abord, la prévention au sens propre du terme, avec le passage à quatre consultations obligatoires à des périodes clés de la grossesse ; ensuite, la sécurisation de la naissance concrétisée par les décrets Dienech promulgués en 1972. Durant cette période certains dépistages deviennent obligatoires (toxoplasmose, rubéole, iso immunisation fœto-maternelle) et la prise en charge à 100 % des frais médicaux de la femme enceinte est réalisée dès le 6ème mois. Ces mesures et ce contexte aboutissent à la mise en place de la surveillance biomédicale de la grossesse encadrée par le décret n° 92-143 du 14 février 1992(qui sera abrogé par le décret 2003-462 du 21 mai 2003). Ensuite, le deuxième plan de périnatalité (1995-2000) met l'accent sur la sécurité technique et en personnel de santé des maternités (mise en place des niveaux de soin pédiatrique par les décrets de 1998). Le troisième et dernier plan (2005-2007) prend davantage en considération la dimension sociale des femmes enceintes, et signe une forme de sanitarisation du social[24] à travers la mise en place de l'entretien prénatal précoce (EPP) en 2004[25] pour dépister les vulnérabilités, notamment les risques psycho-sociaux.

[21] Le taux de mortalité périnatale est composé du taux de mortinatalité, nombre d'enfant né sans vie (ou mort-né) sur le nombre total de naissance (vivante et mort-né) et du taux de mortalité néonatale précoce, c'est-à-dire le nombre de décès survenant entre la naissance et le 7e jour de vie, toujours sur le nombre total de naissance, les deux taux étant exprimés pour 1000.

[22] Le taux de mortalité maternelle correspond au rapport entre les décès maternels observés durant une année, et le nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100 000.

[23] Cour des Comptes, *La politique de périnatalité*, s.l., 2006.

[24] Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, Rennes, Éd. de l'École des hautes études en santé publique, 2008, 70 p.

[25] Ministère de la Santé et de la Protection sociale, *Plan « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité*, s.l., Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004.

L'entretien prénatal précoce correspond à la première des huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), dans la nomenclature des soins remboursés par l'assurance maladie. La préparation à l'accouchement, désormais composante essentielle des soins prénataux, contribue à l'éducation sanitaire des parturientes. En France, il existe plusieurs types de PNP. La plus répandue est la méthode dite « classique » qui consiste en des séances d'information sur la grossesse, l'accouchement et les soins au nouveau-né, et au cours desquelles sont effectués des exercices physiques et respiratoires. Les autres méthodes sont la sophrologie, la préparation en piscine (aquagym prénatale), l'haptonomie, le yoga prénatal, le chant prénatal, l'hypnose, la préparation utilisant l'acupuncture et acupression. Il est possible que les sages-femmes proposent des accompagnements globaux combinant plusieurs approches (classique, sophrologie, yoga, etc.). Sur le plan règlementaire, une séance doit durer au minimum 45 minutes selon le Code de la sécurité sociale. Les séances peuvent être individuelles ou collectives (3 ou 6 patientes) avec une cotation d'acte différente selon le nombre de participantes (voir Annexe I).

La pression en termes de *ranking*, comme dans d'autres domaines, se manifeste en périnatalité par le suivi des indicateurs et leur comparaison autres pays à hauts revenus. Ces résultats font l'objet de régulières publications analysant les données épidémiologiques, notamment par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)[26]. En 2019, les indicateurs périnatals sont de 10,2 pour mille pour la mortalité périnatale, taux stable depuis 2014[27] et de 10,8 pour 100 000 (période 2013-2015) pour la mortalité maternelle à un an[28], bien au-dessus des objectifs de réduction qui avaient été fixés par la loi de santé publique de 2004 (5,5 pour mille et 5 pour 100 000) malgré la mise en place d'une médicalisation et d'une technicisation accrues de la naissance. Dans le dernier rapport du projet Euro-peristat (2018), qui compare les indicateurs périnatals à l'échelle

[26] La DREES est une instance étatique créée en 1998 par décret et fait partie du « service statistique public ». Elle contribue à l'instrumentalisation de l'action publique puisqu'elle intervient en appui à la conception et à l'évaluation des politiques publiques, et participe au développement du partage des données, algorithmes et codes au sein des ministères chargés de la santé et des solidarités.

[27] Annick Vilain, Jeanne Fresson et Sylvie Rey, « Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019 », *Etudes et Résultats, DREES*, juillet 2021, n° 1199, p. 8.

[28] INSERM et Santé Publique France, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*, s.l., 2021.

européenne[29], la France se situe au 24e rang sur 31 pour la mortalité maternelle (la période considérée couvrant 2011-2015), au 23e rang pour la mortinatalité (nombre d'enfant né sans vie sur le nombre total de naissance), et au 20e rang pour la mortalité néonatale. Concernant la mortalité infantile, c'est-à-dire de la naissance à 1 an, la France occupe le 22e rang européen avec les Pays-Bas et la Lituanie. Même si ces résultats doivent être interprétés prudemment selon les contextes[30], la France se classe derrière ou à proximité des pays scandinaves comme lors des premières comparaisons de la fin des années 60.

Plus récent, la hausse de la mortalité infantile, qui a augmenté significativement, passant de 3,32 ‰ en 2012 à 3,56 ‰ en 2019, a donné lieu à un communiqué de presse de l'Inserm en mars 2022[31] à la suite d'une publication dans le journal *The Lancet Regional Health Europe*. Ces résultats jugés inquiétants ont fait l'objet d'une question au gouvernement dans l'enceinte du Sénat[32], et ont été repris par les médias en mai 2022, comme l'illustre l'infographie ci-dessous paru dans *le Monde* du 02 mai 2022[33].

[29] Euro-peristat Project, *European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*, s.l., 2018.

[30] Le rapport prend la précaution de dire que seuls la France, l'Allemagne et le Royaume Uni ont un nombre de naissance supérieur à 500 000 par an ou encore que la définition de la viabilité selon l'âge gestationnel ou le poids de naissance varie d'un pays à un autre et doit être pris en considération pour comparer des éléments comparables.

[31] Ce communiqué de presse est disponible est ligne : https://presse.inserm.fr/augmentation-du-taux-de-mortalite-infantile-en-france-depuis-2012/44892/

[32] De la sénatrice Florence Lassarade pour le groupe les Républicains, consultable en ligne : https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220327313.html

[33] *Le Monde*, « L'intrigante hausse de la mortalité en France », 2 mai 2022 [en ligne] : https://www.lemonde.fr/planete/article/2022/05/02/l-inquietante-hausse-de-la-mortalite-infantile-en-france_6124382_3244.html

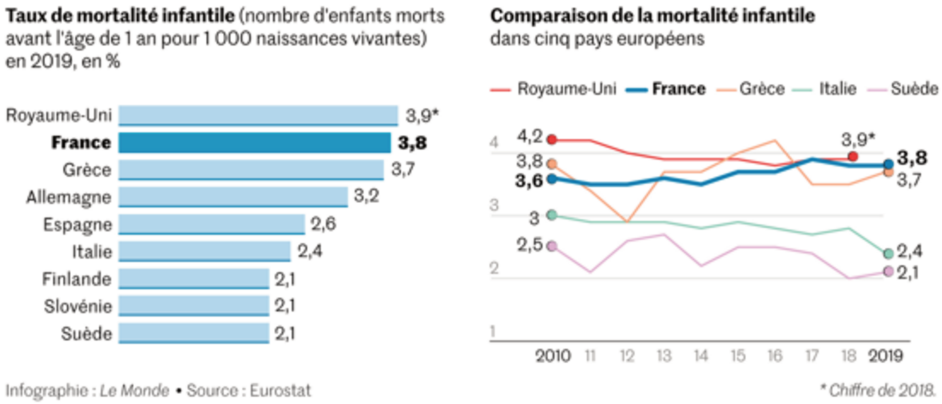


Figure 1 : Infographie illustrant l'article *L'intrigante hausse de la mortalité en France,* parue dans *le Monde* le 02 mai 2022

En mai 2024, la Cour des Comptes met en évidence « des résultats sanitaires médiocres » en France, dans son rapport consacré à la politique périnatale publié :

> *« Alors que les moyens consacrés à la politique de périnatalité sont toujours plus importants (9,3 Md€ en 2021, + 9 % par rapport à 2016) et que la natalité recule (- 5,3 % sur même la période), les résultats observés au plan sanitaire posent la question de l'efficience des moyens alloués.*
>
> *Les principaux indicateurs de la santé périnatale – mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité maternelle – mettent en évidence une performance médiocre de la France par rapport aux autres pays européens. Elle a, en outre, baissé dans la période récente.*
>
> *Le taux de mortinatalité en France, correspondant au rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie et le nombre de naissances totales, est, depuis vingt ans, parmi les plus élevés d'Europe (3,8 ‰ pour la période allant de 2015 à 2020). En outre, la France est l'un des seuls pays dans lesquels il ne s'est pas amélioré depuis 2000 »*[34].

2. La notion de risque comme justification de la technicisation et de la (sur)médicalisation de la surveillance de grossesse en France

L'application du paradigme du risque à la santé périnatale s'est traduite par une requalification des grossesses dans la production de recommandations pour la pratique

[34] Cour des Comptes, *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier*, s.l., Cour des Comptes, 2024, p. 9.

clinique (RPC) : les grossesses normales sont devenues grossesses à bas risque et les pathologiques, grossesses à haut risque[35]. Ainsi, les pratiques médicales pour le suivi prénatal reposent désormais sur un niveau de risque identifié. Ce dernier permet ensuite d'orienter – en théorie – les patientes dans les différents types de maternités, caractérisées par le niveau de prise en charge pédiatrique, et *de facto* de déterminer la spécialisation du suivi médical à mettre en place. La classification en grossesse à bas risque ou à haut risque détermine également quels professionnels de santé peuvent suivre la grossesse. Les grossesses sont ainsi construites comme des événements à risque, chacune étant classée sur une échelle les déclinant entre bas risques et hauts risques en fonction d'événements survenus durant son déroulement[36]. Notons que même s'il existe une certaine hiérarchisation de la sévérité des risques, l'ensemble des risques dans le contexte de la grossesse sont perçus par la société comme étant inacceptables[37].

En 1996, Madeleine Akrich et Bernike Pasveer décrivaient les modalités de prise en charge de la naissance aux Pays Bas et en France, faisant état d'une conception différente de l'« événement naissance » dans les deux pays[38]. Évaluée selon des indicateurs périnatals assez similaires, la naissance est envisagée comme un processus « naturel » aux Pays Bas, et est donc peu technicisée, alors qu'en France, elle est perçue certes comme un événement physiologique qui peut basculer à tout moment dans la pathologie, justifiant ainsi un déploiement médical et technique pour prendre en charge ces éventuelles pathologies. Je parle volontairement d'« événement naissance », afin de mettre en évidence l'importance du lien entre grossesse et accouchement.

Les progrès techniques, comme le développement de l'échographie, ont également participé à la transformation de cette surveillance. Le dépistage de la trisomie 21 est un exemple intéressant de la mise en concurrence des risques : l'amniocentèse permet de diagnostiquer de manière certaine si le fœtus est porteur de l'anomalie chromosomique, mais

[35] Voir Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », 2016, p. 39.

[36] D. Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical », art cit.

[37] C. Burton-Jeangros et al., « Between tolerable uncertainty and unacceptable risks », art cit.

[38] Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes.*, s.l., Le Seuil. Les empêcheurs de penser en rond., 1996.

peut également entraîner une fausse couche, dont le risque peut sembler bien supérieur à celui d'avoir un enfant trisomique[39]. Pour départager ces risques concurrents, de nouvelles techniques continuent donc à voir le jour. C'est le cas pour notre exemple de la trisomie 21, avec la mise au point du dosage biologique réalisé sur le sang de la femme enceinte[40]. L'amniocentèse est désormais proposée aux femmes qui ont un risque statistique élevé sur les prélèvements maternels[41] (les marqueurs sériques) et un diagnostic prénatal non invasif (DPNI) positif[42]. Cet exemple montre que la technicisation de la médecine permet aujourd'hui d'évaluer plus finement le risque de trisomie 21, tout en réduisant le recours à l'amniocentèse, et donc le risque de fausse couche. Il apparaît également clairement que cette technicisation est elle-même génératrice de nouvelles catégories de risque. La crise sanitaire liée à la Covid-19 en 2020 illustre également l'accent mis sur l'importance de la technicisation du suivi de grossesse, en essentialisant l'organisation relative à la surveillance prénatale durant la période de confinement sur l'articulation du suivi autour des échographies obstétricales trimestrielles[43].

3. Le travail des sages-femmes comme objet de recherche, la surveillance des grossesses comme contexte

Dans la littérature des vingt-cinq dernières années, on constate que les travaux de terrain en sciences sociales ayant étudié les pratiques autour de la naissance en France et dans les pays francophones se sont focalisés sur l'« évènement accouchement »[44] et sa

[39] B. Champenois-Rousseau, « La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie », art cit.

[40] Ces examens sont le dosage des marqueurs sériques maternels (MSM) et plus récemment le dépistage prénatal non invasif (DPNI), dont le remboursement par la sécurité sociale a été étendu en 2018 Ministère Des Solidarités et de la Santé, « Décision du 19 avril 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie ».

[41] Les marqueurs sériques maternels sont des substances présentes dans le sang maternel dont les concentrations peuvent indiquer un risque accru d'anomalies chromosomiques ou d'autres problèmes de développement fœtal.

[42] Le diagnostic prénatal non invasif (DPNI) est une technique récente qui analyse l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel.

[43] Il est préconisé de « continuer à articuler le suivi des grossesses autour des 3 échographies obstétricales ». Voir Haute Autorité de Santé, Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Continuité du suivi des femmes enceintes, s.l., Haute Autorité de Santé, 2020.

[44] Danièle Carricaburu, « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique » dans *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 35-47 ; Solène Gouilhers-

technicisation[45], surtout lorsqu'ils concernent les sages-femmes[46]. Certains travaux soulignent le rôle de celles-ci en tant que « gardiennes de la physiologie »[47] ou encore « gardiennes de l'eutocie »[48], face à la technicisation de la naissance, en raison de leur discours défendant l'idée que la naissance reste fondamentalement un processus opérant de la physiologie. D'autres encore mettent en avant leurs compétences dans l'accompagnement[49], ancrant la profession dans le *care*[50]. Les recherches s'intéressant à la période prénatale ont analysé majoritairement les pratiques des médecins[51], le dépistage et le diagnostic prénatal[52] au travers du prisme des *Science Studies*, ou encore la catégorisation des femmes enceintes

Hertig, *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*, These de doctorat, Université de Genève, s.l., 2017, 475 p.

[45] M. Akrich, « La péridurale, un choix douloureux », art cit.

[46] Danièle Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique » dans Pierre Aïach et Didier Fassin (eds.), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica., Paris, Anthropos, 1994, p. 281-308 ; D. Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail », art cit ; Catherine Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, Toulouse, Érès, 2022, 360 p.

[47] Yvonne Knibiehler, *Accoucher: femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, Ecole nationale de la santé publique, 2007, 189 p.

[48] C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*

[49] François-Xavier Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 1996, vol. 14, n° 3, p. 67-102 ; B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.* ; Dominique Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2011, 206 p ; Dominique Memmi, *La revanche de la chair : essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Éditions du Seuil, 2014, 281 p ; C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*

[50] La définition du care retenue ici est celle de Joan Tronto, c'est dire que cette activité de « sollicitude/soin » correspond à « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Ajoutons que le care est considéré à la fois comme une pratique et une disposition, au prisme d'une conception de la nature humaine basée sur l'interdépendance, dépassant le dilemme de l'autonomie et la dépendance. Voir Joan C Tronto, Hervé Maury et Liane Mozère, *Un Monde vulnérable: pour une politique du care*, Paris, Découverte, 2009, p. 142-147.

[51] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*

[52] Bénédicte Champenois-Rousseau, *Éthique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal*,Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, Paris, 2003, 356 p ; Carine Vassy, « How prenatal diagnosis became acceptable in France », *Trends in Biotechnology*, 1 mai 2005, vol. 23, n° 5, p. 246-249 ; Bénédicte Champenois-Rousseau et Carine Vassy, « Les échographistes face au dépistage prénatal de la trisomie 21. Le difficile arbitrage entre excellence professionnelle et éthique du consentement », *Sciences sociales et santé*, 2012, vol. 30, n° 4, p. 39-63 ; Carine Vassy et Bénédicte Champenois-Rousseau, « Comment le risque devient une évidence : praticiens, femmes enceintes et dépistage prénatal de la trisomie 21 », *Socio-anthropologie*, 15 juin 2014, n° 29, p. 121-136.

conduisant à des prises en charge différenciées[53] dans « une veine critique attentive aux stratifications sociales et aux rapports sociaux »[54] relevant de l'interactionnisme.

L'activité de surveillance de grossesse n'est pas celle qui vient spontanément à l'esprit lorsque l'on évoque la pratique des sages-femmes. En effet, l'exercice de ces dernières est culturellement et historiquement associé à l'art de l'accouchement. La définition de cet art s'est justement modifiée au cours de la première moitié du XXe siècle – comme nous le verrons dans le chapitre 1 – pour se restreindre à la pratique de l'accouchement, alors qu'elle revêtait une dimension plus vaste – de la surveillance de la grossesse au suivi en suites de couches – selon les écrits de Jean-Louis Baudelocque[55]. Ce sont notamment les différentes mesures législatives prises après la Seconde Guerre mondiale qui ont participé à la construction de ces représentations, en écartant par exemple les sages-femmes de la surveillance prénatale, par l'imposition de la réalisation de certaines consultations par les seuls médecins à partir de 1945[56].

La campagne « je suis la sage-femme » a été lancée en 2015 dans l'espace public pour informer les usagers sur les compétences des sages-femmes, qui ne se cantonnent pas à la pratique des accouchements. En quête de légitimité et de reconnaissance, la profession de sage-femme n'est dotée d'une discipline académique – la « maïeutique » – que depuis très

[53] Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 1 juin 2012, vol. 28, n° 2, p. 81-100 ; Elsa Boulet, « Avant que l'enfant paraisse », *Geneses*, 10 juillet 2018, n° 111, n° 2, p. 30-49 ; Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 29 avril 2021, N° 236-237, n° 1, p. 72-91.

[54] Anne Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 29 avril 2021, N° 236-237, n° 1, p. 22.

[55] Baudelocque J-L, Principes sur l'art des accouchements [1787]. Jean-Louis Baudelocque (1745-1810) qui fut le plus célèbre des chirurgiens accoucheurs de son époque, a érigé l'obstétrique comme une véritable discipline scientifique grâce à la publication de son traité *L'Art des accouchements* à la fin du XVIIIe siècle, ouvrage majeur qui sera réédité six fois au cours du XIXe siècle.

[56] L'Ordonnance du 2 novembre 1945 instituant la Protection Maternelle et Infantile (PMI) impose que la première consultation prénatale soit réalisée par un médecin, afin qu'il réalise notamment un examen cardio-pulmonaire – recherchant une potentielle tuberculose – et établisse la déclaration de grossesse. Ainsi, de 1945 à 2004, la déclaration de grossesse pouvait être établie que par un médecin.

récemment. En effet, c'est en 2016 que la maïeutique désigne officiellement en France la « discipline médicale exercée par les sages-femmes »[57].

Si la division du travail entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens s'effectue sur le principe d'un niveau de risque identifié[58], nous verrons dans le chapitre 2 que la distinction entre bas et haut risque n'est pas évidente. Depuis les années 2000, les sages-femmes se sont (ré)appropriées[59] cette activité comme le rapportent les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) réalisées depuis 1995. En effet, la part du suivi prénatal réalisé par les sages-femmes a continuellement progressé : le nombre de patientes ayant consulté au moins 1 fois une sage-femme pendant leur grossesse progresse de 19% en 1981, à 26,9% en 2003[60]. Selon les enquêtes de 2010 et 2016, le taux de déclaration de grossesse effectué par une sage-femme passe de 4,5% à 15%, le taux de sage-femme « professionnel principalement responsable du suivi durant les 6 premiers mois » de 11,6% à 25,6% en 2016. Parallèlement, le rôle du médecin généraliste a diminué et le gynécologue-obstétricien reste l'acteur central de l'ensemble du suivi de la grossesse, assurant 66,2% des déclarations et 65,7 % du suivi prénatal en 2016[61]. La dernière ENP de 2021 montre encore une progression du rôle des sages-femmes dans l'activité de suivi prénatal, même si le gynécologue-obstétricien reste « le professionnel le plus consulté pour la surveillance prénatale »[62] : la sage-femme est responsable du suivi pour près de 40% des grossesses et le gynécologue-obstétricien, 51,5%. Ces données indiquent donc que le rôle des sages-femmes dans la surveillance prénatale est de plus en plus important,

[57] Le terme « maïeutique » a été ajouté au vocabulaire de la santé par la commission d'enrichissement de la langue française dans le bulletin officiel n°20 du 19 mai 2016 de l'enseignement supérieur. Depuis, en France, la maïeutique désigne officiellement la « discipline médicale exercée par les sages-femmes ».

[58] Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », art cit.

[59] Nous verrons dans le chapitre 1 pourquoi je parle de « réappropriation » plutôt que d'élargissement des compétences, expression plus utilisée pour évoquer l'activité de suivi de grossesse réalisée par les sages-femmes.

[60] Béatrice Blondel et Morgane Kermarrec, *Enquête Nationale Périntale 2010 : Les Naissance en 2010 et leur évolution depuis 2003*, s.l., Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants, INSERM - U. 953, Paris, 2011.

[61] INSERM et DREES, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010*, s.l., 2017.

[62] Les sages-femmes sont désormais, dans 40 % des cas, le responsable du suivi de grossesse pendant les six premiers mois, avec une multiplication par trois de la part des libérales comparativement aux données de 2016, voir Santé Publique France et INSERM, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements*, s.l., 2022, p. 10.

pourtant peu d'études en France se sont intéressées au travail de ces professionnelles dans cette activité[63].

B. Problématique

La genèse de mon questionnement s'inscrit à l'intersection de trois dynamiques majeures qui reconfigurent les politiques de santé périnatale et les dispositifs de gouvernementalité appliqués à la grossesse. Tout d'abord, l'institutionnalisation d'une surveillance biomédicale normative, orchestrée par l'appareil étatique, incarnant une biopolitique foucaldienne. Ensuite, l'émergence de la vulnérabilité comme nouveau paradigme de l'action publique, révélatrice d'une mutation des représentations sociales de la maternité. Enfin, la redéfinition du champ de compétences de la profession maïeutique, notamment par l'habilitation à déclarer les grossesses depuis 2004, illustrant une reconfiguration des rapports de pouvoir au sein du champ médical.

Dans ce contexte, ma recherche vise à déconstruire les mécanismes par lesquels les sages-femmes se sont appropriées l'activité de surveillance de grossesse. Plus précisément, j'interroge la manière dont elles ont (re)défini leurs pratiques de suivi prénatal face à l'injonction du risque, normée tant sur le plan législatif que scientifique. Comment la technicisation s'intègre-t-elle dans les tâches de surveillance ? Dans quelle mesure le contexte d'exercice et les relations interprofessionnelles influencent-ils ces pratiques ?

Mon analyse s'étend également aux interactions entre les femmes enceintes et les sages-femmes, questionnant les dynamiques de pouvoir et d'*agency*. Dans quelle mesure les femmes enceintes sont-elles des actrices actives de leur prise en charge ? L'*empowerment* des patientes est-il favorisé par les sages-femmes ? Par ailleurs, j'examine l'influence potentielle de l'évaluation de la « valeur sociale »[64] des patientes sur les pratiques professionnelles. Existe-t-il un processus de catégorisation basé sur la classe sociale ou la « race » ? Ce processus oriente-t-il le dépistage de certains facteurs de risque et induit-il des prises en charge

[63] Si Béatrice Jacques aborde la sociologie de l'accouchement en suivant le parcours des femmes, du suivi de grossesse aux suites de couches essentiellement à l'hôpital, le travail des sages-femmes en consultation prénatale n'est analysé qu'au travers de la préparation à la naissance et à la parentalité. Voir B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*

[64] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit.

différenciées ? En outre, j'explore l'impact des caractéristiques et trajectoires sociales des sages-femmes sur leurs pratiques, interrogeant ainsi la reproduction ou la transformation des rapports sociaux au sein du champ médical.

Cette recherche vise donc à déconstruire les mécanismes par lesquels les sages-femmes se sont appropriées l'activité de surveillance de grossesse, à analyser leurs pratiques pour en révéler les enjeux sociopolitiques. Elle ambitionne également de saisir les rapports de pouvoir entre les acteurs (sages-femmes et patientes ou couples), et d'examiner comment les femmes enceintes mobilisent leur *agency* pour naviguer dans le système de soins prénatals.

C. Au croisement de la sociologie du travail et des professions et de l'action publique

Cette thèse propose donc d'étudier le travail des sages-femmes dans le cadre de la surveillance de grossesse, en adoptant une approche multidimensionnelle. Mon objectif est double : décrypter les pratiques professionnelles spécifiques à cette activité, analyser le contexte et les conditions d'exercice qui les façonnent, et explorer les dynamiques interactionnelles qui s'y déploient. Je cherche par ailleurs à saisir comment ces professionnelles incarnent et mettent en œuvre concrètement les politiques publiques de santé périnatale dans leur pratique quotidienne. Mon étude s'inscrit au croisement de deux champs de recherche : d'une part, la sociologie du travail et des professions, qui permet d'appréhender les logiques et les enjeux propres à l'exercice de la profession de sage-femme ; la sociologie de l'action publique, qui offre des outils pour analyser la traduction et l'adaptation des politiques de santé au niveau micro-social d'autre part. Ma démarche ne consiste pas à appliquer de façon séquentielle les outils analytiques spécifiques à chaque champ, mais plutôt à développer une articulation originale et heuristique de ces approches. Cette méthode vise à appréhender dans toute leur complexité, les multiples facettes du travail des sages-femmes et offre ainsi la possibilité d'explorer de manière plus nuancée et approfondie les dynamiques à l'œuvre dans l'exercice de cette profession, tant comme actrices professionnelles que comme agentes de mise en œuvre des politiques publiques dans le domaine de la santé périnatale. Autrement dit, l'objectif est de déconstruire les conditions d'exercice de cette activité et ses modalités, d'analyser les dynamiques interactionnelles qui s'y déploient, et d'interroger la manière dont ces professionnelles incarnent et mettent en œuvre les politiques publiques de santé périnatale au niveau micro-social.

1. Une sociologie du travail d'un corps professionnel

Pour comprendre comment la profession maïeutique s'est saisie de l'activité de suivi prénatal, la sociologie politique des professions d'Andrew Abbott[65], centrée sur les concepts de « juridiction » et d'« écologie », offre un cadre pertinent pour saisir les dynamiques concurrentielles entre acteurs professionnels. Elle éclaire comment ces acteurs se disputent certaines tâches, cherchent à obtenir la reconnaissance des autorités afin de maintenir sa juridiction (son domaine d'expertise et de contrôle) sur ces tâches et tentent de protéger leur monopole professionnel, dans un système où les différentes professions sont interdépendantes. Abbott souligne l'importance du travail professionnel concret, des savoirs abstraits qui le légitiment, et des revendications de juridiction auprès de différents « auditoires » (État, public, lieux de travail). Le concept d'« écologies liées »[66] vient approfondir cette analyse en montrant que le système des professions interagit avec d'autres systèmes écologiques, notamment le système politique. Abbott définit une écologie comme un système d'acteurs en interaction et en concurrence pour des ressources, mais sans intégration totale. Il distingue dans chaque écologie des acteurs, des lieux (ou positions) et des liens entre eux. L'originalité de cette approche est de considérer que les événements sociaux, comme la réglementation de l'exercice d'une profession, s'inscrivent simultanément dans plusieurs écologies liées. Abbott analyse les structures synchroniques (distribution et taille des acteurs, nature des liens) et diachroniques (rythmes et cycles temporels) de ces écologies liées. Il montre que leur degré d'homologie ou de discordance influence les possibilités d'alliances trans-écologiques. Abbott souligne l'importance des « charnières », éléments jouant un rôle pivot dans les deux écologies mais pas nécessairement de la même manière. Par exemple, le permis d'exercice était un enjeu central pour les médecins mais secondaire dans l'écologie politique de New York au XIXe siècle. Cette approche en termes d'écologies liées permet de dépasser une vision trop mécanique ou fonctionnaliste des systèmes sociaux, tout en évitant l'atomisme. Elle offre un cadre théorique pour analyser les interdépendances complexes entre différentes sphères sociales et montre que le succès d'une

[65] Andrew Abbott, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1988, 452 p.

[66] Andrew Abbott, « 1. Écologies liées : à propos du système des professions » dans Pierre-Michel Menger (ed.), *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2016, p. 30-48.

revendication professionnelle dépend non seulement des dynamiques internes au système des professions, mais aussi de sa capacité à s'aligner avec les intérêts et logiques d'acteurs d'autres écologies.

A l'instar d'Abbott, empruntant une veine alternative aux approches fonctionnaliste et interactionniste traditionnelles, Florent Champy offre une perspective novatrice dans le champ de la sociologie des professions, en mettant « au jour un idéaltype de pratique professionnelle »[67] qu'il nomme « professions à pratique prudentielle »[68], dont la médecine est l'archétype. Pour illustrer sa théorie, Champy se penche sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), des services hospitaliers dédiés aux patients en situation de précarité[69]. Ces services, créés par une loi de lutte contre l'exclusion en 1998, offrent un terrain d'observation privilégié pour « la sagesse pratique »[70] en action. Les PASS se distinguent par plusieurs caractéristiques qui en font un lieu d'exercice particulièrement dense en pratique prudentielle. Premièrement, l'interprofessionnalité y est plus marquée qu'ailleurs dans l'hôpital, avec une collaboration étroite entre médecins, infirmières et assistantes sociales. Cette approche "horizontale" favorise une prise en charge plus holistique des patients. Deuxièmement, les PASS sont confrontées à des situations particulièrement complexes, où les problèmes médicaux s'entremêlent avec des difficultés sociales, économiques et administratives. Cette complexité exige une adaptation constante et une réflexion approfondie sur chaque cas, illustrant parfaitement la nécessité de la sagesse pratique telle que définie par Champy. Un exemple concret de cette pratique prudentielle est fourni par les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Médico-Sociales et Éthiques (RCP-MSE) mises en place à l'hôpital Saint-Louis. Ces réunions, qui peuvent durer plus d'une heure pour un seul cas, permettent d'examiner en profondeur la situation globale du patient, bien au-delà des seuls aspects médicaux. Elles montrent la capacité des professionnels à s'écarter des

[67] Florent Champy, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 2012, p. 80.

[68] *Ibid.*, p. 81.

[69] Florent Champy, « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France », *Recherches qualitatives*, 2017, vol. 36, n° 2, p. 153-172.

[70] Florent Champy, « Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique ? La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales » dans Claire Georges-Tarragano (ed.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, p. 165-179 ; F. Champy, « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France », art cit.

protocoles standardisés pour élaborer des solutions sur mesure, adaptées à la singularité de chaque situation. Cependant, Champy souligne que ces pratiques prudentielles sont constamment menacées par les évolutions de l'hôpital contemporain. La pression économique, la bureaucratisation croissante et la valorisation excessive de la technique médicale tendent à invisibiliser et à entraver cette dimension essentielle du travail de soin.

Pour étudier les pratiques professionnelles des sages-femmes, il convient de considérer le lieu d'exercice (libéral, hospitalier ou PMI). Les transformations opérées au sein de l'institution hospitalière à la fin du XXe siècle sont conséquentes à la décision de l'État d'appliquer la Nouvelle Gestion Publique (NGP), c'est à dire « les techniques de gestion des entreprises privées afin de (…) rendre [les hôpitaux] plus « efficients »[71] pour répondre aux impératifs d'« organisation et [de] « rationalisation » économique »[72]. Nicolas Belorgey[73] a étudié l'impact de la NGP sur les professions hospitalières. Il mobilise le concept de « critères orientant la pratique » pour examiner les tensions entre la logique managériale et les logiques professionnelles du soin. Son étude s'appuie sur une enquête qualitative et quantitative menée dans des services d'urgences hospitaliers. Belorgey identifie plusieurs critères guidant les pratiques soignantes, dont l'économie de moyens que la NGP tend à revaloriser au détriment des autres. L'auteur souligne une caractéristique essentielle du travail soignant : « un aller-retour permanent entre d'une part implication personnelle, engagement, et d'autre part mise à distance, retrait pour se protéger »[74]. Cette dynamique implique à la fois une implication personnelle et un engagement pour des soins empathiques, ainsi qu'une mise à distance et un retrait protecteur essentiels pour préserver la santé mentale des soignants et maintenir un jugement clinique objectif. Cette conception fait écho à la notion « d'attachement rétractable » développée par Anne Paillet pour décrire la relation des infirmières aux patients en réanimation néonatale. Paillet montre comment les infirmières développent une capacité à s'attacher aux nouveau-nés tout en pouvant se détacher rapidement si nécessaire, illustrant une compétence émotionnelle cruciale. Ces notions

[71] F. Pierru et A. Gervais, « Les contresens et les sens interdits du néomanagement », art cit, p. 130.

[72] *Ibid.*, p. 129.

[73] Nicolas Belorgey, « Nouvelle gestion publique et professions hospitalières », *Saúde e Sociedade*, septembre 2018, vol. 27, p. 670-681.

[74] *Ibid.*, p. 673.

soulignent la complexité du travail émotionnel dans les professions de santé, souvent invisible et non reconnu par les approches managériales de la NGP, qui se focalisent sur des indicateurs quantitatifs de performance. L'analyse de Belorgey révèle une différenciation au sein des professions de santé face à la NGP. Les segments dominants (médecins) s'y opposent davantage, tandis que les segments dominés (infirmières, aides-soignantes) composent plus avec elle, ayant moins de ressources pour résister. Cette différenciation s'explique par la division verticale du travail hospitalier et l'exposition différenciée aux demandes des patients. Les infirmières, plus exposées aux doléances des patients, sont ainsi plus sensibles au thème managérial de la « réduction du temps d'attente ». La NGP entraîne ainsi une recomposition des relations professionnelles à l'hôpital, renforçant les inégalités entre segments professionnels. Belorgey souligne les tensions entre la rationalisation managériale et l'ethos professionnel des soignants, particulièrement marquées pour les professions dominantes comme les médecins. Dans ce contexte, la capacité des soignants à gérer l'équilibre délicat entre engagement et distanciation est menacée, potentiellement au détriment de la qualité des soins et du bien-être des professionnels.

Une autre perspective intéressante pour comprendre le travail des sages-femmes est celle de Philip Milburn[75] qui examine la compétence relationnelle comme élément central de la professionnalité, en étudiant les interactions entre praticiens et usagers dans le domaine de la justice. Il compare deux activités : les avocats pénalistes et les médiateurs judiciaires. Milburn montre comment la relation professionnelle se construit progressivement, à travers un processus de négociation où le praticien cherche à définir la situation et à établir son autorité. Son analyse révèle l'importance de principes éthiques comme la confiance, la neutralité ou l'impartialité pour structurer l'interaction et légitimer l'intervention du professionnel. L'auteur souligne que la compétence relationnelle ne repose pas uniquement sur un savoir expert, mais sur la capacité à maîtriser le cadre de l'échange et à obtenir l'adhésion de l'usager. Cette compétence apparaît essentielle dans le processus de professionnalisation, car elle permet d'activer en permanence l'autorité et l'indépendance professionnelles. La comparaison entre avocats et médiateurs met en évidence que si la compétence relationnelle est cruciale dans les deux cas, seuls les avocats bénéficient des

[75] Philip Milburn, « La compétence relationnelle: maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle: Avocats et médiateurs », *Revue française de sociologie*, 2002, vol. 43, n° 1, p. 47-72.

attributs complets de la professionnalité (savoir ésotérique, prérogatives institutionnelles). Cela illustre comment la profession se construit dans l'histoire tout en s'actualisant dans la pratique.

2. Une analyse de l'action publique « par le bas »

L'approche de l'action publique « par le bas » permet d'analyser comment les pratiques professionnelles s'inscrivent dans, et parfois transforment, le cadre plus large des politiques de santé publique. Comme l'écrivent Pierre Lascoume et Patrick Le Galès,

> *« les « projets » et « programmes » gouvernementaux sont porteurs de beaucoup d'ambiguïtés : leurs objectifs sont souvent flous, les intérêts protégés contradictoires, les moyens attribués imprévisibles, la répartition des compétences mal effectuées. C'est sur la base de cette partition incertaine que les acteurs construisent leur interprétation et leur mobilisation : quelles actions entreprendre, quelle priorité se donne-t-on ? »*[76].

Carine Vassy offre une belle illustration de la mise en œuvre de l'action publique « par le bas » avec son étude sur le développement du dépistage prénatal de la trisomie 21 en France et en Angleterre[77]. Comme elle le souligne, « cette approche présente l'avantage de relativiser la rationalité des interventions publiques en montrant leurs effets non intentionnels et non anticipés »[78]. Cette perspective met en lumière le rôle crucial des acteurs de terrain dans la mise en œuvre et l'évolution des politiques publiques. Dans ce cas, ce sont des chercheurs et praticiens pionniers qui ont impulsé et diffusé l'innovation, sans attendre d'initiative gouvernementale. Les associations professionnelles, telles que l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE) en France et la Clinical Genetics Society (CGS) en Angleterre, ont joué un rôle moteur. Vassy parle d' « autolégitimation » et d' « autorégulation professionnelle » pour décrire leur autonomie. On observe ensuite un détournement progressif des techniques, initialement conçues pour les familles à risque génétique, vers un dépistage généralisé. En France notamment, le nombre de tests a dépassé les recommandations, l'auteure évoquant un « irrésistible élargissement

[76] Pierre Lascoumes, Patrick Le Galès et François de Singly, *Sociologie de l'action publique*, Nouvelle éd., Malakoff, Armand Colin, 2018, p. 35.

[77] C. Vassy, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse », art cit.

[78] *Ibid.*, p. 6-7.

des populations » concernées. Cette généralisation peu encadrée a engendré des effets inattendus : problèmes d'information et de consentement, banalisation des tests, multiplication excessive des caryotypes en France, et inégalités d'accès en Angleterre. Ces conséquences non anticipées illustrent parfaitement les limites de la rationalité des interventions publiques évoquées par Vassy. Face à ces dérives, l'intervention tardive et limitée des autorités publiques, qui ont largement délégué l'encadrement aux associations professionnelles, témoigne également de cette dynamique d'action publique « par le bas ». Ce cas démontre comment une politique de santé peut évoluer sous l'impulsion des acteurs de terrain, avec un contrôle étatique restreint, conduisant à des usages détournés et des effets imprévus qui nécessitent finalement une régulation a posteriori.

Pour analyser les différenciations sociales, Anne Paillet[79] propose une relecture croisée de trois enquêtes ethnographiques pionnières menées aux États-Unis dans les années 1960-1970 sur les différenciations sociales des pratiques médicales : celles de Glaser et Strauss (1964-1968), Sudnow (1967) et Roth (1972). Ces travaux s'inscrivent dans une perspective interactionniste et ethnométhodologique, et mobilisent des méthodes qualitatives d'observation participante en milieu hospitalier. Ils développent une approche multidimensionnelle de la « valeur sociale » des patients, intégrant des critères d'âge, de classe sociale, d'appartenance ethno-raciale et « de jugements moraux portés sur les mœurs supposés »[80]. Ils mettent en évidence les mécanismes de production des inégalités de traitement à l'échelle micro-sociale des interactions soignant-soigné. La sociologue invite à réinvestir cette approche ethnographique des inégalités de santé et d'approfondir l'analyse des « différenciations des différenciations », c'est-à-dire la façon dont les pratiques de différenciation varient selon les caractéristiques sociales des médecins et les contextes d'exercice.

Les travaux de Priscille Sauvegrain et d'Alexandre Nacu apportent un éclairage sur les mécanismes de construction sociale de l'altérité dans le champ médical, plus précisément en obstétrique. Leurs recherches mettent en lumière les processus de catégorisation et de différenciation sociale à l'œuvre dans les interactions entre soignants et patientes issues de

[79] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit.

[80] *Ibid.*, p. 22.

l'immigration. Priscille Sauvegrain[81], en explorant le concept de « racialisation », dévoile comment les représentations sociales et les stéréotypes ethniques influencent la perception et la prise en charge des patientes catégorisées comme « Africaines ». Cette approche permet d'analyser les mécanismes de production et de reproduction des inégalités sociales de santé basées sur des critères ethno-raciaux. Alexandra Nacu[82], quant à elle, déconstruit les « usages du culturalisme » dans les pratiques médicales. Elle met en évidence comment le recours à des explications culturalistes participe à la réification des différences et à l'essentialisation des identités des patientes migrantes. Cette perspective permet d'interroger les processus de construction et de légitimation des catégories sociales dans le champ médical. Ces travaux offrent donc un cadre théorique pertinent pour analyser les mécanismes de catégorisation sociale opérés par les soignants. Ils permettent d'appréhender comment ces processus d'altérisation et d'essentialisation des identités s'inscrivent dans des rapports sociaux de domination plus larges, influençant ainsi les trajectoires de soins et les expériences des patientes issues de minorités ethniques ou migrantes dans le système de santé.

D. Méthodologie de recherche : une méthodologie mixte

Pour investiguer les pratiques professionnelles des sages-femmes, la première phase méthodologique a impliqué une étude ethnographique basée sur l'observation directe. Cette approche peut être qualifiée de monographie d'un groupe professionnel spécifique dans le contexte de la surveillance prénatale. L'étude de terrain a été menée auprès de praticiennes exerçant dans divers structures institutionnelles – structures hospitalières, services territoriaux – et cabinets libéraux, afin d'appréhender la diversité des contextes organisationnels et des logiques d'action, comme je vais le détailler ultérieurement.

[81] P. Sauvegrain, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France », art cit.

[82] Alexandra Nacu, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes / What is the use of “culturalism” ? Medical practices and the categorization of “migrant women” in three maternities in Île-de-France region », *Sociologie du Travail*, 2011, vol. 53, n° 1, p. 109-130.

1. Une ethnographie multisituée de la pratique maïeutique durant la période prénatale

a. *Des accessions au terrain très différentes*

Mon statut d'*insider* au sein du groupe professionnel étudié a facilité mon accès au terrain, un avantage non négligeable dans le domaine des recherches en sciences sociales portant sur les pratiques des professionnels de santé[83]. Cependant, l'entrée sur les terrains institutionnels (structures hospitalières et services de Protection Maternelle et Infantile) a nécessité une négociation à plusieurs échelons hiérarchiques, malgré l'activation préalable de mon réseau professionnel[84]. Mon enquête ethnographique s'est déployée dans cinq localités du sud de la France : Métroville, Grandeville, Villepetite, Petiteville et Bourg. La délimitation spatiale de l'étude a été conditionnée par des contraintes matérielles – absence de financement dédié à la recherche – et surtout professionnelles – nécessité de concilier une activité salariée à temps plein avec le travail de terrain[85]. Cette configuration a restreint mes possibilités d'investigation à des sites accessibles par voies ferrée et routière.

L'accès au terrain hospitalier de Grandeville a nécessité une négociation multi-niveaux au sein de la structure organisationnelle[86]. Initiée en janvier 2017, cette démarche a mobilisé mon réseau professionnel, facilitant l'obtention de rendez-vous avec les responsables de la maternité : le chef de pôle et de service ainsi que la sage-femme coordinatrice. Lors de ces entretiens, j'ai souligné mon positionnement épistémologique ancré dans les sciences sociales, me distanciant ainsi d'une approche évaluative des pratiques médicales. Cette clarification visait à prévenir d'éventuelles résistances liées aux enjeux de pouvoir et de légitimité au sein du champ médical.

Bien qu'ayant obtenu un accord oral de ces *gatekeepers*[87], j'ai été orientée vers la direction de l'établissement, ceci illustrant la complexité des processus décisionnels dans les

---

[83] Muriel Darmon, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005, no 58, no 1, p. 98-112.

84 Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 2008, 365 p.

85 Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2017.

[86] Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Éd. du Seuil, 1996, 500 p.

[87] S. Beaud et F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, *op. cit.*

organisations bureaucratiques[88]. Cette étape a révélé la nécessité d'une formalisation accrue de ma démarche (d'un protocole de recherche), passant d'une négociation informelle à une procédure administrative codifiée[89]. La réponse différée de la direction (un mois plus tard) et la demande d'un protocole de recherche soulignent les mécanismes de contrôle institutionnel et la prédominance du paradigme biomédical dans la légitimation des recherches en milieu hospitalier[90]. La rédaction du protocole selon les normes des publications médicales illustre un processus d'adaptation aux codes dominants du champ, nécessaire pour gagner en légitimité. La directive de contacter à nouveau la hiérarchie intermédiaire (chef de service et cadre supérieur de santé) pour organiser concrètement l'accès au terrain révèle la structure pyramidale de l'organisation et les différents niveaux de pouvoir à négocier[91]. Paradoxalement, malgré ces étapes formelles, l'organisation finale s'est faite directement avec les sages-femmes, soulignant un décalage entre les procédures officielles et les pratiques de terrain, ainsi que l'importance des relations interprofessionnelles dans la mise en œuvre effective de la recherche[92].

L'entrée effective sur le terrain s'est concrétisée début mars 2017, après une phase de négociation individuelle avec les actrices principales de l'étude : les sages-femmes. Cette approche illustre l'importance de l'obtention du consentement éclairé dans la recherche ethnographique[93] et souligne la dimension éthique de la démarche. La présentation de l'objet de recherche, délibérément formulée de manière générale, a participé d'une stratégie de gestion de l'information visant à minimiser les biais potentiels tout en respectant les exigences de transparence, une pratique courante en ethnographie[94].

---

[88] Max Weber, Jacques Chavy et Éric de Dampierre, *Économie et société*, Paris, Pocket, 2003, 410 p.

[89] Didier Fassin, « L'éthique, au-delà de la règle : Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud », *Sociétés contemporaines*, 8 septembre 2008, vol. 71, n° 3, p. 117-135.

[90] Adele E. Clarke et Janet Shim, « Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine » dans Bernice A. Pescosolido et al. (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*, New York, NY, Springer New York, 2011, p. 173-199.

[91] Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, 5. impr., Paris, Ed. d'Organisation [u.a.], 1990, 434 p.

[92] Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, vol.10.

[93] J.-P. Olivier de Sardan, *La rigueur du qualitatif*, *op. cit.*

[94] S. Beaud et F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, *op. cit.*

L'accent mis sur les pratiques professionnelles en matière de prévention et de gestion des risques, ainsi que sur les interactions sage-femme-patiente, s'inscrit dans une perspective interactionniste[95] et de sociologie des professions[96]. Cette approche permet d'appréhender à la fois les logiques d'action des professionnelles et les dynamiques relationnelles au sein du champ de la périnatalité.

L'adhésion rapide de trois des quatre sages-femmes du service témoigne d'une relative ouverture du milieu professionnel à la recherche, possiblement facilitée par mon statut d'*insider*[97]. Cependant, la réticence initiale de la quatrième sage-femme et le délai conséquent (un an et demi) avant d'obtenir son accord mettent en lumière les enjeux de pouvoir et de contrôle inhérents à l'observation des pratiques professionnelles, un phénomène bien documenté en sociologie des organisations[98].

L'argument utilisé pour convaincre cette quatrième sage-femme, basé sur l'enrichissement de la collecte de données, illustre une stratégie de négociation ancrée dans la valorisation de la contribution individuelle à la recherche[99]. Cette situation souligne également la nature processuelle et parfois non-linéaire de l'accès au terrain en recherche qualitative, comme l'ont souligné de nombreux sociologues[100].

Pour le Centre Hospitalier Universitaire de Métroville, j'ai initié une démarche d'accès au terrain en sollicitant également les acteurs clés de l'institution[101] : les deux chefs de service et la sage-femme coordonnateur en maïeutique. Cette approche, conforme aux protocoles d'entrée sur le terrain en milieu hospitalier, a été réalisée par voie électronique, en reproduisant la méthodologie utilisée pour le Centre Hospitalier de Grandeville.

---

[95] Erving Goffman et Alain Kihm, *La mise en scène de la vie quotidienne*, s.l., Les éditions de minuit Paris, 1973, vol.2.

[96] A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*

[97] Howard S. Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, traduit par Jean-Michel Chapoulie et traduit par Jean-Pierre Briand, Paris, A.-M. Métailié (1985), 1963.

[98] M. Crozier et E. Friedberg, *L' acteur et le systéme*, *op. cit.*

[99] S. Beaud et F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, *op. cit.*

[100] Olivier Schwartz, « L'empirisme irréductible » dans Niels Anderson (ed.), *Le hobo. Sociologie de sans abri*, Nathan., s.l., Nathan, 1993, p. 265-305.

[101] M. Crozier et E. Friedberg, *L' acteur et le systéme*, *op. cit.*

Les réponses favorables obtenues ont été adresser par courriel. La sage-femme coordonnateur en maïeutique, m'a orientée vers la sage-femme chargée de l'encadrement du secteur de consultation, illustrant la structure hiérarchique et la délégation des responsabilités au sein de l'institution.

J'ai ensuite été invitée à une réunion d'équipe pour présenter ma démarche aux sages-femmes du secteur consultation, au cours de laquelle j'ai recueilli ou non, dans une approche participative de la recherche, le consentement éclairé des participantes[102]. Cette étape a révélé la diversité des positionnements individuels face à la recherche. Le refus d'une sage-femme, motivé par la spécificité de sa patientèle (situations de vulnérabilité et d'addiction) et les enjeux relationnels associés, souligne les considérations éthiques inhérentes à la recherche en milieu médical et la primauté accordée à la relation thérapeutique.

L'organisation des temps d'observation s'est fait directement avec les sages-femmes. La configuration finale de l'échantillon, excluant la sage-femme référente addiction et une sage-femme échographiste pour des raisons pratiques, met en lumière les contraintes organisationnelles et temporelles inhérentes à la recherche de terrain, ainsi que la nécessité d'adapter le protocole de recherche aux réalités du terrain.

Pour le terrain de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Grandeville, j'ai adopté une stratégie d'accès similaire à celle utilisée en milieu hospitalier. J'ai sollicité l'accord préalable du médecin coordonnateur chef de service par voie électronique, conformément aux protocoles d'entrée sur le terrain institutionnel. Cette approche illustre la nécessité de négocier l'accès au terrain à différents niveaux hiérarchiques dans les organisations bureaucratiques. Le médecin coordonnateur a diffusé l'information auprès des sages-femmes territoriales, leur laissant le choix de s'engager volontairement dans l'étude. Trois sages-femmes ont répondu positivement. Cependant, les contraintes organisationnelles et temporelles inhérentes à la recherche de terrain ont limité mes observations à deux des trois sages-femmes de PMI initialement volontaires.

L'approche du terrain libéral a nécessité l'élaboration d'une stratégie d'échantillonnage

[102] D. Fassin, « L'éthique, au-delà de la règle », art cit.

raisonnée[103], basée sur des critères spécifiques : l'activité effective de suivi prénatal[104],, la diversité géographique d'exercice, et la variété des modes d'organisation professionnelle. Cette méthodologie visait à obtenir une certaine pluralité des pratiques au sein du champ professionnel des sages-femmes libérales. Pour constituer mon échantillon, J'ai d'une part, utiliser encore une fois mon réseau professionnel ; d'autre part, j'ai cherché la diversité des contextes d'exercice des participantes (villes avec hôpitaux, maison de santé, cabinets en zones sans maternité) afin d'appréhender les variations dans les conditions de pratique et les logiques d'implantation des sages-femmes libérales.

Afin de maximiser la diversité des cas observés[105], j'ai donc complété l'échantillon par des profils additionnels en cherchant les coordonnées des professionnelles répondant à ces critères. Pour cette recherche, j'ai utilisé les supports accessibles au public : l'annuaire du site du conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes ainsi que les sites internet trouvés en indiquant dans le moteur de recherche « sage-femme » avec la ville souhaitée.

Le taux d'acceptation relativement élevé (7 participantes sur 12 sollicitées) montre une ouverture du groupe professionnel à la démarche réflexive proposée par l'étude. Les motifs de refus (changements d'exercice, faible activité de suivi prénatal, contraintes temporelles) révèlent par ailleurs les dynamiques de carrière et les contraintes organisationnelles propres à l'exercice libéral. Une seule sage-femme n'a jamais répondu à mes différentes sollicitations (mail, appel vocal avec message, envoi d'un SMS). Pour ce terrain encore, j'ai dû mettre en avant mon statut d'*insider* après avoir présenté ma démarche de recherche, notamment pour convaincre une des sages-femmes libérales, contactée par téléphone et réticente de prime abord.

In fine, quatre des sept libérales exercent dans les villes des deux hôpitaux, de Métroville et de Grandeville, une dans une maison de santé située à Bourg, une autre en cabinet à Villepetite et la dernière à Petiteville, ces trois derniers lieux ne disposant pas de maternité.

[103] Serge Paugam (ed.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

[104] Le type d'activité des sages-femmes libérales est assez variable, certaines se consacrant essentiellement à la préparation à la naissance et à la parentalité, la rééducation périnéale ou le suivi gynécologique de prévention.

[105] Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, traduit par Marc-Henry Soulet et traduit par Kerralie Œuvray, Paris, Armand Colin (2010), 1967.

Dans le cadre de cette étude, j'ai également cherché à inclure une structure privée où des sages-femmes réalisaient du suivi prénatal, en élargissant le périmètre d'investigation autour des villes précédemment mentionnées. Cette démarche visait à appréhender en plus la diversité des modes d'exercice et la division du travail médical dans le secteur privé.

Après avoir contacté onze établissements privés, un constat s'est imposé : aucun ne proposait de consultation médicale prénatale réalisée par des sages-femmes. Seuls des rendez-vous avec des médecins gynécologues-obstétriciens étaient disponibles. Cette observation met en lumière la persistance d'une hiérarchisation des tâches et des statuts au sein du champ médical, particulièrement marquée dans le secteur privé[106].

Deux établissements offraient la possibilité de consulter des sages-femmes, mais uniquement pour des séances de préparation à la naissance. Un troisième avait mis en place un partenariat avec des sages-femmes libérales, qu'il fallait contacter directement dans leur cabinet. Ces arrangements illustrent par ailleurs les formes de collaboration et de délégation qui se développent entre les structures privées et les professionnels libéraux, révélant une reconfiguration des frontières professionnelles[107].

L'impossibilité de trouver un terrain d'observation pour la pratique de consultation prénatale de sages-femmes salariées du privé dans le périmètre géographique déterminé souligne les disparités dans l'organisation des soins entre secteurs public et privé.

Néanmoins, j'ai pu observer indirectement la prise en charge prénatale de femmes enceintes désirant accoucher dans les structures privées, par le biais des sages-femmes libérales ayant accepté ma venue. Cette adaptation méthodologique illustre la nécessité de flexibilité dans la recherche qualitative et la pertinence d'une approche par réseau pour saisir les interconnexions entre différents modes d'exercice.

b. *Techniques mixtes : de l'observation directe aux entretiens en face à face*

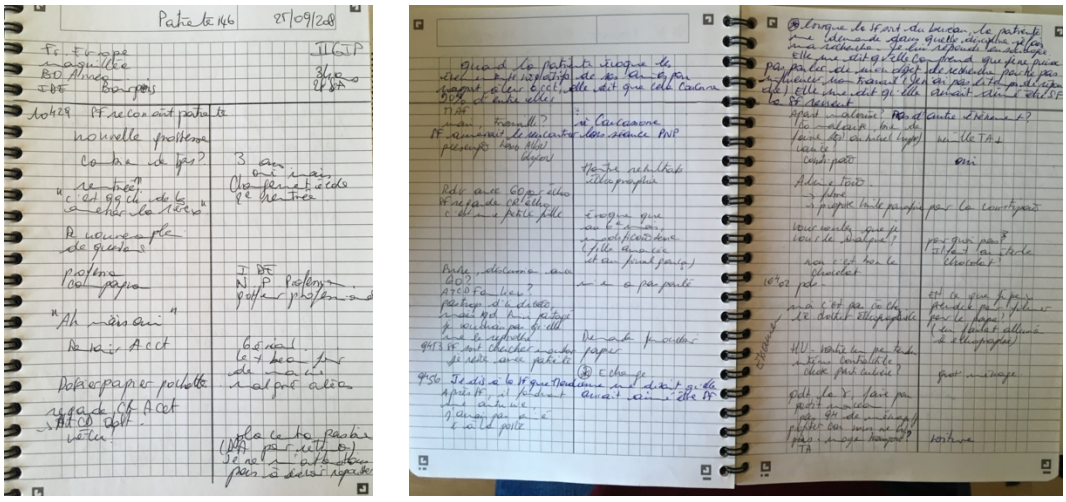
Pour effectuer mon étude micro-sociologique, deux techniques ont été utilisées : l'observation directe et l'entretien en face à face. En effet, sur le terrain, la technique de

[106] Henri Bergeron et Patrick Castel, *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 2014, 479 p.

[107] A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*

l'observation directe a été retenue, afin de percevoir les pratiques des sages-femmes en consultation prénatale (suivi prénatal, surveillance échographique, entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité). Ces observations ethnographiques ont permis également d'étudier les interactions qui existent entre ces professionnelles de santé et les femmes ou les couples, ainsi que le contexte dans lequel elles se déroulent.

Un journal de terrain a été tenu sous forme d'un cahier par professionnelle[108]. Pour chaque interaction, j'avais pris le soin de tracer un espace d'entête pour inscrire la date et les éléments caractéristiques des patientes suivants : le terme de la grossesse, la gestité, la parité, si la femme était seule ou accompagnée, son âge, sa profession lorsqu'elle m'était communiquée, son origine ethnique – établie par déduction – et enfin quelques éléments descriptifs vestimentaires. Ensuite, chaque page du cahier était partagé en deux colonnes pour noter les éléments de discours, d'un côté de la sage-femme et de l'autre de la femme ou du couple – ou encore de la personne accompagnante. Le type de consultation était également reporté, ainsi que les horaires de début, de fin de consultation et le temps consacré à l'examen clinique. Après chaque vacation, le journal de terrain était repris en mobilisant la mémoire, pour compléter les notes collectées par des souvenirs et des éléments de réflexion, afin de constituer un « journal d'après-journal »[109].



Photographie 1. Le journal de terrain

[108] Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier, *L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 2015, 132 p.

[109] *Ibid.*

La seconde technique utilisée est l'entretien de face à face. En effet, un entretien semi-directif a été effectué dans un deuxième temps, avec chaque sage-femme ayant accepté de participer à la première étape de l'étude. Grâce à ces entretiens, il a été possible de recueillir leur expérience en matière de suivi prénatal, mais aussi et surtout, de réaliser la biographie des professionnelles interrogées, en les questionnant sur leur parcours professionnel, et en recueillant des données sur leur origine sociale, à travers la profession de leur conjoint et celles de leurs parents. Une grille d'entretien a été élaborée pour mener ces entretiens et modifiée au fil de leur réalisation et des données recueilles[110] (Annexe V). Avant chaque entretien, j'ai pris le soin de me remémorer les différentes interactions à l'aide du journal de terrain, afin de pouvoir reprendre certaine situation, seulement si cela semblait opportun, dans le fil de l'entretien. Ils se sont presque tous déroulés sur le lieu de travail des sages-femmes. Seuls deux entretiens ont été réalisés ailleurs car les professionnelles étaient en congés : l'un s'est déroulé au domicile de l'une et l'autre dans une bibliothèque municipale. Le moment de l'interview a été fréquemment celui de la pause déjeuner ou après la journée de travail pour les sages-femmes hospitalières. Pour les libérales et territoriales, le créneau de l'entretien a été fixé dans leur planning. La négociation du temps a été assez facile. Lors de la planification de l'entretien, j'ai réussi à négocier un temps d'une heure au minimum et le plus souvent le temps réservé était compris entre une heure trente et deux heures. De manière assez classique, les professionnelles m'ont demandé de combien de temps j'avais besoin pour réaliser l'entretien[111], ce à quoi je répondais que cela dépendait de ce qu'elles avaient à dire et du temps qu'elles pouvaient m'accorder. L'introduction du l'enregistreur numérique n'a pas posé de difficultés particulières.

Les vingt-et-un entretiens ont durée en moyenne un peu plus d'une heure quarante-cinq, les durées variant de une à trois heures chacun. Ils ont ensuite été retranscrits en deux temps. Tout d'abord, j'ai fait appel à une société pour la retranscription mot à mot des trente-huit heures d'enregistrement recueillis. J'ai ensuite repris le verbatim pour apporter les éléments de contexte que seule l'enquêtrice – que je suis – pouvait ajouter [112].

[110] S. Paugam (ed.), *L'enquête sociologique*, *op. cit.*

[111] *Ibid.*

[112] Stéphane Beaud, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, p. 226-257.

c. *Description des terrains*

L'enquête de terrain s'est déroulée de mars 2017 à octobre 2019. Les observations ont été effectuées sur cinquante-quatre demi-journées de consultations. J'ai obtenu in fine un corpus de deux-cent-neuf observations avec cent-quatre-vingt-dix-neuf patientes (quelques patientes ont été vues plusieurs fois dans le cadre d'un suivi plus rapproché ou bien avaient deux rendez-vous couplés comme consultation de suivi et échographie). Sur ces deux-cent-neuf observations, le type de consultation s'est réparti de la façon suivante : cent-vingt-huit consultations de suivi prénatal, quarante consultations d'échographie obstétricale de dépistage, dix-sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dont sept entretiens prénatals précoces (EPP), six surveillances du rythme cardiaque fœtal en cabinet, quatre surveillances de grossesse à domicile, huit consultations post-natales, trois consultations de gynécologie/contraception, trois consultations IVG.

J'ai effectué ces observations auprès de vingt et une sages-femmes, ayant un exercice hospitalier (douze), territorial (deux), ou libéral (sept). Les praticiennes hospitalières ont été observées dans deux maternités publiques, une de type 1 réalisant moins de 1500 naissances par an (le CH de Grandeville) et la deuxième de type 3 réalisant plus de 1500 naissances par an (le CHU de Métroville).

Le nombre de situations d'observation est plus important pour certaines sages-femmes que pour d'autres pour diverses raisons. La première est la disponibilité des professionnelles. Ainsi, même si sur le CH de Grandevile, l'ensemble des sages-femmes du secteur consultation m'ont accueilli, j'ai passé plus de temps avec Fabienne (cf. infra) car elle seule est à temps plein sur l'activité de suivi prénatal, Gabrielle (cf. infra) étant à mi-temps et Samira ayant pour activité principale celle de l'orthogénie.

2. Une double posture : à la fois *insider* et *outsider*

a. *Être indigène comme facilitateur de la compréhension du jargon obstétrical et de la démarche clinique*

Lors de la reprise du verbatim des entretiens, je me suis rapidement aperçue de la complexité de retranscrire le discours des enquêtées, empreint d'acronyme et d'abréviation du jargon obstétrical. Être sage-femme a donc été un atout pour comprendre donc les discours

mais également la démarche clinique des praticiennes lors des observations. Cela m'a permis de recueillir les caractéristiques pour situer les grossesses rapidement (comme le terme de la grossesse en semaine d'aménorrhée, la gestité et la parité[113]). Aguerrie au raisonnement clinique et à y former les étudiants, j'ai pu d'une part, saisir les situations qui sortaient de l'ordinaire ; me focaliser sur les interactions soignée / soignante d'autre part.

Le bénéfice s'est traduit également par l'accès au terrain et la confiance que m'ont accordée les professionnelles. Confiance qu'il a fallu entretenir par divers moyens. Je me suis tout d'abord conformée au code vestimentaire : une blouse blanche avec celles qui en portaient – à l'hôpital et en PMI – et en tenue civile avec celles qui n'en portait pas – les libérales. Ensuite, je répondais bien sûr aux questions qui m'étaient posées en tant que consœur mais de manière brève, allant dans le sens de la praticienne. Les discussions entre chaque rendez-vous ou lors de pause déjeuner, étaient également propices à échanger sur la pratique professionnelle.

Si la question de la déontologie du soignant face à la démarche de recherche est légitime mon enquête se déroulant en France, je n'ai pas été confrontée à de réels problèmes déontologiques, comme cela a pu être le cas pour mener des recherches dans des contextes totalement différents des pratiques occidentales[114].

b. *Se positionner comme chercheur en sciences sociales afin de pouvoir observer*

Comme l'écrivent Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier[115], l'observation directe implique inévitablement une forme d'interaction entre l'observateur et le milieu étudié, sauf dans des situations extrêmes d'observation cachée, comme l'utilisation de caméras de

[113] C'est à dire le nombre de grossesse et d'enfant d'une femme.

[114] Clémence Schantz, sage-femme et sociologue, a étudié les pratiques obstétricales à Phnom Penh, au Cambodge. Pendant 11 mois, elle a mené une observation participante dans les maternités de la ville, se focalisant particulièrement sur les pratiques d'épisiotomie et de périnéorraphie. La chercheuse a adopté une double posture, celle de sage-femme et d'anthropologue, utilisant sa formation médicale pour accéder au terrain hospitalier. Cette position lui a permis d'observer des situations intimes et sensibles, mais l'a également placée face à des dilemmes éthiques complexes. Au cours de sa recherche, elle a été témoin de pratiques qu'elle jugeait problématiques, notamment un taux très élevé d'épisiotomies (94,5% dans un hôpital) et des périnéorraphies invasives sur des femmes jeunes et en bonne santé. Ces pratiques, non conformes aux standards médicaux occidentaux, ont soulevé des questions éthiques importantes pour la chercheuse. Voir Clémence Schantz, « Une éthique anti-déontologique ? », *La Revue Sage-Femme*, 1 février 2018, vol. 17, n° 1, p. 7-12.

[115] A.-M. Arborio et P. Fournier, *L'observation directe*, *op. cit.*

surveillance ou de miroirs sans tain. Cette présence de l'observateur, même discrète, s'inscrit dans le champ social qu'il cherche à appréhender. Conséquemment, les sujets observés peuvent ajuster leurs comportements en réaction à cette présence, conscients d'être l'objet d'une attention particulière. Ce phénomène, que Olivier Schwartz a nommé le « paradoxe de l'observateur »[116], met en lumière une tension fondamentale dans la méthodologie de l'observation ethnographique. Il soulève la question de la qualité des matériaux recueillis, puisque la simple présence du chercheur peut potentiellement altérer la réalité qu'il cherche à capturer et comprendre. Cette problématique méthodologique invite à une réflexion approfondie sur la nature des interactions entre l'observateur et son terrain, ainsi que sur les stratégies à adopter pour minimiser ou du moins prendre en compte cette influence dans l'analyse des données collectées.

Pour endosser le rôle d'observateur, il m'a fallu trouver une certaine distance pour atteindre une posture de chercheur en sciences sociales. Il était fondamental de trouver une juste mesure entre le bénéfice que cela pouvait m'apporter le fait d'être *insider* et le risque de tomber dans le parti-pris, appartenant moi-même initialement au même corps professionnel. Pour cela, j'ai décidé de participer le moins possible et de me positionner *in fine* en quelque sorte, comme une stagiaire. Une sage-femme m'a ainsi présentée lors d'une situation puis aux rendez-vous suivants. Au début de chaque terrain, j'ai réexpliqué aux professionnelles que je désirais observer uniquement les interactions qu'elles avaient avec les parturientes, que je ne participerai pas à la prise en charge.

Ainsi, avant chaque consultation, je me suis présentée aux patientes en tant que sage-femme qui effectue une recherche en observant le déroulement des consultations et je leur ai systématiquement demandé un accord oral pour assister aux rendez-vous. Toutes les femmes, tous les couples ont accepté ma présence, sans demander de précision. Tel que je l'avais annoncé aux sages-femmes, je ne suis pas intervenue dans le déroulement des consultations, à l'exception d'une situation, où j'ai indiqué à une sage-femme, qui était en difficulté avec une patiente qui devait faire une radiographie pulmonaire afin d'obtenir des papiers de séjour. Je lui ai suggéré que les examens pouvant être prescrits étaient ceux qui étaient nécessaires à son exercice, et en l'occurrence qu'ici, c'était le cas.

[116] O. Schwartz, « L'empirisme irréductible », art cit.

Selon la configuration des bureaux de consultation, je me suis installée si possible dans un coin où je gênais le moins possible, du côté de la sage-femme (comme une stagiaire). Durant l'examen clinique de la patiente, je restais sur ma chaise si l'agencement de la pièce était conçu avec un espace d'examen caché (comme un paravent) ou bien je sortais et restais derrière la porte pour écouter les échanges, puis revenais quand la patiente était rhabillée.

3. Présentation des agents observés

Les acteurs étudiés sont donc des sages-femmes exerçant dans le sud de la France, dans les secteurs public, territorial et libéral, et des patientes/couples qu'elles reçoivent en consultation, sur la période de mars 2017 à octobre 2019. Les lieux d'exercice comme l'identité des professionnelles et des patientes ou couples sont totalement anonymisés.

a. *La difficulté de relever les caractéristiques des patientes/couples*

Au début de l'enquête, je pensais pouvoir recueillir assez facilement les informations concernant la situation professionnelle des femmes enceintes. Cependant, je me suis aperçue que les sages-femmes demandaient cette information uniquement lors du premier rendez-vous et le travail de femme n'est pas systématiquement évoqué. J'ai donc changé de stratégie en essayant de voir si cette information figurait sur le dossier administratif effectué pour la consultation (les « étiquettes »). Mais là non plus, j'ai vu que l'information n'était pas toujours saisie. Alors, durant les premières observations, j'ai demandé directement à la patiente, à l'issue de la consultation mais je me suis vite arrêtée car j'ai perçue que cela modifiait la pratique de la sage-femme, et que cette simple demande perturbait le déroulement habituel de la vacation de consultation. En revanche, la profession des femmes a parfois été évoquée entre deux rendez-vous, spontanément par les sages-femmes, pour diverses raisons qui n'étaient pas forcément en rapport l'état de grossesse. Ainsi, cette information est manquante pour certaines femmes de l'étude.

Je me suis attachée néanmoins à recueillir des informations concernant les caractéristiques physiques des femmes et de leur compagnon : l'origine ethnique supposée (Europe, Afrique, Asie, etc.).

b. *Portrait des sages-femmes*

Pour la pseudonymisation et l'anonymisation, plusieurs précautions ont été prises. Tout d'abord, pour l'étape de pseudonomysation, j'ai utilisé à la fois le site de Baptiste Coulmont « Projet Mention »[117] et les données de l'Insee recensant les prénoms donnés et leur fréquence, en France depuis 1900[118]. L'emploi du site de Coulmont a permis – de façon certes imparfaite – de choisir un prénom de substitution essayant de se respecter la catégorie sociale d'appartenance. Quant aux données de l'Insee, elles ont été nécessaires afin de respecter la classe d'âge des agents, les prénoms étant répertoriés selon leur fréquence pour chaque année. Certains prénoms n'étant pas répertoriés sur le site de Coulmont – pour les sages-femmes les plus âgés, car le site indique que seuls figurent les prénoms les plus fréquents à partir de 2012 – seule la correspondance avec la classe d'âge a pu être respectée à l'aide du site de l'Insee.

La position sociale relative des sages-femmes de l'étude (Annexes VII et VIII)

Axelle est sage-femme libérale à Grandeville et exerce depuis plus de dix ans. Elle se situe dans la classe d'âge 35-39 ans et a obtenu son diplôme après l'âge de 25 ans. Son conjoint exerce une profession de cadre et intellectuelle supérieure. Elle est propriétaire avec son compagnon du complexe où se trouve son cabinet, qui accueille d'autres professionnels du monde sanitaire et social, amenés à prendre en charge les femmes enceintes mais pas exclusivement. Elle a deux enfants scolarisés. Du fait de la catégorie socio-professionnelle de ses parents, elle est originaire de la classe moyenne supérieure.

Caroline est sage-femme des hôpitaux à la maternité du CHU de Métroville où elle travaille depuis plus de vingt ans. Elle est dans la classe d'âge 55-59 ans et a également obtenu son diplôme après l'âge de 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire et ses

[117] Le travail de Baptiste Coulmont établit des profils de prénoms selon les résultats obtenus au bac et son site est consultable à l'adresse suivante : http://coulmont.com/bac/index.html

[118] Les données de l'Insee permettent de connaître la fréquence d'attribution des prénoms pour chaque année et sont consultables sur le site en ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3532172

deux enfants sont scolarisés. Le métier de ses parents – profession intermédiaire – indique qu'elle est issue de la classe moyenne.

Chantal exerce au CHU de Métroville depuis trente ans. Elle se situe dans la classe d'âge 50-54 ans et a été diplôme avant l'âge de 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire, tout comme l'un de ses enfants et ses parents, indiquant qu'elle provient de la classe moyenne.

Chloé travaille depuis moins de dix ans. Lors de l'étude, elle est en poste à la maternité du CH de Grandeville. Elle se situe dans la classe d'âge 30-34 ans et a obtenu son diplôme après l'âge de 25 ans. Son compagnon est ouvrier. Elle est issue de la classe moyenne supérieure selon la catégorie socio-professionnelle de ses parents.

Delphine exerce en libéral à Petiteville et a obtenu son diplôme il y a plus de vingt, alors qu'elle avait moins de 25 ans. Elle est dans la classe d'âge 45-49 ans. Propriétaire du centre médical où se trouve son cabinet, elle loue ses locaux à des paramédicaux. Son conjoint est sans activité professionnelle. Un de ses enfants est ouvrier, l'autre exerce une profession intermédiaire et le dernier est scolarisé. Du fait de la profession de ses parents, elle est originaire de la classe moyenne.

Éléonore est salariée depuis plus de vingt ans et travaille dans l'hôpital de Métroville. Elle se situe dans la classe d'âge et 45-49 ans et a été diplômée avant l'âge de 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne supérieure. Deux de ses enfants poursuivent des études qui les amèneront à occuper une profession intellectuelle supérieure et le dernier est scolarisé.

Éliane est sage-femme depuis plus de quarante ans et travaille en PMI à Grandeville. Elle est dans la classe d'âge 60-65 ans. Elle a obtenu son diplôme avant l'âge de 25 ans. Son compagnon est ouvrier. Elle est elle-même issue de la classe ouvrière du fait de la profession de ses parents. Ses enfants occupent des postes d'employé et de profession intermédiaire.

Fabienne travaille dans l'hôpital de Grandeville. Elle a été diplômée avant l'âge de 25 ans, il y a trente ans. Elle se situe dans la classe d'âge 50-54 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire. Elle provient de la classe moyenne selon la profession de ses

parents. Ses enfants sont étudiants et les études de l'un d'entre eux lui permettront d'occuper une profession intellectuelle supérieure.

Gabrielle est sage-femme des hôpitaux depuis plus de trente ans et travaille au CH de Grandeville. Elle est âgée entre 60 et 65 ans et a obtenu son diplôme avant 25 ans. Son conjoint occupe une fonction de cadres et professions intellectuelles supérieures. Elle est issue de la classe moyenne supérieure selon la profession de ses parents. Son enfant est étudiant.

Géraldine travaille depuis plus de dix ans à la maternité du CHU de Métroville. Elle a été diplômée avant ses 25 ans et appartient à la classe d'âge 40-44 ans. Son compagnon exerce un métier de cadres et professions intellectuelles supérieures. Elle n'a pas d'enfant. La profession de ses parents indique qu'elle est originaire de la classe moyenne.

Isabelle est hospitalière depuis plus de trente ans et est en poste au CHU de Métroville. Elle a obtenu son diplôme avant ses 25 ans et se situe dans la tranche d'âge 55-59 ans. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle est issue de la classe ouvrier selon la profession de ses parents.

Julie a une activité libérale partagée entre Grandeville et Métroville. Elle exerce depuis moins de dix ans. Elle a été diplômée avant ses 25 ans et appartient à la tranche d'âge 30-34 ans. Elle est associée dans les deux cabinets où elle travaille. Elle vit en couple avec un agriculteur et a un enfant scolarisé. La profession de ses parents indique qu'elle est originaire de la classe moyenne supérieure.

Laetitia est hospitalière au CHU de Métroville. Elle exerce depuis plus de dix ans et a obtenu son diplôme avant ses 25 ans. Elle se situe dans la tranche d'âge 35-39 ans. Son mari exerce un métier de cadres et professions intellectuelles supérieures et a deux enfants scolarisés. Elle est issue de la classe moyenne supérieure selon la profession de ses parents.

Lydie travaille en PMI à Grandeville. Elle exerce depuis plus de quarante ans et appartient à la tranche d'âge 60-65 ans. Elle a été diplômée avant ses 25 ans. Son mari occupe une profession intermédiaire. Ses deux enfants sont étudiants et elle est originaire de la classe moyenne.

Martine est libérale à Métroville. Elle travaille depuis plus de trente ans et se situe dans la tranche d'âge 55-59 ans. Elle a obtenu son diplôme avant ses 25 ans. Son compagnon exerce une professions intellectuelles supérieures. Elle est propriétaire de son cabinet. Elle a deux enfants exerçant des professions intermédiaires. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne supérieure.

Nadège exerce en libéral à Villepetite et est sage-femme depuis plus de vingt ans. Elle se situe dans la tranche d'âge 45-49 ans et a été diplômé avant ses 25 ans. Son mari occupe un poste de cadres et professions intellectuelles supérieures. Elle a quatre enfants scolarisés. Elle est propriétaire de son cabinet où elle travaille seule. Elle est originaire de la classe moyenne selon la profession de ses parents.

Pauline est installée en libéral à Métroville et exerce depuis moins de dix ans. Elle appartient à la classe d'âge 30-34 ans et a été diplômé avant ses 25 ans. Son mari exerce des fonctions de cadres et professions intellectuelles supérieures. Son enfant est scolarisé. Elle est associée avec une autre sage-femme libérale qui est propriétaire du cabinet. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne supérieure.

Samira travaille à la maternité du CH de Grandeville. Elle est sage-femme depuis plus de vingt ans et se situe dans la tranche d'âge 50-54 ans. Elle a obtenu son diplôme après ses 25 ans. Elle vit seule et a deux enfants qui occupent des professions intermédiaires. Elle est issue de la classe moyenne.

Solène est sage-femme des hôpitaux depuis plus de dix ans et exerce au CHU de Métroville. Elle appartient à la tranche d'âge 35-39 ans et a été diplômée avant ses 25 ans. Son compagnon est ouvrier. Elle a un enfant scolarisé. Elle est originaire de la classe moyenne selon la profession de ses parents.

Sylvie exerce en libéral dans une maison de santé à Bourg. Elle travaille depuis plus de trente ans et a obtenu son diplôme après ses 25 ans. Elle est dans la classe d'âge 55-59 ans. Son compagnon est chef d'entreprise. Elle a deux enfants étudiants. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne.

Vanessa travaille à la maternité du CHU de Métroville. Elle est sage-femme depuis plus de dix ans. Elle est dans le tranche d'âge 40-44 ans et a été diplômée après ses 25 ans. Son

mari occupe un poste de cadres et professions intellectuelles supérieures. Ses deux enfants sont scolarisés. Elle est originaire de la classe moyenne selon la profession de ses parents.

4. Des sources complémentaires diverses

Appréhender la configuration actuelle du champ professionnel maïeutique nécessite une mise en perspective socio-historique de sa genèse et de son évolution. Cette approche implique également une analyse du processus de médicalisation de la grossesse. À cette fin, une revue critique de la littérature a été effectuée pour retracer, dans une perspective diachronique, les modalités de gouvernementalité des grossesses et la position des sages-femmes dans ce dispositif, de la fin du XVIIIe siècle à l'aube du XXIe siècle.

Les travaux de Jacques Gélis[119], combinant histoire sociale, histoire des mentalités et anthropologie historique, ont contribué à éclairer les pratiques et représentations entourant la naissance, mettant en exergue les mutations profondes induites par la médicalisation progressive de l'accouchement.

Nathalie Sage-Pranchère[120] apporte une contribution significative à l'historiographie des professions de santé, de la naissance et du genre. Ses recherches offrent un nouvel éclairage sur la construction et l'évolution de la profession de sage-femme, en lien avec les transformations sociales, médicales et politiques de la France du XIXe siècle.

Les travaux de Françoise Thébaud[121] et de Fabrice Cahen[122] mettent en lumière l'inscription de la sanitarisation de la grossesse dans le processus plus large de médicalisation de la société française au XXe siècle. Ils soulignent que ce phénomène a entraîné une

[119] Jacques Gélis, *L'arbre et le fruit: la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*, Paris, Fayard, 1984, 611 p ; Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, 560 p.

[120] Nathalie Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », *Annales de démographie historique*, 4 décembre 2014, n° 127, p. 181-208 ; Nathalie Sage-Pranchère et Jean-Pierre Bardet, *L'école des sages-femmes: naissance d'un corps professionnel : 1786-1917*, Tours, Presses universitaires François Rabelais, 2017, 456 p ; N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit.

[121] Françoise Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986, 316 p.

[122] Fabrice Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2014, N° 7, n° 1, p. 34-57.

reconfiguration des rôles des différents acteurs et une transformation des normes sociales relatives à la grossesse et à l'accouchement.

Les recherches d'Yvonne Knibiehler[123] contribuent à une compréhension approfondie de l'histoire de la maternité, de l'accouchement et de la profession de sage-femme en France. Elle met en évidence les interactions entre les évolutions sociales, médicales et politiques et les mutations des pratiques d'accouchement et du rôle des sages-femmes.

Pour enrichir l'analyse, des sources primaires issues des collections de la Bibliothèque Nationale de France seront mobilisées, notamment des articles de presse et des publications syndicales du début du XXe siècle. De plus, un document audiovisuel des archives de l'INA, présentant un entretien entre un professeur de gynécologie-obstétrique et une sage-femme, sera utilisé pour éclairer les rapports interprofessionnels dans les années 1970.

Cette approche socio-historique vise à contextualiser les enjeux contemporains autour de la naissance et de la profession de sage-femme, en les inscrivant dans la longue durée des transformations sociales, professionnelles et institutionnelles.

E. Plan de la thèse

Organisée en deux parties, la thèse comprend cinq chapitres. Dans la première partie consacrée au cadre de l'activité de suivi des grossesses, le premier chapitre propose une socio-histoire de la surveillance des grossesses et de la participation de la sage-femme à cette activité. Il retrace l'évolution de la profession depuis la fin du XVIIIe siècle, en mettant en lumière comment la formation et la mobilisation du corps professionnel ont façonné l'identité et le champ d'activité des sages-femmes. Ce chapitre examine également le gouvernement politique des grossesses en France au XXe siècle, montrant comment les dynamiques sanitaires et natalistes ont influencé la législation et l'exercice des sages-femmes. Le deuxième chapitre se concentre sur l'identité professionnelle des sages-femmes et ses mutations. Il explore la position ambivalente de cette profession « entre-deux », analysant les tensions entre leur statut de profession médicale et leur quête de reconnaissance. Ce chapitre examine

[123] Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004, 360 p ; Y. Knibiehler, *Accoucher*, *op. cit.* ; Yvonne Knibiehler et al., *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, 2e édition., Rennes Cedex, Presses de l`EHESP, av. du Pr. Léon-Bernard, 2016, 200 p ; Yvonne Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, 4e éd. mise à jour., Paris, PUF, 2017.

également l'autonomie d'exercice des sages-femmes, les relations interprofessionnelles, et l'impact des différents contextes d'exercice sur leur pratique.

Dans la seconde partie, le troisième chapitre analyse les relations de services et interpersonnelles entre les femmes enceintes et les sages-femmes. Il met en lumière la spécificité des interactions avec les sages-femmes libérales, l'importance de la « proximité » dans l'établissement des liens de confiance dans ces relations, ainsi que les éventuelles discordances entre les préoccupations des patientes et celles des professionnelles. Le quatrième chapitre se penche sur les pratiques concrètes des sages-femmes durant le suivi prénatal. Il examine les différents aspects de la consultation prénatale, l'usage des techniques de surveillance, et les formes de spécialisation qui émergent au sein de la profession. Ce chapitre interroge également le rôle des sages-femmes dans la médicalisation et la technicisation de la grossesse. Enfin, le cinquième chapitre aborde le travail de priorisation et de hiérarchisation des risques effectué par les sages-femmes. Il analyse comment les professionnelles actualisent en permanence les risques à rechercher, catégorisent les femmes et les couples, et adaptent leur prise en charge en fonction de ces catégorisations. Ce chapitre met en évidence la complexité du travail de surveillance et de gestion des risques réalisé par les sages-femmes.

PREMIERE PARTIE LE CADRE DE L'ACTIVITE DU SUIVI DES GROSSESSES

Chapitre 1. Socio-histoire de la surveillance des grossesses et de la participation de la sage-femme à cette activité

> *« Cet art, pris rigoureusement, n'est que celui d'aider la femme dans l'accouchement même, et d'écarter autant qu'il est possible tout ce qui pourroit alors influer sur ses jours et sur ceux de l'enfant. Considéré dans le sens le plus étendu, non seulement il a pour objet la conservation de la mère et de l'enfant dans le moment de l'accouchement, mais encore le traitement des maladies de l'un et de l'autre, soit pendant la grossesse, soit pendant le temps des couches. »*[124]

> *« Le rôle de l'accoucheuse commence en effet bien avant l'accouchement, et toute sage-femme qui attendrait les premières douleurs pour visiter sa malade serait coupable de négligence. »*[125]

Pour comprendre les enjeux sociaux et politiques autour du suivi de la grossesse, il semble important de revenir, dans une perspective socio-historique, sur la pratique d'une profession – celle de la sage-femme – dans un champ d'intervention donné – celui du suivi prénatal – afin de saisir comment « le passé conditionne le présent, (…) [comment] la connaissance du passé éclaire les situations présentes »[126]. Il s'agit donc dans ce premier chapitre de mobiliser les travaux académiques des historiens et historiennes qui se sont intéressés à la naissance et à ses professionnels, ainsi que quelques documents d'archives –

[124] Baudelocque J-L, Principes sur l'art des accouchements [1787] cité par N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 313.

[125] Gallois E, Le manuel de la sage-femme et de l'élève sage-femme [1886], cité par *Ibid.*, p. 325.

[126] Noiriel G, 2001, cité par Florence Douguet, Alain Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue: les enjeux des relations entre des métiers en tension*, s.l., ONDPS, 2021, p. 23.

issues de la presse et de la télévision – spécifiquement en lien avec l'objet étudié dans cette thèse. Il convient tout d'abord de présenter l'historiographie de la construction du corps professionnel de sage-femme au cours du XIXe siècle, ici retracée à partir des travaux des historiens et historiennes Jacques Gélis[127], Nathalie Sage-Pranchère[128], Françoise Thébaud[129], Fabrice Cahen[130] et Yvonne Knibiehler[131]. Ceci nous permettra de saisir le rapport qu'entretient la profession avec les notions de dangers et risques, prégnantes dès le début de sa formation. J'aborderai ensuite la surveillance sanitaire et sociale de la grossesse, envisagée dès le XIXe siècle mais réellement établie au XXe siècle, prônée par les médecins dans l'intérêt des parturientes et de celui de leur enfant à naitre, et progressivement réglementée par l'État dans une intention nataliste et sociale jusqu'à l'après-guerre, puis plus globalement dans une visée de santé publique. Historiciser la mise en place de la surveillance prénatale – et la participation des sages-femmes à cette activité – permettra ainsi de saisir les processus de transformation sociale[132] autour de l'« évènement grossesse » et d'éclairer les observations ethnographiques présentées dans les chapitres suivants. Je montrerai que la place des sages-femmes dans l'activité prénatale s'est profondément transformée au cours du XIXe et surtout du XXe siècle : les accoucheuses ont perdu peu à peu leurs prérogatives, concomitamment aux avancées scientifiques qui ont permis l'accroissement du prestige des médecins auprès de la population féminine. Retracer la mise en place des consultations prénatales aidera également à comprendre la perception française de la naissance – fondée sur le postulat du risque – et la progressive adhésion des femmes à la gouvernance de la grossesse, orchestrée par l'État providence à l'aide du déploiement d'outils d'action publique à la croisée des politiques sanitaires, sociales et familiales[133].

[127] J. Gélis, *L'arbre et le fruit*, *op. cit.* ; J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*

[128] N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit ; N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.* ; Nathalie Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) » dans Marie-France Morel (ed.), *La naissance au risque de la mort*, s.l., Érès, 2021, p. 143-170.

[129] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*

[130] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit.

[131] P. Cesbron et Y. Knibiehler, *La naissance en Occident*, *op. cit.* ; Y. Knibiehler, *Accoucher*, *op. cit.* ; Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.* ; Y. Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, *op. cit.*

[132] François Buton et Nicolas Mariot, *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, s.l., Septentrion, 2008, p. 10-11.

[133] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit.

A. La sage-femme et les risques de l'enfantement : un argument politique dès la fin du XVIIIe siècle

1. Construction d'une profession pour diminuer les dangers de la naissance

L'angoisse populationniste émergeant au cours du XVIIIe siècle[134], encourage l'État à se saisir de la question de la mortalité maternelle et infantile. A cette époque, les femmes en couches sont assistées en ville par des sages-femmes instruites[135] – formées par une maîtresse sage-femme[136] – mais peu nombreuses, et à la campagne, par des matrones, pour leur part nombreuses, détentrices d'un savoir empirique, fondé sur leur propre expérience[137]. Les cahiers de doléances de 1789 font état d'une critique de l'incompétence des matrones, boucs émissaires idéals d'une campagne de dénigrement débutée dans la première moitié du XVIIIe siècle en Europe et orchestrée par les chirurgiens qui ambitionnent d'exercer l'obstétrique[138]. Néanmoins, l'assistance des parturientes par des femmes n'est pas remise en cause : le choix politique est donc fait de maintenir et « d'officialiser les accoucheuses », choix partiellement

[134] Nathalie Sage-Pranchère met en lumière que « le XVIIIe siècle est le siècle de la découverte scientifique de la population, de ses évolutions, de la baisse redoutée à l'augmentation souhaitée ou critiqué ». Au temps de la France révolutionnaire, « la prégnance de l'idéologie populationniste » se fonde sur le fait que « la grandeur d'un État réside dans le nombre de ses sujets ». Ainsi, dans le contexte de la Révolution où la patrie a besoin de « bras » pour des raisons de production ou militaire, « la population est instrument de pérennisation, d'enrichissement, de défense ». En réponse à ces besoins, « les pertes au berceau » sont mises en avant, en même temps qu'émerge une préoccupation pour l'individu, notamment pour « la parturiente qui succombe » qui est aussi « une mère, mère d'enfant déjà nés ou de celui en train de naître, nécessaire rempart d'un être en devenir ». Voir N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 51-53.

[135] La fonction de sage-femme nait à la fin du Moyen Age dans les communautés urbaines, répondant à la préoccupation de porter assistance aux populations. Les sages-femmes « pensionnées » sont rémunérées par la commune urbaine « pour venir en aide aux femmes de toutes conditions ». Apparaissent rapidement à côté des accoucheuses gagées, les sages-femmes « indépendantes », assermentées comme les pensionnées, et qui doivent compter sur leur propre savoir-faire car elles ne disposent pas du soutien des autorités. Voir J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*, p. 23-39.

[136] Les sages-femmes françaises les plus célèbres des XVIIe et XIXe siècle – comme Louise Bourgeois dite Boursier qui rédigea et publia en 1609 le premier ouvrage sur la pratique et l'éthique de sa profession, ou Marie-Louise Lachapelle, première sage-femme en chef de l'Hospice de la maternité de Port-Royal qui a succédé à l'Office des accouchées de l'Hôtel Dieu à Paris en 1795, qui a érigé la fonction de sage-femme en chef, reconnue à l'époque égale à celle du chirurgien, en véritable directrice de la maternité – étaient épouses de chirurgien, ce qui leur a permis d'accéder indirectement à la science médicale masculine, voir P. Cesbron et Y. Knibiehler, *La naissance en Occident*, *op. cit.* ; N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*

[137] J. Gélis, *L'arbre et le fruit*, *op. cit.*, p. 177-178.

[138] J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*, p. 102.

légitimé par « leur appartenance au genre féminin » et « l'affinité censée en découler avec l'objet de leurs soins »[139].

Ainsi, dès la seconde moitié du XVIIIe siècle, l'État français à l'instar de ses voisins européens, développe une politique de formation des accoucheuses sur l'ensemble de son territoire[140]. Par cette action, qui constitue un tournant de leur responsabilité professionnelle et juridique, les sages-femmes deviennent « les sujets d'un enseignement scientifique et pratique »[141]. Dès lors, leur conscience de leur rôle et des attentes des populations se modifie. Sur fond d'enjeu démographique, les praticiennes sont désormais investies d'une mission politique qu'elles apprivoisent tout au long du XIXe siècle : sauver la vie des mères et des enfants. Cette mission s'enracine comme valeur fondatrice – toujours aujourd'hui – de la profession.

Ainsi, à partir des années 1800, la formation théorique et pratique fonde l'identité du corps professionnel des sages-femmes. Cette formation repose sur un savoir universel et généralisable, suivant le modèle de la médecine, séparant l'exercice professionnel de l'expérience personnelle de l'enfantement[142]. Même si le métier de sage-femme[143] existe depuis l'antiquité, les conditions d'exercice de l'art des sages-femmes sont officiellement fixées en France par la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), complétée par l'arrêté du 20 prairial (9 juin 1803). Ces textes législatifs fondateurs de tout l'ordre médical réforment les anciens corps professionnels existants– médecins-chirurgiens et officiers de santé – et en créent un nouveau[144]. Désormais, seules celles qui ont reçu une formation théorique et

[139] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 27.

[140] Comme l'illustre le tour de France accompli par Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray (1712-1792), sage-femme instruite et expérimentée, formée à Paris, qui fut recruté par le 1er intendant du royaume et forma en près de 25 ans plusieurs milliers d'accoucheuses et quelques 200 démonstrateurs, à l'aide d'un enseignement théorique et pratique grâce à son mannequin de démonstration pour lequel elle obtint un brevet royal en 1759, voir J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*, p. 111-129.

[141] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 144-145.

[142] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 19.

[143] Le choix est ici fait, certes de manière un peu simpliste, d'employer le vocable « sage-femme », pour désigner les accoucheuses instruites qui officiaient déjà en milieu urbain avant la loi du 19 ventôse an XI, par opposition aux matrones, qui assistaient également les femmes en couches, à la campagne, mais dont le savoir empirique était transmis de mère en fille et reposait sur leurs propres expériences. Pour plus de précisions sur ce choix, voir *Ibid.*, p. 41-47.

[144] *Ibid.*, p. 12.

pratique, sanctionnée par un diplôme, peuvent prétendre à exercer la profession de sage-femme. Cette normalisation de la formation répond à l'aspiration de disposer de sages-femmes compétentes, aspiration exprimée dès le milieu du XVIIIe siècle par les administrateurs royaux, puis consolidée et amplifiée durant la période révolutionnaire. L'ambition est d'uniformiser le niveau des savoirs à l'échelle nationale et de permettre ainsi de diminuer la morbidité et la mortalité, maternelle et infantile, traduisant une relation nouvelle vis à vis de la naissance et de ses risques ou dangers[145]. Jusqu'à la révolution pastorienne et aux avancées chirurgicales de la fin du XIXe siècle, les sages-femmes sont formées pour combattre – avec les moyens dont elles disposent, c'est à dire l'obstétrique manuelle et instrumentale – la mort de la mère ou de l'enfant, qui n'est plus admise comme une fatalité[146].

Les sages-femmes officielles – par opposition aux matrones – intègrent cet enjeu sanitaire et acceptent rapidement que leur formation théorique soit placée sous la responsabilité des chirurgiens, la formation pratique restant *in fine* sous celle des maitresses sages-femmes. Elles y voient également un intérêt personnel, car grâce au diplôme désormais délivré, leur travail est reconnu, permettant par conséquent sa reconnaissance matérielle et sociale[147]. Grâce au développement du savoir scientifique qui a rendu possible la professionnalisation de l'obstétrique, la conscience des risques de la grossesse et de l'accouchement se renforce, sans cesse répétée aux élèves sages-femmes par leurs professeurs et inscrite dans les manuels rédigés à leur attention[148]. La notion de danger et toute une rhétorique du risque émergent dans les ouvrages d'enseignement destinés aux sages-femmes dont la plus grande part est consacrée à la pathologie, l'accoucheuse instruite ayant la charge officielle de savoir l'identifier pour la confier à un médecin[149]. Ainsi, dès le développement de la formation des sages-femmes, celles-ci apprennent à reconnaitre – à diagnostiquer – la pathologie. La construction originelle de la profession se fonde non pas sur l'assistance des mères au sens « relationnel », mais sur leur assistance au sens « médical » et

[145] *Ibid.*, p. 33.

[146] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 145.

[147] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*

[148] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 146.

[149] *Ibid.*, p. 156.

même clinique face aux dangers de la naissance. Autrement dit, la dimension politique de la mission attribuée aux sages-femmes – soigner les femmes et leurs enfants pour leur sauvegarde – place d'emblée leur travail davantage dans le *cure*[150] que dans le *care,* même si ces deux dimensions du soin sont finalement difficilement dissociables[151].

2. La formation comme déterminant du champ d'activité des sages-femmes

L'ouvrage de Nathalie Sage-Pranchère retrace l'institutionnalisation de la formation des sages-femmes au XIXe siècle et établit que les savoirs professionnels des sages-femmes durant cette période évoluent à la fois de manière quantitative, avec « la transformation et l'allongement des cours », et de manière qualitative, par « l'approfondissement et la diversification des savoirs »[152]. Bien au-delà de l'enseignement obstétrical, l'historienne rapporte que

> *« le programme en quatre points de cette instruction (art des accouchements, vaccination, saignée, botanique usuelle), précédé d'une nécessaire formation élémentaire, délimite un champ bien plus ambitieux qui place la sage-femme à la croisée des différentes catégories du corps médical : accoucheuse, gynécologue, puéricultrice ou pédiatre, pharmacienne « en herbes »... Passeuse de médecine, gardienne de santé, la sage-femme est autant réceptacle qu'adaptatrice d'un savoir en accroissement constant, de la révolution jennérienne à la révolution pastorienne »[153].*

Son étude des différents manuels de formation des sages-femmes a montré combien leur contenu était similaire : ils débutent invariablement par « la présentation de l'anatomie féminine en rapport avec la reproduction et l'accouchement », se poursuivent par « la description de la grossesse, puis de l'accouchement naturel et de ses suites (délivrance, soins à la femme et au nouveau-né) », et expliquent enfin « les situations pathologiques pouvant se

[150] Le *cure* est entendu ici comme « le fait de guérir et pas seulement soigner, quitte à faire utilisation de manœuvres, d'instruments ou de médications » (Cynthia Fleury, chronique philo, « Le care-cure », l'Humanité, 20/03/2015, https://humanite.fr/le-care-cure-568910 cité par Le Dû, M. (2019) 'Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre', Clio. Femmes, Genre, Histoire, 49(1), p. 138)

[151] Jean-Daniel Lalau, « Le cure et le care », *Médecine des Maladies Métaboliques*, février 2021, vol. 15, n° 1, p. 99-103.

[152] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 309.

[153] *Ibid.*

déclarer avant, pendant et après l'accouchement et nécessitant l'intervention de la sage-femme ou du médecin »[154]. En incorporant cette dimension pathologique, la formation des futures accoucheuses s'étend ainsi vers la gynécologie, la puériculture et la pédiatrie, spécialités de la médecine qui se constituent à la fin du XIXe siècle[155].

Concernant plus particulièrement la partie – conséquente – de la formation consacrée à l'état de grossesse, elle inclut la reconnaissance des signes de l'utérus gravide, avec une attention accrue sur tout arrêt du cycle menstruel. L'examen clinique prénatal – toujours en vigueur aujourd'hui – repose sur un savoir de plus en plus précis des étapes de développement du fœtus et du déroulement de la grossesse, mais aussi sur des inventions techniques pour l'auscultation obstétricale : le stéthoscope de Laennec mis au point par Jacques Alexandre Le Jumeau de Kergaradec dans les années 1820 révolutionne le suivi ante partum en permettant « le contrôle de la santé fœtale à partir du quatrième mois de la grossesse »[156]. Les élèves sages-femmes apprennent les éléments primordiaux permettant d'identifier de potentiels dangers et d'adapter la conduite pour l'accouchement : questionner la femme enceinte sur les mouvements fœtaux, déterminer les mensurations fœtales à l'approche du terme afin de les comparer avec celles du bassin maternel, écouter les « bruits utérins (cœur du fœtus et souffle placentaire) »[157]. Ces connaissances conduisent les praticiennes à endosser la responsabilité d'être présente durant toute la grossesse. Cette mission élargie se poursuit jusque dans l'entre-deux-guerres, période au cours de laquelle la sage-femme en chef de la Maternité de Paris insiste sur l'étendue de l'enseignement théorique et pratique dispensé aux élèves sages-femmes dans les écoles, qui comporte « surveillance des femmes en état de gestation, art des accouchements normaux, soins des suites de couches, surveillance et soins du nourrisson depuis sa naissance jusqu'au sevrage »[158], l'objectif étant de développer « le sens clinique, pour le dépistage des états pathologiques de la femme enceinte et du nourrisson ainsi que celui des maladies sociales »[159]. Les futures praticiennes apprennent aussi

[154] *Ibid.*, p. 318.

[155] *Ibid.*, p. 321.

[156] *Ibid.*, p. 324-325.

[157] *Ibid.*, p. 325.

[158] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 100.

[159] *Ibid.*

bien l'obstétrique que la puériculture mais aussi les obligations légales auxquelles elles sont soumises : « secret professionnel, déclaration de naissance, tenue d'une maison d'accouchement et déclaration des maladies contagieuses »[160].

Le XIXe siècle voit donc la construction de la profession de sage-femme et de sa responsabilité qui comprend trois dimensions : morale, sociale et juridique. Tout d'abord, une responsabilité morale est attribuée aux accoucheuses lesquelles, grâce aux connaissances acquises durant leur formation, ont le devoir de tout mettre en œuvre pour sauver le couple mère-enfant[161]. L'élaboration de cette mission est concomitante à l'institutionnalisation de leur formation professionnelle et apparaît en constituer la justification. Ensuite, une responsabilité sociale leur est donnée en tant qu'« agent de santé publique »[162]. Le XIXe siècle voit la formation massive de près de 60 000 sages-femmes[163] qui sous le contrôle strict de l'État, remplissent le rôle d'« institutrices du système de santé »[164]. Elles sont « l'instrument d'une politique plus vaste de surveillance et de prophylaxie sanitaire et sociale »[165], et contribuent à l'ancrage et au développement de la médicalisation de la naissance et de ses suites. Leur champ d'intervention au XIXe siècle couvre une large période, bien au-delà de l'accouchement, et leur action se diffuse durant le suivi de grossesse qui se développe peu à peu, jusqu'à la surveillance de la petite enfance, et même de la santé des femmes. Ces devoirs – moral et social – sont enfin entérinés sur le plan législatif par leur responsabilité légale : les praticiennes sont responsables, dès le XIXe siècle, de leurs actes devant la loi et sont « soumise[s] au Code pénal (art. 319 sur l'homicide involontaire) »[166]. Les trois dimensions de

[160] *Ibid.*

[161] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 151.

[162] N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit.

[163] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 145.

[164] Olivier Faure, « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté » dans Patrice Bourdelais et Olivier Faure (eds.), *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*, Paris, Belin, 2005, p. 157-174 ; cité par N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit, p. 182.

[165] N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit, p. 182.

[166] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 153.

la responsabilité ont participé à la construction de l'identité professionnelle[167] de la sage-femme, comme le met en évidence Nathalie Sage-Pranchère :

> *« Les accoucheuses du XIXe siècle sont donc à la croisée des chemins, définies par l'État comme la réponse aux mortalités maternelles et périnatales, investies par les populations du soin d'écarter les périls du lit de l'accouchée, et par leurs maîtres, de la sagesse de reconnaître le risque, d'agir ou de s'effacer au profit du médecin »[168].*

L'historienne démontre également que les facettes de cette responsabilité tridimensionnelle entrent parfois en tension, d'autant que les sages-femmes ont à leur disposition des moyens thérapeutiques limités, ce qui peut les amener à désobéir à la loi devant la nécessité de respecter leur devoir moral[169], au nom de valeurs communes caractéristiques de la profession et de son unité[170]. Même s'il est difficile d'évaluer l'impact sanitaire spécifique du déploiement de sages-femmes diplômées, mesurée par la baisse des taux de mortalité maternelle et infantile au XIXe siècle, la démonstration a été faite que la diminution du taux de mortalité maternelle entre 1800 et 1950 est corrélée, en France et dans les pays occidentaux, à la formation de ces professionnelles de la naissance et plus globalement « à l'association du savoir et de la reconnaissance politique de leur corps professionnel »[171]. Ainsi, « le processus de professionnalisation des sages-femmes poursuit le processus de scientifisation et de médicalisation de la naissance amorcé lors de l'entrée (en scène) du chirurgien accoucheur »[172]. Souvent unique représentante du personnel médical dans les campagnes, la sage-femme instruite apporte « une part de sécurité qui a rendu

[167] Nous le verrons grâce aux résultats de mon étude de terrain, ces trois dimensions de responsabilité sont toujours prégnantes aujourd'hui.

[168] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 146.

[169] Nathalie Sage-Pranchère fait le récit de situations mettant en accusation des sages-femmes pour l'usage de forceps – dont la pratique est tolérée en présence du médecin durant presque tout le XIXe siècle, puis formellement interdite aux accoucheuses en 1892 – et qui font apparaitre les contradictions entre « conscience humaine et professionnelle » de devoir sauver mère et enfant, et l'obligation légale de ne pas utiliser d'instrument, dans un contexte où les médecins à la campagne sont loin de pouvoir arriver en temps et en heure pour répondre à l'urgence d'une situation dystocique (c'est à dire avec des complications). Elle y présente également la tribune de la présidente du Syndicat général des sages-femmes de France, publiée en 1900, qui appelle les praticiennes à ne jamais laisser mourir une femme ou un enfant « par peur du Code ». Voir *Ibid.*, p. 170.

[170] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 98-99.

[171] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 392.

[172] *Ibid.*, p. 391.

l'accouchement moins inquiétant, mais aussi la mort en couches de moins en moins admissible »[173].

3. La mobilisation d'un corps professionnel pour conserver son identité

« Affaire de femmes » jusqu'au XVIIIe siècle, la naissance était réalisée de manière autonome par celles-ci, avec le secours des accoucheuses. Depuis le Moyen Âge, la pratique des accouchements était cependant aussi devenue peu à peu un métier. Bien que rattachées à la corporation de Saint-Côme, corporation des chirurgiens, les sages-femmes ne pouvaient devenir une corporation, car seuls les hommes étaient autorisés à pratiquer « un art ». Les praticiennes devaient donc obéissance aux chirurgiens, ce qui les plaçait dans une position singulière[174]. Si les chirurgiens s'intéressent à l'art obstétrical dès le XVIIe siècle[175], leur intérêt se renforce au cours du XVIIIe, car la formation des démonstrateurs a concerné essentiellement des hommes (seules cinq femmes sur deux cents)[176]. Les femmes étant mises à l'écart de l'enseignement, la dépendance des praticiennes vis à vis des chirurgiens-accoucheurs jusqu'alors théorique, devient effective[177]. L'objectif de ces derniers est alors « d'établir une nette hiérarchie dans les fonctions et les tâches », et non de remplacer les accoucheuses dans l'accompagnement des accouchements, travail chronophage, peu rémunérateur, et jugé indigne du statut social qu'ils ont acquis[178]. Dès lors, l'activité de surveillance de grossesse n'est pas – et n'est plus – celle qui vient à l'esprit lorsque l'on pense

[173] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 170.

[174] J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*, p. 42. Aujourd'hui encore, le corps professionnel des sages-femmes est toujours dans une situation singulière, car même s'il figure parmi les professions médicales dans le code de la santé publique, le statut de l'exercice salarié hospitalier le place dans le personnel non médical, parmi les fonctionnaires. Il s'agit d'une des revendications récurrentes depuis le mouvement de grève de 2001, où les sages-femmes hospitalières demandaient à intégrer le statut de praticien hospitalier, à l'instar des autres professions médicales que sont les médecins et les dentistes.

[175] François Mauriceau (1637-1709), chirurgien français, considéré comme le fondateur de l'obstétrique, a été le premier à se consacrer à cette spécialité, après s'être formé pendant 3 mois à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris – longtemps seule véritable école d'obstétrique en Europe – auprès de la maîtresse sage-femme qui y dispensait un enseignement théorique et pratique. Voir *Ibid.*, p. 56-58..

[176] *Ibid.*, p. 128.

[177] Jacques Gélis démontre que « la volonté de brider les sages-femmes ne se limite pas à l'exercice des accouchements, elle se manifeste égalementlors de l'organisation des cours par leur exclusion quasi systématique de la charge de démonstrateur ». Il ajoute que si « la politique des cours a permis une meilleure formation des sages-femmes, (...) elle a également abouti à rendre effective une dépendance des accoucheuses à l'égard des hommes de l'art qui était demeurée jusqu'alors théorique ». Voir *Ibid.*, p. 194.

[178] Maï Le Dû, « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 2019, vol. 49, n° 1, p. 139-140.

à la pratique des sages-femmes. En effet, si l'exercice de ces dernières est d'abord associé culturellement, historiquement, et dans les représentions de la société actuelle[179], à l'art de l'accouchement, les sages-femmes ont pourtant très longtemps pratiqué la gynécologie[180] et les examens de diagnostic de la grossesse[181], jusqu'à ce que les médecins s'imposent au XXe siècle dans la surveillance de la grossesse. Activité pratiquée par les sages-femmes pensionnées de manière autonomie, la surveillance de la grossesse est encadrée par plusieurs règlements au cours des XVe et surtout XVIe siècle, amenant les sages femmes à se placer sous l'autorité de l'État[182] comme *« instrument de contrôle des populations »*[183].

La création de la chaire d'obstétrique en 1806, première chaire de spécialité médicale confiée à Baudelocque par Napoléon, officialise la domination des médecins. Cette chaire théorique sera complétée par une chaire clinique en 1822, date à partir de laquelle les étudiants en médecine peuvent réaliser des stages cliniques « au lit des parturientes », stages jusqu'alors réservés aux élèves sages-femmes. L'exploration du corps de la femme et les avancées scientifiques amènent les chirurgiens accoucheurs à affiner les savoirs de la science obstétricale et à renforcer leur position dominante. Les prérogatives masculines sur « l'exercice de la médecine et sur la capacité d'enseignement théorique, déniée aux femmes »[184] sont confortées par le choix politique de confier les cours d'obstétrique à des professeurs hommes. Car même si le statut médical est accordé à la profession de sage-femme par la loi du 19 ventôse, les relations entre médecins et accoucheuses reposent sur des

[179] Voir le spot publicitaire d'une société d'assurance professionnelle de 2005 disponible sur le site l'INA : https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/publicite/pub2867751014/macsf-sage-femme

[180] Les femmes ont longtemps été réfractaire à confier leurs troubles de la sphère gynécologique à des hommes médecins par pudeur, laissant la gynécologie entre les mains des sages-femmes, encore plus longtemps que l'obstétrique. Voir J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*, p. 49.

[181] Les sages-femmes gagées – c'est à dire rétribuées par une municipalité – du XVIIe siècle et suivants, sont sollicitées pour examiner les filles – c'est à dire les jeunes femmes non mariées – et les veuves suspectées de cacher leur grossesse, voir *Ibid.*, p. 47 ; ces femmes enceintes hors des liens légitimes du mariage ont en effet l'obligation de déclarer leur grossesse depuis l'édit d'Henri II de 1556, ayant pour objectif de prévenir l'avortement et l'infanticide, voir Y. Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, *op. cit.*, p. 45. Ainsi, la sage-femme, placée dans la dépendance de différents pouvoirs - institutionnel et hiérarchique - devient progressivement un instrument de contrôle social.

[182] J. Gélis, *La sage-femme ou le médecin*, *op. cit.*, p. 21.

[183] *Ibid.*, p. 40.

[184] Rebecca Rogers, « Le professeur a-t-il un sexe ? : les débats autour de la présence d'hommes dans l'enseignement secondaire féminin, 1840-1880 », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 1 novembre 1996, n° 4, p. 221-238 ; cité par N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 27.

représentations genrées des fonctions et aptitudes des unes et des autres, qui placent de fait les maïeuticiennes sous la domination masculine médicale. La « compétence de genre », officiellement entérinée par le régime vichyssois en 1943, ne sera d'ailleurs abolie que près de quarante ans plus tard, en toute discrétion, « sans aucun débat public »[185]. Nathalie Sage-Pranchère insiste ainsi sur le fait que « [la] sage-femme construit son identité professionnelle dans un contexte contraint par la coexistence et le coexercice forcés avec les médecins »[186].

La division actuelle du travail entre obstétricien et sage-femme prend véritablement forme à partir de la fin du XIXe siècle et se précise au cours du XXe siècle : les médecins s'imposent et s'emparent petit à petit des prérogatives autrefois réservées aux sages-femmes. Les hommes – chirurgiens – évincent ainsi progressivement les femmes – sages-femmes – des fonctions de l'enseignement, même si la pratique reste entre les mains féminines, respect de la pudeur des femmes oblige, jusqu'en 1882, année où est créé un corps de médecins accoucheurs par l'Assistance Publique[187]. Les découvertes pastoriennes appliquées à l'obstétrique – même si elles sont concrètement déployées par les sages-femmes – permettent une réduction majeure de la mortalité maternelle qui profite aux médecins et achève d'asseoir leur position dominante dans l'art obstétrical dans son entièreté.

Les accoucheuses ne sont malgré tout pas de dociles auxiliaires : « dès la fin du XIXe siècle, la profession œuvre (…) pour préserver son caractère féminin et médical »[188]. Des archives du XXe siècle permettent de montrer l'existence de formes d'action collective de la profession visant à protester contre les conditions de travail qui se dégradent, ou à dénoncer des litiges avec les médecins. Le journal *La Sage-femme,* lancé en décembre 1897, est l' organe officiel du Syndicat Général des Sages-Femmes de France créé en 1895. Les praticiennes peuvent y trouver des articles scientifiques – permettant l'actualisation des connaissances – et des informations relatives aux intérêts de la profession. Dans le numéro du 5 janvier 1906, la présidente du syndicat, Madame Léon Roger, revient longuement sur les relations conflictuelles entre médecins et sages-femmes, qu'elle déplore. Elle dénonce le

[185] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 66.

[186] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 27.

[187] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 32.

[188] O. Faure, « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté », art cit, p. 173.

« détournement » de patientèle par les médecins et la concurrence déloyale en exposant deux situations pour lesquelles le syndicat a été sollicité, qui l'amènent à penser qu'« au lieu d'être l'ami indiqué, le médecin est le plus souvent l'ennemi ; s'il n'est pas toujours le concurrent, il manque trop souvent de tact envers la Sage-Femme qui lui demande son ministère en cas de complications »[189]. L'une des situations concerne un médecin qui, appelé par la sage-femme pour une complication de l'accouchement, profite du succès de son intervention pour continuer à prendre en charge le couple mère-enfant, certes à la demande de la famille, mais alors que les suites de couches sont simples et relèvent de la compétence de la praticienne. Madame Roger ajoute que « (…) la Sage-Femme, froissée de ces procédés, se fâche et n'appelle plus le Docteur en question ; de sorte que celui-ci perd plus qu'il ne gagne. Ces mesquineries, ce manque de tact, cette concurrence acharnée, sont autant d'entraves à la réalisation du vœu tant de fois formulé ici : l'entente et l'accord parfaits entre les Médecins et les Sages-Femmes »[190]. On voit que face à la domination des médecins, les possibilités de résistance sont minces (ne plus appeler) : la profession féminine est impuissante face à une profession masculine au statut social élevé qui « [a] pour [elle] le *droit du plus fort* »[191].

Autre exemple de mobilisation, cette fois dans l'espace public, deux ans plus tard, en 1908 : portées par Madame Léon Roger, les revendications du Syndicat général des sages-femmes de France sont relayées dans l'un des principaux journaux de la IIIe République, *Le Petit Parisien*. Un article intitulé « Revendications inattendues : les doléances des sages-femmes » présente une pétition destinée aux conseillers municipaux parisiens et aux conseillers généraux de France, en faveur d'une revalorisation des honoraires des sages-femmes agréées auprès des bureaux de bienfaisance de Paris et de l'Assistance publique. Cette revalorisation est justifiée par l'augmentation des frais pour la prise en charge des parturientes indigentes, mais aussi par « la responsabilité et [les] devoirs qui incombent » aux sages-femmes. Interrogée, Madame Roger déclare ceci à propos des sages-femmes des bureaux de bienfaisance :

[189] *La Sage-femme*, 5 janvier 1906, p. 2

[190] *La Sage-femme*, 5 janvier 1906, p. 2

[191] *La Sage-femme*, 5 janvier 1906, p. 2

« Elles sont obligées d'accomplir aujourd'hui, pour un salaire dérisoire, un travail bien plus compliqué, bien plus long et bien plus pénible que celui qu'elles effectuaient il y a vingt-six ans pour la même rétribution »[192].

Elle dénonce également le refus par un préfet de payer les honoraires de trois consultations prénatales à une sage-femme des bureaux de bienfaisance, au motif que « les visites faites avant l'accouchement ne comptent pas », alors que si ces visites avaient été faites par un médecin, celui-ci aurait été rétribué. Et de conclure :

« Il y a un tarif pour les médecins, pourquoi n'en existe-t-il pas un pour nous ? (…) Tout cela, n'est-ce pas, est une anomalie patente. Les sages-femmes ne marchandent pourtant pas leur dévouement et leurs soins à leurs clientes riches ou pauvres, pourquoi les traiter avec tant d'injustice ? »[193]

Ce n'est que bien plus tard, en 1920[194], que les sages-femmes des bureaux de bienfaisance voient leur rétribution être augmentée et alignée sur celle des sages-femmes agréées de l'Assistance publique (actée dès 1908[195]). Mais le problème de la rémunération est plus large : dans la même source, Mademoiselle C. Mossé, sage-femme en chef de la Maternité de Paris[196], dénonce le salaire trop bas des sages-femmes, « devenue[s] le parent pauvre des infirmières [des] hôpitaux ». C. Mossé déclarera aussi en 1932 devant le Comité National de l'enfance que « le plus grave danger est la concurrence légitime du médecin qui

[192] *Le Petit Parisien*, édition du 29 mai 1908, disponible sur le site RetroNews, site de presse de la BnF : http://www.retronews.fr/journal/2/82100/1

[193] *Le Petit Parisien*, édition du 29 mai 1908, disponible sur le site RetroNews, site de presse de la BnF : http://www.retronews.fr/journal/2/82100/1

[194] *La Lanterne*, édition du 03 mars 1920, disponible sur le site RetroNews, site de presse de la BnF : http://www.retronews.fr/journal/62/1063535/1

[195] La somme de 70 francs était versée pour un accouchement et neuf visites dans les suites de couches. L'article de 1920 ne mentionne pas le salaire de l'époque des sages-femmes agréées, dont l'institution remonte à la grande épidémie de fièvre puerpérale de 1867, et qui disposaient de quelques lits pour décharger les services des hôpitaux, en cas de fermeture pour épidémie ou de surcharge. Françoise Thébaud écrit que leur salaire était de 300 francs par patiente suivie pendant 10 jours, dans les années 20. Suite à la révolution pasteurienne et la mise en place des règles d'antiseptie, les maternités sont devenue plus sûres et ce mode d'exercice s'est éteint en 1934. Voir F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 101-102..

[196]qui fait l'éloge des accoucheuses qui sont comparées à des « ouvrières de la repopulation » en ce temps d'après-guerre

partage avec elle le monopole des accouchements »[197] et, lors du 8e Congrès International des Accoucheuses tenu à Paris en 1938, redira son inquiétude : « Concurrencée par la pléthore médicale et par l'hospitalisation à outrance, la profession de sage-femme subit un malaise »[198].

Ces quelques exemples signalent combien les sages-femmes, comme les autres professions médicales[199], ont appris à s'organiser (des syndicats, des organes officiels) et à se défendre (des pétitions, des tribunes) en tant que profession. Même si deux types de diplômes[200] coexistent, ces actions indiquent la conscience d'appartenir à un seul et même corps professionnel[201]. La demande d'unification des deux classes, formulée dès 1902, finit par aboutir durant la Grande Guerre – en 1916 – et la formation s'aligne sur le niveau de la première classe en 1917[202]. L'unification des diplômes n'empêche pas la persistance d'une hétérogénéité au sein de la profession, en raison de modalités d'exercice plurielles et de la « division dans l'organisation professionnelle »[203]. Dans les années 1930, même si plus de la moitié des sages-femmes sont syndiquées, les deux fédérations syndicales existantes peinent à unir leurs forces pour défendre la profession face à deux nouvelles contraintes : la concurrence non plus seulement les médecins, mais aussi les infirmières visiteuses et les assistantes sociales ; la loi sur les assurances sociales[204], qui a pour conséquence d'orienter les parturientes salariées vers les consultations agréées et les médecins qui contractualisent des

[197] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 103.

[198] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*

[199] Dominique Damamme, « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 1991, vol. 3, no 1, p. 31-54.

[200] Le diplôme de sage-femme de première classe permettait à la praticienne d'exercer partout en France alors que celui de deuxième classe, restreignait l'exercice au département où avait été formé l'accoucheuse. Voir N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit, p. 185.

[201] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 388.

[202] N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit, p. 185.

[203] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 100.

[204] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit. Je reviendrai plus loin sur l'importance des lois de 1928-1930 sur les assurances sociales dans la construction du gouvernement biopolitique des grossesses.

accords de prise en charge avec les caisses d'assurance pour la réalisation des examens de grossesse[205].

La transformation du mode d'exercice depuis l'après-guerre a aussi favorisé la mise sous tutelle des sages-femmes. En effet, si l'exercice libéral reste le mode majoritaire jusque dans les années 1950, l'hôpital est devenu dès l'entre-deux-guerres le lieu où il est préférable d'accoucher pour éviter les dangers. Le « grand déménagement » de la décennie 1950 (selon l'expression d'Yvonne Knibielher), marquée par l'accélération de l'institutionnalisation de la naissance[206] et la hausse des naissances[207], voit un nombre important de praticiennes basculer dans le salariat, face à l'amenuisement de leur patientèle. Une distinction sépare les libérales – profondément attachées à conserver leur autonomie – et les salariées[208]. En parallèle, la démographie de la profession baisse pendant presque tout le XXe siècle : au nombre de 14 000 dans les années 1890[209], les sages-femmes sont estimées à un peu plus de 8 000 dans les années 1970[210], niveau le plus bas jamais atteint, faisant craindre l'extinction du corps. Divisées et trop peu nombreuses, conscientes de ne pas être audibles auprès des pouvoirs publics, les sages-femmes subissent les effets de la médicalisation de la prise en charge de la naissance, prônée et imposée par les médecins, au nom de la sécurité. La conception dite « mainstream » de l'accouchement est médicale, et fondée sur la scientificité supposée de l'obstétrique[211]. À partir des années 70, période clé qui a façonné durablement le paysage obstétrical, la technicisation de la naissance et la concentration de l'activité obstétricale s'accélèrent à la suite de la mise en œuvre d'importantes politiques de restructuration, initiée

[205] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 26.

[206] En 1952, les maternités hospitalières (publiques et privées) réalisent 53,2 % des naissances, puis 85,5 % en 1962 et 98,5 % en 1974. Voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 36 ; Y. Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, *op. cit.*

[207] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 36.

[208] *Ibid.*, p. 53.

[209] N. Sage-Pranchère, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) », art cit, p. 201.

[210] 8 374 professionnelles dénombrées en 1974, dont 28% sont libérales. La démographie des sages-femmes rebonbit ensuite, avec une hausse de 32 % entre 1980 et 1993, leur nombre passant de 8 479 à 11 479. Le pourcentage de libérales continue quant à lui de diminuer sur la même période, passant de 20,9 % (soit 1 774) à 10,3 % (soit 1 182), voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 66-67. Depuis la décennie 2010, le pourcentage de libérales est à nouveau en forte hausse.

[211] Sezin Topçu, « Obstétrique, (non)violence et féminisme », *Cahiers du Genre*, 2021, vol. 71, n° 2, p. 83.

par le décret Dienech[212]. Ces mesures impactent un peu plus les conditions d'exercice des sages-femmes. La faible proportion de libérales encore en activité renonce à faire des accouchements à domicile, la législation ayant rendu l'accès difficile au plateau technique en cas de complication[213]. Ignorées des familles, elles perdent également le suivi de grossesse et ne peuvent plus compter que sur des actes non reconnus comme « obstétricaux » dans la nomenclature de la Sécurité sociale (la préparation à la naissance, la rééducation périnéale), donc très mal remboursés[214]. La transformation de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, désormais hautement médicalisés et technicisés , se produit ainsi sans que ces professionnelles, devenues quasi-invisibles, « denrées rares » enfermées dans les salles d'accouchement des institutions hospitalières et placées sous l'autorité des médecins, n'aient eu voix au chapitre, préoccupées qu'elles sont par ailleurs à sauver *in fine* « leur existence » même, en revendiquant la reconnaissance de l'ensemble de leur activité.

Pourtant, même affaibli, le corps professionnel des sages-femmes ne renonce pas, et quelques voix s'élèvent, dans le contexte contestataire post-Mai 68. L'échange télévisé suivant[215] entre Jacqueline Manicom-Letourneur, sage-femme et écrivaine féministe, et Jean-Henri Soutoul, professeur de gynécologie-obstétrique à Tours et expert judiciaire, date de 1974. Il survient à l'occasion de la sortie du livre de la première, *La graine : journal d'une sage-femme* (1973)[216], et en dit long sur les rapports existant à l'époque entre les deux corps professionnels. L'échange qui dure un peu plus de trois minutes mérite d'être présenté dans sa totalité.

> Le débat se déroule a priori dans le bureau du médecin. Celui-ci, Jean-Henri Soutoul (JH S) et la sage-femme, Jacqueline Manicom (J M), sont assis devant des étagères remplies de livres.

[212] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 50.

[213] *Ibid.*

[214] *Ibid.*, p. 51.

[215] L'échange est extrait de l'émission « Rendez-vous avec » diffusé le 15.12.1974 par l'ORTF, Archives de l'INA [en ligne] disponible sur : https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/i21125344/debat-entre-un-gynecologue-et-une-sage-femme (consulté le 10 juillet 2022)

[216] Jacqueline Manicom-Letourneur écrit un « journal fictionnel sur son expérience de sage-femme noire qui doit se confronter à la domination du médecin accoucheur », voir Bibia Pavard, Florence Rochefort et Michelle Zancarini-Fournel, « Chapitre IX. Le moment 68 des féministes » dans *Ne nous libérez pas, on s'en charge*, Paris, La Découverte, 2020, p. 303.

« JH S : Franchement, je vous dirais que je suis un peu inquiet, en pensant que vos lectrices, qui ne sont pas du milieu médical, ou qui ne sont pas sages-femmes, risquent d'avoir une impression un peu défavorable des conditions d'accouchement dans un hôpital public, alors que vous êtes, très sincèrement je crois, à la tête de la défense de cet établissement par rapport au secteur privé que vous connaissez moins, puisque vous travaillez dans un hôpital parisien public. J'ai peur en effet que l'accumulation de complications des accouchements et surtout la description un peu pessimiste de vos conditions de travail soient des facteurs de contre-publicité pour un secteur qui se perfectionne, qui s'améliore.

J M : J'avoue que j'ai insisté un peu trop sur tout ce qui est accident…

JH S : *(coupant la parole)* Complications.

J M : Oui oui, j'ai un peu trop insisté, ça je le reconnais. »

Le reportage montre une séquence lors d'une séance de dédicace de livre, une autre sage-femme vient féliciter Jacqueline Manicom :

« SF : Félicitations ! *(se serrent la main)* J'ai lu votre livre et je pense que toutes les sages-femmes se sont reconnues dans votre personnage, parce que vous avez bien posé le problème…

J M : Je vous remercie, ça fait plaisir !

SF : (…) des sages-femmes dans les maternités et dans les hôpitaux… Je pense que ça va progresser la mentalité des femmes en général.

J M : Bah J'espère aussi ! Et vous êtes sage-femme depuis longtemps ?

SF : Non… *(la réponse est coupée) »*

Le débat reprend entre Jean-Henri Soutoul et Jacqueline Manicom.

« JH S : Je dois dire que certaines de mes collaboratrices se sont reconnues. Elles se sont reconnues dans votre esprit de frustration inconscient qui anime beaucoup de sages-femmes, qui se croient un peu inférieures par rapport à des jeunes médecins en particulier, qui sont moins compétents qu'elles, et qui tirent honneur d'un accouchement qu'ils réalisent alors que les sages-femmes sont laissées un peu en retrait. »

Pendant que le dialogue qui se poursuit, les images montrent la sage-femme sur le terrain, en train d'examiner une patiente, dispensant une séance de préparation à la naissance où divers ouvrages féministes sont exposés – *Une chambre à soi* de Virginia Wolff, *Mon examen de blanc*, premier livre de Jacqueline Manicom, *La dialectique du sexe* de Shulamith Firestone –, réalisant ensuite une

consultation de grossesse où elle écoute les bruits du cœur fœtal avec un stéthoscope de Pinard, enfin s'occupant d'une patiente algique, en train d'accoucher.

« J M : A mon avis, si vous voulez, c'est vraiment le type de profession où si on fait quelque chose, on est autorisé mais par pa-ter-na-lisme *(en articulant)* ! Le chef de clinique veut bien nous laisser faire un petit forceps, il veut bien nous laisser recoudre une petite épisio. Alors là non, vous comprenez, c'est ça qui m'a beaucoup gêné dans ma profession.

JH S : Je ne pense pas que ce soit seulement le paternalisme. Je crois qu'il y a l'urgence. Vous oubliez que dans certains cas, la sage-femme peut être amenée à faire un forceps et… ou à appliquer une ventouse.

J M : Oui mais tout ça fait partie des des… si vous voulez, la sage-femme n'est pas adulte.

JH S : Je m'excuse, je retrouve votre esprit féministe que je salue au passage, mais encore un esprit anti-masculin qui ressort dans votre ouvrage. Je crois que on ne peut pas laisser à du personnel proche *[accentue la prononciation du mot « proche* »] du personnel médical, mais qui n'a que trois ans de formation, des responsabilités aussi écrasantes que celles du traitement des dystocies qui nécessite une expérience, une compétence, une ancienneté dans le métier que seuls à mon avis, les professeurs de gynécologie et d'obstétrique peuvent avoir.

J M : Je ne conteste pas cela, je conteste, ce que je conteste c'est…

JH S : *(Coupant la parole)* Mais vous êtes protégées par les accoucheurs…

J M : *(Haussant le ton)* Mais je ne veux pas la protection des accoucheurs précisément ... c'est ça que je ne veux pas moi. J'en ai marre d'être protégée !

JH S : Ahhh, espérons que les accoucheurs vont changer de sexe et que vous pourrez avoir des chefs de service de sexe féminin dont vous admettrez davantage l'autorité.

J M : Le problème, non… *(la suite de la réponse est coupée).*

On voit à nouveau le médecin face à la caméra

JH S : Je suis tout à fait partisan, avec mes assistants, de donner de plus en plus d'importance à la sage-femme qui est absolument nécessaire pour nous. Et il peut y avoir un espèce de transfert de compétence et un transfert psychologique de confiance entre la consultante, la future accouchée, l'accouchée et la sage-femme. Et à ce moment-là peut-être, vous aurez atteint votre but *(pendant la dernière phrase, on voit la fin de l'accouchement et on entend la sage-femme dire : « il est là ! » accompagné d'un cri de douleur de la parturiente). »*

Cet échange me semble assez révélateur du rapport de domination entre le médecin et la sage-femme[217]. Les propos de la sage-femme tentant de dénoncer le paternalisme régnant dans les hôpitaux, lié *a priori* davantage à la fonction dominante du corps médical, et peut-être pas nécessairement – on peut regretter que sa réponse ait été coupée – à la question du genre, sont immédiatement interprétés comme « anti-masculin » par le gynécologue. La toute-puissance médicale « sur le mode de l'allant de soi et du ça va sans dire »[218] se révèle particulièrement dans la dernière phrase, où s'exprime clairement le fait que le champ d'exercice de la sage-femme – et donc la division du travail entre les deux corps professionnels – est soumis au bon vouloir des médecins, qui accepteraient généreusement de leur « transférer » des compétences[219]. Est également sous-entendu que la « confiance » des patientes leur est totalement acquise et qu'ils en sont en quelque sorte propriétaires, comme si elles étaient dépourvues de toute *agency*[220]. Cette séquence marque l'acmé de la toute-puissance médicale, laquelle commence néanmoins à être remise en cause par des conceptions alternatives de la mise au monde, en faveur d'une prise en charge plus humanisée qui laisse davantage la parole aux premières intéressées, les femmes enceintes[221].

Ainsi, après avoir été hégémonique dans la prise en charge des femmes en couches durant tout le XIXe siècle, le rôle de la sage-femme a décliné au cours du XXe siècle, passant d'un exercice exclusivement libéral à un exercice majoritairement hospitalier, salarié, et soumis à l'autorité médicale[222]. Cette transformation de la pratique des sages-femmes est corrélée à l'intérêt croissant des médecins pour l'obstétrique et à l'institutionnalisation de l'accouchement. Au cours de la décennie 1970, la profession, inquiète, redoute que son activité même soit destiné à disparaître. Mais il n'en est rien. Portées par la contestation

[217] Véronique Charvolin, « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Véronique Charvolin », *TRANSVERSALES*, octobre 2016, n° 9.

[218] F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*, p. 14.

[219] Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris, Colin, 2004, 235 p.

[220] « (...) c'est-à-dire une capacité d'agir, de s'émanciper des rapports de domination, passant par l'interruption ou le renversement des normes dominantes ». Voir Catherine Achin et Delphine Naudier, « L'agency en contexte : réflexions sur les processus d'émancipation des femmes dans la décennie 1970 en France », *Cahiers du Genre*, 5 décembre 2013, vol. 55, n° 2, p. 111.

[221] S. Topçu, « Obstétrique, (non)violence et féminisme », art cit.

[222] Y. Knibiehler, *Accoucher*, *op. cit.*

ambiante, les professionnelles de la naissance continuent à interpeller les pouvoirs publics pour la reconnaissance et la valorisation de leurs compétences. Les mesures prises dans les années 1980, dont la loi Ralite en 1982[223], l'amélioration de la formation initiale, ou encore l'accès à la pratique de l'échographie en 1986, s'apparentent à « un rattrapage » et pour ainsi dire à « un retour en grâce »[224] pour la profession. Selon la même dynamique qu'au siècle précédent, les sages-femmes se forment aux avancées scientifiques et techniques comme l'échographie et les intègrent dans leurs pratiques. Elles obtiennent en janvier 1986 l'autorisation de réaliser les échographies obstétricales, à condition de justifier d'une formation authentifiée et certifiée, ainsi que l'accès aux diplômes universitaires d'échographie jusqu'alors réservés aux médecins. Avancées médicales obligent, la formation évolue de pair. Déjà revue à la hausse en 1943[225], la durée des études passe à quatre ans, avec la réalisation d'un mémoire de fin d'étude, à partir de 1985[226]. Un changement majeur, largement consécutif à une mobilisation collective sans précédent en 2001, survient à partir de 2002 : le concours spécifique de sélection à l'école de sage-femme disparait au profit d'un recrutement commun à toutes les professions médicales, la première année du premier cycle des études médicales – PCEM1 transformé en PACES en 2010 –, portant *de facto* la formation à cinq années d'étude pour l'obtention du diplôme, reconnu au grade de master en 2013. Enfin, à la suite du mouvement de grève de 2021, le gouvernement s'engage en faveur d'une sixième année de formation, donc un troisième cycle avec la réalisation d'une thèse d'exercice à l'instar des odontologistes, qui est mise en place à la rentrée de l'année universitaire 2023-2024, et requalifie le diplôme au grade de « docteur en maïeutique »[227].

[223] Nous verrons plus précisément le contenu de cette loi dans la partie suivante.

[224] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 66.

[225] Durant la Seconde Guerre mondiale, la durée de formation des sages-femmes est portée à trois ans, la loi du 17 mai 1943 posant la structuration des études conduisant à la délivrance du diplôme d'État de sage-femme et les fondements de l'organisation actuelle de la profession. Les écoles de sages-femmes placées sous la responsabilité des doyens des facultés de médecine, intègrent donc le cadre universitaire. L'accès aux études requiert à présent la détention du brevet élémentaire. La formation se découpe en une première année consacrée aux soins généraux – commune à celle des infirmières de 1943 à 1973 – puis une seconde et troisième année spécifiques axées sur l'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie. Voir F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*, p. 65.

[226] Le baccalauréat est exigé depuis 1983 pour passer le concours, voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 66..

[227] Article 3 de la loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme, validé par le décret n° 2024-679 du 3 juillet 2024 créant un troisième cycle de formation des études en sciences maïeutiques.

Cette nouvelle dynamique repose en partie sur un contexte démographique favorable. Selon différentes sources, le nombre de sages-femmes n'a jamais été aussi élevé : on recense 22 721 praticiennes en activité en 2017[228], 23 116 en 2020[229]. Au contraire, la démographie des spécialistes en gynécologie et obstétrique connaît une baisse générale, qui concerne en fait les gynécologues médicaux, dont la population baisse fortement (3 476 pour la spécialité gynécologie médicale en 2014[230] et 1 577 en 2021[231], soit plus de la moitié en 7 ans) que les gynécologues-obstétriciens, en légère hausse (4 381 en 2014 et 4 997 en 2021, soit une hausse de 14 %). Sur la même période, les médecins généralistes, au nombre de 85 260 en 2021, voient leur population également baisser (moins 13 %[232]).

B. Le gouvernement politique des grossesses en France au XXe siècle

1. Gouverner l'état de grossesse au XXe siècle : des dynamiques sanitaires et natalistes de l'entre-deux-guerres à la lutte contre le handicap des années 60-70

Durant la constitution de l'obstétrique comme spécialité médicale, les avancées scientifiques amènent très vite les chirurgiens-accoucheurs à défendre l'argument que la diminution de la mortalité maternelle et infantile passe non seulement par la nécessité pour les femmes d'être accompagnées par des sages-femmes instruites au moment de la mise au monde, mais également par la surveillance de la grossesse grâce à l'examen clinique obstétrical, afin de « prévenir » autant que possible la survenue de problèmes au moment de l'accouchement. Nous l'avons vu au début de ce chapitre, la détermination clinique des mensurations fœtales pour les confronter à celles du bassin maternel ou encore l'auscultation obstétrical des bruits utérins sont censées dès la première moitié du XIXe siècle contribuer à identifier d'éventuels dangers qui pourraient être évités grâce à des conduites adaptées. Ce raisonnement dans une perspective de prévention informe encore aujourd'hui prégnant dans les pratiques.

---

[228] Ces données démographiques sont consultables sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes : http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/

[229] ONDPS, *Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions*, s.l., ONDPS, 2021, p. 31.

[230] Selon les données du SYNGOF, disponible sur : https://www.syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015-Demographie-Gynecologie.pdf

[231] Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas*, s.l., 2021, p. 111-125..

[232] *Ibid.*

Les mesures d'hygiène font reculer mortalités maternelle et infantile dès la fin du XIXe siècle. L'influence grandissante de l'hygiène sociale conduit les différents acteurs à se préoccuper également de « la morbidité » des enfants : l'objectif n'est plus seulement que les nouveau-nés ne meurent pas, mais bien qu'ils soient « sains »[233]. Au tournant du XXe siècle, la dynamique sanitaire de suivi des grossesses passe une nouvelle étape avec Adolphe Pinard (1844-1934), professeur chargé de la clinique obstétricale de Baudelocque à la faculté de Paris de 1890 à 1914 et homme politique, lequel, à la suite d'une communication sur la « puériculture intra-utérine »[234] présentée devant l'Académie de médecine en 1895, inaugure une consultation de femmes enceintes à Baudelocque[235]. C'est le début de l'institutionnalisation de la surveillance prénatale. Alexandre Couvelaire (1873-1948), gendre et successeur d'Adolphe Pinard, perfectionne l'organisation des consultations de grossesse dans l'entre-deux-guerres, créant « un centre d'assistance médico-sociale et de travail scientifique consacré à la fonction de reproduction »[236]. Couvelaire œuvre activement à l'institutionnalisation à l'échelle nationale, en présentant par exemple en juillet 1933, au Congrès pour la protection de l'enfance, la consultation prénatale comme une « consultation fondamentale, *arme admirable* de *médecine préventive »*,[237] pour toutes les parturientes par l'État. Un autre promoteur est Louis Devraigne (1876-1946), chef de service à Lariboisière, qui réclame en 1923, dans un rapport au Comité national de l'enfance, « la généralisation des consultations prénatales »[238]. Le fonctionnement des consultations de Baudelocque à l'époque du précurseur Couvelaire est décrit précisément par Françoise Thébaud :

> *« La consultation pour femmes enceintes est permanente, ouverte chaque jour de 8 heures à 18 heures. De la vaste salle d'attente, les femmes passent individuellement dans le bureau de l'infirmière qui détient le fichier et opère le premier « triage » (mot de*

[233] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit, p. 39.

[234] La « puériculture intra-utérine », inventée par Pinard, se définit dans un sens large comme étant « l'ensemble des règles ayant trait à la procréation, à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine ». La puériculture envisagée par Pinard ou encore Devraigne, concerne élevage des enfants durant la période post-natale, mais doit également se préoccuper des périodes anté-natale et anté-conceptionnelle. Voir F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 33; 53 ; 70..

[235] *Ibid.*, p. 36-37.

[236] *Ibid.*, p. 37.

[237] *Ibid.*, p. 56.

[238] *Ibid.*, p. 34.

Couvelaire) de celles qui ont besoin du service social : elles vont ensuite dans de petites salles pour l'examen des urines, le prélèvement du sang pour une analyse sérologique et la prise de tension. Un espace libre sert de salle d'attente régulatrice et donne accès par trois portes à la salle de consultation en trois parties, comprenant chacune deux cabines de déshabillage et un box individuel d'examen, petite « révolution » (…). Couvelaire insiste sur la possibilité d'utiliser pleinement le temps : trois équipes examinent en même temps trois femmes, pendant que trois autres se déshabillent ! Des sages-femmes spéciales assurent cette consultation mais elles réservent les cas pathologiques à l'examen d'un chef de clinique, assistant spécial de la consultation. »[239]

Cette description nous éclaire sur les pratiques en vigueur dans l'entre-deux-guerres. Lors de la consultation sont recherchés différents risques comme l'albuminurie[240], ou bien les positions potentiellement dystociques du fœtus[241] qui peuvent être corrigées par manipulations externes[242]. La surveillance vise également à dépister les cas de syphilis ou de tuberculose, et pour les formes graves, à hospitaliser les patientes dans les services dédiés, l'idée étant que protéger les mères permet d'agir sur la santé des enfants[243]. Autre élément marquant, au-delà du tri effectué pour identifier les femmes qui nécessiteraient une prise en charge sociale, la configuration des locaux est faite de telle manière que les parturientes passent obligatoirement par le service social pour sortir du pavillon de consultation. Cette organisation signale une forme de sanitarisation du social[244] dans le suivi de grossesse institué, qui constitue une préoccupation majeure de nos jours, comme nous le verrons dans le dernier chapitre. La visée principale de ces consultations tant par sa dimension sanitaire que sa dimension sociale est la recherche la prévention (des risques).

[239] *Ibid.*, p. 44.

[240] L'albuminurie correspond à la présence de protéines dans les urines. Elle peut être le signe d'une infection urinaire ou encore orienter vers le diagnostic d'une pathologie de la grossesse, la pré-éclampsie qui associe une hypertension artérielle et une protéinurie.

[241] C'est à dire qui peuvent induire des complications pendant l'accouchement.

[242] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 45.

[243] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit, p. 39.

[244] D. Fassin, *Faire de la santé publique*, *op. cit.*, p. 28-34.

À Baudelocque, une à deux dizaines de milliers de consultation de grossesse sont réalisées chaque année. Mais il faut attendre 1930 pour que le nombre moyen de consultations par femme enceinte atteigne le nombre de trois, l'amélioration de la surveillance anténatale étant ici en partie liée à la mise en place des assurances sociales[245]. La genèse de ce système de surveillance de la grossesse révèle un effet de catégorisation sociale, bien analysé par Fabrice Cahen : « seules les femmes de milieu aisé semblaient alors préoccupées d'un suivi médical prénatal que les moins nanties concevaient, elles, comme un luxe inutile »[246]. Le succès de l'acculturation des femmes, surtout celles des classes populaires, à la médicalisation de la grossesse[247] repose alors, selon les recommandations de Devraigne, sur le respect, « l'exactitude »[248] et « la douceur pour gagner la confiance et être obéi »[249]. Par ailleurs, cette « entreprise d'acculturation »[250] sera grandement favorisée par l'intervention de l'État et la promulgation des lois sur les assurances sociales de 1928-1930[251], comme nous le verrons ensuite. Les caisses d'assurances éditent des supports, comme le *Livret de la Future Maman* établi en 1932[252], qui contiennent les feuillets à remplir lors des trois examens prénatals et dont le contenu est détaillé par Françoise Thébaud. Tous les éléments d'un suivi médical y figurent, en particulier lors du premier examen : anamnèse et examens clinique et paraclinique structurent déjà la consultation avec le recueil « [des] antécédents généraux familiaux et personnels (le but étant de déceler les risques de syphilis « héréditaire »), [des] antécédents obstétricaux (nombre d'accouchements, de morts-nés, de fausses couches), [des] résultats de l'analyse d'urine (le but est d'éviter l'albumine, cause de nombreux accidents), de sang, [de] la conformation du bassin, [de] l'époque présumée de

[245] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 45.

[246] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit, p. 39.

[247] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 56.

[248] *Ibid.*

[249] *Ibid.*

[250] *Ibid.*, p. 25.

[251] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit, p. 41.

[252] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 24.

l'accouchement, enfin [des] renseignements spéciaux et [des] observations particulières »[253]. Les deux autres examens recherchent, pour le versant clinique la présentation et les bruits du cœur du fœtus, cependant que, pour le versant paraclinique, une nouvelle analyse d'urine est effectuée.

Venant soutenir les arguments sanitaires, les lois sur les assurances sociales de 1928-1930 ont un impact significatif en procurant la possibilité aux parturientes affiliées à des caisses – elles-mêmes ou par leur mari – « de bénéficier d'examens prénataux pris en charge par l'assurance maternité »[254]. Ces dispositions contribuent à l'adhésion des femmes des classes populaires à la surveillance sanitaire et au contrôle social de leur grossesse, par des mesures incitatives – sous forme de prise en charge ou remboursement des soins et autres versements de prestation – mais soumises à la condition de fournir aux caisses les documents attestant de la réalisation des examens[255]. Ces lois sont complétées par le décret-loi du 28 octobre 1935 qui précise les conditions pour bénéficier des prestations et notamment de l'assurance maternité. Durant la période du Front Populaire, la presse – locale en particulier – diffuse l'information auprès de la population. Ainsi, dans la rubrique « Petites informations » de son édition du 29 novembre 1936, le *Petit Provençal* informe son lectorat :

> *« Conformément aux dispositions de l'article 9, paragraphe 7, du décret-loi du 28 octobre 1935, la Caisse départementale informe ses assurés sociaux qu'afin de pouvoir bénéficier des prestations « maternité », ils sont tenus de déclarer à la Caisse départementale : la première constatation médicale de la grossesse effectuée par un médecin ou une sage-femme 4 mois avant la date présumée de l'accouchement. Toute déclaration de grossesse n'ayant pas été faite conformément aux indications sus-indiquées entrainera la déchéance des prestations en argent (demi-salaire) »[256].*

[253] *Ibid.*, p. 25. Il est intéressant d'ajouter que l'enseignement du raisonnement clinique actuel au cours des études de maïeutique suit toujours cette structure, avec en conclusion l'établissement d'un diagnostic, d'un pronostic et d'une conduite à tenir.

[254] F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit, p. 41.

[255] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 25-26.

[256] *Le Petit Provençal*, édition du 29 novembre 1936, disponible sur le site RetroNews, site de presse de la BnF : http://www.retronews.fr/journal/le-petit-provencal/29-novembre-1936/677/2834623/3

Autre exemple, à la page « Nos conseils juridiques », le journal *La Vie Ouvrière* publie le 14 avril 1938 un article intitulé « Les assurances sociales : attention au délai de déclaration de la maternité ! ». Le journal met l'accent sur le respect du délai pour la déclaration de grossesse, fixé à 4 mois au plus tard avant l'accouchement, citant toujours l'article 9, paragraphe 7 mais cette fois dans sa totalité :

> *« sous peine de déchéance du droit aux prestations en argent, l'assurée doit : 1° justifier auprès de la Caisse de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, 4 mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement ; 2° se conformer aux prescriptions indiquées par la caisse dans son règlement intérieur, en ce qui concerne notamment les visites pré-natales et post-natales et la fréquentation régulière des consultations maternelles ou des consultations de nourrissons »*[257].

Pour appuyer sa mise en garde, l'article présente ensuite un arrêt de la Cour de cassation, à propos du cas d'une femme n'ayant pas respecté ce délai de 4 mois pour déclarer sa grossesse. L'arrêt donne raison à la caisse primaire qui lui a refusé le versement des prestations en espèces et la prime d'allaitement.

Conséquence de la sanitarisation de la grossesse et de l'accouchement[258], les indicateurs périnataux s'améliorent : la mortalité maternelle en suites de couches passe de 81 en 1945 à 31,9 en 1967 (pour 100 000 naissances vivantes), et la mortalité infantile, de 110 pour mille en 1945 à 18,2 en 1970[259]. Lors de la décennie 1970, qui voit émerger le concept de « santé totale »[260] et connaît plusieurs découvertes scientifiques majeures dans le champ de la biologie et de la génétique[261], la lutte contre la morbidité infantile est érigée en priorité des

[257] *La Vie Ouvrière*, édition du 14 avril 1938, disponible sur le site RetroNews, site de presse de la BnF : http://www.retronews.fr/journal/la-vie-ouvriere/14-avril-1938/3450/5438124/12

[258] Yvonne Knibielher relativise l'impact de la médicalisation dans le recul des taux de mortalité maternelle et infantile et évoque également « l'amélioration rapide des conditions de vie » comme facteur à l'origine de ces progrès, voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 36.

[259] *Ibid.*

[260] La survie n'est plus la seule préoccupation, on s'intéresse désormais également au bien-être et à la qualité des vies gagnées, voir Isabelle Ville et Lynda Lotte, « Les politiques de prévention des handicaps à la naissance en France : regards historiques », *Recherches familiales*, 8 juin 2015, n° 12, p. 28.

[261] La trisomie 21 est découverte en 1959 par Jérôme Lejeune et Marthe Gautier, puis la mise au point de la culture cellulaire fœtale en 1972 par Joëlle Boué permettra ensuite la réalisation des caryotypes fœtaux grâce à l'amniocentèse, voir *Ibid.*, p. 32-33.

politiques de santé publique. Favorisé également par la convergence entre les politiques de périnatalité et les politiques du handicap « dans leur volonté de prévention des handicaps à la naissance »[262], le diagnostic prénatal prend un essor considérable, signant le début de la technicisation de la surveillance de la grossesse. En effet, l'utilisation de techniques de diagnostic, l'échographie en tête, devient incontournable dans la surveillance prénatale en France pour dépister puis diagnostiquer les anomalies congénitales[263]. L'usage des outils de dépistage s'étend progressivement à une population de plus en plus large à partir de la décennie 1990[264]. Le développement technique de la surveillance de la grossesse a pour effet de réifier le fœtus, « objet scientifiquement fabriqué »[265], qui devient un patient à part entière, et de transformer la perception de la femme enceinte concernant son futur enfant. Depuis le « passage à l'écran », la perception de la grossesse autrefois « synesthétique-haptique » – c'est-à-dire fondée sur le ressenti corporel de la femme – devient « visuelle-conceptuelle » – autrement dit, basée sur les images fournies par l'échographie[266].

2. Les conséquences de législation portant sur la surveillance de grossesse sur l'exercice des sages-femmes dans la seconde moitié du XXe siècle

Si les lois sur les assurances sociales produisent une avancée majeure dans la médicalisation de l'« évènement grossesse », elles impactent négativement la profession de sage-femme. Malgré la possibilité de l'implication des sages-femmes dans la surveillance prénatale dans le décret-loi de 1935, la réalité est toute autre. Même si le rôle de « visiteuse d'hygiène de la gestation »[267] leur est attribué dans l'entre-deux-guerres, dans les faits, les sage-femmes sont pénalisées par ces mesures législatives. En effet, hormis le recours aux

[262] *Ibid.*, p. 31.

[263] En 1996, Barbara Duden indique qu'en moyenne, malgré une pratique intensive, 70 % des malformations n'ont pas été détectées à l'échographie, voir Barbara Duden, *L' invention du fœtus : le corps féminin comme lieu public*, Paris, Descartes et Cie, 1996 ; A ce propos, précisons que selon les données de l'ensemble des registres français d'anomalies congénitales, 58 % des fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) sur la période 2011-2013 ont eu un diagnostic anténatal d'anomalie, voir des études Direction de la recherche de l'évaluation et des statistiques et Santé publique France, *L'état de santé de la population en France: rapport 2017*, Éditions Dicom : 17-015., s.l., 2017, 434 p.

[264] C. Vassy, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse », art cit, p. 12.

[265] B. Duden, *L' invention du foetus : le corps féminin comme lieu public*, *op. cit.*, p. 88.

[266] Je développerai cette notion dans le chapitre 3. Voir *Ibid.*, p. 124.

[267] F. Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 60.

professionnels travaillant dans les centres agréés, seuls les médecins privés peuvent être consultés par les femmes enceintes, car si celles-ci s'adressent aux sages-femmes libérales – mode d'exercice majoritaire à l'époque – le remboursement des frais par les caisses n'est pas intégral, ce qui déclenche la colère de la profession[268].

Immédiatement après la Seconde Guerre mondiale, le travail de normalisation de surveillance de la grossesse déjà en place depuis l'entre-deux-guerres, se poursuit cette fois de manière formelle, modifiant un peu plus et durablement la participation de la sage-femme dans la prise en charge prénatale. La perceptive de sociologie politique d'Andrew Abbott permet de saisir comment la construction de la « juridiction »[269] des médecins accoucheurs – devenus dominants – s'est faite au détriment de celle des sages-femmes, qui s'est peu à peu réduite à la pratique des accouchements. En effet, les médecins – plus précisément les obstétriciens – se sont emparés de la « sphère de travail »[270] que représente la surveillance de la grossesse. Pour cela, ils ont mis en avant la nécessité de médicaliser ce suivi pour détecter d'éventuels dangers pour la mère et l'enfant au moment de la naissance, argument politique, et parallèlement, ont développé des savoirs médicaux et techniques. La légitimité obtenue auprès des pouvoirs publics concernant le suivi prénatal, s'est traduit par l'ordonnance de 1945 instituant la PMI et plus particulièrement la déclaration de grossesse obligatoirement établi par un médecin. Au XXe siècle, ces deux écologies professionnelles sont devenues véritablement concurrentielles, confirmant la pertinence de la thèse d'Abbott selon laquelle « tout ce qui survient au sein d'une profession a des répercussions sur les professions voisines et se traduit soit par des développements soit par des défaites »[271]. Ainsi, l'institutionnalisation de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) par l'ordonnance du 2 novembre 1945 est le premier acte, règlementaire et législatif, qui fixe le cadre médical de l'organisation de la surveillance de la grossesse (et des soins postnataux). Désormais, la

[268] *Ibid.*, p. 25.

[269] Voir l'introduction. Pour rappel, Andrew Abbott appelle « juridiction » le contrôle légitime obtenu par une profession. La construction de cette juridiction est soumise aux réactions des membres des « auditoires » - constituées par « l'État, le public, les collègues sur les lieux de travail » - qui officient en tant qu'arbitres et dont la légitimité propre "a ses racines en dehors du système des professions, dans d'autres secteurs du pouvoir culturel ». Une « juridiction » est donc constituée des différentes tâches dont une profession s'est emparée « au moyen de savoirs professionnels et de revendications destinées à obtenir une légitimité auprès des pouvoirs publics », voir A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit, p. 1-2.

[270] *Ibid.*, p. 1.

[271] *Ibid.*

consultation prénatale est définie, sur le plan réglementaire, comme l'« ensemble des examens préventifs de la grossesse prévus dans le cadre de l'ordonnance de Protection Maternelle et Infantile du 2 novembre 1945 »[272]. Le texte rend obligatoire la pratique d'un examen médical prénuptial, la surveillance médicale de la grossesse – par des examens prénatals – et des enfants en bas âges. À une époque où la syphilis et la tuberculose restent des préoccupations majeures dans les politiques de santé publique, il impose également que la première consultation prénatale, lors de laquelle est établie la déclaration de grossesse, soit réalisée par un médecin, seul professionnel habilité à faire un examen cardio-pulmonaire. Il faut attendre presque deux décennies pour établir le nombre d'examens de grossesse règlementaire : le décret 19 juillet 1962[273] fixe à trois le nombre de consultations prénatales obligatoires. Ce nombre d'examens prénatals obligatoires augmente progressivement, passant à quatre dans les années 70[274], puis à sept avec le décret de 1992[275] qui précise également le contenu médical minimal[276]. Si ce décret de 1992 est abrogé par le décret 2003-462 du 21 mai 2003, le nombre de consultation et le contenu médical minimal actuellement en vigueur demeurent inchangés. Sur toute la période post-1945, la Sécurité sociale étend la prise en charge des soins pour toutes les femmes françaises, et accélère, comme nous l'avons vu, la médicalisation de la naissance dans son ensemble, et donc de la surveillance prénatale.

A la Libération, l'ensemble du corps professionnel des sages-femmes – les libérales et celles exerçant dans les centres agréés – est donc écarté de la première consultation et ne peut plus désormais effectuer la déclaration de grossesse. Reste ainsi aux sages-femmes la compétence de réaliser les examens prénatals autres que le premier. Une mesure contribue à restreindre davantage le champ d'exercice de la profession : l'ordonnance du 24 septembre

[272] Alain Mavel et J Jahier, *Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique: termes usuels d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Arnette, 1990.

[273] Décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile

[274] Cour des Comptes, *La politique de périnatalité*, *op. cit.*, p. 369.

[275] Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal

[276] Evelyne Combier et Gérard De Pouvourville, *Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France.*, Paris, Mutualité française, 1999, p. 37.

1945[277], qui institue les ordres professionnels médicaux et se substitue à la loi de 1892[278] en focalisant l'exercice de la profession sur la pratique de l'accouchement, compétence partagée avec les médecins. En effet, l'article 10 condamne l'exercice illégal de « la pratique des accouchements » et non plus l'exercice illégal de « l'art des accouchements » comme stipulé jusqu'alors – selon la citation de Baudelocque au début de ce chapitre, « l'art » englobait la surveillance pré- et post-natale. Autrement dit, la pratique est à l'acte de l'accouchement. De façon concomitante, lors de la création de la Sécurité sociale en 1945, les actes « obstétricaux » créés dans la nomenclature concernent essentiellement la pratique de l'accouchement. L'activité prénatale, comme la préparation prophylactique à la naissance dans les années 1950, est certes reconnue et prise en charge par la Sécurité sociale, mais elle ne s'accompagne pas de codification d'acte spécifique dans la liste des remboursements de soins, et est faiblement valorisée. Vite délaissée par les médecins car considérée comme insuffisamment scientifique, l'activité prénatale est de fait déléguée aux sages-femmes. Sur le sujet, l'analyse de Florence Douguet et Alain Vilbrod paraît très pertinente :

> *« ces tendances concordent avec les constats du sociologue américain Everett Hughes, lequel soulignait, dès le milieu des années 1950, qu'au fur et à mesure que la technologie médicale progresse, certaines tâches sont transférées des médecins vers d'autres catégories professionnelles ; ces activités se trouvant alors quelque peu « déclassées » »*[279].

Ainsi, jusqu'en 1982, l'activité « hors accouchement » – les séances de préparation à la naissance, le suivi post-partum ou encore la rééducation périnéales – n'est pas reconnue dans les « actes obstétricaux », est très modestement remboursée par la sécurité sociale, alors même qu'elle est devenue l'activité principale des sages-femmes libérales, à la suite de l'institutionnalisation des accouchements à l'hôpital[280]. Les sages-femmes demandent la reconnaissance de leur champ d'intervention réel, revendication satisfaite en 1982 par la Loi

[277] Ordonnance n°45-284 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

[278] La loi du 30 novembre 1892 succède à celle de 1803, et règlemente en six titres, les conditions d'exercice des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme), ainsi que la définition et la répression de l'exercice illégal, voir N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 363.

[279] F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*, p. 67.

[280] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 51.

Ralite[281] dont un article définit, et donc reconnait, l'action de la profession en amont et en aval de « l'évènement accouchement »[282]. Cette loi, dont l'objectif premier était l'accès de la profession aux hommes à la suite des directives européennes, est globalement bien accueillie, même si certaines professionnelles pointent la coïncidence entre l'ouverture de la profession aux hommes et sa revalorisation[283]. Depuis 1945, l'exercice de la sage-femme se rapportait à la pratique des accouchements, mais il n'y avait pas de définition *stricto sensu* du champ de compétence. Était simplement mentionné, l'exercice illégal de la pratique des accouchements, élément repris dans la codification des textes législatifs concernant la santé publique en 1953 (Annexe VI), et qui concerne toujours les sages-femmes et les médecins[284]. La loi de 1982 permet dès lors la reconnaissance de l'exercice pré-, per- et post-partum mais dans le même temps, définit et délimite désormais – ceci pour la première fois depuis l'officialisation de la profession – le champ de compétences et impose *de facto* un cadre à l'exercice[285]. En 2004, la loi de santé publique autorise à nouveau les sages-femmes à faire les déclarations de naissance et donc à suivre les grossesses du début à la fin.

Aujourd'hui, la surveillance de la grossesse est inscrite dans le Code de la santé publique, à la fois dans la partie législative et la partie règlementaire. Le chapitre II[286] consacré aux *« examens de prévention durant et après la grossesse »* comprend cinq articles (L.2122-1 à

[281] Loi n°82-413 du 19 mai 1982 relative à l'exercice de la profession de sage-femme.

[282] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit.

[283] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 65.

[284] Il s'agit de l'article 374 du code de la Santé publique en 1953, situé dans la section 3 relative à l'« exercice illégal des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme » (Annexe VI) – qui reprend l'article 10 de l'ordonnance 45-2184 du 24 septembre 1945 – consultable en ligne sur Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006693013/1977-05-05

[285] Cette définition du champ de compétence est régulièrement repris comme argument de réponse face aux sages-femmes exerçant à l'hôpital, réclamant le même statut – praticien hospitalier – que les autres professions médicales, médecins et chirurgiens-dentistes. Or, si cet élément législatif n'existe effectivement pas pour les médecins, il figure dans le code de la Santé publique pour les chirurgiens-dentistes depuis 1972 à l'article L373 du code de la Santé publique qui définit la pratique de l'art dentaire et son champ de compétence, voir Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171728/1972-07-14/

[286] Le chapitre II se trouve dans le titre II « actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents » qui lui-même figure dans le livre Ier « Protection et promotion de la santé maternelle et infantile » de la deuxième partie « santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte » de la partie législative du code de la Santé Publique (consultable en ligne sur Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155013/#LEGISCTA000006155013)

L.2122-5) qui précisent notamment que « *Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme.* » Il est également stipulé que la nature et le nombre des examens prénatals obligatoires sont définis dans la partie règlementaire du même code par les articles R2122-1 à R2122-3[287]. Le dernier texte ayant modifié la partie législative de la consultation prénatale, est l'article 62 de la loi 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 qui a rendu l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) obligatoire avec une entrée en vigueur depuis le 1er mai 2020.

Conclusion

La construction de la profession de sage-femme depuis 1789 s'est effectuée dans le contexte d'enjeux politiques, sociaux et moraux où la mortalité maternelle et infantile n'est plus acceptée comme une fatalité. Agir pour la survie de la dyade mère-enfant en se dressant comme rempart contre les dangers et les risques de l'enfantement[288], telle est la mission dévolue aux nouvelles sages-femmes, qu'elles peuvent remplir grâce à leur formation et qui préfigure à bien des égards la lutte contre les fléaux sociaux et les futures politiques de santé publique. Le fondement historique du corps professionnel réside donc bien dans le *cure*, c'est-à-dire « le fait de guérir et pas seulement de soigner »[289] en ayant recours à un « traitement technique »[290] (manœuvres, instruments ou thérapeutiques).

Comme l'ont montré historiens et historiennes, le XIXe siècle a constitué l'âge d'or de la profession de sage-femme, qui détenait alors le monopole de la prise en charge de la santé

[287] Ces articles constituent la section 1 « examens médicaux obligatoires » du chapitres II « actions de prévention durant et après la grossesse » figurant dans le titre II « actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents » du livre Ier « protection et promotion de la santé maternelle et infantile » de la deuxième partie « santé de la famille, de la mère et de l'enfant » de la partie règlementaire du code de la santé Publique (consultable en ligne sur Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190389/#LEGISCTA000006190389)

[288] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 11.

[289] Maï Le Dû, « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 1 juillet 2019, no 49, p. 138.

[290] J.-D. Lalau, « Le cure et le care », art cit, p. 100.

féminine et de la petite enfance. Le XXe siècle, en revanche, voit le triomphe des spécialisations (obstétrique, pédiatrie) et la montée en puissance des médecins, avec pour effet la perte des prérogatives des sages-femmes dans les champs autres que celui de l'accouchement, à savoir la gynécologie et la pédiatrie, et pour l'obstétrique, le suivi de grossesse. Ce n'est que depuis la loi de santé publique de 2004 que les sages-femmes ont été (ré)associées au suivi complet de la grossesse, au gré des besoins et du contexte démographique des médecins. Cette tâche fait donc partie à nouveau de la juridiction des sages-femmes, tout en continuant à faire aussi partie de celle des médecins, créant ainsi une situation de concurrence objective entre les deux professions.

Au début du XXIe siècle, la profession sort du bloc obstétrical et retrouve sa place d'« agent de la santé de la femme ». Depuis la fin de son âge d'or, le corps professionnel des sages-femmes s'est organisé et mobilisé afin de conserver ou de regagner une autonomie au travail, malgré un handicap de poids : profession féminisée dans une société patriarcale, elle est placée dès sa création sous le contrôle masculin – de l'État puis des médecins. On retiendra que ce n'est que récemment – il y a moins de trente ans – que les stratégies politiques contre la domination médicale ont connues leur premier « succès ». Sous l'impulsion de Simone Veil, la présidence de l'Ordre des sages-femmes, assurée par un médecin depuis sa création en 1945, est occupée par une sage-femme à partir de 1995[291]. S'en est suivi la promulgation de textes législatifs qui, selon le discours commun dans l'espace public, ont *élargi* les compétences des sages-femmes[292] : déclaration de grossesse et consultation post-natale en 2004, suivi gynécologique de prévention en 2006, pratique des IVG médicamenteuses en 2016 et expérimentation des IVG chirurgicales depuis 2021. Au vu de l'histoire retracée dans ce chapitre, il serait plus exact de parler de « réappropriation de compétences »[293]. En effet,

[291] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit, p. 69 ; M. Le Dû, « Synthèse entre cure et care », art cit, p. 140.

[292] Sur le site de l'Ordre des sages-femmes, la rubrique dédiée à son histoire évoque l'action de l'instance professionnelle, effective depuis la fin du XXe siècle, qui a permis de faire évoluer la profession avec un « élargissement des compétences », faisant un parallèle avec la place des femmes dans la société, disponible en ligne : https://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/histoire/

[293] J'emploie le terme de « réappropriation » à l'instar de Maï Le Dû, sage-femme et sociologue, qui parlant d' « une nouvelle migration des sages-femmes, inverse à celle effectuée il y a plus de 50 ans, cette fois du salariat vers le libéral » pose l'hypothèse que « les sages-femmes femmes peuvent ainsi se libérer de la tutelle des médecins hospitaliers tout en se réappropriant leur domaine d'expertise, la santé génésique ». Voir M. Le Dû, « Synthèse entre cure et care », art cit, p. 141.

même si les savoirs et les pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive ont considérablement évolué, la sage-femme est un « agent incontournable » de la prise en charge de la femme[294] enceinte ou non depuis la création officielle de son corps au XIXe siècle, en raison notamment du contenu même de sa formation. Si l'objet n'est pas ici de proposer une explication du processus ayant mené à la réappropriation par les sages femmes de leurs compétences à la fin du XXe siècle et au début de XXIe siècle, on insistera sur deux facteurs : la crise de la démographie des médecins, d'abord, qui oblige à mobiliser les autres professions médicales et paramédicales, de manière générale ; les actions collectives des sages-femmes elles-mêmes (des mouvements sociaux d'envergure sont menés en 1989, 2001, 2013 et 2020).

Authentique démarche d'acculturation des femmes enceintes à la sanitarisation de l'« évènement grossesse », le déploiement du système national de surveillance prénatale – avec ses exhortations et ses contraintes – poursuit un double objectif de suivi médical et de contrôle social et moral, et peut être analysé comme un « dispositif systémique de biopolitique » imposé aux femmes enceintes [295]. Depuis l'entre-deux-guerres, ces dernières ont été encouragées à se soumettre à un agenda rigoureux du suivi de leur grossesse. Dès 1945, le premier examen prénatal doit avoir lieu avant la fin du premier trimestre ; au cours de cet examen, la déclaration de grossesse est établie obligatoirement à l'aide d'un formulaire spécifique dont le modèle est défini par arrêté[296]. Cette première consultation permet également d'identifier les risques à la fois médicaux et psycho-sociaux et idéalement d'orienter la femme enceinte vers la filière de soins adéquate, comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de 2007. Par la suite, six autres consultations mensuelles sont prévues à partir du quatrième mois, dont le contenu évolue avec le stade de la grossesse : pratique d'un examen clinique, prescription règlementée d'examens obligatoires – pour la surveillance biomédicale de la femme – comme l'analyse d'urine mise en place au début du XXe siècle, détermination du groupe sanguin et sérologies de toxoplasmose et de rubéole imposées dans les années 70, examens à proposer

[294] Mais aussi du fœtus et du nouveau-né ensuite.

[295] Fabrice Cahen démontre que le déploiement national de la surveillance prénatale relève d'une visée étatique à la croisée « du natalisme, de l'hygiène sociale et de la lutte contre l'avortement « criminel », voir F. Cahen, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », art cit, p. 38. J'ai pris le parti de ne pas développer l'aspect moral qui concerne la lutte contre l'avortement pour rester axée sur l'objet de mon travail qui concerne la femme désirant un enfant.

[296] Le dernier arrêté date du 24 février 2022.

systématiquement comme les échographies obstétricales et le dosage des marqueurs sériques pour le dépistage de la trisomie 21, et d'examens à proposer éventuellement, selon la situation clinique. On le voit, les tâches sont nombreuses : entrons donc dans la salle de consultations.

Chapitre 2. L'identité professionnelle des sages-femmes et ses mutations

> *« Au-delà de l'aspect institutionnel révélateur aussi de la volonté de l'État d'encadrer et d'unifier la formation des soignantes, il est intéressant de découvrir comment les programmes d'enseignement des sages-femmes ont évolué en lien avec les découvertes médicales (voir par exemple l'adoption immédiate des principes pastoriens et des méthodes antiseptiques destinées à éviter les infections souvent fatales) ce qui confirme que la greffe sur le corps médical avait parfaitement réussi, une greffe particulière qui créait un échelon intermédiaire plus accessible mais compétent entre le médecin et l'accouchée »*[297].

L'été 2022 a été marqué par des tensions dans les maternités françaises, faute de ressources humaines – de médecins mais aussi, pour la première fois, de sages-femmes –, au point d'entrainer des fermetures temporaires de services[298]. Ces difficultés ont été l'occasion d'une nouvelle démonstration de la posture dominante des médecins – et plus précisément des gynécologues-obstétriciens. Israël Nisand[299], professeur émérite de gynécologie-obstétrique, prend ainsi position sur la crise inédite que traverse l'institution hospitalière dans une tribune parue dans le journal *Le Monde* le 27 juillet 2022[300]. Il préconise la mise en place d'une sixième année de formation pour les sages femmes[301], qui serait consacrée à un stage

[297] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 13.

[298] La maternité du centre hospitalier de Nevers a par exemple été fermée pendant 8 jours en avril 2022, les quatorze sages-femmes en poste ayant été arrêtées simultanément pour *burn out*, voir « À Nevers, la dernière maternité de la Nièvre manque cruellement de sages-femmes », Le Figaro (web), 06 mai 2022.

[299] Israël Nisand a été président du Collège national des gynécologues-obstétriciens de France, société savante de la discipline, de 2017 à 2020.

[300] « Aujourd'hui, nous en sommes rendus à ne plus avoir assez de sages-femmes pour faire les accouchements », Le Monde (web), 27 juillet 2022.

[301] En novembre 2021, le ministre de la Santé Olivier Véran annonce que le gouvernement s'engage à mettre en place une sixième année de formation pour les études de maïeutique, à la suite à un mouvement de grève de la profession post Ségur de la santé. Ajoutons que préalablement, en octobre 2021, la proposition de loi portant sur l'évolution de la formation de sage-femme déposée par Annie Chapelier, ancienne députée du Gard, avait été examinée et adoptée par l'Assemblée Nationale. Cette loi, dont on reparlera un peu plus loin dans ce chapitre, a été définitivement adoptée 17 janvier 2023 et promulguée le 25 janvier 2023. Voir *LOI n° 2023-29 du*

interné, en salle de naissance, afin de pallier le manque d'effectif que connaissent actuellement les maternités et *« redonner le goût à de jeunes sages-femmes de faire leur métier »*. Il y fustige les jeunes diplômées qui préfèrent s'installer en libéral pour, selon lui *« des horaires choisis, l'absence de risque et une meilleure rémunération »,* pénalisant l'hôpital où les conditions de travail se dégradent en raison notamment d'*« une charge de travail considérable et imprévisible »*. Même s'il dénonce une rémunération insuffisante de l'exercice salarié – ce que les sages-femmes dénoncent aussi –, son propos soutient l'idée que les sages-femmes sont formées *pour* la salle de naissance ; même s'il admet qu'*« il est certes important de suivre les grossesses »*, les autres champs d'activité sont secondaires. Six jours plus tard, la présidente de l'Ordre des Sages-Femmes, Isabelle Derrendinger[302] lui répond dans les mêmes colonnes[303]. Elle critique l'ingérence du médecin, signe selon elle de la persistance d'une posture paternaliste envers les sages-femmes. Elle dénonce chez Nisand *« une vision à la fois passéiste et erronée »* – hospitalo-centrée – témoignage d'une méconnaissance du rôle et des compétences des praticiennes. Elle rappelle que le secteur libéra est également en difficulté, alors que son activité, notamment d'orthogénie[304] et de suivi gynécologique de prévention, n'est pas *« moins indispensable en termes de santé publique »* que celle de l'hôpital. Elle regrette enfin que *« la parole de [sa] profession, malheureusement souvent considérée « sous-tutelle »*, *comme l'illustre la tribune de M. Nisand, [ait] été rarement prise en compte »*, alors même que la profession de sage-femme a été le premier lanceur d'alerte sur ce problème. Ce débat par tribunes interposées a comme un goût de rémanence de ce qui s'est produit dans la décennie 1970, quand les sages-femmes ont été contraintes de « s'enfermer » dans les salles de naissance pour continuer à travailler[305], même si le contexte actuel, en particulier sur le plan démographique, est bien plus favorable aux sages-femmes. En effet, les activités autres que le bloc obstétrical, comme la surveillance prénatale, sont remises en question par la

25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme - Légifrance, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047055162 , 25 janvier 2023, (consulté le 1 juin 2023).

[302] Isabelle Derrendinger a été élue présidente du conseil de l'ordre des sages-femmes en janvier 2022. Elle est par ailleurs directrice de l'école de sages-femmes de Nantes depuis 2011.

[303] « Redonnons du sens aux métiers de la santé, donnons enfin de l'attractivité au métier de sage-femme », Le Monde (web), 2 août 2022.

[304] L'orthogénie est la branche de la médecine qui s'occupe de la régulation des naissances et de la santé reproductive (IVG, contraception, conseils en planification familiale).

[305] Voir le premier chapitre.

profession médicale dominante, alors même qu'elles représentent des enjeux forts en termes de reconnaissance, d'autonomie et de visibilité pour les sages-femmes, comme en témoignent les praticiennes – en particulier les libérales – que j'ai interrogées.

Ce second chapitre s'attachera à décrire le contexte d'exercice de la profession de sage-femme. En effet, pour saisir les pratiques des sages-femmes, il convient d'aborder au préalable l'« écologie » de leur activité[306], et de présenter les contextes dans lesquels elles travaillent. L'analyse d'Andrew Abbott *« du monde des professions (…) regroupe tous les aspects de la vie professionnelle (travail, structure, démographie) et tous les niveaux de sa structure (interne, interprofessionnel, externe) dans un seul ensemble de relations systématiques »*[307]. Nous verrons ainsi dans la première partie de ce chapitre, dans une perspective macroscopique illustrée par les données recueillies sur le terrain, quelles sont les particularités de la place qu'occupe la sage-femme parmi les professions médicales et comment les codifications scientifique et juridique – donc imposées par les instances étatiques – impactent leur autonomie et leur pratique. La seconde partie de ce chapitre portera ensuite sur les relations entre sages-femmes et médecins qui diffèrent selon le mode d'exercice par le degré d'exposition à la hiérarchie, et par des contextes locaux hétérogènes.

A. Une profession « entre-deux »

Pourquoi utiliser le qualificatif d'« entre-deux » pour parler de la profession de sage-femme ? Les raisons sont multiples et la première correspond à la construction même de la profession au XIXe siècle, que Jean-Pierre Bardet compare à « une greffe particulière [sur le corps médical] qui créait un échelon intermédiaire plus accessible mais compétent entre le médecin et l'accouchée »[308]. Une autre raison réside dans les manières de voir des professionnelles elles-mêmes, qui soulignent les paradoxes du statut des hospitalières qui alimentent un sentiment de non reconnaissance du caractère médical de l'ensemble de la

[306] J'emprunte le concept d'« écologie » à Andrew Abbott que celui-ci définit comme « un système d'éléments aux interactions multiples, et pour la plupart indépendants ». Il démontre que les trois composants nécessaires d'une écologie sont « des acteurs, des lieux et une fonction (au sens mathématique) associant les uns aux autres ». Il précise que « dans l'univers des professions, ces trois composants sont les professions, les tâches contrôlées et les liens de juridiction », voir A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit, p. 12-13.

[307] *Ibid.*, p. 1.

[308] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 13.

profession. De fait, l'expression, également employée dans des rapports institutionnels[309] permet de caractériser plusieurs aspects qu'abordera ce chapitre, le statut qu'occupent les sages-femmes salariées de l'hôpital, ou l'enchevêtrement des compétences qui caractérise la situation des professionnels de la naissance[310]. La codification juridique exige une analyse propre de son impact sur l'exercice des sages-femmes, et plus spécifiquement sur leur autonomie. La littérature a abondamment traité la question de l'autonomie professionnelle des sages-femmes[311], et conclut qu'elle était « relative »[312] et justifiée entre autres par la notion de « compétences limitées »[313]. Pour interroger leur autonomie, les sociologues se sont intéressés à la division du travail entre sages-femmes et médecins, tout particulièrement dans l'institution hospitalière de la décennie fin 1980-1990, et ont souligné les similitudes avec la division du travail en vigueur entre médecins et infirmière. Danielle Carricaburu[314] défend ainsi l'idée que le statut médical des sages-femmes relève d'un « attribut institutionnel »[315]. Pourtant, si la profession médicale demeure dominante, l'élargissement des compétences des sages-femmes depuis le début des années 2000 – ou plutôt leur réappropriation (cf. chapitre 1) – ne concerne pas des activités subalternes[316] mais bien des actes toujours pratiqués par les médecins – la surveillance prénatale ou encore le suivi gynécologique de prévention.

Quand on interroge les sages-femmes sur la notion de « compétences limitées » pour qualifier leur exercice, elles répondent qu'il est plus exact de parler de « compétences

[309] Angel Piquemal, Sacha Reingewirtz et Françoise Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, s.l., IGAS, 2021, p. 36.

[310] Cour des Comptes, *La politique de périnatalité*, *op. cit.*, p. 382.

[311] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit ; D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit.

[312] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 291.

[313] *Ibid.* ; D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, *op. cit.*, p. 70 ; B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 75 ; D. Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, *op. cit.*, p. 149 ; F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit, p. 68.

[314] D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, *op. cit.*

[315] Eliot Freidson, *La profession médicale*, traduit par Andrée Lyotard-May et traduit par Catherine Malamoud, Paris, Payot (1984), 1970.

[316] Everett Hugues expose le fait que certaines tâches des médecins sont progressivement déléguées aux infirmières en même temps que la science et la technique médicale se perfectionnent. Concernant la compétence de la surveillance des grossesses physiologiques, il n'en est rien puisque ce suivi peut être réalisé soit par une sage-femme, soit par un médecin. Cette compétence (ré)acquise par les sages-femmes ne s'inscrit donc pas dans la dynamique de délégation de tâche entre médecins et infirmières décrite par Hughes. Voir Everett C. Hughes, « Division du travail et rôle social » dans *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (1996), 1956, p. 65.

définies ». La comparaison avec les chirurgiens-dentistes, autre profession médicale dont l'exercice est « défini » dans le Code de la santé publique, est éclairante[317]. Parle-t-on de « compétences limitées » lorsque l'on évoque l'exercice des chirurgiens-dentistes ? La réponse est *a priori* négative. De prime abord, l'ajout d'une « définition » d'exercice dans le Code de la santé publique (en sus des codes de déontologie respectifs) n'a manifestement pas eu les mêmes effets pour les deux professions. D'un côté, les chirurgiens-dentistes ont tiré profit de cette définition[318] pour s'imposer face aux médecins et obtenir le quasi-monopole de leur art[319]. Ils sont parvenus à établir leur juridiction propre depuis l'émancipation de leur formation, concrétisée par le déploiement des UFR d'odontologie au début de la décennie 1970[320]. De l'autre, la définition de l'activité des sages-femmes ne porte pas sur une ou des zones anatomiques, mais se présente comme une liste d'activités gynécologiques, obstétricales et pédiatriques que les praticiennes sont autorisées à réaliser avant, pendant et après l'accouchement, chez les femmes et les enfants, à la condition que l'on soit dans le cadre de la physiologie. Là où l'article concernant les conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes fait deux lignes depuis sa création en 1972, celui des sages-femmes est passé de quatre lignes lors de son introduction dans la partie législative du code de la santé publique en 1982 à huit lignes aujourd'hui, leur champ d'intervention s'étant élargi progressivement à partir de 2004[321]. Cette extension législative est sans doute due à la situation démographique médicale

[317] La loi n°72-661 du 13 juillet 1972 introduit un alinéa définissant la pratique de l'art dentaire, bien avant qu'un tel article soit ajouté au code de la santé publique concernant l'exercice de la profession de sage-femme, en 1982, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre. Voir *Loi n°72-661 du 13 juillet 1972 relative à certaines conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000875640 , 13 juillet 1972, (consulté le 1 juin 2023).

[318] La définition se réfère à la zone anatomique pour laquelle les chirurgiens-dentistes sont compétents : la bouche.

[319] En 1945, dans le texte juridique créant les ordres des professions médicales, l'art dentaire, tout comme l'art des accouchements, pouvait être exercé par un médecin, selon les dispositions des articles 9 et 10 concernant l'exercice illégal de l'art dentaire et de la pratique des accouchements. Voir *Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000888903 , 1945, (consulté le 1 juin 2023).

[320] François Vidal, *Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours*, https://academiedentaire.fr/wp-content/uploads/2019/09/Regards-sur-lhistoire-de-lart-dentaire.pdf, (consulté le 2 juin 2023).

[321] Depuis la loi 2004 relative à la politique de santé publique, déjà cité dans le chapitre 1, les sages-femmes peuvent effectuer la déclaration de grossesse, mais aussi l'examen postnatal – si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique – et la prescription de contraceptifs oraux en postpartum et après une IVG. Les autres changements majeurs concernant la définition du champ de compétences des sages-femmes datent de la loi

décroissante depuis les années 2000 (donc au besoin de sages-femmes) ; mais elle tient aussi à la difficulté de définir en une phrase ce qu'est l'art des accouchements ou la « maïeutique », pour reprendre la terminologie désormais officielle[322]. La difficulté est d'autant plus grande en raison de la dynamique de professionnalisation qui s'est opérée au XIXe siècle par la formation institutionnalisée[323], dans laquelle les élèves sages-femmes pouvaient apprendre que « la science des accouchements n'est point une branche médicale à part mais bien un emprunt fait à différentes branches de la médecine »[324]. Olivier Faure pointe avec cette citation la réalité du domaine des sages-femmes au XIXe siècle[325] et au-delà, la réalité de l'obstétrique qui ne se résume pas à l'organe reproductif des femmes, mais renvoie plutôt à l'état particulier de grossesse et à ses effets sur l'ensemble de l'organisme d'une personne, en l'occurrence une femme, qui a ses propres caractéristiques – par exemple des antécédents médicaux ou des maladies préexistantes. Examinons donc le positionnement des sages-femmes et leur autonomie.

1. La posture d'une profession en tension

a. *Les sages-femmes sont-elles convaincues d'être une profession médicale ?*

Le caractère médical de la profession est affirmé dans la législation, depuis la loi de 1803[326], mais en pratique qu'en est-il ? Danièle Carricaburu, qui a étudié le travail des sages-femmes à partir de la fin de la décennie 1980[327], défend l'idée que cet attribut médical est

2009 HPST, avec l'octroi de réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé et de prescrire tout type de contraception à toutes les femmes – plus seulement en post-partum ou après une IVG – de la loi 2011 relative à la bioéthique qui autorisent les sages-femmes à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation et enfin, de la loi 2016 de modernisation de notre système de santé, qui les autorise à effectuer les IVG médicamenteuses et l'examen post-natal quels que fussent le déroulement de la grossesse et la modalité d'accouchement – à condition d'adresser la patiente en cas de situation pathologique.

[322] Nous avons vu dans l'introduction que la maïeutique est depuis 2016, la discipline médicale des sages-femmes.

[323] Voir le chapitre 1

[324] O. Faure, « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté », art cit, p. 167.

[325] Olivier Faure met en évidence « une certaine complémentarité » entre la répartition géographique des sages-femmes et celles des médecins au XIXe siècle, les premières étant plus présentes dans les zones rurales. Par conséquent, elles étaient fréquemment les « seules dépositaires d'un savoir médical », ce qui les amenaient à « outrepasser leurs compétences ». Voir *Ibid.*, p. 158 et 162.

[326] Voir le chapitre 1

[327] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit ; D. Carricaburu, « De la gestion technique du risque à celle du travail », art cit.

avant tout institutionnel, car les pratiques observées rapprochent le travail de la sage-femme de celui d'un auxiliaire médical[328]. Nous verrons que l'incorporation des sages-femmes dans le salariat et la construction de la hiérarchie hospitalière qui en a résulté au début de la décennie 1960, ne sont sans doute pas étrangères à ce rapprochement avec les professions paramédicales[329]. François-Xavier Schweyer montre quant à lui que la perception d'autonomie des sages-femmes travaillant en milieu hospitalier dépendrait « du contexte d'exercice professionnel plus que des compétences statutaires »[330]. Mais ces analyses reposent sur des enquêtes qui portent sur le travail en salle de naissance de sages-femmes salariées et hospitalières. Dans quelle mesure leurs résultats sont-ils pertinents dans une autre forme d'activité – en l'occurrence le suivi prénatal – et dans les différents modes d'exercice – salarié mais aussi libéral ?

De manière significative, la question de l'autonomie, qui n'était pas présente dans les deux premières versions de ma grille d'entretien, s'est très vite imposée et a du être ajoutée dans la troisième version[331], tant elle était évoquée spontanément dans les réponses des sages-femmes que j'ai interrogées. Ces dernières insistent sur le contexte spécifique de l'activité prénatale comme moment particulièrement propice à l'autonomie :

> « Justement parce que le suivi de grossesse se fait de plus en plus donc c'est agréable de ne pas faire que petite main en fait. *(Rire)* Donc ouais. De plus en plus autonome. » *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

On note que la notion d'autonomie est envisagée ici, comme dans la plupart des entretiens, en relation avec la profession médicale, qui reste dominante. La tâche du suivi de grossesse, qui occupe une place de plus en plus conséquente dans la juridiction[332] des sages-femmes, leur donne un sentiment d'autonomie plus important. La similitude des compétences

[328] D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, *op. cit.*

[329] Nous verrons également que cette tendance à associer les sages-femmes au groupe « paramédical » se retrouve par ailleurs dans le système de catégorisation institutionnelle (INSEE, URSAF).

[330] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit, p. 82.

[331] Voir l'annexe V.

[332] Voir l'introduction de ce chapitre.

que cette activité mobilise chez les médecins ou chez les sages-femmes est par ailleurs mise en avant :

> « Pour les gens qui ne savent pas, on a un rôle de médecin. Nous, on sait qu'on n'est que sage-femme. Mais bon, on a les mêmes compétences. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

La similarité de l'efficacité clinique du suivi des grossesses à bas risque a effectivement été démontrée dans une méta-analyse publié en 2001 par la Cochrane Library[333]. Par conséquent, réaliser une tâche similaire à celle des médecins[334] et sortir ainsi du bloc obstétrical leur permet d'assoir véritablement le caractère médical de la profession, sans que l'autorité des médecins n'intervienne. J'ai pu observer ce positionnement, parfois très affirmé, face aux questions des femmes ou des couples, comme dans le cas observé qui suit.

Extrait du journal de terrain. Cas n°1

La sage-femme *(Samira, 20-30 ans de carrière, hospitalière)* reçoit en consultation un couple, dont la patiente est à 7 mois ½ de grossesse et qui a été suivi par un gynécologue-obstétricien libéral jusqu'à présent. C'est le premier contact[335] avec la maternité que le couple a choisi pour l'accouchement. Assez rapidement dans le déroulement de la consultation, le futur père fait part à la sage-femme de son inquiétude par rapport à l'estimation du poids du fœtus et l'accouchement, et demande qui décide des modalités d'accouchement – laissant penser qu'il demandait si un médecin interviendrait. La professionnelle a répondu fermement

[333] A partir des principaux résultats, les auteurs ont conclu à une efficacité clinique identique pour le suivi prénatal des grossesses à bas risque, qu'il soit réalisé par une sage-femme, un médecin généraliste ou spécialiste (gynécologue médical ou obstétricien). Ils ont également mis en évidence que la satisfaction des femmes enceinte était légèrement plus importante quand le suivi était réalisé par une sage-femme, selon les critères d'évaluation portant sur la qualité du suivi, le dialogue, l'écoute, la confiance envers le professionnel et son attitude. Voir José Villar et al., « Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, n° 4, p. 36.

[334] Nous verrons plus loin dans ce chapitre, que certaines patientes appellent « docteur » les sages-femmes en consultation.

[335] Dans les recommandations de la HAS, il est préconisé que la consultation du début du troisième trimestre (7e mois) soit effectuée par l'équipe de la maternité où la patiente désire accoucher. Voir Haute Autorité de Santé, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, s.l., Haute Autorité de Santé, 2006, p. 10.

que c'était elle qui décidait de la voie d'accouchement, en fonction des éléments cliniques[336] et paracliniques[337]. A la fin de la consultation, elle propose néanmoins la réalisation d'une échographie de croissance pour rassurer le couple. Le compagnon répond que cela le rassure. Elle insiste par ailleurs sur l'intérêt de faire une préparation à la naissance et à la parentalité, mettant en avant que le stress diminue lorsqu'on est informé.

À aucun moment, la sage-femme n'a proposé d'adresser la patiente à un obstétricien de l'équipe, ou de demander son avis, et elle s'est montrée sûre d'elle quant à l'évaluation d'une situation ne présentant pas de facteurs de risque. Chez certaines sages-femmes, la remise en question de l'autorité des médecins porte plus largement sur la division du travail en général :

> « Je n'aime pas dépendre de quelqu'un d'autre (...) quand je dois être en relation avec un médecin qui va… sous prétexte qu'il est médecin, peut me faire sentir qu'on est inférieur… Ça, j'aime pas, quel que soit l'endroit en fait, que ce soit en salle d'accouchement ou en service des grossesses à risque, voilà, quel que soit l'endroit, ça c'est clair que j'aime pas. » *(Laetitia, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

La compétence des médecins étrangers est remise en question par d'autres, comme Gabrielle :

> « Ce qui est râlant effectivement, c'est d'aller chercher des médecins tout faits *(suggérant médecins étrangers)*, dans des facultés où on ne travaille pas comme nous, alors qu'on vous dit : savoir-faire français. (...) On a au moins les mêmes compétences que certains médecins qui arrivent de l'étranger. Si ce n'est qu'on ne peut pas opérer quoi. Après… je vois pas ce qu'on fait de moins. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

[336] L'examen clinique du bassin est réalisé à la dernière consultation prénatale, au 9e mois.

[337] Sont pris en considération les mesures biométriques réalisées à l'échographique du troisième trimestre (vers 32 semaines d'aménorrhée). Dans le cas présent, les biométries dont disposaient les sages-femmes n'étaient pas anormales, même si elles étaient proches des limites supérieures.

Si certaines montrent une position affirmée, d'autres témoignent de plus de difficultés à s'affranchir de l'autorité des médecins, comme l'illustre l'échange suivant avec Fabienne *(20-30 ans de carrière, hospitalière).*

Extrait du journal de terrain. Cas n°2

A la fin de la vacation de consultation, Fabienne me demande mon avis sur le suivi prénatal, s'agissant des consultations médicales et des échographies. Elle se demande si le fait que toutes les consultations soient faites uniquement par des sages-femmes et que les trois échographies soient réalisées par la même personne est un problème. Elle poursuit en expliquant qu'elle avait l'habitude auparavant d'avoir l'avis d'un gynécologue-obstétricien au cours des suivis qu'elle effectuait et que c'était rassurant pour elle d'avoir un avis « médical ». Elle me demande s'il existe un texte dans la législation à ce propos. Je lui réponds en lui posant la question si son avis est aussi médical. Fabienne sourit et répond : « oui, c'est vrai ». Je lui dis ensuite que si la grossesse est à bas risque, le suivi relève entre autres, de la compétence des sages-femmes, et qu'il n'est donc pas nécessaire d'avoir recours à un spécialiste ou un gynécologue-obstétricien, d'après ce que j'ai lu dans la législation ou encore les recommandations professionnelles.

Lors de l'entretien, elle déclare par ailleurs :

> « Est-ce que je me sens autonome ?… oui… bien sûr, il y a une certaine autonomie (…) Je sais pas si on peut appeler ça de l'autonomie complète parce que bon, moi, je sais que je dépends des médecins, voilà, je ne prétends pas du tout vouloir être autonome » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

Le paternalisme des médecins – et l'idée qu'il procure une certaine forme de sécurité ou de « protection »[338] non seulement pour les parturientes mais aussi pour les sages-femmes – est encore très prégnant, même si la posture des sages-femmes, en particulier des

[338] Voir l'échange datant de 1974 entre Jacqueline Manicom-Letourneur, sage-femme et écrivaine féministe, et Jean-Henri Soutoul, professeur de gynécologie-obstétrique dans le chapitre 1.

hospitalières, semble se transformer en même temps que l'étendue de leurs tâches augmente et à mesure qu'elles s'éloignent de l'activité de la salle de naissance :

> « Je me sens autonome mais honnêtement, je l'aurais jamais fait en sortant du diplôme. Et avec les 30 ans de métier derrière moi, je me sens pas toujours à l'aise en libéral parce que c'est quand même assez seul » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

> « (…) en salle d'acc' *(accouchement)*, on a toujours un médecin au bout du bip. En consult', on n'a personne. Même si un médecin est dans le bureau d'à-côté, on va pas aller le déranger parce qu'il consulte aussi. Donc, on se sent un peu isolé au début, un petit peu en responsabilité, plus que dans les services d'urgence pratiquement en fait » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

Ces propos tenus par des sages-femmes ayant plus de 20 ans de carrière mettent en évidence la manière dont la dépendance d'une profession vis-à-vis d'une autre dans la division du travail[339] a pu en quelque sorte naturaliser un rapport dominant/dominé entre obstétricien et sage-femme dans l'institution hospitalière[340]. Néanmoins, si la recherche d'émancipation est réelle, elle se trouve limitée irrémédiablement par la notion de définition de champ de compétences[341], de l'aveu même des sages-femmes :

> « Parfois trop [autonome]. Parfois les patientes pensent qu'on peut tout faire. Donc il faut recadrer aussi sur notre champ de compétence mais ça va. » *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

> « (…) à la fois autonome et à la fois bien contente que des gynécos puissent être disponibles quand je les appelle » *(Axelle, 10-20 ans de carrière)*

> « Je me sens complètement autonome dans ma pratique, dans mon champ de compétence que je sais très bien cerner » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

[339] Les sages-femmes « dépendent » des obstétriciens dans le sens où elles doivent solliciter leur concours en cas de pathologie.

[340] V. Charvolin, « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Véronique Charvolin », art cit.

[341] Je développerai un peu plus loin l'effet de la codification juridique sur l'autonomie des sages-femmes.

Ces déclarations tendraient à confirmer l'hypothèse de François-Xavier Schweyer selon laquelle l'autonomie des sages-femmes est basée sur « l'acceptation de l'interdépendance »[342], quel que soit le mode d'exercice, *a contrario* de la conception de l'autonomie fondée sur « la compétence dans l'indépendance, c'est-à-dire avec un minimum de relations avec les médecins »[343] que Danièle Carricaburu a pu mettre en évidence chez certaines sages-femmes s'opposant au développent de l'anesthésie péridurale à la fin des années 1980.

Si, comme plusieurs sociologues l'ont démontré à travers le prisme de la question du genre, l'exercice de la profession de sage-femme se caractérise par une synthèse du travail du *cure* et de celui du *care*[344]*,* le travail de *cure* est resté longtemps en retrait, dans les propos mêmes des intéressées qui cherchaient leur spécificité dans la dimension du *care*[345] : c'est l'accompagnement qui distinguait la pratique des sages-femmes[346], ce qui les rapprochait de la profession d'infirmière[347]. Les mobilisations depuis les années 2000, concomitantes à l'intégration de la formation à l'université, témoignent d'« une subtile synthèse du *cure* et du *care*, entretenant cette ambigüité qui fonde finalement une partie de leur identité professionnelle »[348]. L'oscillation entre la revendication d'un travail de *care* comme plus-value par rapport aux prises en charge réalisées par des médecins[349], et celle du travail de *cure* comme résultat de la réalité médico-technique de l'exercice de la sage-femme au XXIe siècle, me semble conforter la pertinence du terme « entre-deux » pour qualifier la profession. D'ailleurs, c'est la rhétorique du *cure* qui est employée par les professionnelles pour décrire leur travail en matière de risques :

[342] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit, p. 82.

[343] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 305.

[344] M. Le Dû, « Synthèse entre cure et care », art cit ; Philippe Charrier, « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 1 décembre 2013, n° 44-2, p. 93-113.

[345] Voir introduction. J.C. Tronto, H. Maury et L. Mozère, *Un Monde vulnérable*, *op. cit.*, p. 142-147.

[346] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit.

[347] D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, *op. cit.*

[348] M. Le Dû, « Synthèse entre cure et care », art cit, p. 150.

[349] Cette thématique sera développée dans le chapitre 4.

« Notre position de sage-femme est… parce qu'on est aussi des professionnelles médicales, c'est de détecter bien sûr un risque… de santé » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

« Mon travail, c'est de diagnostiquer et de trouver des choses qui ne vont pas » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

« Le but de mon travail [c'est] quand même de dépister les pathologies, de savoir exactement les décrire. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

La volonté d'objectiver leur travail de *cure*, donc leurs compétences médicales et techniques, permet d'affirmer le caractère médical de leur profession, non plus comme un attribut institutionnel mais bien comme une réalité, le travail de *cure* apparaissant plus valorisant car plus « scientifique » et objectivable.

Cette posture, si elle se manifeste clairement dans les discours des instances professionnelles et des groupes d'intérêt depuis le début du XXIe siècle[350], n'est pas récente, on l'a vue, puisque dès le XIXe siècle, les découvertes médicales – principes pasteuriens et méthodes antiseptiques – ainsi que l'utilisation d'instruments – comme le forceps – ont été incorporées dans les enseignements et dans l'exercice pratique du corps des sages-femmes. Nous verrons dans la deuxième partie de ce chapitre, une illustration de l'intégration du savoir technique avec la pratique de l'échographie, et plus précisément comment les sages-femmes hospitalières se forcent à être exemplaires dans son usage pour être reconnues par les médecins. Au XXIe siècle, les praticiennes proclament haut et fort que les savoirs scientifiques font partie de la culture des sages-femmes. Sur le modèle de l'*evidence-based medicine*, l'*evidence-based midwifery* se développe depuis le début des années 2000, avec la parution de publications dans les pays anglo-saxons[351]. Plus récemment, les sages-femmes libérales françaises « revendiquent (…) leur expertise dans le domaine médical et plus largement

[350] L'Ordre des sages-femmes est particulièrement proactive depuis son émancipation en 1995 (voir le chapitre 1), en publiant régulièrement des communiqués de presse ou des tribunes dans l'espace publique comme nous l'avons vu en introduction de ce chapitre.

[351] On peut trouver sur le site du Royal College of Midwives – société savante des sages-femmes du Royaume Uni – que l'Evidence Based Midwifery Journal a été créé en 2003 et publie des papiers de la recherche clinique académique en maïeutique. Voir le site du Royal College of Midwives [en ligne] disponible sur : https://www.rcm.org.uk/publications/?publicationtype=evidence-basedmidwiferyjournal (consulté le 25/07/2023)

scientifique, maniant désormais constamment le langage de l'*Evidence-Based Medicine*, au même titre que les médecins »[352]. L'Association Nationale des Sages-femmes Libérales (ANSFL) propose ainsi aux praticiennes diplômées mais aussi aux étudiants, une formation intitulée « faciliter l'*evidence-based midwifery* »[353]. Cette offre de formation continue apparaît comme la suite logique du processus d'intégration de la formation initiale à l'université. La mutualisation d'une partie des enseignements – dont celui de la biomédecine quantitative, par exemple – avec les étudiants de médecine, a probablement accéléré l'acculturation des étudiants en maïeutique à la « médecine factuelle » fondées sur les preuves. Ce dernier argument, s'il en fallait un, amène à conclure que certaines sages-femmes cherchent à se positionner comme une profession médicale, dont l'autonomie peut être qualifiée de *conjoncturelle*, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre.

b. *(Re)connaissance et (re)valorisation du corps professionnel des sages-femmes : un discours récursif*

Les compétences médico-techniques sont invoquées par les sages-femmes pour demander la reconnaissance du statut de profession médicale auprès des pouvoirs publics. La dénonciation de leur invisibilité, de la méconnaissance de leur profession qui serait « socialement peu considéré[e] »[354], nourrit les revendications de la profession lors des mouvements collectifs des années 2000. Dominique Memmi propose l'analyse suivante du malaise exprimé par les sages-femmes au début du XXIe siècle :

> *« [la] menace [de la médicalisation de la naissance] latente sur le métier s'accompagne de l'exigence croissante, et de l'attribution progressive, d'un haut niveau de formation scolaire pour ces professionnelles et d'un statut privilégié – en France, elles sont catégorie A de la fonction publique –, et ce, en dépit de leur croissante invisibilisation.*

[352] M. Le Dû, « Synthèse entre cure et care », art cit, p. 149.

[353] La formation est dispensée par une sage-femme libérale diplômée en « Recherche Clinique et Evaluation en Santé ». Voir le site de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales [en ligne] disponible sur : https://ansfl.org/formation/initiation-a-la-pensee-critique-pour-les-sages-femmes-2/?cn-reloaded=1 (consulté le 30/06/2023)

[354] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 282.

Tout cela produit un mélange explosif, secrétant des mouvements revendicatifs ponctuels »[355].

De fait, les sages-femmes hospitalières bénéficient depuis 1989, en réponse à des protestations (manifestations au cours de l'été), d'un régime particulier au sein de la fonction publique hospitalière, distinct de la disposition commune avec les professions paramédicales qui existait depuis le décret de 1962 – dont je reparlerai un peu plus loin –, et sont toutes catégorie A[356].

Parmi l'ensemble des mouvements de protestation, celui du printemps 2001 peut être considéré comme un évènement majeur pour le processus de dynamique professionnelle qui a mené à la juridiction actuelle des praticiennes. Le stéréotype de la profession qui en fait le « plus beau métier du monde » est rappelé ironiquement par Claudine Schalck[357] dans une tribune parue dans *Libération* en avril 2001[358], pour justifier pourquoi les sages-femmes en grève dénoncent un « épuisement professionnel » et réclament « la revalorisation et la juste reconnaissance de [leur] statut ». Elle critique entre autres, en lien avec une des principales revendications de l'époque sur le statut des sages-femmes à l'hôpital, « deux injonctions paradoxales » à propos du statut « médical » : les sages-femmes sont déclarées « dedans » devant les tribunaux, mais elles sont « en dehors » du personnel médical, avec le personnel non médical, dont les paramédicaux, dans les catégories administratives de l'hôpital. L'action collective prolongée du printemps 2001 est caractérisée par une dimension nationale inédite et par le rôle d'une « coordination » se voulant indépendante des syndicats dans son déclenchement même[359]. Cette mobilisation marque un tournant non seulement parce

[355] D. Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, *op. cit.*, p. 148-149.

[356] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 149.

[357] Claudine Schalck est sage-femme et psychologue clinicienne, chercheure associée au Conservatoire Nationale des Arts et Métiers, au sein du Centre de recherche sur le travail et le développement), docteure en psychologie du travail (thèse soutenue en 2017).

[358] Au printemps 2001 se déroule le plus important mouvement de grève que la profession ait connu jusqu'alors, d'ampleur nationale pour la première fois. Voir P. Charrier, « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme », art cit, p. 95 ; Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 158-161.

[359] Yvonne Knibiehler précise que « la Coordination des sages-femmes a rassemblé, rapidement et massivement, des femmes très décidées venant de tous les syndicats professionnels et de toutes les associations. Les états-majors des syndicats nationaux (CGT, CFDT, FO, CFTC) étaient hostiles aux revendications catégorielles : ils ne voulaient lutter que pour défendre la fonction publique hospitalière dans son ensemble. Ils se sont ralliés devant le succès de la grève ». Voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 157.

qu'elle réussit à réunir toutes les sages-femmes, salariées et libérales, avec le soutien des étudiants venu grossir les rangs lors des manifestations parisiennes[360], mais aussi parce qu'elle révèle les dissensions internes au sein de la profession, qui se sont traduites par une sorte d'« acte manqué » : le refus d'intégrer le statut de praticien hospitalier proposé par Bernard Kouchner, ministre de la Santé, alors qu'il s'agissait d'une des principales revendications du mouvement, et organisations syndicales[361]. Ce sont les sages-femmes représentant les syndicats nationaux qui imposent leur point de vue, au nom d'un régime de retraite moins favorable dans le statut des praticiens hospitaliers que dans celui de la fonction publique hospitalière. Pourtant, la demande d'extension du statut de praticien hospitalier aux sages-femmes hospitalières marquait la reconnaissance du caractère « médical » de la profession et rendait possible la rupture avec le modèle hiérarchique en place.

Cette action collective et ses résultats mériteraient d'être analysés plus avant, à l'aide de la sociologie des groupes d'intérêt[362]. Il faudrait contextualiser, chercher des traces, interroger les acteurs et actrices qui ont participé au mouvement et assisté aux négociations, afin de montrer comment s'est construit « l'intérêt » de « la » profession mobilisée. Je soulignerais simplement que, outre une augmentation des rémunérations pour les différents secteurs d'exercice, la mesure la plus importante concerna la modalité de recrutement des étudiants sages-femmes : l'intégration dans la première année commune d'étude médicale (PCEM1), dès la rentrée 2002, confirmait le statut « médical » de la profession. Le succès de la mobilisation est l'objet de débats, mais il n'en reste pas moins qu'elle a permis le début d'un mouvement d'émancipation et de (re)construction de l'identité professionnelle de la sage-femme, comme le souligne Claudine Schalck :

> *« Il semble donc que les choses ne se résument pas à des histoires de salaires et de catégories. Notre histoire professionnelle est bien celle d'une émancipation. Et, dans la difficile construction de notre identité, il faudra bien savoir aussi, tel Socrate, père de la*

[360] Étudiante à l'époque, j'ai moi-même participé à la grande manifestation du 26 avril 2001 qui fut mémorable et qui, comme l'écrit Yvonne Knibielher, sonnait le réveil de la profession après cinquante ans de sommeil. Voir *Ibid.*, p. 160.

[361] Dès 1994, l'accès au statut de praticien hospitalier pour les sages-femmes hospitalières figure parmi les actions prioritaires définies par les organisations syndicales professionnelles. Voir F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit, p. 96.

[362] Voir Michel Offerlé, *Sociologie des groupes d'intérêt*, 2e édition., Paris, Montchrestien, 1998, 158 p.

maïeutique, accoucher les esprits pour lever les paradoxes – Socrate dont chacun sait que Phénarète, sa mère, était sage-femme et pratiquait les accouchements –, pour réconcilier le politique et le féminin, et permettre à la sage-femme de trouver sa vraie place dans la polis »[363].

Aujourd'hui, le manque de (re)connaissance et de (re)valorisation est un élément récursif spontanément abordé par l'ensemble des praticiennes en entretien[364]. Elles pointent des incohérences concernant leur positionnement social, que ce soit de la part des pouvoirs publics, des autres professions de santé ou de la population générale. Une illustration en est donnée par une sage-femme libérale concernant la catégorisation URSSAF des différents métiers, dans laquelle la profession de sage-femme n'est pas répertorié :

> « (…) on nous traite d'infirmière. Moi, j'ai le comptable qui me dit : « Bon alors en tant qu'infirmière… » « Non, sage-femme… » (…) quand on doit choisir la catégorie professionnelle… bah c'est à l'Urssaf, il n'y a pas écrit « sage-femme » mais « infirmiers, auxiliaires médicaux… » Sage-femme, ça n'apparaît pas. C'est dramatique quand même. On est quand même une profession médicale… Ah ouais ? non dans les classifications (…) à la banque, quand j'ai dû m'inscrire pour mon compte pro, eh bien ça n'existe pas sage-femme, c'est infirmiers et auxiliaires médicaux… comment ils appellent ça… assujettis… enfin… bah mince à la fin. C'est incroyable, ça me fait râler ça ! » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Une autre estime que le manque de (re)connaissance de la population générale à l'égard de la profession est certes navrant mais moins que celui dont font preuve les médecins d'une manière générale :

> « Il faudrait une reconnaissance dans notre travail, c'est tout (…) qu'on reconnaisse tout ce qu'on fait (…) c'est ça qui manque, de la reconnaissance. Entrer dans une catégorie différente. Parce que bon, on a quand-même une place assez inconfortable malgré tout ! *(rire)* Les gens se rendent pas compte. Alors les gens pensent… on s'en moque ; c'est

[363] Claudine Schalck, « Sages-femmes : l'impossible identité. », *Libération*, 11 avr. 2001p.

[364] Dans la grille d'entretien, aucune question ne porte sur la reconnaissance de la profession. Le manque de reconnaissance est un sentiment exprimé de manière unanime puisque toutes les sages-femmes interrogées en ont parlé en entretien.

plutôt au sein des professions médicales qu'il y a un manque de reconnaissance. C'est là où ça pèche plus. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Le travail des sages-femmes et les tâches appartenant à leur juridiction semblent néanmoins davantage pris en considération par la population générale[365] (« c'est en train un petit peu de changer ; c'est-à-dire que les personnes extérieures savent un peu plus ce qu'on fait » *(Géraldine, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*).

Comme cela a été précisé dans le chapitre 1, la préoccupation pour la valorisation de la profession – en termes de visibilité dans la société mais aussi financière – est portée par les syndicats professionnels dès la fin du XIXe siècle. Elle reste forte aujourd'hui. La rémunération est un autre aspect à prendre en compte, tant il est présent dans les discours des enquêtées. Si certaines hospitalières se déclarent satisfaites de leur salaire, un grand nombre de sages-femmes, salariées et libérales, considèrent que la rémunération n'est pas à la hauteur du travail qu'elles effectuent et de leurs responsabilités :

« Par rapport à notre profession, non, je pense qu'on pourrait quand même être mieux rémunéré, ça c'est sûr hein, qu'il ait un tel écart avec les médecins » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

« Pff ! 1 600 (€) par mois, c'est pas beaucoup. (…) 1 600 net. Ouais. Voilà (…) je gagnais plus en structure quoi. Et encore 1 600 c'est récent » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

« (…) je trouve qu'elle n'est pas à la hauteur de la difficulté du métier, parce je pense qu'on a un métier qui est difficile (…) Et puis par rapport ne serait-ce à nos études, notre compétence, je trouve qu'on n'est pas…(…) C'est pas bien valorisé. Non non, ni au niveau salaire ni au niveau aussi valorisation extérieure. » *(Géraldine, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

[365] Je développerai cet élément dans le chapitre 3.

Les revenus nets mensuels de mon panel de sages-femmes varient de 1500€ (en libéral) à 3200€ (en fin de carrière, en PMI[366]). Le rapport de l'IGAS sur « l'évolution de la profession de sage-femme »[367] apporte des informations sur la rémunération des sages-femmes, selon leur mode d'exercice, ainsi que des données sur celle des praticiens hospitaliers. L'écart sur les revenus nets mensuels entre sages-femmes (2 757 € en moyenne) et praticiens hospitaliers (6 223 € en moyenne) est de 225 %[368] sur la période 2016-2017. Pour les libérales, le revenu net mensuel moyen (toutes charges payées, avant impôts) est de 2 416 € (soit 28 992 € annuels) selon les données de la CARCDSF[369] de 2020[370]. Si le rapport note une progression de 8% depuis 2009, il souligne également que « la dispersion de ces revenus est en revanche relativement forte : le 1er quartile se situe à 14 621 € et le 3ème quartile à 33 873 € » (en revenus annuels net)[371].

Le rapport a été accueilli de façon mitigée par les instances représentatives de la profession. Dans un communiqué de presse du 16 septembre 2021[372], l'Ordre des sages-femmes salue le fait que le rapport dresse « un constat réaliste sur la situation des sages-

[366] Les grilles de traitement des sages-femmes hospitalières et territoriales sont équivalentes. Depuis 2022, les salariées du public ont bénéficié d'une augmentation de salaire à la suite du mouvement collectif post « Ségur de la santé », la concertation sur le système de santé français qui s'est déroulée suite à la crise de la Covid-19, et l'attribution d'une prime d'exercice médical. Si les grilles dans les deux institutions ont été revalorisées de manière équivalente, la prime d'exercice médical n'est pas versée aux territoriales, les missions de ces dernières « n'étant pas assimilables aux missions d'exercice médical exercées par les sages-femmes hospitalières au sein des établissements de santé » selon la réponse du Ministère de la transformation et de la fonction publiques publiée le 05/05/2022 au Sénat, à la question écrite de la sénatrice Les Républicains Dominique Estrosi Sassone publiée le 07/04/2022, disponible en ligne sur le site du Sénat : https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220427527.html#:~:text=Instituée%20par%20le%20décret%20n,au%20sein%20des%20établissements%20de (consulté le 27/09/2024)

[367] Ce rapport a été commandé à l'IGAS en mars 2021, par Olivier Véran, ministre de la Santé en poste, à la suite d'actions collectives menées quelques mois plus tôt par les syndicats professionnels de sages-femmes, pour dénoncer l'oubli des sages-femmes dans le « Ségur de la Santé ». Les syndicats avaient par ailleurs encouragé les sages-femmes à solliciter les élus (députés et sénateurs) pour leurs exprimer leur mécontentement. Plusieurs questions ont été posées au gouvernement (par exemple celle de la sénatrice Kristina Pluchet Les Républicains le 11 mars 2021). Le rapport a été rendu public le 10 septembre 2021.

[368] A. Piquemal, S. Reingewirtz et F. Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, *op. cit.*, p. 46.

[369] La Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et Des Sages-Femmes

[370] A. Piquemal, S. Reingewirtz et F. Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, *op. cit.*, p. 40.

[371] Le rapport précise aussi que les données recueillies ne distinguent pas l'activité exclusivement libérale de l'activité mixte. Voir *Ibid.*

[372] Le communiqué de presse est consultable en ligne sur le site internet de l'Ordre des sages-femmes : https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/sages-femmes-un-arbitrage-ne-repondant-pas-aux-enjeux-de-la-profession/

femmes, leurs attentes et l'ambiguïté de leur positionnement. A la méconnaissance des compétences et du rôle des sages-femmes s'ajoutent un statut hybride inadéquat et des rémunérations sans rapport avec leur formation et leurs responsabilités ». Mais l'Ordre déplore également « [des] propositions formulées (…) peu concrètes et (…) une perception désuète et paternaliste de la profession ». Le paternalisme dénoncé réside dans l'idée que l'éventuel allongement de la formation nécessiterait l'avis des médecins, comme si les sages-femmes étaient incapables de définir elles-mêmes ce qui est nécessaire ou non dans le programme des études, au vu des compétences recherchées et des avancées scientifiques et techniques dans les champs de la santé génésique et de la pédiatrie. Pour les hospitalières, le rapport préconisait la création d'« un statut d'agent public extrait de la FPH et non assimilable au statut des PH »[373], assorti d'une revalorisation sensible du niveau de rémunération, étendue ensuite à l'ensemble des salariées. La réponse du gouvernement, comme lors de la grève de 2013, a donc été de conserver le statut dans la FPH et de revaloriser les salaires en révisant grilles et en attribuant une prime d'exercice médical aux seules sages-femmes hospitalières (l'activité des territoriales étant considérée différemment).

Au cours de mes entretiens, j'ai interrogé les praticiennes sur le déroulement de leur formation. Selon l'année d'obtention du diplôme, les modalités d'intégration de la filière maïeutique n'ont pas été les mêmes pour toutes les enquêtées, notamment parce que le concours spécifique a été abandonné en 2002 au profit du concours commun avec les autres professions médicales. Embrasser la profession de sage-femme n'était pas forcément un premier choix. Certaines ne connaissaient pas le métier, d'autres espéraient obtenir une place au concours dans d'autres filières que celle-là. Déjà en 1994, on estimait à 30 % le taux d'étudiants qui avaient échoué en PCEM1 et intégré la formation de sage-femme par défaut[374]. Un fait nouveau apparaît : la défection de certaines praticiennes, comme l'indique une des sages-femmes à propos des jeunes diplômées (« j'en entends beaucoup qui disent : « Je ferai pas ce métier toute ma vie », c'est la première fois que j'entends ça. Moi quand j'ai fait mes études, (…) je me voyais pas faire autre chose. » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale))*. Ce phénomène, qui n'est certes pas propre à la profession de sages-femmes, a

[373] A. Piquemal, S. Reingewirtz et F. Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, *op. cit.*, p. 52.

[374] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit, p. 84.

également été décrit en octobre 2022 par l'Ordre des sages-femmes, dans un communiqué de presse, à l'occasion d'un plaidoyer en faveur de la réforme des études en maïeutique[375]. L'Ordre fait état d'une augmentation des demandes de radiations des professionnelles en âges d'exercer de 112 %. Une autre donnée semble confirmer une crise d'attractivité de la profession : le taux de près de 20 % des places en deuxième année de formation demeurées vacantes la même année selon l'Ordre[376].

Le communiqué de l'Ordre est publié une semaine après que le Sénat ait examiné le projet de loi, porté par la députée Annie Chapelier, elle-même infirmière-anesthésiste de profession, visant à faire évoluer la formation des sage-femmes. Le texte finalement adopté et promulgué le 25 janvier 2023 porte la formation à 6 années d'étude pour les étudiants de PASS et LAS, par l'ajout d'un troisième cycle court et la réalisation d'une thèse d'exercice[377]. L'année universitaire 2029-2030 verra ainsi la première promotion d'étudiants diplômés d'État avec le titre de « docteur en maïeutique ». Une autre disposition de la loi de janvier 2023 concerne l'intégration universitaire de l'ensemble des lieux de formation, qui doit être effective au plus tard en 2027 au sein des facultés de santé et à défaut, des facultés de médecine. Les rapporteurs de l'IGAS avaient exprimé des réserves sur la mise en place d'une 6e année d'étude, réclamée par l'ANESF[378] et soutenue par les instances professionnelles. En effet, cela met la profession au même niveau que les dentistes et les pharmaciens, avec la réalisation d'une thèse d'exercice et l'obtention d'un doctorat, et rend donc caduc l'un des arguments en défaveur de l'intégration de sages femmes au régime statutaire de praticien hospitalier dont bénéficient déjà les deux autres professions médicales[379]. Le principal argument de l'IGAS résidait cependant dans le coût du basculement de la profession dans le

[375] Le communiqué de presse est disponible sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, voir Ordre des Sages-femmes, *Réforme des études en maïeutique : une nécessité pour redonner de l'attractivité à la profession*, https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/reforme-des-etudes-en-maieutique-une-necessite-pour-redonner-de-lattractivite-a-la-profession/, (consulté le 26 juillet 2023).

[376] Là encore, ce n'est pas spécifique à la filière : la filière « pharmacie » n'avait pas non plus rempli tous les postes ouverts, contrairement aux filières « médecine » et « odontologie ».

[377] *LOI n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047055162 , 25 janvier 2023, art cit.

[378] L'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes.

[379] A propos de l'exercice hospitalier, l'éternel refrain de la profession médicale à compétences définies et du niveau d'étude inférieur est avancé pour écarter l'incorporation des sages-femmes au même statut de praticien hospitalier que les médecins, dentistes et pharmaciens. Voir A. Piquemal, S. Reingewirtz et F. Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, *op. cit.*, p. 50-51.

statut de praticien hospitalier, estimé à 793 millions d'euros par an pour les salariées de la fonction publique hospitalière et 1 milliard d'euro pour l'ensemble des salariées[380] : « l'intégration des sages-femmes hospitalières au statut des PH représenterait donc une augmentation considérable de la rémunération dont aucune autre profession n'a jamais bénéficié »[381]. Les sages-femmes ont finalement eu le doctorat, sans le statut. Mais il est fort probable que la profession n'en reste pas là et que de nouvelles actions soient menées qu'il sera intéressant d'étudier dans la perspective de sociologie d'Andrew Abbott : les sages-femmes sauront-elles saisir l'occasion de l'évolution de leur formation pour renforcer leur « juridiction »[382] ? Quelle sera la réponse de l'« auditoire » que représente l'État – qui détient « seul le pouvoir de formaliser dans le droit »[383] – face aux revendications ? Quels seront les effets sur la profession voisine qui est dominante mais qui est aussi en position défavorable sur le plan démographique ?

Dans son étude de la posture des sages-femmes face à l'introduction de l'analgésie péridurale dans les blocs obstétricaux dans les années 1980, Danièle Carricaburu avait souligné que l'acceptation des innovations techniques, donc d'une forme d'interdépendance[384] à l'opposé d'une forme plus corporatiste d'indépendance[385], et l'allongement des études (4 années, à partir de 1985) avaient permis à la profession de sages-femmes d'entrer dans « un processus dynamique quant au contrôle des conditions structurelles de leur exercice »[386]. Les évolutions récentes confirment, trente ans plus tard, la pertinence de cette analyse.

[380] *Ibid.*, p. 50.

[381] *Ibid.*, p. 46.

[382] Voir A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit, p. 2.

[383] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 178.

[384] Danièle Carricaburu s'appuie sur l'ouvrage « Social organization of medical work » d'Anselm Strauss et al, paru en 1985 et « consacré à l'organisation sociale du travail médical » à l'hôpital moderne, où la nature des tâches des différents professionnels est modifiée par le recours croissant à la technologie, et induit « une coordination entre les différents intervenants », dont la pratique devient interdépendante. Voir D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 304.

[385] D Segrestin, Le phénomène corporatiste. Essai sur l'avenir des systèmes professionnels fermés en France, Paris, Fayard, 1985, cité par *Ibid.*, p. 305.

[386] *Ibid.*, p. 306.

2. Une autonomie d'exercice à géométrie variable et dans « l'interdépendance »

a. *Les effets de la codification juridique et scientifique sur l'autonomie des sages-femmes réalisant le suivi de grossesse*

J'emploie à dessein le terme « codification » pour présenter le contexte professionnel des sages-femmes, car il peut renvoyer à deux dimensions qu'il est nécessaire d'analyser pour saisir le contexte dans lequel se construit la juridiction des sages-femmes : la dimension juridique formalisée par les textes législatifs et règlementaires, et la dimension que je nomme « scientifique », dont résulte le système organisé et rationnel de suivi prénatal. J'aborderai donc ici concrètement la codification juridique par les définitions ayant à trait l'exercice (dans le Code de la santé publique[387]) et par le statut spécifique des sages-femmes hospitalières dans la fonction publique hospitalière[388], mais aussi les obligations règlementaires de la surveillance sanitaire[389] de la grossesse qui s'imposent à tous les professionnels compétents (figurant dans la partie règlementaire du Code de la santé publique). Ces éléments renforcent le plus souvent la visée de la codification scientifique, réalisée via les recommandations ou *guidelines* et présentée dans un second temps, pour former une injonction à la rationalisation de la surveillance de la grossesse.

Ainsi, la première institution qui module l'autonomie des sages-femmes est « ce que nul ne peut ignorer » : la loi. La codification juridique consiste d'abord dans la définition législative du champ d'exercice des sages-femmes, dans le Code de la santé publique[390] et le Code de déontologie[391]. Comme déjà dit, le champ de compétences des sages-femmes est défini de

[387] Ces définitions sont donc valables pour la profession en général, quel que soit le mode d'exercice.

[388] J'ai choisi de détailler ici les dispositions relatives à la fonction publique hospitalière, sachant que ce mode d'exercice reste prépondérant au sein de la profession, et que ce statut impacte son image globale. Pour la fonction publique territoriale, l'effet de la hiérarchie est moindre – comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce chapitre – et laisse une autonomie a priori plus importante à ces agents.

[389] Elaboré pendant la période de l'Entre-Deux-Guerre et institutionnalisé ensuite. Voir le chapitre 1

[390] Les conditions d'exercice constituent le chapitre Ier du titre V dédié à la profession de sage-femme, figurant dans le livre Ier consacré au professions médicale. Elles concernent les articles L4151-1 à L4151-10. Consultable sur Légifrance [en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285/#LEGISCTA000006171285 (consulté le 12/07/2023).

[391] La section 3 forme le Code de déontologie des sages-femmes – constitué des articles R4127-301 à R4127-367 – figurant au chapitre VII du titre II – portant sur l'organisation des professions médicales – du livre Ier de la quatrième partie de la partie règlementaire du Code de la santé publique. Consultable sur Légifrance [en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/ (consulté le 13 juillet 2023).

manière « pratique », comme l'ensemble « des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (…) »[392]. Cet article renvoie à des modalités fixées par le Code de déontologie. En ce qui concerne spécifiquement les actes de suivi prénatal, ce dernier précise entre autres, que « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, (…) concernant (…) les femmes pendant la grossesse (…) [et le] fœtus (…) »[393]. Il précise encore qu'elle est autorisée à pratiquer l'échographie gynéco-obstétricale et « à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée »[394]. Sur ce point, l'article L4151-3 du Code de la santé publique cité en référence, mérite une attention particulière[395]. Il stipule en effet qu'« en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. (…) Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques »[396]. Il est intéressant de noter qu'à aucun moment, les textes juridiques ne stipulent que la sage-femme est compétente pour prendre en charge uniquement les situations « physiologiques »[397]. La physiologie[398], comme domaine d'intervention de la sage-femme,

[392] Article L4151-1 du Code de la santé publique.

[393] Article R4127-318 du Code de déontologie des sages-femmes. Cet article cite en retour l'article L4151-1 pour l'exercice des compétences de la sage-femme. Voir *Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127- 301 R4127- 367) - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/, (consulté le 13 juillet 2023).

[394] Article R4127-318. Voir *Ibid.*

[395] Je reviendrai un peu plus loin sur cet article qui a pour effet de maintenir la profession dans une position intermédiaire entre le médical et l'auxiliaire médical.

[396] Article L4151-3. Voir *Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285/#LEGISCTA000006171285, (consulté le 13 juillet 2023).

[397] L'absence du terme « physiologie » dans les textes législatifs témoignent de la conception française de la naissance : un évènement potentiellement risqué. Voir M. Akrich et B. Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes.*, *op. cit.*, p. 29; 181.

[398] La physiologie ou le bas risque se définirait donc dans la logique de l' « exclusion » comme l'a montré Danièle Carricaburu, c'est à dire que « la recherche de pathologie versus son absence (...) structure la catégorisation » des situations. Voir D. Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical », art cit, p. 131-132.

l'est par défaut, et se déduit par le fait qu'elle a obligation de demander l'intervention d'un médecin en cas de pathologie , elle n'est d'ailleurs pas non plus leur domaine exclusif puisque rien n'empêche les gynécologues-obstétriciens, dont le cœur de métier est évidemment axé sur la pathologie selon leur référentiel métier et compétences[399], de suivre les grossesses à bas risque.

Plus encore, le statut apparait comme l'élément déterminant du contrôle des médecins sur les sages-femmes à l'hôpital. Le fonctionnement de l'institution hospitalière à proprement parler et la différence de statut ont pour effet de renforcer à la fois la posture de domination des médecins vis-à-vis des sages-femmes et d'imposer des contraintes institutionnelles qui restreignent leur autonomie d'exercice. En effet, les sages-femmes des hôpitaux ont le statut de fonctionnaire et sont répertoriées avec le personnel non médical, alors que les médecins des hôpitaux sont quant à eux des agents publics sous statut – celui de praticien hospitalier, qui est également celui des dentistes et des pharmaciens des hôpitaux –, administrés par le Centre national de gestion (CNG). Le fait que les sages-femmes hospitalières aient un statut de fonctionnaire implique qu'elles sont soumises à une autorité hiérarchique qui dispose d'un pouvoir de contrôle. De 1962 à 2014[400], le statut est semblable à la celui des paramédicaux : comme les infirmiers et infirmières ont un lien hiérarchique avec les cadres de santé, les sages-femmes ont un lien hiérarchique avec les cadres sages-femmes. Ce statut restreint l'*« autonomie pour mettre en œuvre le savoir acquis dans le cadre* [d'une formation de haut niveau] *» « nécessaire à l'exercice de l'activité »,* par laquelle la profession se distingue du simple métier dans une perspective fonctionnaliste[401] : il a été contesté lors des mouvements d'action collective depuis 1989 (cf. supra).

[399] Anne-Sophie Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, Mémoire de diplôme de cadre sage-femme, Université de Bourgogne, Ecole de cadres sages-femmes, 2010, p. 21-22.

[400] Le premier texte législatif portant sur le statut particulier des sages-femmes exerçant à l'hôpital date de 1989. Néanmoins, avant ce texte, les dispositions concernant le recrutement des sages-femmes et leur rémunération figuraient dans les décrets – dont le premier est le numéro 62-132 du 2 février 1962 – qui portaient sur les sages-femmes et le personnel paramédical (infirmiers, puéricultrices, masseur-kinésithérapeutes). Même si avant 1989, les sages-femmes avaient des grilles de rémunération spécifiques, elles étaient assez proches de celles des paramédicaux. Le décret du 1er septembre 1989 fait suite au mouvement revendicatif de la même année et place désormais les praticiennes dans la catégorie A.

[401] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 3-4.

Cependant, les décrets de 2014 sur le statut particulier des sage-femmes des hôpitaux[402] signent une rupture relative avec le modèle hiérarchique précédent, en rassemblant dans le même corps sages-femmes, cadres et directrices d'école, et en réagençant les grades[403]. Il n'y a plus de cadres sage-femme et donc plus de rapport hiérarchique interne à la profession[404] ; le directeur d'établissement qui détient le pouvoir de nomination[405] se retrouve *de facto* le supérieur hiérarchique direct des sages-femmes. Les praticiennes étant restées dans un statut de fonctionnaire, sont soumises aux mêmes devoirs et obligations, et leur travail, notamment, doit être évalué chaque année. L'évaluation de l'ensemble des sages-femmes d'un service n'est concrètement pas réalisée par le directeur et pour répondre à ce paradoxe, une instruction en date du 10 juillet 2015[406] a été rédigée par la DGOS afin de préciser les missions des sages-femmes en poste de coordination. L'instruction indique -que *« la nouvelle architecture statutaire acte le principe d'une absence de hiérarchie entre les sages-femmes »*[407], mais précise que l'évaluation reste organisée par la sage-femme coordinatrice et qu'elle doit porter « sur la manière de servir dans le cadre institutionnel et les compétences qui y sont déployées et non sur l'exercice de leur profession médicale »[408]. Finalement, la sage-femme est à la fois difficile à situer dans la hiérarchie hospitalière et apparentée au personnel non médical. A titre d'exemple, la gestion des carrières relève, selon le décret de 2014, de la direction des affaires médicales. Les modalités de déroulement étant identiques au personnel non-médical, la carrière des sages-femmes hospitalières est pourtant, en pratique, gérée par

[402] La terminologie de la catégorie administrative est désormais construite sur le même modèle que les autres professions médicales et pharmaceutique, mais leur statut reste dans la fonction hospitalière.

[403] Jusqu'en 2014, l'architecture hospitalière comportait dans le même corps un grade de sage-femme (classe normale et supérieure) et un grade de cadre sage-femme (classe cadre et cadre supérieure). Depuis le décret du 23 décembre 2014, le corps des sages-femmes des hôpitaux comporte deux grades. Dans le premier, se trouvent les sages-femmes exerçant les activités cliniques de soins et de recherche. Celles qui sont en position de management – aujourd'hui appelées sages-femmes coordinatrices – d'enseignement et de direction de structure de formation appartiennent au second grade.

[404] La modification du statut des sages-femmes exerçant à l'hôpital fait suite au plus long mouvement contestataire de la profession qui s'est étendu sur une année de l'automne 2013 à 2014. Une des revendications portait sur la suppression de la hiérarchie entre sage-femme afin de respecter le caractère médical de la profession et qu'il n'y ait plus d'évaluation entre paires.

[405] *INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2015/237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé. - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39844, (consulté le 23 mars 2023).

[406] *Ibid.*

[407] *Ibid.*

[408] *Ibid.*

la direction des ressources humaines, aguerrie à cette gestion. En bref, il existe une inadéquation flagrante entre le contenu du décret de 2014 et l'organisation administrative hospitalière, que le rapport de l'IGAS de 2021 (cf supra) a d'ailleurs pointé : « [le] décret statutaire de la FPH du 23 décembre 2014 n'a pas permis de mettre en œuvre un dispositif qui réponde durablement aux attentes de cette profession. Il a, de fait, maintenu les sages-femmes dans un entre-deux qui procure aujourd'hui de très fortes insatisfactions »[409].

Les codifications juridique et scientifique de l'activité de suivi des grossesses se rejoignent dans le cadre juridique formalisé par l'ordonnance de 1945 institutionnalisant la PMI[410]. En imposant un calendrier de suivi et l'obligation de réaliser des examens biologiques, ce texte marque en effet le début d'une injonction à la rationalisation des pratiques de surveillance de grossesse. La liste des examens obligatoires s'est allongée au fur et à mesure des avancées scientifiques et médicales ; définis par le décret de 1992[411], ces « examens médicaux obligatoires » et « normes minimales applicables aux consultations prénatales » figurent depuis 2003 dans la partie règlementaire du Code de la santé publique[412].

S'inscrivant dans la dynamique de recherche d'objectivité, renforcée par le développement de la médecine clinique au XVIIIe siècle[413], le mouvement de rationalisation de la médecine se traduit entre autres, à partir de la décennie 1980, par la rédaction de recommandations pour la pratique clinique (RPC)[414], sous l'impulsion de l'*evidence based-*

[409] A. Piquemal, S. Reingewirtz et F. Zantman, *L'évolution de la profession de sage-femme*, *op. cit.*, p. 36.

[410] Voir le chapitre 1 qui se réfère à l'ordonnance de 1945 institutionnalisant la PMI.

[411] Déjà cité dans le chapitre 1, il s'agit du décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et post natal. Consultable sur Légifrance [en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006711809/1992-02-16/#LEGIARTI000006711809 (consulté le 08 juillet 2023).

[412] Ces éléments sont précisément dans le chapitre II du titre II du livre Ier de deuxième partie consacrée à la « santé de la famille, de la mère et de l'enfant », de la partie règlementaire du Code de la santé publique. Consultable sur Légifrance [en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ (consulté le 08 juillet 2023).

[413] Patrick Castel et Magali Robelet mettent en avant le souci des médecins à de quantifier leur activité, c'est-à-dire de « mesurer et classer les faits anatomiques, chimiques, biologiques… ». La démarche d'objectivation a concerné en premier lieu le diagnostic, puis, plus progressivement, l'efficacité thérapeutique. Voir Patrick Castel et Magali Robelet, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2009, vol. 27, n° 3, p. 102.

[414] *Ibid.*, p. 100.

medecine[415] portée par « des groupes de médecins «innovateurs», proches des milieux de la recherche médicale, intégrant une expertise en statistique ou en épidémiologie »[416]. Si une partie des médecins et observateurs s'accordent sur la nécessité de ces recommandations « face à la multiplication des données scientifiques, à la complexification des cas traités mais aussi aux préoccupations de coûts, de transparence et de sécurité des soins »[417], les sociologues des professions étatsuniens qui ont étudié dès la décennie 1980 la diffusion de ces RPC et leurs effets sur la profession médicale, ont proposé deux analyses différentes : d'un côté, Eliot Freidson[418] met en avant une stratification accrue entre l'oligarchie médicale qui « [édicte] les règles de bonnes pratiques et ceux qui les appliquent »[419], mais avec une autonomie conservée, les recommandations étant rédigée par les médecins sans contrôle extérieur sur leurs pratiques ; d'autres auteurs en revanche, y voient une « déprofessionnalisation » de la médecine car les médecins fonderaient leurs décisions non plus « sur des jugements subjectifs mais déléguées à des techniques objectives et quantitatives »[420] – ce qui correspondrait donc à une perte d'autonomie.

Au-delà de cette différence d'interprétation, il semble plus approprié de proposer une autre perspective : le mouvement de rationalisation est un processus d'ordre négocié[421] dont l'État peut se saisir pour mettre en œuvre une politique de santé. Si l'on revient au champ périnatal, qui n'échappe pas à ce mouvement, la politique aux Pays-Bas de la sélection et de l'organisation du suivi prénatal fournit une bonne illustration. L'établissement dans les années

[415] Souvent désignée par le sigle EBM, elle se définit comme étant la « médecine fondée sur les preuves scientifiques de l'efficacité des traitements ». Elle est présentée « comme [étant] un complément ou un outil pour l'exercice du jugement clinique, plutôt qu'une alternative à ce dernier ». Voir *Ibid.*, p. 103.

[416] *Ibid.*

[417] *Ibid.*, p. 100.

[418] Eliot Freidson, « The Changing Nature of Professional Control », *Annual Review of Sociology*, 1984, vol. 10, p. 1-20 ; cité par P. Castel et M. Robelet, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? », art cit, p. 102.

[419] P. Castel et M. Robelet, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? », art cit, p. 101.

[420] *Ibid.*

[421] Le concept d'ordre négocié - forgé par Anselm Strauss, dont les écrits ont été traduits et rassemblés en 1992 par Isabelle Baszanger dans l'ouvrage « La trame de la négociation » - se veut ici correspondre au processus aboutissant à l'organisation de l'activité professionnelle d'acteurs appartenant à « [des] groupes et [des] segments professionnels déjà reconnus comme légitimes dans leur monde », ces acteurs entretenant des « liens d'interdépendance (...) essentiels à la production (...) des services ». Voir Florent Schepens, « Monde professionnel, places et ordre négocié », *Revue des sciences sociales*, 14 novembre 2019, n° 62, p. 24 ; Voir également F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 57-59 et 109-110.

1960 d'une liste d'indications obstétricales (la VIL, Verloskundige Indicatie List) afin de répondre à des critiques relatives à des résultats périnatals médiocres, a permis la survie d'une « pratique basée sur la prééminence de la physiologie »[422]. L'institutionnalisation de la VIL a été le support qui a défini la sélection entre physiologie et pathologie mais aussi la sélection du professionnel compétent, recoupant la division du travail entre le corps professionnel des sages-femmes – censées prendre en charge la physiologie – et celui des gynécologues-obstétriciens – à qui reviennent les situations pathologiques.

En France, la parution de RPC ou *guideline* s'amplifie à partir de la fin de la décennie 1990. Les RPC sont émises par l'instance étatique qu'est la HAS – antérieurement ANAES – et par les sociétés savantes professionnelles[423]. Pour la surveillance de la grossesse, la HAS a établi en 2007 un arbre décisionnel distinguant trois « parcours » de prise en charge basés sur une graduation des risques, en plus de la situation à bas risque – ou physiologique – nommée « suivi A » : la demande d'un avis (suivi A1), la mise en place d'un suivi partagé (suivi A2) ou encore la poursuite de la surveillance médicale par le gynécologue-obstétricien seulement (suivi B), selon la pathologie diagnostiquée[424]. Dans le même esprit que la VIL néerlandaise, on trouve à la fin de ces recommandations des tableaux listant facteurs de risques généraux (dont les risques psycho-sociaux), antécédents médicaux et pathologies, afin de trier à la fois les femmes et d'identifier les professionnels pouvant intervenir. Il existe cependant une différence majeure entre les deux modèles. Si aux Pays-Bas, la division du travail est assez stricte entre les professionnels, en France, sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues médicaux ont un champ de compétence semblable pour l'activité prénatale (les suivis A1 et A2), ce qui tient à l'enchevêtrement des compétences déjà évoquée. Par ailleurs, si les gynécologues-obstétriciens ont le monopole des suivis à haut risque (le suivi B), rien ne leur interdit de recevoir les femmes relevant d'un suivi A, le libre choix du professionnel – médecin ou sage-femme – appartenant à la patiente. Sur le plan pratique, la rationalisation des pratiques obstétricales se manifeste par la rédaction de protocoles de service qui

[422] Madeleine Akrich, « Comment la naissance vient aux femmes », France, 2012, p. 34.

[423] Comme déjà évoqué en introduction de ce chapitre, les sociétés savantes des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes sont respectivement le CNGOF et le CNSF.

[424] Les recommandations pour la pratique clinique émises par la HAS en 2007, actualisées en 2016, listent ces situations pathologiques et indiquent le type de suivi recommandé en termes de praticien (médecin ou sage-femme) et de typologie de maternité (I, II ou III), voir Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », art cit, p. 24-35.

déclinent certes des conduites à tenir adaptées au contexte local, mais sont de nos jours établis à partir des RPC. Nous verrons dans le chapitre 5 comment les sages-femmes de mon étude ont intégré l'utilisation de protocoles et recommandations dans leurs pratiques.

La délimitation du champ de compétence est donc un élément majeur du contexte dans lequel se construit la juridiction des sages-femmes. Cette caractéristique est totalement intégrée et évoquée spontanément dans le discours des sages-femmes de mon étude : « j'ai vraiment pleinement conscience de mes limites. » *(Laetitia, hospitalière, 10-20 ans de carrière)* ; « après je connais mes limites. Donc c'est vrai que quand je sais pas, je [le] dis. » *(Chloé, hospitalière, moins de 10 ans de carrière)*). Mais il faut insister : cette délimitation n'est pas strictement superposable à la frontière entre le normal et le pathologique. On saisit donc combien sont flous[425] ou en pointillé les contours de l'autonomie des sages-femmes françaises dans la surveillance des grossesses, tantôt pleinement autonomes, tantôt en position d'auxiliaires qui agissent sur prescription du médecin, selon la variabilité du niveau de risque de la situation.

b. *Une frontière mobile entre grossesses à bas et haut risque et le fait de pouvoir « passer la main »*

La question de la frontière entre le physiologique et le pathologique, et plus encore entre le bas et le haut risque, est évidemment centrale dans le système des professions travaillant dans le champ obstétrical. Cependant, en France, cette frontière théorique ne se traduit pas de manière factuelle par une division stricte du travail qui viendrait se superposer aux compétences attribuées aux différents corps professionnels. Ceci a pour conséquence de placer sages-femmes et médecins dans des antagonismes de concurrence – pouvant engendrer des conflits entre les deux professions – en ce qui concerne le suivi prénatal. C'est-à-dire que les deux corps professionnels sont « en compétition réglée » pour l'obtention du même « bien »[426], à savoir la patientèle des femmes enceintes présentant une grossesse à bas risque. En effet, contrairement à la codification rigoureuse qui existe par exemple aux

[425] La perspective d'ordre négocié de Strauss, exposé par Florent Champy, semble pouvoir être appliquée à l'analyse du contexte professionnel des sages-femmes. En effet, Champy explique que si les « règles partagées sont la clé du maintien d'un ordre indispensable (...), leur flou est nécessaire pour adapter l'activité aux circonstances. » Voir F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 58.

[426] Philippe Braud, *Sociologie politique*, 14e éd., Paris-La Defense, LGDJ, 2020, p. 69.

Pays Bas[427], la prise en charge des femmes enceintes dont la grossesse se déroule normalement n'est pas strictement dévolue aux sages-femmes en France : ces femmes peuvent être suivies par une sage-femme ou un médecin – généraliste ou spécialiste. Si le suivi des femmes présentant une grossesse à haut peut être considéré comme codifié, à la fois sur le plan juridique et sur le plan scientifique, la frontière entre les types de suivi selon les risques identifiés n'est pas si franche, puisque dans certaines situations que l'on peut qualifier d'intermédiaire, ou de « moyens » risques, sages-femmes et obstétriciens peuvent être amenés à réaliser un suivi partagé. Par ailleurs, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce chapitre, les sages-femmes libérales sont amenées à surveiller à domicile des patientes présentant une pathologie de la grossesse, activité prévue par le Code de la santé publique et apparentée à une délégation de tâche. La sage-femme n'est alors plus dans le registre d'un exercice médical autonome mais bien dans une posture d'auxiliaire médical, puisqu'elle exerce sur la prescription du médecin[428] et non plus sur sa propre prescription. Cet élément participe à maintenir la profession dans un « entre-deux ».

Une difficulté pour les sages-femmes réside dès lors dans le fait de « passer la main » ou de demander un avis. Certaines professionnelles expriment se trouver parfois dans l'embarras, qu'elles soient libérales ou hospitalières :

> « Si c'est moi qui fais un suivi de grossesse et qu'il faut que je réoriente vers un gynéco à l'hôpital, avoir les rendez-vous à l'hôpital, alors il faut pagayer *(Rire)*. (…) si on n'a pas de réseau, c'est très compliqué finalement » *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

> « Quand on découvre une pathologie, eh bien à la maternité, c'est pas toujours évident de la confier tout de suite aussi à l'obstétricien, (…) on fait un peu comme on peut. *(Rire)*. (…) c'est complètement paradoxal. On est au milieu de tout ça et… (…) il faut organiser assez rapidement une prise en charge, et pour autant, c'est compliqué (…) Et même si on sait ce qu'il faut faire, en fait voilà, les choses ne vont pas forcément se faire. Et ça,

[427] En 1941, le gouvernement néerlandais décide que seuls les soins réalisés par une sage-femme seraient remboursés sauf s'il n'y en a pas à proximité et si une raison médicale impose une prise en charge par un médecin, voir M. Akrich et B. Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes.*, *op. cit.*, p. 34.

[428] L'article du code de la Santé publique stipule que la sage-femme peut être amenée à pratiquer des soins à une patiente présentant une grossesse pathologique sur prescription d'un médecin.

(…) c'est vrai que c'est quelque chose qui me met en difficulté (…) Et ça prend du temps. » (*Eléonore, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

Pour surmonter cette difficulté, les sages-femmes insistent sur l'importance de construire un réseau de professionnels qu'elles pourront solliciter si elles diagnostiquent une situation pathologique :

« La prise en charge de mes consultations, elle est devenue très, très facile, aujourd'hui très abordable parce que je maîtrise mieux déjà le réseau. Je maîtrise mieux le… qui je dois appeler quand je dois appeler parce qu'au début, on se sent un peu seul. » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

« Vous avez vu que j'avais un réseau. J'ai toujours quelqu'un que je peux appeler pour toutes les situations. Je crois que la clé de notre boulot, nous, en PMI, c'est ça. C'est pouvoir avoir des personnes ressources que vous pouvez appeler pour tel ou tel truc. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

« J'ai quelques personnes avec qui j'aime bien travailler, je les appelle, ils prennent en charge. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

« Je vais demander à un gynéco avec qui j'ai relation ou des gens que je connais personnellement, éventuellement. » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Contrairement aux sages-femmes néerlandaises[429], les sages-femmes françaises ne sont pas – ou plus – limitées quant à l'utilisation d'instruments[430]. Elles sont également parvenues

[429] Aux Pays-Bas, les sages-femmes ne sont autorisées à utiliser qu'un faible nombre d'instrument, cette disposition étant propice à une division du travail plus stricte entre sages- femmes et obstétriciens, superposable au normal versus pathologique. Voir M. Akrich et B. Pasveer, *Comment la naissance vient aux femmes.*, *op. cit.*, p. 35.

[430] Les sages-femmes peuvent utiliser les instruments nécessaires à leur exercice. Il existait auparavant une liste d'instruments qu'elles étaient autorisées à utiliser, mais elle a été supprimé au début des années 2000. Voir *Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285/#LEGISCTA000006171285, art cit.

à intégrer dans leur juridiction un usage non restrictif d'outil technique, comme les analyses biologiques[431]. Une des enquêtées qui a fait ses études en Europe explique ainsi :

> « Quand je suis arrivée ici, j'ai compris quand même que ce n'est pas tout à fait pareil parce qu'une femme qui arrivait avec une toxémie[432], (…) moi j'avais appris à détecter qu'il y avait un problème, que c'était probablement une toxémie et à l'envoyer au gynéco point. Non mais mes collègues, elles savaient non seulement… et c'était sûr que c'est une toxémie. Elles savaient quel bilan il fallait faire pour être sûr. Elles étaient certes obligées d'appeler le gynéco mais elles savaient ce qu'il allait lui faire et elles pouvaient… à la limite, elles étaient prêtes à le faire. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

Dans son exemple, elle cite la prescription des examens complémentaires[433], mais celui de la pratique de l'échographie – entrée dans la juridiction des sages-femmes depuis 1986[434] – est également représentatif. En effet, l'activité de dépistage prénatal échographique illustre la position intermédiaire des sages-femmes. Plusieurs sages-femmes échographistes témoignent cette position n'est pas toujours évidente et compréhensible pour les femmes ou les couples :

> « J'essaie d'expliquer l'image que je vois. Par contre, moi, en tant que dépisteur, je n'ai pas le droit de poser un diagnostic. (…) moi, je suis là pour décrire et c'est ce que je fais avec les couples. Je décris et je leur explique qu'on va avoir une échographie, qu'on va refaire une échographie rapidement avec un référent pour voir l'évolution, pour savoir si c'est grave ou pas » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

---

[431] Les sages-femmes peuvent prescrire tous les examens complémentaires nécessaires à leur exercice depuis 2004. Auparavant, il existait aussi une liste mentionnant les examens qu'elles étaient autorisées à prescrire, définie par arrêté.

[432] La toxémie gravidique ou pré-éclampsie est une pathologie grave, se manifestant par un syndrôme multisystémique spécifique à la grossesse, caractérisé par l'apparition d'une hypertension artérielle (HTA) et d'une protéinurie (protéines dans les urines), pouvant survenir au troisième trimestre de la grossesse.

[433] A l'instar des instruments, les examens strictement nécessaires à l'exercice peuvent être prescrits par les sages-femmes, sachant qu'une liste existait aussi autrefois et qu'elle a été également supprimée au début du XXIe siècle. Voir *Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285/#LEGISCTA000006171285, art cit.

[434] Voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 134.

« Nous notre place de sage-femme, elle est délicate aussi parce qu'on est là pour dépister et qu'on ne peut pas diagnostiquer. Et donc du coup, on dit : « moi, ce que je vois n'est pas normal ». Et donc parce que je vois, je vois ça, je dois vous envoyer, je dois vous adresser chez un gynécologue. Et là, ils peuvent dire : « mais dites-nous ». C'est… enfin… et du coup de pas pouvoir poser le diagnostic aussi, c'est délicat quand même » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Dans un contexte où l'« évènement grossesse » est envisagé de manière quasi-consensuelle, selon l'idéologie médicale dominante, non pas comme un processus physiologique par défaut mais comme potentiellement à risque, la catégorisation des situations, opérée par les professionnels de la naissance en France, est fondée sur une dichotomie entre présence de pathologie versus son absence[435], qui détermine les modalités de surveillance. Danièle Carricaburu a montré que les différentes conceptions du « bas risque » revêtaient des enjeux politiques concernant l'offre de soin obstétrical et le développement de nouvelles structures. En effet, ces enjeux se traduisent, d'un côté par la recherche de légitimation de lieux d'accouchement moins technicisés – les maisons de naissance[436] – qui participeraient au développement de la juridiction des sages-femmes, et de l'autre par la défense de l'offre actuelle technicisée promue par les obstétriciens – et donc de leur propre juridiction. En revanche, tous les professionnels interrogés par Danièle Carricaburu s'accordent à considérer « le « bas risque » (…) [comme] une catégorie [non] stable, c'est-à-dire qu'au niveau individuel, l'évaluation du risque a besoin d'être périodiquement actualisée pour continuer à être opératoire »[437], quelle que soit leur conception du « bas risque ». L'idéologie médicale de l'omniprésence du risque a ainsi rendu évident la nécessité d'une surveillance régulière médicalisée et technicisée de la grossesse, s'inscrivant « dans l'évolution biomédicale, telle que nous la connaissons depuis cinq

[435] Le « bas risque » se définit dans ce cas dans un mode de raisonnement par « exclusion ». Voir D. Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical », art cit, p. 131.

[436] Depuis la publication du texte de Danièle Carricaburu en 2007, l' « expérimentation » des maisons de naissance a vu le jour, a été évaluée et a abouti à l'inscription de ces structures de manière pérenne dans l'offre de soin, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, avec une mise en application permise par le décret 2021-1526 du 26 novembre 2021. Les maisons de naissance, structures exclusivement tenues par des sages-femmes libérales, répondent à la demande des usagères de prise en charge de la naissance « dé-technicisée » de la naissance.

[437] D. Carricaburu, « De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical », art cit, p. 132.

décennies et qui constitue le contexte de formation et d'exercice qu'ont connu les professionnels concernés »[438], ceux-ci pouvant s'interroger quant à l'existence réelle du « bas risque », comme en témoigne cette sage-femme :

> « J'étais étonnée quand même, des patientes qui vont bien du début jusqu'à la fin de la grossesse, (…) il y en a pas tant que ça en fait. A chaque fois, on découvre des choses qui compliquent un petit peu la prise en charge, et c'est ce qui me fait dire qu'il y a jamais de consultation simple en fait. (…) Il y a toujours un risque. » *(Eléonore, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*.

Cette interrogation est majeure puisqu'elle questionne *de facto* la place de la sage-femme dans le dispositif de surveillance d'une part, de son champ de compétences d'autre part, et donc des mutations de sa juridiction. Danièle Carricaburu a montré enfin que le « bas risque » était défini par un certain nombre de professionnels – appartenant aux différentes formations professionnelles – dans une conception par « inclusion », c'est-à-dire relevant d'un processus physiologique avant tout. Si on transpose l'analyse de Danièle Carricaburu sur les structures d'accouchement à l'activité de suivi prénatal, les enjeux autour de la définition de « bas risque » apparaissent similaires en termes de lutte entre les professions voisines pour étendre ou conserver leur juridiction.

c. *Les sages-femmes et le risque médico-légal*

La responsabilité médico-légale de la sage-femme devant un tribunal est un argument souvent repris par la profession pour affirmer son caractère médical ou refuser l'imposition de certaine pratique[439]. La perception du risque médico-légal est une question qui a été abordée dès les premiers entretiens. Les sages-femmes y prêtent une importance variable :

> « Un poids qui est là, une épée de Damoclès un peu. Je suis prudente. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

[438] *Ibid.*, p. 133.

[439] Danièle Carricaburu rapporte le refus de certaines professionnelles en 1987, de pratiquer la réinjection de produit anesthésiant dans le cadre de l'anesthésie péridurale, « mettant en avant leur statut médical qui, à la différence de celui des infirmières, leur fait porter la responsabilité juridique de leurs actes, même en cas de délégation par un médecin », voir D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 288.

« Franchement j'y pense pas trop. (Rire). Non. J'ai pas envie de travailler comme ça en fait (…) je travaille pas avec cette épée au-dessus de la tête » *(Solène, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Certaines prêtent au risque médico-légal des vertus, en particulier l'incitation à davantage de réflexivité dans l'exercice :

« C'est un support, il faut s'y appuyer dessus (…). Après, je pense que c'est quelque chose qui sert aussi à nous protéger (…) » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

« [Le poids du médico-légal est] en fait assez… pas lourd parce qu'il faut qu'il soit là. Mais assez anxiogène (…) ça rajoute une pression (…) on peut (…) se sentir facilement seule en exercice libéral, face à certaines situations. Et c'est vrai qu'il faut tout le temps trouver le juste milieu entre ne pas demander un avis secondaire pour rien et en même temps ne pas rester trop le cul entre deux chaises. (…) Donc c'est plus le fait que ça te fait cogiter *(Rire)*. (…) Et en fait c'est trouver le juste milieu entre trop stresser sur le médico-légal, il faut absolument demander un avis. Et en même temps pas être trop cool et laisser écouler certaines choses. » *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

Les praticiennes insistent aussi sur l'importance d'informer les femmes et de justifier par écrit dans le dossier que l'information a été transmise :

« Je note en fait tout. Même quand elles viennent pas en consultation, je note » *(Solène, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

« Toujours toujours pouvoir informer et écrire aussi ce qu'on dit parce que ça pourrait nous être reproché : « Oui mais vous m'avez pas dit qu'il fallait aller chez l'endocrino. Vous m'avez pas dit qu'il fallait aller chez le gynéco ou quoi. » Donc du coup, voilà, c'est informer et écrire. Et puis après c'est [la femme] … c'est son choix [d'y aller ou pas] » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Cette même sage-femme expose en même temps le contre-sens d'une attention hypertrophiée au risque médico-légal qui peut réifier la femme enceinte et engendrer des prises en charge standardisées, effaçant la patiente et ses attentes :

« Le médico-légal, j'avoue qu'il est bien sûr présent dans un coin de ma tête forcément (…) on a tous peur du médico-légal. De toute façon on sait que ça peut… que voilà. Mais comment fonctionner, comment travailler en mettant la femme au centre et pas le médico-légal (…) au centre ? Parce qu'il y a trop trop de professionnels de santé qui mettent le médico-légal au centre » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*.

Le risque médico-légal est un élément contextuel majeur pour saisir la construction de la juridiction des sages-femmes. Ce risque recouvre plusieurs aspects, énoncés par les sages-femmes que j'ai rencontrées. On peut distinguer principalement deux risques, en rapport avec les deux codifications exposée : la nécessité de respecter le champ de compétences – et donc la distinction théorique entre physiologie et pathologie – liée à la codification juridique d'une part, et la responsabilité des actes et des soins prodigués, en référence à la codification scientifique d'autre part.

En lien avec le premier risque, un article du Code de déontologie des sages-femmes est consacré au devoir de respecter de ce champ de compétences : « Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités »[440]. Le respect du champ de compétences est connu par les sages-femmes interrogées :

« Le médico-légal…et bien c'est savoir où déjà la profession de sage-femme s'arrête. » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

« Dès que ça dépasse mon champ de compétence, je ne suis plus autonome. Mais par contre, je sais très bien à quelle porte aller frapper pour orienter les patientes (…). Là, je sais que le médicolégal, il existe. C'est-à-dire que si j'ai une patiente pathologique et je ne l'oriente pas, je sais que je ne fais pas mon job. » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

[440] Article R4127-313. Voir *Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127-301 à R4127-367) - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/, art cit.

« Je suis pas là pour faire… pour jouer la plus forte (…) je suis pas médecin ; je suis pas médecin donc (…) je passe la main ou demande avis facilement. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

La délimitation du champ de compétence des sages-femmes par le risque médico-légal est d'ailleurs régulièrement rappelée par les praticiennes aux patientes pour justifier le refus de répondre à certaines demandes de prescription, comme en témoignent certaines libérales :

« C'est vrai que des fois les patientes nous demandent des choses, je me retranche quand même souvent derrière [le médico-légal]. Beaucoup pour les prescriptions (…) je suis quelqu'un qui aurait tendance à avoir beaucoup de parapluies (…) je vais pas prendre de risque, ça c'est clair, ça c'est sûr, j'ai conscience de tout ça, je sais ce que je peux faire, ce que je peux pas faire et ça, je le mets toujours en avant » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

« Les patientes parfois nous prennent pour des médecins généralistes en fait. Du coup, comme on est leur référent pour la grossesse, elles oublient qu'on est des spécialistes de la gynéco et qu'une angine, une grippe (…) je vais pouvoir voir l'impact que ça peut avoir sur le bébé et deux, trois petites choses mais je suis pas médecin gé (…) Je suis pas docteur *(Rire)* » *(Pauline, moins de 10 de carrière, sage-femme libérale)*

Si des études ont montré que les représentations sur les compétences de genre faisaient que des hommes sage-femmes étaient parfois appeler « docteur »[441], dans les cas présentés ici, la confusion provient de la nature et du contexte de l'activité de consultation, et s'observe peut-être plus particulièrement en libéral. Ceci étant, les praticiennes s'efforcent d'expliquer à leurs patientes, quel est leur domaine de compétence, comme l'indique le témoignage suivant :

« (…) c'est souvent que ça revienne quand même à mes consultations, « je ne suis que sage-femme ». D'abord les gens rentrent, des fois ils t'appellent docteur alors bon, c'est pas méchant. Mais il faut recaler les choses, je leur dis attention. « Vous pouvez pas me prescrire ça et vous pouvez pas me faire ci », je dis « Écoutez, voilà, moi je suis sage-femme, je fais de la physiologie », (…) des gens ne comprennent pas trop la limite entre

[441] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 173.

finalement la physiologie et pathologie et dès qu'il y a un problème, d'ailleurs je leur explique en début de suivi que s'il y a la moindre chose qui est anormale, ce n'est plus de mon ressort et à ce moment-là, je passe la main ou on fait un travail conjoint avec le médecin (…) je leur explique ce que la sage-femme a le droit de faire et ce qu'elle a pas le droit de faire. (…) il faut que ce soit clair. Parce qu'après… [on peut être en difficulté]. *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale).*

Le second risque est celui de la responsabilité des actes. Elle est essentiellement évoquée vis-à-vis de l'acte technique qu'est l'échographie, par les sages-femmes échographistes mais aussi celles qui ne le sont pas :

« Ce risque médicolégal, il est omniprésent plus que jamais, plus que jamais. Il est toujours là, (…) je vous parle de monsieur le juge » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

« (…) le médicolégal dans les consultations prénatales, moi, j'y suis moins confrontée que les sages-femmes qui font de l'échographie, je pense » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière).*

Il est intéressant de noter qu'à la question portant sur la définition du risque en général, une des sage-femmes échographistes a immédiatement parlé du risque médico-légal, se référant à la peur de « louper quelque chose ». L'activité d'échographie est perçue comme plus risquée sur le plan médico-légal que la pratique des accouchements :

« Le jour où j'ai fait mon premier compte-rendu, j'ai signé en tremblant (…) j'avais jamais eu cette pression médicolégale en salle » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Elle décrit sa perception du risque médico-légal et la façon dont elle l'appréhende selon les tâches d'activité qu'elle a pu réaliser :

« Le paradoxe dans lequel je suis actuellement, c'est que quand j'étais en salle [d'accouchement] à tout moment, je risquais de tuer une mère ou un enfant. Et pourtant, j'avais jamais peur d'aller devant le juge. Et maintenant, je risque de faire de mal à personne et pourtant, je me suis jamais sentie aussi vulnérable juridiquement parlant que maintenant » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

La gravité du risque encouru par la femme et l'enfant (potentiellement la mort au cours de l'accouchement en salle de naissance vs « rien » au cours de l'examen échographique) est dissociée de la perception du risque médico-légal et de son importance selon la tâche réalisée. Selon Vanessa, l'importance plus grande donnée au « risque échographie » par rapport au « risque décès » en salle de naissance relève de la maîtrise de la tâche conférée par l'expérience. D'autres facteurs doivent certainement influencer cette perception, dont les décisions judiciaires[442]. Une hypothèse qui mériterait d'être vérifiée, peut être que la reconnaissance par les médecins (le chef de service) du caractère médical des compétences des sages-femmes sur une activité technique autrefois réservée aux obstétriciens modifierait chez les praticiennes la perception de leur responsabilité :

> « Je pense que maintenant, il *(le chef de service)* nous fait même plus confiance que d'autres médecins, donc on a fait nos preuves, du coup, je suis contente » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière).*

Dans ce cas précis, le fait de pratiquer une activité technique similaire à celle des médecins confèrerait à la sage-femme une plus grande responsabilité et donc une appréhension majorée face au risque médico-légal. Le « risque échographique » est concrètement matérialisé par les clichés échographiques – opposables – comme le suggèrent ces sages-femmes :

> « Je n'avais pas beaucoup conscience [du risque médico-légal] avant de faire de l'écho, même si on y pense, mais depuis que je fais de l'écho, ça… j'y pense de plus en plus, et puis je me dis : « Voilà, c'est comme une pratique qui est assurée, heureusement, on est assuré. » Mais c'est vrai que j'y pense beaucoup, et surtout quand j'édite mes clichés (…) je les sélectionne » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

> « Même si c'est pas obligatoire, je fournis pour chaque élément de mon compte-rendu une image (…) [si] j'ai pas l'image de ce que j'avance, c'est ma parole contre rien (…)

[442] Suite à l'arrêt « Perruche » rendu en 2000, les échographistes ont fait pression sur le législateur en menaçant de faire grève dès le 1er janvier 2002. Ainsi, une disposition « anti-Perruche » a été introduite dans la loi du 4 mars 2002, qui indique que seul le préjudice des parents est réparable. Voir Ghislaine Issenhuth-Scharly, « Chapitre 5. Les fondements de la responsabilité médicale en droit français interrogés par l'arrêt "Perruche" » dans Dominique Manaï-Wehrli, Claudine Burton-Jeangros, Claudine et Bernice Elger (eds.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, Berne, Stämpfli, 2010, p. 139-168.

donc j'aime bien faire les images, (…). Ça me protège (…) » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

On note des logiques opposées concernant la perception de l'importance de la preuve technique de l'examen, les clichés. La peur du risque médico-légal dans l'activité de dépistage prénatal amène les professionnelles à choisir une rhétorique de prudence :

« Le poids [du médico-légal] est quand même assez important mais quand… et puis à la fin (..) de l'examen, je leur dis pas que tout est normal. Je leur dis que tout est dans la norme de ce que je suis censée voir, voilà, je leur dis pas : « C'est sûr, tout va bien. » Je fais attention à ce que je dis » *(Laetitia, 10-20 ans de carrière, hospitalière*)

« Je dis toujours, toujours aux dames : « Tout ce que j'ai vu aujourd'hui est sans particularité » » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*.

Pour finir, la mobilité de la frontière entre physiologie et pathologie peut biaiser l'appréciation du risque médico-légal et affecter le travail, surtout dans l'activité de consultation prénatale où les praticiennes utilisent la technique pour faire du dépistage. La théorie voudrait que, lorsqu'une sage-femme dépiste chez une patiente un risque de situation pathologique, elle l'adresse à un médecin spécialiste pour avis. En pratique, la division du travail n'est pas aussi tranchée, comme en témoigne la praticienne suivante :

« il y avait retard de croissance intra-utérin, et (…) je l'ai renvoyée pour faire une estimation de poids fœtal (…). Bon après, c'est une sage-femme de l'hôpital qui l'a prise en charge » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Dans ce cas précis, la sage-femme, qui a développé une expertise en échographie, a-t-elle dépassé ses compétences ? La réponse est *a priori* non si elle respecte, après avoir réalisé l'examen échographique, l'obligation d'orienter la patiente vers un obstétricien. L'exemple suggère que la tendance au développement d'une forme de spécialisation contribuerait à la segmentation de la profession maïeutique dans l'activité de consultation. A bien des égards, le fait d'outrepasser ses compétences se pose, pour les sages-femmes du XXIe, rappelle la

situation dans laquelle les sages-femmes du XIXe y étaient « matériellement contraintes »[443] notamment parce qu'elles étaient « sollicitées par les familles »[444]. Dans certains contextes locaux[445], où l'expertise technique est détenue par une sage-femme faute d'obstétriciens formés, celle-ci peut avoir une activité *border line*, comme le rapporte Chloé, sage-femme échographiste, dans l'extrait suivant :

> « Je dépasse [mes compétences] quand je… par exemple sur la pathologie. Où c'est vrai qu'ici quand j'appelle le gynéco pour lui dire : « j'ai de la pathologie, (…) il faudrait que vous voyiez la patiente ». Il me dit : « (…) tu gères le dossier puis on en reparle après ». Là, je me sens un peu seule, clairement. Donc je sais ce qu'il y a à faire. Donc je fais tout, mais il y a des moments, je me sens pas très en sécurité. Donc après je marque tout ce que les médecins me disent quoi (…) après c'est moi qui leur programme le rendez-vous de toute façon avec le gynéco et la patiente. Je leur dis : « demain vous avez rendez-vous avec le gynéco. Il est pas au courant mais c'est pas grave. » Du coup je lui dis que je peux pas la voir. Mais voilà, j'explique à la patiente que moi j'ai certaines compétences et qu'après j'ai mes limites et que je peux pas aller au-delà. Que je veux aller un peu au-delà. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Finalement, l'enjeu de la responsabilité juridique des sages-femmes face au manque de reconnaissance confirme l'analyse de la position de la profession dans un « entre-deux », comme le montrent les propos suivants :

> « Ah mais le juge, il me mettra au pilori, au même titre que n'importe qui d'autre *(rire)*. A ce moment-là, je serais pas le cul entre deux chaises, je serais complètement accrochée haut et court *(rire)*. Mais oui, mais oui, mais elle est là… mais elle est là la situation bâtarde. C'est que d'un côté, vous avez tous les problèmes médicolégaux, entre guillemets, des

[443] Olivier Faure fait référence à l'usage du forceps toléré mais en présence d'un médecin. Celui-ci pouvait mettre du temps à arriver, nous l'avons vu surtout dans les départements ruraux, et l'urgence de la situation poussait les sages-femmes à agir sans qu'il soit présent. Voir O. Faure, « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté », art cit, p. 168; 173 ; Nathalie Sage-Pranchère expose le dilemne des sages-femmes à la fin du XIXe siècle de ne plus pouvoir intervenir depuis le durcissement de la loi de 1892, interdisant strictement aux sages-femmes l'usage de cet instrument et le risque de mort de l'enfant sans intervention rapide. Voir N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 168-170.

[444] O. Faure, « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté », art cit, p. 168.

[445] Cet aspect sera développé à la fin de ce chapitre.

risques énormes. Et puis de l'autre côté, vous n'avez pas la confiance. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

B. L'hétérogénéité des conditions d'exercice, des contextes locaux, et leurs effets sur les relations interprofessionnelles et le territoire professionnel des sages-femmes

Après avoir brossé le contexte de travail des sages-femmes, nous pouvons nous demander comment la profession maïeutique parvient à négocier et construire localement le contrôle d'une activité particulière – le suivi prénatal – de sa juridiction. Quels effets ont les différents cadres institutionnels, saisis comme des « auditoires »[446] – sur leur pratique ? Cette seconde partie s'appuiera sur la perspective du système des professions comme « écologies liées » développée par Andrew Abbott[447], et principalement sur l'analyse des effets des interactions avec la profession voisine, les gynécologues-obstétriciens, avec qui la profession maïeutique entretient des « liens de juridiction », sur la pratique de l'activité de suivi de grossesse. Il s'agira de mettre l'accent sur les spécificités du mode d'exercice (salarié ou libéral), ainsi que sur l'obtention du contrôle de certaines « tâches » par des sages-femmes, dans un contexte local bien particulier[448].

Les lieux d'exercice impliquent des statuts différents qui ont des effets sur les conditions de travail et les relations entre les acteurs. J'ai choisi de présenter cette écologie selon le gradient des contraintes théoriques conférées par le statut des agents, lequel est susceptible d'impacter tout particulièrement leur autonomie d'exercice. Nous verrons d'abord le contexte hospitalier, la forme d'exercice la plus soumise à la hiérarchie à la fois médicale et administrative[449], et qui demeure par ailleurs le secteur majoritaire d'exercice. Même si les sages-femmes sont salariées et ont un supérieur hiérarchique, l'autonomie est plus grande dans le secteur de la PMI, car la présence médicale est beaucoup plus abstraite, du moins dans

[446] Voir A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit, p. 2.

[447] A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*

[448] Il s'agira de saisir quelques évènements remarquables relevés sur le terrain qui ont pu se produire en raison du contexte particulier du lieu de travail, illustrant la thèse d' « écologies liées » formulée par Andrew Abbott. Voir A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit, p. 2.

[449] Florent Champy cite l'analyse d'Eliot Freidson (« La profession médicale » 1970) pour qui « la réalité de l'hôpital réside (...) dans la coexistence de deux hiérarchies concurrentes, respectivement administrative et médicale ». Voir F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 61.

le travail quotidien. Nous verrons que l'activité de la sage-femme de PMI se différencie par l'aspect particulier de sa sphère de travail : la prise en charge de femmes nécessitant un accompagnement social, en plus de la surveillance médicale, spécificité qui confère *in fine* une autonomie réelle. Nous aborderons enfin le secteur libéral, mode d'exercice prépondérant jusqu'à la décennie 1970, et qui bénéficie de la plus grande autonomie d'exercice en théorie. Les libérales doivent néanmoins composer avec les effets de concurrence et de collaboration, ce qui influe sur leur autonomie réelle. En effet, les sages-femmes sont de plus en plus nombreuses à choisir à nouveau ce type d'exercice : une sur trois en 2020[450] - il faut remonter à 1974 pour avoir une proportion équivalente[451], l'augmentation progressive des effectifs de sages-femmes ayant bénéficiée majoritairement au secteur hospitalier entre 1975 et le début des années 2000[452]. Je montrerai combien le contexte local et la particularité de ses acteurs modulent les relations professionnelles.

1. L'exercice salarié comme contexte de travail

a. *La prégnance du rapport dominant/dominé entre médecins et sages-femmes et de l'autorité administrative à l'hôpital*

La division du travail à l'hôpital entre les médecins et les sages-femmes s'est façonnée à partir du début du XXe siècle, en même temps que l'institution hospitalière s'imposait comme lieu de l'innovation scientifique médicale. L'hôpital est le lieu où le pouvoir médical s'exprime le plus directement. Le contexte de l'activité de suivi de grossesse diffère de celui de la salle de naissance par sa forme, qui est le colloque singulier, et donc par le fait que l'obstétricien ne vient pas s'enquérir du déroulement de la consultation prénatale, contrairement à ce qui peut s'observer dans un bloc obstétrical. Le rapport dominant/dominé est néanmoins présent, mais observable moins directement, et sous différentes formes. Dans l'étude quantitative descriptive réalisée pour l'obtention du diplôme de cadre sage-femme en 2010, j'avais cherché à saisir comment l'activité de consultation prénatale réalisée par des

[450] ONDPS, *Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions*, *op. cit.*, p. 32.

[451] Selon les sources INSERM de 1984 consultées par Yvonne Knibiehler, la part des sages-femmes exerçant en libéral était de 28 % en 1974 (2 345 sur un effectif total de 8 374), de 20,9% de la profession en 1980 (soit 1 774 praticiennes) et de 10,3% en 1993 (soit 1 182 libérales). Voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 66-67.

[452] La proportion de sage-femme libérale a augmenté de 7% par an entre 2000 et 2010, voir Marie Cavillon, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Etudes et Résultats*, mars 2012, n° 791, p. 1.

sages-femmes s'était développée dans dix-huit maternités publiques françaises. Les résultats montraient que cette activité avait été mise en place à la suite de la demande non seulement des sages-femmes mais aussi des obstétriciens. Les réponses d'un chef de pôle d'une maternité de type III illustrent parfaitement « une division du travail mouvante »[453] contrôlée par la profession dominante, agissant selon « ses intérêts du moment »[454]. À propos de la collaboration entre obstétriciens et sages-femmes, ce chef de pôle confirmé *(32 ans de carrière)* se déclare « très satisfait », ajoutant en commentaires : *« si la sage-femme connait son métier, ses limites, est disciplinée et intelligente ! ça fait beaucoup de chose* » ; mieux, le développement de la consultation sage-femme a permis de *« [soulager] les médecins »* et dans son cas, d'avoir une augmentation de son activité chirurgicale entre autres.

La domination des médecins se manifeste également dans les interactions avec les sages-femmes qui les sollicitent pour la prise en charge d'une situation, par une attitude qui incite les praticiennes à se sentir redevables d'une faveur qui leur serait accordée, comme en témoigne une sage-femme :

> « Certains médecins (…) font un peu de l'abus de position mais c'est pas mon patron, c'est pas eux mes patrons. Pour moi, ce qui est intéressant pour une patiente, c'est que sages-femmes et médecins travaillent en bon entendement. On a nos champs de compétences. Il est dépassé, on les oriente. C'est eux qui prennent en charge. Personne ne pique le travail de personne. Mais certains médecins n'ont pas compris ça et malheureusement je sais leur répondre et il y a souvent de petits frottements, de petites frictions (…) Quand un médecin me répond qu'il fait ça pour moi, il va bien vouloir accéder à ma demande (…) *(sous-entend qu'elle répond)* « c'est pas pour moi, c'est les dames que je vous envoie que vous traitez, que vous suivez. C'est pas moi ! » (…) Pas tous mais certains ont ce comportement un peu… un peu chef scout un peu désagréable, je trouve (…) Comme on a tous les deux, les médecins et sages-femmes des postes à responsabilité, bah, des fois, ça chauffe un peu. » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

[453] D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, *op. cit.*, p. 71.

[454] *Ibid.*

Cette sage-femme insiste en retour sur l'absence de lien de subordination hiérarchique[455] avec les médecins et souligne leur responsabilité semblable, deux professions médicales sur le plan légal.

La domination médicale peut encore s'exprimer dans la structure hospitalo-universitaire par un contrôle des compétences. Deux sages-femmes (Laetitia et Vanessa) rapportent une expérience de vérification de leurs clichés d'échographie par le chef de service au début de leur prise de poste. Laetitia affirme que ce contrôle ne l'affecte pas et met en avant la définition stricte de son rôle de dépistage dans l'utilisation de la technique échographique :

> « Je suis assez à l'aise avec ça parce que je me dis que si on regarde mes dossiers, bon, grand bien leur fasse en fin de compte, mais ça me… comment dire, ça me touche pas plus que ça parce que oui, je me sens autonome dans ma pratique. Si j'ai besoin de quelqu'un, je sais reconnaître mes limites puisqu'on est là, comme quand il y a une anomalie où j'explique aux gens que je vais leur faire du dépistage, donc si je dépiste quelque chose, je passe la main à quelqu'un qui fait de la pathologie, en plus on est sage-femme, donc j'ai aucun problème avec ça. Après, si on veut regarder mes images, ben qu'ils regardent mes images. » (*Laetitia, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Elle cherche même à relativiser ce contrôle en indiquant qu'elle est amenée elle aussi à regarder les clichés antérieurs réalisés par d'autres échographistes – sages-femmes ou gynécologues-obstétriciens – dans le cadre de sa pratique :

> « on regarde aussi les leurs, puisque moi, j'aime bien regarder ce qu'ont vu les gens avant moi pour savoir à peu près à quoi je m'attends. » *(Laetitia, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

On le voit, la démarche est cependant bien différente dans les deux cas. D'un côté, le contrôle effectué par un médecin doit déterminer si la sage-femme est à la hauteur des compétences techniques attendues, donc au fond digne de confiance pour la réalisation des

[455] Les médecins « ne sont pas intégrés dans une ligne hiérarchique claire » du fait de leur statut particulier de praticien hospitalier. Ils ne sont pas fonctionnaires et donc ne sont pas "hiérarchiquement soumis aux dirigeants centraux, contrairement au personnel « non médical » qui regroupent tous les fonctionnaires d'un hôpital (soignants et non soignants), y compris les sages-femmes dont le statut appartient à la fonction publique hospitalière. Voir N. Belorgey, « Nouvelle gestion publique et professions hospitalières », art cit, p. 675.

échographies de dépistage. De l'autre, la sage-femme regarde les clichés effectués au cours des examens précédents pour assurer la continuité de la prise en charge de la patiente et adapter éventuellement l'examen du jour.

Vanessa, l'autre sage-femme échographiste du CHU, a beaucoup moins bien perçu son début de pratique de l'échographie, déplorant « une position inconfortable » des sages-femmes et un sentiment de déconsidération :

> « Comme on était sage-femme, on était des sous-échographistes clairement (…) au début, on le suspectait de regarder nos images après coup. Et un jour, il a été très honnête avec nous dans une réunion, il a dit (…) : « Ne vous inquiétez pas, je vous fais pleinement confiance maintenant. Je regarde vos images, elles sont de bonne qualité » (rire). Et du coup-là, c'était clair et net, donc il ne nous faisait pas confiance. » *(Vanessa, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

Cette sage-femme souligne d'ailleurs un traitement inégal : elle rapporte un cas où il manque des clichés – qui auraient dû être réalisés selon les recommandations du CFEF[456] – de l'échographie d'une patiente, précédemment réalisée par un médecin, en déclarant :

> « On nous vérifie et on vérifie pas les copains ! » *(Vanessa, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*.

Face au pouvoir médical, la réaction des professionnelles est assez pragmatique. Les deux sages-femmes témoignent d'une forme d'intégration de ce fait et de leur adaptation, en le minimisant ou en essayant d'en tirer profit. En effet, l'une recontextualise l'autorité exercée par les médecins dans l'institution hospitalière en valorisant sa propre responsabilité médico-légale, et minimise ainsi les effet du comportement du chef de service :

> « Pour moi, le responsable des échographies, il a une autorité on va dire… comment dire, un peu fonctionnelle, etc., mais en aucun cas, il doit me dire ce que j'ai à faire ou pas, ou si c'est valable ou si ça l'est pas. J'ai ma responsabilité propre, donc bon, il me dit ce qu'il veut… voilà. (…) Je vais pas m'amuser à ça quoi, non, non, moi, ça me perturbe

[456] Le Collège Français d'Échographie Fœtale.

pas du tout. Attention hein, je ne me sens pas au-dessus de ce que je suis, je suis juste à ma place quoi, voilà, c'est tout. (Rire). » *(Laetitia, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

La seconde tente de tirer un avantage de la situation. Son premier argument est l'acquisition d'un haut degré de dextérité technique, affirmant que :

« (…) c'est un mal pour un bien (…). Parce que nous, on est en train d'acquérir (…) un niveau qu'on pensait pas du tout avoir (…). Pourquoi ? Parce qu'on sait qu'on est épiées et parce qu'on veut fournir de belles images. » *(Vanessa, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

Même si elle se réjouit d'avoir gagné la confiance du chef de service (« je pense que maintenant, il nous fait même plus confiance que d'autres médecins, donc on a fait nos preuves, du coup, je suis contente »), elle insiste sur le traitement différencié des échographistes selon le corps professionnel :

« Si une autre sage-femme arrivait, elle serait comme nous, (…) au pied du mur, à être épiée… Alors que n'importe quel autre médecin qui arrivera ne le sera pas. C'est pour ça que je dis, on est toujours dans cette situation un peu… où il faut toujours faire ses preuves » *(Vanessa, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*.

Le second argument mis en avant par Vanessa est une conséquence du premier : en obtenant la confiance du chef de service, les sages-femmes échographistes ont également acquis une autonomie organisationnelle et pu déterminer elles-mêmes, avec l'appui du chef de service, la durée des rendez-vous selon l'objectif de l'examen[457] ainsi que le temps qu'elles estimaient nécessaire pour sa réalisation :

« Je me suis jamais sentie aussi autonome que depuis que je fais de l'écho ; là je fais ce que je veux, je gère mes rendez-vous comme je veux et le chef de service nous a donné carte blanche pour mettre les créneaux. » *(Vanessa, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

[457] Selon le moment où est réalisé l'échographie ou son objectif (comme un contrôle de la croissance fœtale par exemple), les rendez-vous ont une durée allant de 15 minutes pour une échographie en début de grossesse pour la datation de celle-ci à 45 minutes pour l'échographie du deuxième trimestre qui nécessite notamment la réalisation d'un examen morphologique complet du fœtus.

La domination des médecins peut s'exprimer enfin « physiquement », par l'occupation des lieux :

> « Au début, on se faisait chasser de nos salles parce qu'on avait des bons appareils dans telle ou telle salle. Non mais on a vécu des choses difficiles. » *(Vanessa, hospitalière, 10-20 ans de carrière)*

Au cours de mon enquête, j'ai d'ailleurs pu observer deux situations illustrant la toute-puissance des « maîtres des lieux ». Dans les deux structures hospitalières étudiées, un obstétricien est entré dans la salle de consultation qu'occupait la sage-femme avec une patiente sans frapper à la porte, sans saluer, sans s'excuser, sans même prononcer un seul mot, et sans manifestation de gêne. À ma grande surprise, aucune des deux sages-femmes n'a eu l'air étonné. L'une a continué sa consultation en présentant le médecin qui venait d'entrer et sortir ; elle m'a confié ensuite que l'obstétricien en question agissait ainsi régulièrement. La seconde s'est simplement levée après le départ du médecin (venu chercher du matériel), a fermé le verrou de la porte, et continué sa consultation.

Cependant, si les obstétriciens cherchent à imposer leur pouvoir aux sages-femmes, celui relève du « pouvoir d'influence ». Il n'en est pas de même pour le pouvoir administratif qui est lui de l'ordre de « l'injonction ». L'autorité administrative est transmise par les sages-femmes coordinatrices – autrefois appelées surveillantes ou encore cadres – dans l'organisation des maternités, même si elles sont dépourvues d'autorité hiérarchique depuis 2014 (cf supra). Ayant longtemps dirigé les maternités sur le plan des ressources humaines et matérielles, et en position d'intermédiaires entre la direction administrative et les équipes soignantes, elles demeurent aujourd'hui des acteurs majeurs dans la gestion opérationnelle mais aussi stratégique[458] des services de gynécologie-obstétrique, et conservent une autorité fonctionnelle, au même titre que le chef de service, voire le chef de pôle si elles occupent la fonction d' « assistante » de pôle ou cadre de pôle.

Les contraintes organisationnelles concernent tout d'abord la durée des rendez-vous de consultation. A l'hôpital, une consultation de suivi de grossesse doit durer entre 20 minutes

[458] *INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2015/237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé. - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39844, art cit.

(CH de Métroville) et 30 minutes (CH de Grandeville). En contradiction avec le Code de déontologie selon lequel « la sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » et « la rémunération de la sage-femme ne peut être fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou sur tout autre critère qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de l'indépendance professionnelle de la sage-femme ou une atteinte à la qualité des soins »[459], l'organisation de l'activité prénatale à l'hôpital est évaluée en termes de volume d'acte et sa rentabilité est analysée. Mon expérience en tant que cadre sage-femme (puis sage-femme coordinatrice), permet d'illustrer ce fait. A l'issue de ma formation de cadre sage-femme, un de mes objectifs était de mettre en place une activité de consultation prénatale sage-femme. J'ai d'abord saisi l'opportunité de la situation particulière d'une des sages-femmes de l'équipe qui présentait une restriction de travail et ne pouvait donc plus exercer dans les secteurs traditionnels du bloc obstétrical et des suites de couches. J'ai donc proposé de placer cette sage-femme sur un poste de consultation – compatible avec les restrictions physiques émises par le médecin du travail – où elle réalisait à la fois du suivi de grossesse, de l'orthogénie et du suivi postnatal. Deux ans après, lorsqu'elle est partie à la retraite, j'ai dû élaborer un nouveau projet et argumenter pour le maintien de cette activité et même son développement (en raison du départ d'un gynécologue-obstétricien). Il a fallu mettre en avant les bénéfices attendus en termes d'attractivité de la maternité, de réponse à la demande de suivi des femmes enceintes, et surtout, de libération de temps médical pour pratiquer des actes plus techniques, au-delà du rapport coût/bénéfice du projet. Je me suis en grande partie appuyée sur l'étude que j'avais effectué pour l'obtention de mon diplôme de cadre. Un élément décisif a été la présentation de l'étude en comptabilité analytique réalisée avec l'aide d'un contrôleur de gestion d'un CHU pour le mémoire. En effet, cette étude montrait de manière objective qu'il était plus rentable que les sages-femmes réalisent les consultations de suivi de grossesse à bas risque, même si la valorisation (donc le remboursement) de la consultation était à l'époque très inférieure à

[459] Article R4127-307. Voir *Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes (Articles R4127-301 à R4127-367) - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/, art cit.

celle des gynécologues-obstétriciens[460]. La direction a validé le projet avec la condition d'évaluer régulièrement le rapport coût/bénéfice avec les contrôleurs de gestion.

La gestion néolibérale de l'institution hospitalière et son financement[461] impactent donc l'autonomie des sages-femmes dans une dimension organisationnelle qui peut se répercuter sur la pratique[462], comme le montrent plusieurs témoignages :

> « On a des contraintes, des contraintes du service. On me dit : (…) il faut voir tant de patientes dans un tel créneau. Donc on le sait. On n'a pas de marge de manœuvre… On n'est pas en libéral. » *(Géraldine, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

> « Nos fameuses 20 minutes de consultation me mettent très souvent dans l'embarras et dans le retard (…) Compliqué. Ça joue forcément sur la pratique. On manque de temps sur la pratique. Il faut s'adapter. » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

> « Je crois qu'ils vont rétrécir, c'est pour ça que... J'ai commencé à en parler à l'entretien avec la cadre : « moi réduire, ça va pas être possible… » Ça va être compliqué… » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Illustration des contresens du néomanagement[463], des tâches administratives relevant de la bureaucratie hospitalière auparavant exécutées par les secrétaires sont désormais imposées aux sages-femmes, au nom de l'« efficience », c'est-à-dire de l'efficacité au moindre coût :

> « Tant qu'on nous maintient la consultation à 30 minutes, ça va, je ne perçois pas mal [que l'institution examine mon activité], après je comprends qu'il y a un besoin de rentabilité, les facteurs économiques qui rentrent en jeu. C'est vrai qu'après si on nous

[460] En 2010, la consultation sage-femme était à 19 euros contre 26 euros pour les spécialistes, voir A.-S. Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, *op. cit.*, p. 64.

[461] « La tarification à l'activité – plus connue sous l'acronyme de « T2A» (pour TAA) – est un instrument de régulation publique » mis en place en remplacement du budget global, lors de la réforme de la tarification hospitalière de 2004 . Elle finance actuellement 100 % de l'activité « médecine chirurgie obstétrique » (MCO). Voir Brigitte Dormont et Frédéric Pierru, « La tarification à l'activité (T2A) à la française », *Revue française d'administration publique*, 2020, vol. 174, n° 2, p. 487-488.

[462] Nous verrons dans le chapitre 4, des illustrations de cet effet sur la pratique recueillie lors des observations de terrain.

[463] Voir F. Pierru et A. Gervais, « Les contresens et les sens interdits du néomanagement », art cit.

dit « plus que 20 minutes », bon, mais là… ça va être un autre rythme, ça va être autre chose, ça va être beaucoup plus compliqué (…) c'est un temps éventuellement qu'on peut consacrer qu'à la patiente, mais comme il n'y a pas que ça à faire, il faut en plus remplir le dossier, faire le point sur les examens médicaux, donner le rendez-vous suivant, ça aussi (…), et puis après finaliser la facturation » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière).*

Les praticiennes font état de l'importance du critère économique dans la managérialisation pour les inciter à être plus « productives »[464] (« clairement, on nous (…) fait comprendre en fin de chaque année, qui a fait le plus d'activités en consultation. Qui doit faire des efforts. (…) Ils regardent ce que ça rapporte aussi » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)),* et plusieurs déplorent une dégradation des conditions d'exercice, consécutive au *New Public Management*[465] :

« Les créneaux de consultation sont de plus en plus courts… Alors certes, les médecins y arrivent. Nous, on a beaucoup de mal à y arriver. (…) L'hôpital, de toute façon, même si c'est le milieu hospitalier, on a besoin quand même d'argent, donc on est quand même comme une entreprise, (…) on a la tarification qui nous est défavorable (…) qui est défavorable pour les obstétriciens, mais alors pour les sages-femmes… » *(Géraldine, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Durant les observations, l'attitude d'une des enquêtées du CHB m'a interpellée : à la fin de la consultation, lorsque les femmes/les couples quittent la salle de consultation, elle leur dit simplement au revoir, elle ne se lève pas pour les raccompagner à la porte, ne leur sert pas la main et continue à écrire dans le dossier informatisé le compte-rendu de la consultation. Une interprétation possible de ce comportement est que la praticienne cherche à optimiser la gestion du temps pour ne pas prendre trop de retard.

Comme je l'ai indiqué plus haut, l'autorité administrative détient un « pouvoir d'injonction », c'est-à-dire qu'elle peut recourir à la coercition[466]. Ainsi, une des sages-femmes

[464] N. Belorgey, « Nouvelle gestion publique et professions hospitalières », art cit, p. 674.

[465] « New Public Management » ou « nouvelle gestion publique ». Voir F. Pierru et A. Gervais, « Les contresens et les sens interdits du néomanagement », art cit.

[466] P. Braud, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 105.

m'a dit lors d'un entretien qu'elle avait été contrainte de quitter son poste de consultation et retourner en salle de naissance car son volume d'activité de consultation n'était pas suffisant. Difficile de savoir si ce cas est exceptionnel ou non. Face aux injonctions administratives, d'autres sages-femmes indiquent adopter une forme de résistance passive aux dictats économiques :

> « (…) mais je ne veux pas. J'ai horreur d'être bornée dans le temps que je réserve à mes patientes. Si une patiente a besoin d'une heure, il faut que je puisse prendre une heure avec elle. » *(Caroline, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

> « C'est pas parce qu'on nous demande d'être rentable que je vais prendre moins de temps avec les gens. » *(Solène, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Un effet de la nouvelle gestion publique réside aussi dans l'autonomie organisationnelle que l'activité d'échographie, quand elle est rentable, donne aux praticiennes :

> « A la réunion, on a eu une grande messe l'année dernière qui a parlé justement de l'échographie, on a triplé notre rentrée d'argent en échographie, et ils ont dissocié les médecins et les sages-femmes. Et les médecins n'avaient pas bougé et on a fait un bond exceptionnel, nous trois, en tant que sages-femmes. Donc les résultats sont tellement parlants que personne ne va chercher et qu'on est hyper autonomes et que tout le monde est d'accord avec tout ce qu'on demande. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Les sages-femmes échographistes jouissent ainsi d'une certaine liberté dans la gestion du temps de l'examen, ceci dans les deux maternités étudiées :

> « (…) entre guillemets, on a aussi ce petit pouvoir sur la hiérarchie, (…) enfin notre hiérarchie sage-femme, c'est qu'elles savent pas forcément faire de l'échographie, du coup, elles ne comprennent pas forcément ce qu'on fait et quand on leur dit : « Il y a besoin de ça », elles nous écoutent. On est quand même très entendues. Du coup, elles vont pas nous dire : « Bah non, tu ne fais pas parce que… Donc bah écoute, si c'est important, alors d'accord. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Les sages-femmes échographistes sont pourvoyeuses d'un nombre important d'actes par ailleurs mieux « valorisés », car techniques, que les « simples » consultation de suivi

médical, dont la durée est déterminée par l'autorité fonctionnelle quoiqu'en pensent les professionnels, médecins ou sages-femmes. Avec l'échographie, les sages-femmes sont « efficientes » à la fois au niveau « micro » de l'hôpital et au niveau « macro » de l'Etat, car elles effectuent des actes identiques aux médecins, donc avec une valorisation identique, malgré un coût salarial inférieur de 225% (en moyenne).

Cependant, la dégradation générale des conditions de travail en institution hospitalière entraîne des défections en nombre croissant. Comme le dit en miroir une sage-femme libérale :

> « (…) je me dis que si je peux plus faire ça *(travailler en libéral)*, revenir à l'hosto, je sais pas, c'est pas quelque chose… ben dans les conditions aussi c'est… j'ai quand même trois collègues qui ont même pas 30 ans *(de la maternité publique où travaillait Sylvie précédemment)* qui ont fait des *burn out* dans l'année 2018 hein. Alors si à 27-28 ans, déjà elles font un *burn out,* ou alors elles ont pas la même conception des choses, je sais pas… mais c'est grave quoi. » *(Sylvie, libérale, 30-40 ans de carrière)*

Ces propos soulignent combien l'intensité du travail hospitalier, quelle que soit son degré d'autonomie, joue contre son attractivité.

b. *Le segment des sages-femmes territoriales*

La mission de la protection maternelle et infantile (PMI) est, depuis sa création en 1945, « d'organiser une surveillance systématique des grossesses et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de leur scolarité obligatoire. »[467]. La consultation prénatale y est donc une activité centrale. Paradoxalement, l'institution (PMI) a été la seconde pour laquelle l'État a légiféré sur le recrutement des sages-femmes. Trente ans après l'ordonnance de 1945, le décret n°75-316 du 5 mai 1975 prévoit le recrutement de sages-femmes en PMI et permet à celles-ci de se rendre au domicile des femmes pour réaliser leur suivi de grossesse[468]. Si juridiquement les sages-femmes n'ont aucune attribution spécifique car tous les actes et prescriptions qu'elles

[467] Claude Thiaudière, « La protection maternelle et infantile: politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, 2004, vol. 29, p. 23.

[468] « Décret n°75-316 du 5 mai 1975 portant modification du décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile modifié - Légifrance » ; Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 63.

effectuent peuvent l'être également par les médecins[469], le travail des sages-femmes de PMI possède une spécificité dans le fait que leur travail est à la jonction des champs de la médecine et du social[470]. Les rapports entre médecins et sages-femmes de PMI se différencient dès lors par le fait que dans ce segment de la profession, les sages-femmes prennent en charge, avec leurs collègues travailleurs sociaux, l'accompagnement social des femmes enceintes en situation de vulnérabilité et de précarité. Ce travail n'est partagé ni avec les médecins (hormis quelques-uns en PMI) ni avec les sages-femmes libérales ou les autres salariées. Ce segment du système professionnel des sages-femmes pratique donc une « tâche contrôlée » et entretient des liens juridictionnels non concurrentiels avec les obstétriciens. Les sages-femmes de PMI sont les interlocutrices à la fois des professionnels hospitaliers, publics et privés, et des libéraux (sages-femmes comme médecins) :

> « Par exemple, quand je vois vraiment une femme qui est dans une situation financière compliquée qu'elle a pas de partenaire, qu'elle est enceinte et tout ça, bon là c'est clair, je… là pour moi, c'est la grosse sonnette d'alarme. Et là, je l'adresse en PMI quoi. Le problème des fois c'est que la PMI, elle peut être connotée. Alors j'essaie de dire : « mais il y a une super équipe pluridisciplinaire. » Enfin j'essaie vraiment de les amener à la PMI (Rire) mais des fois c'est pas facile. Mais je peux pas porter ça toute seule. Ça, c'est sûr. Et puis je trouve que c'est pas dans mes compétences. Enfin à un moment donné il faut savoir adresser. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Par rapport à la connotation péjorative de la PMI pointée par cette libérale, j'ai pu observer la stratégie d'une hospitalière afin de favoriser l'adhésion des patientes à ce suivi : elle nomme ses collègues « les sages-femmes du conseil général » et évite de prononcer le mot « PMI ».

Le cadre d'exercice des sages-femmes de PMI n'a en outre rien commun avec la hiérarchie hospitalière. Les territoriales sont certes fonctionnaires, mais la hiérarchie administrative y est beaucoup moins contraignante, voire imperceptible sur le plan organisationnel :

[469] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 290.

[470] C. Thiaudière, « La protection maternelle et infantile: politique de santé publique et spécialisation médicale », art cit, p. 23.

« En fait, on fait ce qu'on veut, on fait ce qu'on veut. On se réunit les sages-femmes deux ou trois fois par an. D'autres villes ne travaillent pas du tout comme nous et on fait ce qu'on veut. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

« On n'est pas soumis au temps. (…) A ce jour, on n'a pas de contrainte. » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, territoriale)*

L'autorité médicale existe, mais son effectivité dépend de la spécialité du médecin chef de service – qui peut être la pédiatrie, par exemple. Néanmoins, lorsque le chef de service est gynécologue-obstétricien, comme c'est le cas du secteur des sages-femmes sur lequel j'ai enquêté, les rapports peuvent être conflictuels, comme le souligne Eliane :

« J'ai pas de hiérarchie. Tant qu'on n'avait pas docteur F, je n'avais aucune hiérarchie, enfin médicale. C'était… on était parfaitement autonomes parce que celui qui était avant docteur F, c'était un pédiatre. (…) Quand le docteur F est arrivé, ça été plus… Voilà. Là, j'étais à un conflit, *(rire)* ah ouais ! c'est vrai ! J'ai été affreusement en conflit ! » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Cette sage-femme rapporte qu'elle a mis en avant son ancienneté pour être entendue à propos de la priorisation des missions[471] à réaliser et de l'organisation en conséquence des activités :

« La hiérarchie là-haut, elle disait : « Mais si elle dit ça, elle est médecin ». Voilà. Heureusement que j'ai du poids parce que je suis ancienne et que bon… on m'a un peu écouté. Mais vous savez dans les médecins, vous êtes un peu petite des fois, vous savez. (Acquiescement). Sauf que bon, comme j'ai un pédigrée, ça fait 40 ans que je suis là. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

A cet élément près, les territoriales semblent néanmoins disposer d'une plus grande autonomie d'organisation de travail et de pratiques, n'étant pas soumises à la nouvelle gestion publique. Cela leur permet notamment de prendre le temps qu'elles estiment nécessaire pour

[471] Yvonne Knibiehler indique que « depuis la décentralisation administrative de 1982, [les sages-femmes] sont soumises aux priorités politiques des responsables départementaux : ceux-ci (...) définissent les missions, y compris celle du chef de service. » Voir Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 135.

effectuer les consultations prénatales. La durée des créneaux de consultation varie de 30 min à 1 heure, selon les praticiennes :

> « (…) c'est moi qui l'ai fixé ; ça paraît raisonnable. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

> « Après la PMI, ça nous permet d'avoir… je ne pourrais pas travailler sur des consultations de 20-25 minutes, c'est impossible pour moi... » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Afin d'adresser une patiente à un spécialiste en cas de situation pathologique, les sages-femmes territoriales peuvent s'appuyer sur le réseau local qu'elles ont construit :

> « J'ai toujours quelqu'un que je peux appeler pour toutes les situations. Je crois que la clé de notre boulot, nous, en PMI, c'est ça. C'est pouvoir avoir des personnes ressources que vous pouvez appeler pour tel ou tel truc » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

> « On a beaucoup de chance parce qu'on est très amies avec tous les professionnels de santé des environs et que ce soit avec les médecins échographistes, les médecins gynécologues. Donc, si vous voulez rapidement, on peut adresser, on peut demander un avis (…) dès que je vois que je suis pas dans la normalité, je vais demander un avis. » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Elles adaptent leur pratique médicale en suivant les recommandations des maternités publiques, par intérêt et parce qu'elles savent que celles-ci suivent celle des centres hospitalo-universitaires, quitte à être parfois en situation conflictuelle avec d'autres obstétriciens des secteurs libéral et privé :

> « [je sais] que le CH suit les consignes du CHU mais le privé ne suit pas forcément les consignes (…) [pour] l'hôpital, je me suis toujours adaptée, c'est-à-dire ben, j'ai besoin d'eux ! Forcément je fais attention, je fais attention. Et là, avec le privé ici, ça a coincé. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Si les sages-femmes territoriales ont en commun avec les libérales d'exercer en ambulatoire et donc de faire de la surveillance au domicile des patientes, elles n'ont pas de liens concurrentiels avec les obstétriciens.

2. Le contexte du secteur libéral : entre collaboration et concurrence

La question des rapports entre sages-femmes et médecins de différentes spécialités, surtout la gynécologie-obstétrique mais aussi la médecine générale, est une préoccupation des pouvoirs publics, comme en témoigne le rapport remis en 2021 par les sociologues Alain Villebrod et Florence Douguet, à la suite d'une demande de la ministre de la Santé en 2017[472]. Cette « thématique » est apparue dès les premières observations que j'ai réalisées auprès des sages-femmes libérales. Elle est aussi venue spontanément dans le discours de certaines d'entre elles en entretien. Cavalli et Gouilhers-Hertig ont utilisé la perspective d'Abbott[473] pour *« analyser les dynamiques de conflits ou de collaborations dans lesquelles s'inscrivent les relations professionnelles* » dans leur étude sur la situation suisse[474]. Ils ont cherché à comprendre l'état de la collaboration interprofessionnelle selon les points de vue respectifs des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en privé et en hospitalier. Mon propre travail de terrain ne me permet pas d'avoir accès aux discours des médecins (en particulier hors de l'hôpital)[475], mais il est possible de mobiliser des travaux sur le sujet[476]. Je mobiliserai cependant surtout les données de terrain recueillies auprès des sages-femmes et des femmes.

La collaboration entre les deux professions médicales semble se passer pour le mieux lorsque les activités de la juridiction des sages-femmes ne se superposent pas à celle des médecins, lesquels ne la perçoivent donc pas comme potentiellement concurrentielle. Selon les sages-femmes, les médecins, principalement les gynécologues-obstétriciens, adressent « leurs » patientes aux sages-femmes pour la préparation à la naissance et à la parentalité, ou encore pour les surveillances de grossesse pathologique à domicile, c'est-à-dire lorsqu'il faut

[472] F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*

[473] A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit.

[474] Samuele Cavalli et Solène Gouilhers-Hertig, « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? » dans *Accompagner la naissance*, s.l., BSN Press, 2014, p. 87.

[475] Je n'ai effectivement pas eu suffisamment de temps pour interroger des médecins. Je possède néanmoins quels éléments de commentaires, obtenus auprès de gynécologues-obstétriciens, lors de la réalisation de mon mémoire de recherche pour l'obtention du diplôme de cadre sage-femme en 2010. Je présenterai également quelques données recueillies de manière informelle lors d'échange avec un gynécologue-obstétricien rencontré au cours de mon activité professionnelle, qui avait par ailleurs accepté la proposition de faire un entretien, entretien qui n'a pas malheureusement pas pu être réalisé.

[476] Le travail de Béatrice Jacques exposé dans son ouvrage de 2007, celui de Samuele Cavalli et Solène Gouilhers-Hertig de 2014 et celui de Florence Douguet et Alain Vilbrod, beaucoup plus récent, datant de 2021.

réaliser des enregistrements du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine. Au cours des temps d'observation, j'ai eu l'occasion d'accompagner Sylvie et Nadège au domicile de trois femmes pour ce type de surveillance. Les deux extraits suivants de mon journal de terrain permettent de saisir la position des sages-femmes par rapport à la collaboration avec les médecins. Les contextes sont identiques en termes d'indication de surveillance (une menace d'accouchement prématuré), mais dans des villes différentes, donc avec des collaborations différentes. Les patientes, qui sont suivies par des obstétriciens, ont été hospitalisées, puis sont rentrées chez elles avec une surveillance à domicile par une sage-femme libérale, deux fois par semaine, en supplément du suivi habituel.

Extrait du journal de terrain. Cas n°3

Sylvie *(30-40 ans de carrière, libérale)* prend en charge une jeune femme de vingt ans dont c'est la première grossesse. Au cours de la consultation[477], la sage-femme demande à la patiente si elle ressent des brûlures lorsqu'elle urine et celle-ci répond affirmativement et précise qu'elle utilise en ce moment une crème pour les mycoses. Sylvie approfondit cet élément : la jeune femme finit par expliquer que le gynécologue qui la suit, lui a prescrit la crème, mais sans faire d'examen clinique des pertes vaginales, précisant *« c'est compliqué avec mon gynéco »*. La professionnelle pose d'autres questions pour avoir des informations plus détaillées sur l'aspect des leucorrhées, mais la patiente semble gênée et ne répond pas. Sylvie explique alors qu'il faudrait qu'elle puisse effectuer un examen clinique ou bien un prélèvement vaginal – le prochain rendez-vous avec le médecin étant trop lointain – car elle suspecte un déséquilibre de la flore vaginale. Au cours de la discussion, la sage-femme découvre également que la prise de poids de la jeune femme n'a pas été surveillée, selon ses dires. Après ce rendez-vous à domicile, Sylvie me parle dans la voiture, lors du trajet de retour vers son cabinet, des difficultés auxquelles elle est parfois confrontée lorsque les patientes sont suivies par un autre professionnel – elle ne le précise pas tout de suite mais je comprends ensuite qu'elle parle des gynécologues-obstétriciens – et qu'elle est sollicitée pour faire un

[477] Je qualifie volontairement de consultation ce temps au domicile de la patiente car Sylvie ne pose pas simplement l'appareil qui enregistre le rythme cardiaque fœtal et les contractions, elle interroge la patiente sur les différents éléments cliniques comme cela est fait lors d'une consultation prénatale que je détaillerai dans le chapitre 4 de la deuxième partie. La visite dure au total 52 minutes.

suivi à domicile. Faisant écho à ce qui vient de se passer, elle parle de prescriptions parfois non faites ou encore d'éléments de suivi absents. La sage-femme évoque également sa récente installation en libérale et sa position délicate, face à des gynécologues-obstétriciens qu'elle ne connait pas et qu'elle découvre, car elle exerçait auparavant dans un autre territoire. Elle termine en évoquant en revanche son excellente collaboration avec les médecins généralistes de la maison de santé dans laquelle elle s'est installée, précisant qu'ils s'adressent des patientes mutuellement : les médecins orientent les femmes vers la sage-femme pour leur suivi gynécologique ou obstétrical, et la sage-femme vers les médecins pour tout autre prise en charge.

Extrait du journal de terrain. Cas n°4

J'accompagne Nadège *(20-30 ans de carrière, libérale)* qui se rend au domicile d'une femme de 30 ans, qui attend son deuxième enfant, pour effectuer une surveillance pour menace d'accouchement prématuré, prescrite par un obstétricien. Elle ne réalise pas un simple enregistrement cardio-tocographique[478], puisqu'elle a pris son ordinateur portable sur lequel elle regarde le dossier de la patiente, reprend les éléments notés précédemment et inscrit ceux du jour – le dossier étant informatisé et partagé avec la maternité où la patiente a choisi d'accoucher. La sage-femme interroge la patiente à la recherche de signes cliniques – existence ou non de contraction, mouvements actifs fœtaux, etc. – puis demande à la femme si elle a parlé des enregistrements avec son gynécologue-obstétricien. Ce à quoi la patiente répond qu'*« il ne s'inquiète pas beaucoup »*, mais Nadège ne relève pas. Elle explique le résultat de l'enregistrement, qui est bon, et évoque les prochains rendez-vous à programmer. Elle aborde également le programme de la préparation à la naissance que la patiente a choisi de faire aussi avec elle et commence à répondre à quelques-unes de ses interrogations.

[478] Sur le plan médico-légal, un enregistrement cardio-tocographique, c'est-à-dire du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines, doit durer au minimum 20 minutes, afin de pouvoir analyser les tracés. De manière habituelle, les enregistrements durent donc entre 20 et 30 minutes. En l'occurrence, la visite de Nadège dure au total 56 minutes et l'enregistrement en lui-même 33 minutes.

Ces deux situations montrent que même si la surveillance à domicile pour grossesse pathologique est un acte prescrit par un obstétricien, correspondant à une délégation de tâche, la sage-femme ne réalise pas simplement un enregistrement cardio-tocographique, elle effectue une grande partie du déroulement d'une consultation prénatale « classique » : l'anamnèse[479]. On note que les deux sages-femmes ne répondent pas aux remarques faites par les patientes concernant les obstétriciens qui les suivent par ailleurs. Le thème de la collaboration est évoqué par Nadège lors de l'entretien. Elle précise sa posture vis-à-vis des médecins :

> « Moi, je reste claire là-dessus. Enfin si elles viennent pour leur prépa, je leur fais leur prépa. Je prends même pas la tension. Enfin à part si elles me disent : « j'ai mal à la tête. » Oui, évidemment. Mais sinon… non. » *(Nadège, 20-30 ans de carrière, libérale)*

Cette activité de surveillance des grossesses pathologiques est importante pour les sages-femmes libérales, car l'acte est bien valorisé (48,36 €, voir Annexe I). C'est pourquoi les libérales cherchent à entretenir de bonnes relations avec les obstétriciens, lesquels orientent plutôt les patientes vers des sages-femmes avec qui ils ont l'habitude de travailler. L'interdépendance entre les deux professions peut favoriser le renoncement à certaines tâches, donc une restriction volontaire de la juridiction à un niveau individuel :

> « Il y a vraiment un truc de concurrence là, de… « ah ! Les sages-femmes… » moi, je sais que quand je me suis installée, on m'a dit : « bah mais tu vas marcher les plates-bandes du gynéco surtout si tu fais du suivi de grossesse ». « Oh non ! Et en plus maintenant tu fais de la gynéco, mais laisse tomber quoi. » Et il y a plein de collègues sages femmes qui ne font pas de gynéco que pour ça, parce qu'elles ont peur de se faire mal voir par les gynécos. Elles veulent qu'ils leur envoient des patientes, tout ça. Elles sont toujours à leur merci quoi. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Les sages-femmes libérales sont pour la plupart très attentives à ne pas faire de « détournement de patientèle », dont elles sont parfois accusées par les médecins :

[479] L'anamnèse correspondant à l'interrogatoire permettant de recueilli tous les renseignements concernant la patiente et ses antécédents, ainsi que sur l'existence ou non de signes cliniques. Elle permet d'orienter le diagnostic avec la réalisation de l'examen clinique. Le déroulement d'une consultation prénatale sera abordée dans le chapitre 4.

« Pour elles *(les gynécologues-obstétriciennes)*, c'est du détournement de patientèle mais nous, nous avons quand même pas intérêt à faire ça, pour gagner une consultation à 23 € ? … surtout quand elles sont déjà dans le 5ème ou 6ème mois, c'est quoi notre intérêt de gagner 40 € de plus ? Nous, on a plutôt intérêt à ce qu'elle reste dans son suivi et puis on se verra pour la prépa, et puis on se verra pour le post-natal, mais il y a eu des fois comme ça (…) où on a eu des petits appels avec des menaces en disant que ce qu'on faisait, c'était du détournement de patientèle alors que nous, nous on n'a pas besoin de ça pour travailler, on travaille bien comme ça. » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

La situation s'est ainsi inversée en un siècle, puisqu'au début du XXe siècle, c'étaient les sages-femmes qui accusaient les médecins de « détournement de patientèle » (cf. supra). Ce retournement illustre, d'une part le fait que les juridictions des obstétriciens et des sages-femmes se sont construites durant le XXe au profit de la profession dominante, et d'autre part que les juridictions – et par conséquent la division du travail entre les deux professions – se transforment, l'une se développant au détriment de l'autre, dans un processus dynamique arbitré par l'environnement social et culturel[480]. Les changements s'opérant dans les juridictions des professions voisines, peuvent également générer des relations concurrentielles, voire conflictuelles, comme l'illustre le cas suivant :

Extrait du journal de terrain. Cas n°5

Entre deux rendez-vous, pendant qu'elle remplit le dossier médical informatisé, Pauline *(moins de 10 ans de carrière, libérale)* me parle de la patiente à qui elle vient de poser un stérilet. Cette dernière était venue la voir initialement pour son suivi de grossesse. Elle avait continué à suivre cette femme et son enfant en post-partum et à présent elle fait son suivi gynécologique. La sage-femme exprime une grande satisfaction lors de cet échange : elle me dit que *« c'est chouette »* de pouvoir faire de l'accompagnement global[481]. Pauline évoque

[480] Voir A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*

[481] Le concept d' « accompagnement global » en périnatalité est apparu à la fin de la décennie 1990 et renvoie à une prise en charge effectuée par un nombre restreint de professionnels de santé et si possible le même afin d'améliorer la qualité du suivi. Cet argument est d'ailleurs repris dans les recommandations pour la pratique

ensuite la situation d'une femme qui l'avait choisi pour faire son suivi gynécologique et à qui elle diagnostiqua une pathologie lors d'une consultation. En accord avec la patiente, elle décida alors de contacter le gynécologue qui suivait auparavant cette femme, pour la lui adresser. Mais il refusa de la prendre en charge patiente arguant qu'il n'était pas un « prestataire de service ».

Ce cas montre que la consultation prénatale peut s'apparenter à une opportunité de fidéliser, voire de capter, la patientèle dans un temps beaucoup plus long – le suivi gynécologique de prévention. Les patientes viennent pendant la grossesse, apprennent que les sages-femmes peuvent faire le suivi gynécologique de prévention et décident de confier leur suivi à la sage-femme, comme en témoignent d'autres libérales :

> « J'aime bien (…), justement, être efficace dans tous les champs d'action. Et de pouvoir vraiment… et en plus c'est intéressant puisque du coup on peut, grâce à ça, offrir un accompagnement global. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Si l'extension du domaine au suivi gynécologique, en 2009, a fait apparaitre la possibilité d'une concurrence avec les médecins, ceux-ci restent conservent une position dominante. Même dans un exercice libéral, où les professionnelles ne sont pas soumises à des autorités administrative et médicale directes, elles subissent le pouvoir du groupe professionnel dominant, dont la juridiction contient le monopole de la prise en charge de la pathologie. L'autonomie des gynécologues obstétriciens conférée par le « monopole d'une expertise légitime sur un segment de pratiques où ils sont les seuls à être pleinement habilités »[482] leur permet de conserver de larges marges de manœuvre et donc de s'imposer face aux sages-femmes dont les marges de manœuvre sont beaucoup plus restreinte.

La question de la concurrence concerne également les autres sages-femmes, principalement celles du secteur libéral :

clinique émises par la HAS en 2007 et actualisées en 2016, concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes, voir Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », art cit, p. 6-7. Je reviendrai sur ce concept et l'importance qu'il revêt pour les libérales dans le chapitre 3.

[482] F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*, p. 73.

« (…) ça va être la sectorisation ou le copinage. *(Rire)* Qui peut être un peu difficile ou le fait qu'on se tire dans les pattes. Oui, ça, effectivement. Après je suis peut-être un peu naïve mais moi, je le ressens. Pas, en tout cas, envers moi. Je suis sûrement très naïve. Mais ouais, c'est ça qui peut être difficile. C'est que voilà, il y a des sages-femmes qui vont travailler avec des gynécos. Et puis on sent que, voilà, le gynéco, il oriente clairement vers cette sage-femme. Et la sage-femme, elle oriente clairement vers ce gynéco. Des sages-femmes qui sont… qui expliquent peut-être pas que dans d'autres cabinets, il y a d'autres cours de prépa, par exemple, ou il y a d'autres spécificités de la sage-femme parce qu'elles veulent garder à tout prix leurs patientes, voilà. Après c'est plus sur ça, sur le copinage et la sectorisation qui me… voilà. Je trouve que des fois on manque d'interaction entre nous et il y a vraiment des clans *(Rire)* qui se dessinent. » *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

« Quand je suis arrivée à Métroville, j'ai senti le… la différence aussi d'ambiance quoi. C'est surdoté, c'est… Elles sont nombreuses, très nombreuses, bah il y a aussi beaucoup d'accouchements hein, mais… mais tu sens que… tu sens que t'es pas hyper bienvenue quoi, voilà. Et puis quand on te demande d'où tu viens, ce que tu faisais, tout ça » *(Julie, moins de 10 de carrière, libérale)*

« On peut ressentir [une certaine concurrence], ouais. Oui oui. Après moi, je le… enfin je le ressens pas contre moi en tout cas. Mais je peux le voir effectivement très facilement. Après moi, ça me pose pas de souci. Moi, j'estime qu'une patiente si on la réoriente bien… par exemple, une patiente qui me dit : « moi, je veux faire de l'haptonomie ». Moi, je fais absolument pas ça. Ça me gêne absolument pas de la réorienter parce que je trouve que si on fait bien notre boulot et qu'on la réoriente bien, elle saura aussi se dire : « mais cette sage-femme, elle est assez objective pour m'écouter, me prendre en charge ». Donc à un moment donné, on aura un retour, entre guillemets. Enfin ça sert à rien de vouloir à tout prix bloquer les patientes et pas leur laisser leur libre choix tout simplement de praticien. Et ça, ça peut me gonfler un petit peu. Oui. (Rire) ». *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

L'installation en libérale étant de plus en plus plébiscitée[483], notamment par les jeunes diplômées comme nous l'avons vu dans l'introduction de ce chapitre, les liens concurrentiels interne et externe à la profession sont amenés à potentiellement s'accentuer et à faire changer malgré tout la juridiction des gynécologues médicaux. En effet, Florence Douguet et Alain Vilbrod ont montré qu'une des raisons expliquant que ceux-ci choisissaient de « se spécialiser, notamment dans les problèmes d'infertilité », était « de redéployer [leurs] activités quand un segment de leur marché du travail tend à être occupé par de nouvelles venues, ici en l'occurrence des sages-femmes libérales »[484]. On note aussi que pour les activités dites de « délégation de tâches », mais aussi pour celles qui appartiennent exclusivement aux sages-femmes comme la préparation à la naissance et à la parentalité, la dépendance entre les deux professions est réciproque.

Si les modes d'exercice salarié et libéral produisent des effets différents sur les activités des sages-femmes, les contextes locaux peuvent également modifier le travail des sages-femmes.

3. Les contextes locaux comme déterminant des rapports (professionnels) entre médecins et sages-femmes

La collaboration entre obstétriciens et sages-femmes semble aussi dépendre du contexte local des institutions, et notamment de leurs difficultés ou non à recruter des médecins. Si l'on considère par exemple l'enjeu central de « passer la main » en cas de pathologie, mes observations indiquent qu'il est paradoxalement plus facile de solliciter un obstétricien et d'avoir une réponse rapide dans l'équipe restreinte de la maternité du CHA que dans l'équipe hospitalo-universitaire du CHU, dans lequel, même s'il y a un plus grand nombre d'obstétriciens, il y a aussi une activité plus soutenue de dépistage de pathologies (accentuée par le fait qu'il s'agisse d'un type III). Les sages-femmes doivent donc faire preuve de « stratégie » en utilisant leur « réseau » interne et leur accointances avec les certains

[483] En 2012, on compte un effectif total de 19 552 sages-femmes et en 2022, 23 105 sages-femmes. Les praticiennes en libéral sont de plus en plus nombreuses, passant de 20% du total en 2012 (soit 3890 libérales) à 35% en 2022 (soit 8099 libérales) ; très précisément de 2868 en 2012 à 5751 en 2022 en exercice exclusif et de 1022 à 2342 en exercice mixte. Ces données sur la démographie des professionnels de santé fournies par l'ASIP-Santé RPPS, sont disponibles en ligne sur le site de la Drees : https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/ (consulté le 30/03/2023)

[484] F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*, p. 79.

obstétriciens pour les solliciter et avoir une réponse rapide sur la situation d'une patiente, et ainsi éviter le recours à l'organisation « officielle » qui consiste à présenter le dossier en staff, certains jours de la semaine. Autrement dit, les lieux saisis comme auditoires, bien qu'identiques en tant qu'hôpitaux publics, ont leurs écologies propres. En outre, en se transformant, les auditoires ont un impact sur l'écologie du système professionnel et le travail de ses acteurs.

Sur le territoire de Grandeville, plusieurs sages-femmes travaillant en libéral, à l'hôpital et en PMI, ont parlé d'elles-mêmes de deux obstétriciens faisant figure d'exception, en cela qu'ils ne se sentiraient pas « menacés » par l'activité prénatale des sages-femmes. L'un exerce en libéral après une longue carrière hospitalière. Il fait l'unanimité chez les sages-femmes pour être un soutien précieux de celles qui exercent en libéral lorsqu'elles diagnostiquent une pathologie. Comme dans certaines situations analysées par Florence Douguet et Alain Vilbrod[485], cet obstétricien s'est spécialisé en échographie, considère que ce qui l'intéresse est la pathologie, qu'il a choisi la profession pour cela, et répond donc aux demandes des sages-femmes libérales :

> « On a la chance quand même d'avoir Docteur A qui nous soutient beaucoup, dès qu'on a une petite question aussi, je l'appelle, par rapport au type de suivi. » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

> « Heureusement qu'il y avait monsieur A que je pouvais appeler, un gynéco qui me répond à chaque fois. Je veux dire, je l'appelle, il répond. S'il répond pas, il me rappelle dans l'heure qui suit quoi. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Axelle témoigne également que ce contexte a favorisé l'incorporation du suivi prénatal dans son activité :

> « Qu'est-ce que c'est agréable quoi de pouvoir travailler comme ça. Et si tous les gynécos pouvaient justement soutenir les sages-femmes et pouvoir répondre au téléphone surtout que c'est vraiment leur compétence. Enfin c'est de suivre des femmes avec une pathologie quoi. Et s'ils avaient… s'ils prenaient pas tout le monde, et bah ils auraient

[485] *Ibid.*, p. 80.

beaucoup plus de disponibilités pour les femmes qui ont en réellement besoin quoi. ». *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Le rapport dominant/dominé interprofessionnel peut donc s'estomper, voire même s'inverser lorsque la profession dominante a un effectif réduit ou instable, avec un recours à des intérimaires. C'est le cas de la maternité du CHA de Grandville, où l'autorité médicale telle que je l'ai décrite plus haut n'est plus opérante en raison de la difficulté à recruter les obstétriciens de manière pérenne, et où le chef de service spécialisé en chirurgie gynécologique témoigne peu d'intérêt pour l'obstétrique. Ce contexte favorise l'autonomie de la sage-femme qui peut être plus importante :

« [Je me sens] ouh la ! Oui. (Rire). Très autonome. Oui oui. Trop ! (Rire) (…) Là clairement, j'ai été lâchée totalement ici. » *(Chloé ,moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

« J'envoie facilement chez l'endocrino *(sous-entendu endocrinologue)*, même si le docteur L ne voulait pas… enfin à un moment donné, mais vu que… bon d'abord, il est plus là, et puis que, il pouvait pas tout gérer et que bon le docteur V vous envoie bouler. Donc j'ai pris, de ma propre initiative, j'envoie les personnes chez l'endocrino avec un courrier. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Le déplacement d'une expertise technique d'une juridiction à l'autre produit une inversion de la répartition habituelle des rôles dans la division du travail :

« c'est les gynécos qui viennent me demander des avis sur les échos (…). Les médecins, ils m'envoient leurs patientes en écho. Ils m'appellent. Il n'y a pas de souci. En tout cas, ils ont jamais remis en cause une écho que j'ai faite. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Quand elle est exclusive, la possession de l'expertise en échographie de la sage-femme va jusqu'à inverser le rapport de domination au travail. C'est alors la praticienne qui régule et supervise le travail des obstétriciens :

« Depuis quelques mois, je suis référente au staff. Donc il faut que je fasse un peu la flic. Que je vérifie que les médecins, ils suivent bien les patientes. C'est pas super intéressant. Et c'est à moi à la limite de leur dire : « c'est pas bien. Vous avez pas suivi, machin. Vous avez pas fait ça. Mais je l'ai vu ». C'est pas passionnant, non, clairement.

J'aime pas être derrière le dos des gens pour vérifier s'ils ont bien fait leur travail. (…) Et c'est vrai que pour la cadre, j'étais bien pour ce poste. Et par exemple au dernier Staff, j'ai un peu tapé du poing pour les dossiers pathos que personne ne voulait suivre. Et en fait je les ai distribués. J'ai dit : « monsieur L, vous allez suivre madame machin. Monsieur T, vous allez suivre madame machin ». Et ils m'ont fait : OK. Personne n'a bronché. *(Rire)* » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

La sage-femme se saisit donc des tâches faute d'autorité médicale opérante, et avec le concours de la cadre qui représente l'autorité administrative. La configuration spécifique a en outre incité la sage-femme à développer une stratégie alternative, quand le soutien des médecins n'est pas possible, en sollicitant directement les référents échographistes du CHU de la région :

« En échographie ici, au début, ça a été très dur parce que j'ai été toute seule, toute seule. Ça m'a obligée à beaucoup apprendre toute seule, à beaucoup évoluer rapidement. Je dirais pas que j'ai un très bon niveau mais pour moi, j'ai un niveau clairement qui est plutôt bon, je pense. En tout cas, les référents du CHU, j'ai pas de souci avec eux, et ils sont souvent là pour m'aider et surtout au début quand j'étais toute seule » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

La configuration est cependant fragile, car ponctuelle : un moment, dans une maternité de type I, où l'équipe d'obstétriciens n'est pas stable. Selon les sages-femmes, trois postes de praticiens hospitaliers sur les cinq sont occupés par des titulaires, ce qui entraîne le recours à des intérimaires, souvent étrangers, lors des congés annuels. Le retour éventuel à un taux plein d'occupation devrait favoriser le retour à la division de travail habituelle entre sage-femmes et obstétriciens.

Finalement, un dernier élément de contexte pèse sur la concurrence interne entre sages-femmes : la dotation en sages-femmes sur le territoire, plutôt faible à Grandeville et Petiteville :

« Grandeville, quand même il y a pas beaucoup de sages-femmes (..). Il y a du boulot pour tout le monde, ici tu veux travailler, tu peux travailler (…) donc c'est pour ça, je trouve, qu'il y a une chouette ambiance » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

« Avec les sages-femmes, proches de moi, en fait, il n'y a pas de grand monde, ici, on travaille ensemble. (…) on n'est pas du tout en concurrence » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

Une solidarité entre sages-femmes s'organise même pour assurer la continuité des suivis :

« On se remplace l'une ou l'autre quand l'une part en congé » ; « on part en vacances chacun notre tour. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

L'expérience professionnelle antérieure en établissement de santé est propice à la collaboration entre libérales sur le secteur de Grandeville et Villepetite. Les sages-femmes ont été collègues, et connaissent les formations spécifiques des unes et des autres. Ceci est d'autant plus vrai si la sage-femme s'installe dans une ville où il n'y avait pas de sage-femme auparavant, comme dans le cas de Nadège, qui décrit une collaboration plutôt sereine entre les sages-femmes libérales de ce territoire :

« (…) des patientes qui me disent qu'elles veulent faire de l'hapto[486], je leur donne des coordonnées des sages-femmes qui font de l'hapto (…). Enfin globalement, il y a quand même pas une mauvaise ambiance, j'ai l'impression, entre les sages-femmes de Grandeville. Et puis en plus, il y en a quand même plusieurs avec qui j'ai travaillé. » *(Nadège, 20-30 ans de carrière, libérale).*

Conclusion

Depuis la fin de la décennie 1980, la profession maïeutique s'est mobilisée et unie, malgré des divergences, avec succès pour revendiquer (re)connaissance et (re)valorisation. La formation des sages-femmes, allongée, intègre notamment les conséquences de la technicisation de l'« évènement naissance » y compris relative à la surveillance de la grossesse et de ses risques, ainsi que l'apprentissage de compétences autrefois détenues par les sages-

[486] L'hapto pour l'haptonomie, qui est une méthode de communication avec le fœtus par le toucher, utiliser en préparation à la naissance comme nous le verrons dans les chapitres 3 et 4.

femmes (le suivi gynécologique) ou de nouvelles compétences (l'orthogénie[487], la vaccination de tous enfants[488]). Dans un contexte de défaut de la démographie médicale et de toute puissance de la nouvelle gestion publique, l'État redécouvre « toutes les vertus dont [les sages-femmes] ont toujours fait montre »[489] et se tourne vers ce corps professionnel composé d'acteurs autonomes et compétents qu'il a contribué à construire par sa production juridique depuis le début du XIXe. La profession reste néanmoins dans un « entre-deux » en raison de la définition même de son domaine de compétences, du statut des hospitalières, et d'un travail qui fait la synthèse entre la *cure* et le *care*.

Plus récemment, le développement de la recherche en maïeutique et sa bureaucratisation constituent une autre manifestation de la quête de reconnaissance par laquelle les sages-femmes entendent réaffirmer institutionnellement le caractère médical de la profession et sortir ainsi de l'« entre-deux ». Lors de la création de nouvelles sections santé CNU en 2019, les représentantes de la profession se sont mobilisées avec succès pour empêcher que la section de maïeutique soit placée dans le groupe des « paramédicaux », avec les sciences infirmières et les sciences de soins et réadaptation (masseurs-kinésithérapeutes). La section a été placée dans le groupe des « disciplines médicales » du CNU. Néanmoins, à force de chercher à faire reconnaitre son caractère médical, la profession de sage-femme ne risque-t-elle pas de devenir une spécialité de la profession médicale, au même titre que la

[487] Leur sont attribuées des activités autrefois interdites et décriées et pour lesquelles les sages-femmes étaient soupçonnées d'apporter leur solidarité féminine : les avortements. Elles pratiquent en effet les IVG médicamenteuses depuis 2016 et une expérimentation est en cours pour les IVG chirurgicales depuis la loi LPSS de 2020.

[488] Les sages-femmes sont autorisées à prescrire et pratiquer les vaccins obligatoires et recommandés, selon le calendrier vaccinal, chez tous les enfants, depuis l'arrêté du 12 août 2022. Jusqu'en 2022, elles ne vaccinaient que les nouveau-nés contre la tuberculose et l'hépatite B. Trois ans après la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui étend la pratique de la vaccination des sages-femmes aux enfants – et plus seulement aux nouveau-nés – parait l'arrêté du 21 avril 2022 qui stipule qu'elles sont autorisées à vacciner les mineurs de 16 ans et plus. Depuis le décret n° 2023-737 du 8 août 2023, les sages-femmes peuvent prescrire l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal, à toutes les personnes (majeures et mineures, hommes et femmes) pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées (en dehors des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimés) et les administrer à toutes ces personnes. Notons que dès le XIXe siècle, dans le domaine de la vaccination, « les sages-femmes jouent un rôle essentiel (...) voire exclusif dans [certains] départements », comme l'indique Olivier Faure. Elles vaccinaient par ailleurs tous les membres de la famille et cette activité constituait une source de revenus complémentaires non négligeable, à côté de la pratique des accouchements dont la rémunération était peu élevée. Voir O. Faure, « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté », art cit, p. 171-172.

[489] Florence Douguet et Alain Vilbrod, « Chapitre 10. Une profession à un tournant ? », *Metiers Sante Social*, 2016, 2e éd., p. 189.

pédiatrie, la gynécologie-obstétrique ou la médecine générale, et de perdre son identité propre ? Par ailleurs, la formation sera bientôt étendue à 6 ans avec la requalification d'un diplôme d'État de docteur en maïeutique. Si le corps professionnel des sages-femmes est parvenu en 2016 à se défaire des obstétriciens directeurs techniques des structures de formation, l'intégration au sein de faculté de médecine, à défaut d'une faculté de santé, ne risque-t-elle pas de remettre la formation initiale sous la tutelle des médecins ? La profession maïeutique parviendra-t-elle à défendre sa juridiction en se maintenant à la direction des formations ? Quelles seront les effets sur les modalités d'enseignement de la modification du financement de la formation, qui deviendra national et non plus régional ? La transformation du diplôme en doctorat d'État permettra-t-elle un changement de statut des salariées et une modification de la valorisation des actes codés « sage-femme » en libéral ? Quelles pourraient en être les conséquences sur les dépenses finançant le système de santé ? Ces quelques questions liées aux modifications de la formation soulèvent des enjeux importants pour l'identité professionnelle de la profession maïeutique, et au-delà pour la société.

Les contours du cadre professionnel étant posés, la partie suivante sera consacrée à l'analyse des pratiques des sages-femmes, dans la surveillance prénatale.

DEUXIEME PARTIE LE TRAVAIL DE SURVEILLANCE DES GROSSESSES

La seconde partie de cette thèse sera consacrée au travail à proprement parlé des sages-femmes françaises. Les fragments de colloque singulier et les entretiens récoltés sur le terrain ont permis de dégager trois axes qui seront successivement exposés : il sera tout d'abord question de saisir les relations interpersonnelles qui existent entre les praticiennes et les femmes ; puis la pratique concrète du travail de surveillance de grossesse des sages-femmes et les différentes séquences au cours des consultations où s'allient pratiques clinique et technique à la recherche de potentiels risques et facteurs de risques, et démarche de prévention ; enfin, le travail de priorisation de la recherche et de la gestion des risques.

Chapitre 3. Des relations de services et interpersonnelles entre femmes et sages-femmes non homogènes

> *« Les projets de naissance me fascinent. Si j'étais sociologue, j'en ferais un objet d'étude. Comme journaliste, je ne peux que remarquer ce qu'ils traduisent : une certaine défiance envers le corps médical. Assommées de récits d'accouchement atroces avec des médecins inhumains ou peu à l'écoute, les femmes tentent de reprendre le pouvoir. »*[490]
> *Renée Greusard, Enceinte tout est possible, p. 127.*

Le livre de Renée Greusard, paru en 2016, semble une illustration adéquate de l'enclenchement de « la séquence "maternelle" de la bataille de l'intime », selon la thèse exposée par Camille Froidevaux-Metterie pour laquelle la question du corps procréateur et de sa réappropriation par les femmes doit être placée au centre des préoccupations des mouvements féministes[491]. La philosophe indique en effet, que, en réponse à la « pathologisation de corps féminin et la déresponsabilisation des femmes [enceintes] »[492] – conséquences, on l'a vu, de la médicalisation et de la technicisation de la naissance au cours du XXe siècle –, « une formidable dynamique de réappropriation et de libération »[493] du corps féminin s'est enclenchée depuis le début de la décennie 2010 au travers de l'émergence de

[490] Le livre « Enceinte, tout est possible » de Renée Greusard est un ouvrage qui aborde la grossesse sous un angle à la fois personnel et journalistique. Cette dernière, née en 1984, y relate à la fois son expérience personnelle et une investigation sur les différents aspect de la grossesse et de l'accouchement. Questionnant les normes actuelles ainsi que les pratiques médicales courantes et les attentes sociétales qui entourent la grossesse, le livre met notamment l'accent sur l'importance, pour les femmes enceintes, de faire leurs propres choix éclairés et sur leur empowerment. Voir Renée Greusard, *Enceinte tout est possible*, Vanves, Marabout, 2018, p. 127.

[491] Camille Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre: expériences vécues du corps enceint*, Paris, Éditions Stock, 2023, p. 35-36.

[492] *Ibid.*, p. 35.

[493] *Ibid.*, p. 33.

différents mouvements abordant plusieurs tabous, les règles, la sexualité[494], et les violences gynécologiques et obstétricales[495].

Ce troisième chapitre sera consacré aux « relations de services » réalisées dans le cadre du colloque singulier, c'est-à-dire aux « relations nouées au travail (…) [et] établies avec les [usagères] »[496], aux interactions et aux liens qui s'établissent entre les femmes enceintes et la profession de sage-femme. Si on se replace dans la perspective d'Andrew Abbott[497], pour saisir l'écologie professionnelle des sages-femmes on ne peut faire l'économie de ces actrices que sont les femmes enceintes, qui en constituent l'un des « auditoires »[498] : elles ont un rôle évidemment essentiel dans le processus de validation de la juridiction des praticiennes. Nous verrons tout d'abord que dans le secteur libéral, ces interactions ont des caractéristiques qui leur sont propres – ou du moins qui ont été particulièrement observées – quant à la mobilisation de l'*agency* des femmes par les sages-femmes, à l'espace de discussion offert aux femmes – notamment lors des séances de préparation à la naissance et la parentalité – pour parler de leurs peurs, de leurs appréhensions mais aussi de leur sexualité. Une dernière spécificité de l'exercice libéral sera abordée : l'« accompagnement global », un concept ne pouvant être mis en œuvre que par ce segment de la profession. La seconde partie de ce chapitre abordera les interactions entre les femmes et la profession de sage-femme, tout mode d'exercice confondu, où se mêlent à la fois des relations de proximité, de confiance et de pouvoir.

---

[494] Camille Froidevaux-Metterie précise que ce mouvement de réappropriation et de libération du corps des femmes débute dans les années 2010 avec des initiations de « lutte contre la précarité menstruelle » ou encore de « visibilisation de l'endométriose », faisant ensuite émerger la question de la sexualité et la dénonciation des violences sexistes et sexuelles avec le hashtag #MeToo. Voir *Ibid.*, p. 33-34.

[495] Le terme de « violences obstétricales » est employé par les journalistes Cécile Thibert et Caroline Piquet dans leur article « Quand l'accouchement se vit dans la violence » - Le Figaro, 18 avril 2017. En date du 28 juillet 2017, Marlène SCHIAPPA, occupant alors le poste de Secrétaire d'État à l'Égalité entre les femmes et les hommes, a mandaté le Haut conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes pour produire un rapport examinant la problématique des violences gynécologiques et obstétricales. Voir D. Bousquet, G. Couraud et M. Collet, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme*, *op. cit.*, p. 3.

[496] Michel Pigenet, « Les relations de services : pratiques et points de vue d'acteurs », *Le Mouvement Social*, 2006, vol. 216, n° 3, p. 4.

[497] A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.* ; A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit.

[498] Selon Andrew Abbott, les « auditoires » sont l'État, le public et les lieux de travail. Ces auditoires « servent d'arbitres », agissent comme des forces extérieures et déterminent le destin des professions, voir A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit, p. 2.

A. La spécificité des interactions avec les sages-femmes libérales

1. Mobilisation de l'agentivité des femmes

L'*agency* – ou agentivité en français – peut se définir comme « la capacité d'agir de façon indépendante et de formuler des choix libres, par-delà les effets qu'exercent les normes, les structures et les institutions sociales »[499]. Le concept porte ainsi « sur les conditions et la logique de l'action – de l'action proprement politique, collective, mais également « micropolitique », située au niveau de ces pratiques de soi par lesquelles se produit le sujet »[500]. Nous avons vu dans la première partie comment l'« événement de la naissance », longtemps réservé à la sphère féminine, est passé sous la domination masculine des médecins à partir de la fin du XIXe siècle, soit « [dans] une perspective féministe, (…) le triomphe absolu des hommes médecins sur les femmes enceintes et les sages-femmes »[501] et la « dépossession » du corps enceint par les femmes. Cette même perspective propose une autre définition du concept qui définit mieux l'objet de mon enquête, à savoir « une capacité d'agir, de s'émanciper des rapports de domination, passant par l'interruption ou le renversement des normes dominantes »[502]. Le corps féminin, plus particulièrement le corps féminin enceint, et ce que les femmes acceptent qu'on leur fasse forment un enjeu central de « l'évènement naissance ». L'historienne des sciences Barbara Duden, en retraçant « l'histoire du fœtus », a montré l'existence d'une « transformation des dispositions du corps : à savoir le glissement de l'*hapsis* à l'*opsis*, le passage de l'*hexis* haptique à l'*hexis* visuelle »[503]. L'historienne explique que le terme grec *hexis* désigne une attitude ou une disposition ; *haptique* est reconnu dans le domaine scientifique comme se rapportant à « la perception par le toucher, le contact, le toucher » ; *opsis* signifie la vision[504]. Elle défend autrement dit l'idée

[499] Olivier Nay, *Lexique de science politique*, 4e éd. 2017., Paris, Dalloz, 2017.

[500] Maxime Cervulle et Armelle Testenoire, « Du sujet collectif au sujet individuel, et retour. Introduction », Subjectivités et rapports sociaux, Cahiers du Genre, 2012, no 53, in Fanny Gallot, « L'agency : un concept heuristique pour penser le genre et les classes populaires », *Écrire l'histoire. Histoire, Littérature, Esthétique*, 30 septembre 2021, n° 20-21, p. 1.

[501] C. Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre*, *op. cit.*, p. 35.

[502] Cette définition du concept d'agency proposée par Catherine Achin et Delphine Naudier se réfère à l'ouvrage de Judith Butler, *Défaire le genre*. Paris, Éd. Amsterdam. 2006 in C. Achin et D. Naudier, « La agency en contexte », art cit, p. 111.

[503] B. Duden, *L' invention du foetus : le corps féminin comme lieu public*, *op. cit.*, p. 119-120.

[504] *Ibid.*, p. 120.

que le développement de la technique dans le champ de la médecine a induit une transformation de la conception de l'enfant à naitre : le fœtus, dont l'existence était attesté par « le premier tressaillement »[505] selon l'*hexis haptique*, s'est réifié avec l'*hexis optique* permise par l'échographie, faisant du corps de la femme un lieu public « où se déroule un processus qui touche directement l'État, la santé publique, le corps de la nation, de même que l'Église et le conjoint »[506]. Si la perception de la grossesse autrefois « *synesthétique-haptique* » est devenue « *visuelle-conceptuelle* », les sages-femmes ont comme les médecins intégré l'usage de la technique dans leur pratique, mais elles n'ont pas pour autant abandonné l'*hexis haptique*[507], comme en témoignent les différentes situations que j'ai choisi de présenter ci-après, pour illustrer la spécificité des libérales dans leurs relations avec les femmes.

Mes observations de terrain ont débuté en mars 2017, donc dans le contexte médiatique de la dénonciation des violences obstétricales. Ce contexte a aiguisé mon attention sur les relations existant entre les femmes et les sages-femmes, et incité à identifier les formes que pouvaient prendre cette violence, même si mon objet ne portait pas spécifiquement sur ce thème[508]. Au nom du bon développement du fœtus et pour éviter les risques, les femmes enceintes ont progressivement accepté au cours de l'histoire de se soumettre aux injonctions médicales de surveillance, donc de soumettre leur corps – qui semble, par moment ne plus leur appartenir, comme en consultation d'échographie[509] – et leur agenda aux recommandations prescrites par le corps médical. Cependant, une des caractéristiques révélées par l'observation du travail des sages-femmes libérales réside dans leurs pratiques d'encouragement des femmes à être actrices de leur grossesse et à reprendre possession de

[505] L'expérience vécue physiquement était suffisante pour confirmer la grossesse et créer une réalité sociale admise par l'assistance. Voir *Ibid.*, p. 106-107.

[506] *Ibid.*, p. 125.

[507] Nous verrons dans le chapitre 4 que les sages-femmes considèrent la perception *synesthétique-haptique* comme importante, dans la pratique de surveillance de la grossesse, par le biais de l'interrogatoire des mouvements actifs du fœtus et du palper abdominal effectué lors de l'examen clinique, pour déterminer la position fœtale.

[508] Nous verrons un peu plus loin dans ce chapitre que des attitudes paternalistes ont été observées chez certaines sages-femmes hospitalières.

[509] J'aborderai la réification du fœtus et la compliance des femmes de soumettre leur corps pour cet examen dans le chapitre 4.

leur corps par le biais de l' « expérience vécue ». Cette réappropriation des femmes peut amener à des demandes déstabilisantes pour les sages-femmes libérales elles-mêmes.

La question du corps est omniprésente dans le discours des sages-femmes libérales observé sur le terrain[510], qui insiste sur l'importance de s'approprier ce corps qui se transforme au fil des neuf mois de grossesse. Prenons l'exemple de la consultation de Sylvie *(30-40 ans de carrière, libérale)* par une patiente enceinte de son premier enfant, alors qu'elle est à 13 semaines d'aménorrhée (3e mois). Sylvie a déjà vu cette patiente en consultation ; elle commence l'échange en disant qu'elle trouve que la femme a meilleure mine et lui demande : *« Quel est votre ressenti ? – Je sens le changement de jour en jour, dans mon corps, répond la patiente. »* Sylvie souligne alors qu'elle a neuf mois pour se préparer, que « la nature est bien faite ». Ce rapport au corps et à la physiologie est aussi présent dans la discussion entre Nadège *(20-30 ans de carrière, libérale)* et une femme enceinte également de son premier enfant, à trente-six semaines d'aménorrhée (8e mois), au cours d'une longue séance de préparation à la naissance et à la parentalité[511]. La patiente indique qu'elle appréhende l'accouchement et la douleur. La sage-femme insiste à plusieurs reprises sur l'attention portée à son corps :

> « Votre corps sait ce qu'il faut faire. Si on écoute son corps, on prend la position adaptée pour l'accouchement. » *(Nadège, 20-30 ans de carrière, libérale)*

La douleur comme expérience corporelle est un thème qui préoccupe les femmes enceintes et est longuement abordé lors de la préparation à la naissance et à la parentalité. A deux occasions, j'ai pu écouter le discours d'Axelle *(10-20 ans de carrière, libérale)* sur le sujet, et noter son souci de rendre les femmes actrices dans la gestion de cet aspect pour leur futur accouchement. Dans les deux cas, les patientes sont jeunes (22 ans), elles attendent leur premier enfant, et sont suivies médicalement par Axelle depuis le début de leur grossesse.

[510] Le thème du corps est également présent dans le discours des sages-femmes hospitalières et territoriales, mais pas de façon aussi marquée que dans le propos des libérales.

[511] Cette séance de préparation à la naissance et à la parentalité était une séance individuelle et a duré 1h22.

Extrait du journal de terrain. Cas n°6

La séance est faite dans le cadre d'une préparation « classique »[512] Cet va durer 37 minutes. Les deux femmes se tutoient. Dès le début de l'échange, la sage-femme demande à la patiente comment elle envisage son accouchement et celle-ci répond qu'elle ne veut pas « être endormie », qu'elle veut garder le « contrôle » et « sentir », précisant « avant, les femmes accouchaient sans péridurale ». Le dialogue se poursuit autour du thème de la douleur, la jeune femme dit ne pas avoir peur de la douleur. La professionnelle lui propose plusieurs méthodes de préparation (sophrologie, danse, chant prénatal, yoga) en précisant « tu as le choix… ne fais pas tout, profites en et choisis ce qui te convient ». Elle donne également un conseil de lecture sur la physiologie de l'accouchement pour compléter la préparation et indique qu'il permet de prendre « conscience qu'on est super bien fait ». Elle complète son discours en reliant douleur et physiologie : « La douleur est un signal qui entraine une réaction. Le corps prévient de l'arrivée du bébé, bien longtemps à l'avance. Elle permet la mise en place de bonnes conditions (…) sinon, on accoucherait pendant qu'on fait ses courses ! La douleur est là pour prévenir, comme quand on a un douleur dentaire. Il faut se réconcilier avec la douleur car elle est là pour toi et ton bébé. »

Extrait du journal de terrain. Cas n°7

Axelle reçoit en séance d'haptonomie[513] un jeune couple[514] : le futur père a 24 ans, sa compagne 22 ans et est à 31 semaines d'aménorrhée. Ils attendent également leur premier enfant. La sage-femme fait le suivi médical de la patiente depuis le début de sa grossesse. Au début de l'échange, la sage-femme demande si le couple a un « projet de naissance ». La réponse de la patiente est axée sur la prise en charge de la douleur : elle souhaiterait une

[512] Voir en introduction, les différents types de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) qui existent en France.

[513] L'haptonomie est une approche basée sur le toucher affectif, développée dans les années 1940 par le médecin néerlandais Frans Veldman. Ce toucher affectif est utilisé comme moyen de communication et de développement. L'haptonomie constitue une forme de de préparation à la naissance et à la parentalité. La séance ici observée va durer 1h25 et pour ce type de préparation, la sage-femme demande un dépassement d'honoraire.

[514] Le couple appartient à la classe moyenne : la femme travaille à l'assurance maladie et son compagnon est opticien.

péridurale déambulatoire, auto-dosée car elle a « envie de sentir mais pas d'avoir mal ». La sage-femme donne les informations sur l'analgésie péridurale, le dosage, le moment de la pose, la possibilité de bouger avant sa mise en place mais plus ensuite, la péridurale déambulatoire n'étant pas proposée dans les maternités locales. Durant la première demi-heure, la professionnelle donne ainsi ces explications tout en guidant les mains du compagnon sur le ventre de la femme enceinte qui est allongée. Elle insiste sur l'importance de ces informations pour « bien avoir le choix ». Puis, elle précise que « quand il y a une péridurale, c'est la médicalisation qui prend le relais du corps » et qu'il est possible d'avoir recours à des thérapeutiques comme l'oxytocine[515] si la dynamique utérine diminue. Elle indique vouloir leur donner une information éclairée afin qu'ils puissent décider. La conversation entre le couple et la professionnelle se poursuit en abordant le monde hospitalier et la prise en charge en maternité : « L'équipe est là pour vous, mais c'est vous qui accouchez. Sinon, le relais sera pris par l'équipe et c'est comme ça qu'on médicalise. Se dire « je vais accompagner mon bébé du mieux possible ». On va pas le faire à votre place. Sinon, l'accouchement risque d'être très médicalisé, avec le recours possible aux forceps ou la césarienne… Il faut vous dire « c'est mon accouchement. » La patiente répond : « Ça me conforte car je ne sais pas ce que c'est… Je vais m'écouter… je ne veux pas souffrir mais plus je peux tenir, mieux ce sera… c'est pas une fatalité de prendre la péridurale ! » Axelle rétorque : « Vous n'êtes pas obligée de souffrir. On peut accoucher sans péridurale et sans souffrir. »

Cette séquence[516] ainsi que celles exposées plus haut, témoigne de la fonction de vecteur de mobilisation de l'agentivité des femmes et des couples qu'occupent les sages-femmes libérales. Les séances de préparations à la naissance et à la parentalité – dont

[515] L'oxytocine est l'hormone de synthèse qui a la même action que l'ocytocine, hormone naturelle qui induit notamment les contractions utérines pendant l'accouchement.

[516] Au début de la séance, la sage-femme m'informe que le couple attend son premier enfant, et me donne leur relativement jeune âge. Le futur père prend la parole pour indiquer que leur entourage a été surpris à l'annonce de la grossesse et ajoute « on voulait un enfant, jeunes ». La patiente complète le discours de son compagnon en disant « je m'y attends, je ne suis pas surprise. Et je ne suis pas stressée, je n'ai pas peur ». Chez ce couple de classe moyenne, notons par ailleurs que le fait d'avoir un premier enfant jeune, et que cela soit choisi, peut être interprété à l'heure actuelle comme un acte d'*agency*, alors que l'âge du premier enfant ne cesse d'augmenter selon les données de l'INSEE. En 2023, l'âge moyen maternel à l'accouchement est à 31 ans contre 30,2 ans dix années auparavant, voir https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI#:~:text=Les%20évolutions%20récentes%20s'expliquent,de%2025%20à%2034%20ans (consulté le 01/08/2024).

l'entretien prénatal précoce – sont particulièrement propices à cette mobilisation[517]. Dans le cas suivant, la mobilisation de l'*agency* des femmes s'effectue dans la manière d'aborder certains risques comportementaux, comme la consommation de tabac.

Extrait du journal de terrain. Cas n°8

Julie *(moins de 10 ans de carrière, libérale)* reçoit une patiente plutôt « bourgeoise »[518], âgée de 28 ans, en entretien prénatal précoce, enceinte de 20 semaines d'aménorrhée (4e mois), qui attend son second enfant. Les deux femmes se connaissent et se tutoient, Julie a suivi cette patiente pour sa première grossesse. La sage-femme demande si la patiente a pris son dossier avec l'échographie du premier trimestre. Très rapidement, la femme explique qu'elle a peur que son bébé soit petit car elle fume du tabac, et appréhende les conséquences de la cigarette pour son futur enfant. Julie lui demande : « Qu'est-ce que tu as mis en place en place pour diminuer ? » La patiente lui répond qu'elle a « éliminé » les cigarettes superflues et arrêté de boire du café. La sage-femme poursuit en utilisant à nouveau la forme interrogative : « Est-ce que tu sens que tu as besoin d'aide ? »La femme enceinte répond qu'elle est « motivée sans l'être ». La professionnelle lui pose alors la question comment son tabagisme est-il perçu par son entourage ? La patiente répond que son compagnon tolère mais qu'elle est « sous surveillance » et qu'il « check » le paquet pour voir sa consommation. L'échange se poursuit :

Julie : « Il te flique… c'est infantilisant non ? »

Patiente : « Oui, mais c'est aussi son enfant… L'enfant est fait à deux ! »

[517] Rappelons que l'entretien prénatal précoce (EPP) ou entretien du 4e mois est une des mesures phare du troisième et dernier plan de périnatalité (2005-2007) en date, intitulé « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité », publié en novembre 2004, suite au rapport remis en septembre 2003 par G. Bréart, professeur de Santé Publique, F. Puech, professeur d'obstétrique et J.C. Rozé, professeur de néonatologie qui mettant en avant que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène dans les situations à bas risque, dont le credo suivant « faire plus et mieux pour le haut risque, moins et mieux pour le bas risque » a été repris par les instances professionnelles de sages-femmes. L'objectif de la mise en place de l'EPP était de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents », voir Ministère de la Santé et de la Protection sociale, *Plan « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité*, *op. cit.*, p. 1-2.

[518] Au cours de l'échange, je comprends que cette femme était aide-soignante, mais sans emploi, et mariée avec un médecin.

Julie propose l'acupuncture comme méthode pour aider la patiente à arrêter de fumer, en le présentant comme « un soin global, assez long » pour lequel il faut prévoir du temps. La patiente répond enthousiaste : « Carrément ! Je veux bien ! »

Nous voyons ici que la consommation de tabac[519] n'est pas abordée par la professionnelle, mais par la patiente, dans une relation de proximité et de confiance[520] ici quasi amicale. L'entretien est un dialogue où chacune parle : la femme enceinte exprime ce qui la préoccupe et la sage-femme saisit le discours de la patiente pour construire la proposition de prise en charge. Julie donne des informations relevant du savoir « théorique » au fil de l'entretien et le temps de parole est équilibré entre la patiente et la professionnelle. La situation n'est pas sans doute pas représentative : je n'ai eu l'occasion d'assister qu'à cinq EPP[521] au total dont deux en institution hospitalière avec une seule et même sage-femme. Néanmoins, il est intéressant de noter les deux autres EPP observés avec Sylvie et Martine, libérales comme Julie, se sont déroulés avec le même souci de laisser la parole à la femme enceinte et de reprendre ses propos pour informer et conseiller. Au contraire, en maternité, la sage-femme parle plus que la femme enceinte et l'entretien ressemble davantage aux consultations de suivi mensuel, menées de façon rationnelle[522], avec une liste de questions à la recherche de risques et de facteurs de risques relatifs au mode et aux conditions de vie de la femme[523], suivie d'une série de conseils et préconisations à respecter pendant la grossesse[524], laissant *in fine* peu de possibilité à la femme de s'exprimer, si ce n'est à la toute

[519] Lors des EPP auxquels j'ai assisté, les risques et les facteurs de risques liés au comportement de la femme enceinte – dont les consommations de substances psycho-actives, comme le tabac, l'alcool, les drogues – sont une thématique importante et abordée de façon systématique, chez toutes les patientes, quelle que soit leur classe sociale. Nous verrons cependant dans le chapitre 5, qu'en consultation de suivi, les sages-femmes effectuent une priorisation des risques et facteurs de risque recherchés, selon la classe sociale des femmes, mais aussi leur appartenance culturelle et leur origine ethnique.

[520] Je développerai cet aspect dans la seconde partie de ce chapitre.

[521] Au moment où s'est déroulé mon étude de terrain, l'EPP n'était pas encore obligatoire. Il l'est depuis mai 2020.

[522] La « rationalité » de la surveillance de la grossesse sera abordée dans le chapitre 5.

[523] A la recherche de risques psycho-sociaux, c'est à dire de vulnérabilités (conditions de logement, violence conjugale, conditions financières), de consommation de substances psychoactives ou encore d'antécédent de dépression.

[524] Ces conseils ont concerné l'alimentation, l'arrêt du tabac et l'encouragement à faire une préparation à la naissance et à la parentalité.

fin de l'entretien, une question standard (comme « est-ce que vous avez déjà des questions, des attentes particulières pour l'accouchement ? »).

Le fait d'avoir choisi une sage-femme libérale pour faire suivre sa grossesse peut être en soi une manifestation de l'agentivité de la femme[525], qui s'éloigne du modèle encore majoritaire du « suivi par un gynécologue-obstétricien »[526]. J'aborderai de façon plus approfondie cette question du choix de la sage-femme dans la deuxième partie de ce chapitre, à l'aide de la notion de « proximité ». Le choix de la libérale présente par ailleurs l'avantage de rendre possible le choix du lieu d'accouchement, en institution publique ou privée, ce qui favorise encore l'*agency* des femmes. En effet, la sage-femme libérale adapte l'accompagnement et les informations selon le projet de naissance de la patiente et du couple, comme l'indique le cas suivant.

Extrait du journal de terrain. Cas n°9

Martine *(30-40 ans de carrière, libérale)* reçoit pour la première fois, en consultation de suivi prénatal un couple dont la femme, âgé de 30 ans, est enceinte de 19 SA (4e mois). Elle a déjà un fils d'une première union, tout comme son mari qui est âgé de 32 ans. Il s'agit de leur premier enfant ensemble. Madame est aide-soignante et Monsieur auxiliaire de vie, tous deux originaires de Guadeloupe. Le couple reste au total 55 minutes, les 15 premières minutes correspondant à une consultation de suivi avec la constitution du « dossier »[527] et les 40 minutes suivantes à un entretien prénatal précoce. La sage-femme parle fort, plaisante par moments. Elle fait le point sur l'alimentation de la patiente – temps durant lequel la professionnelle s'est mise à tutoyer la patiente – et, pour donner des conseils diététiques, demande à la femme de prendre de quoi écrire et dicte : « à chaque repas… » La patiente obéit et écrit sous la dictée de la sage-femme qui lui suggère de mettre ce papier sur son frigo.

[525] Les patientes de milieu populaire, plus nombreuses à se faire suivre en maternité hospitalière, semblent plus enclines à rester dans une certaine posture de soumission, et à se conformer au modèle techno-médical véhiculé notamment dans les émissions de télévision mais cette hypothèse mérite une analyse plus approfondie qu'il n'a pas été possible de mener dans ce travail.

[526] Voir en introduction, les données de l'Enquête Nationale Périnatale.

[527] Nous verrons dans le chapitre 4 la place importante qu'occupe le dossier dans le déroulement des consultations de surveillance de grossesse, et l'enjeu qu'il revêt pour la gestion des risques pour l'accouchement.

Martine poursuit en posant des questions sur la famille du couple : s'ils sont entourés, si la femme a des peurs, du stress, des angoisses (en voyant à nouveau la patiente). La femme enceinte répond qu'elle a peur de la douleur de l'accouchement, de l'inconnu, indique qu'elle est fatiguée et qu'elle déprime un peu. La sage-femme demande ensuite : « Qu'est-ce que vous attendez de moi ? » La patiente répond qu'elle a un projet de « salle physiologique »[528], car pour son premier accouchement, elle n'avait rien senti, la péridurale étant « trop forte ». Martine interroge la patiente sur comment elle imagine l'accouchement idéal et sur ces attentes de la « salle nature », précisant « on peut faire nature dans une autre salle ». La femme approuve les propos de la professionnelle mais insiste sur le fait que « le cadre est important ». La sage-femme s'adresse ensuite au compagnon en lui posant la même question à propos de l'accouchement idéal. Celui-ci répond un « accouchement à la maison », car il ne faut pas se déplacer. Il fait allusion à sa grand-mère qui a accouché chez elle et rapporte l'expérience d'une amie qui « a super bien vécu » son accouchement à domicile. Après avoir écouté les arguments du futur père, Martine reprend les risques qui existent surtout après l'accouchement (l'hémorragie de la délivrance) et indique que leur lieu d'habitation est trop éloigné d'une structure hospitalière si un risque survenait demandant une intervention médicale. Elle demande à Monsieur s'il a accepté que l'accouchement ne se déroule pas à domicile et il acquiesce. Martine rétorque : « La salle physio, c'est votre vœu alors ! » La femme répond que c'est le sien. La sage-femme propose une préparation à la naissance au

[528] Une « salle physiologique » pour accoucher, également appelée « salle nature » ou « salle de naissance physiologique », est un espace spécialement conçu pour favoriser un accouchement le plus naturel possible, donc moins « technicisé ». Le concept repose sur la proposition d'un environnement conçu pour favoriser le processus physiologique de l'accouchement et vise à réduire le stress, les interventions médicales non nécessaires. Les équipements typiques sont une baignoire de dilatation ou d'accouchement, une liane de suspension ou barre d'appui, des ballons de naissance, des coussins et tapis de sol, un tabouret d'accouchement, un « lit d'accouchement », avec un éclairage modulable et tamisé, et la possibilité d'écouter de la musique. L'idée est créée une atmosphère calme et intime et possiblement personnalisable (musique, lumières, etc.) ainsi que de permettre une liberté de mouvement pendant le travail et la possibilité d'accoucher dans différentes positions (debout, accroupie, dans l'eau, etc.). La surveillance médicale se veut discrète mais continue, avec un équipement médical disponible mais non visible en première intention – ces salles devant respectées les normes de sécurité hospitalières. Ce type de prise en charge est réservé aux femmes souhaitant un « accouchement naturel » – sans anesthésie péridurale – qui ont une grossesse à bas risque. De fait, il existe « une sélection des dossiers » par l'équipe médicale qui valide ou non l'accès à la salle nature, selon le niveau de risque de la grossesse.

moyen de l'acupuncture et l'autohypnose[529], puis dit : « qu'est-ce que vous en pensez ? » La patiente répond : « je suis tout à fait d'accord ! »

Dans cet extrait, la question posée sur le type de service recherché par le couple amène à la formulation de leur projet de naissance. Les femmes qui choisissent de faire suivre leur grossesse par des sages-femmes libérales ont une démarche comparable – toutes choses différentes par ailleurs, car le service diffère – à ce qu'ont pu mettre en évidence Maud Gelly, Paula Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard dans leur travail sur la patientèle bourgeoise de deux maternités privées parisiennes[530]. Comme les femmes de la bourgeoisie économique, les femmes enceintes que je viens de présenter consultent une sage-femme libérale qu'elles ont choisi en fonction de l'offre des soins proposés (type de préparation à la naissance, accompagnement en plateau technique) ou de la réputation[531], qui est payée à l'acte, « et qui leur laisse parfois son numéro de téléphone portable personnel »[532] (en l'occurrence, toutes les sages-femmes libérales de mon étude donnent leur numéro de portable). Elles réunissent aussi les conditions qui favorisent selon Eliot Freidson « l'exercice d'un contrôle du client sur le travail médical »[533], à l'exception de l'aspect financier[534]. Les sages-femmes peuvent dès lors être parfois déstabilisées lorsque l'agentivité des femmes ou des couples discorde avec la situation clinique, et insistent alors sur les risques encourus, comme le fait Julie dans le cas suivant.

[529] Sur le site internet de cette sage-femme libérale, ces méthodes de préparations à la naissance et à la parentalité sont citées.

[530] Maud Gelly et Paula Cristofalo ont distingué une bourgeoisie économique (recours à la césarienne de convenance pour maitriser l'imprévisibilité de l'accouchement tout en bénéficiant de prestations hôtelières de luxe) et une culturelle (en quête au contraire d'un accouchement plus naturel et moins technicisé). Les femmes de ces deux types de bourgeoisie ont en commun de choisir le lieu d'accouchement en imposant leurs attentes aux médecins grâce à leurs ressources. Voir M. Gelly, P. Cristofalo et C. Gasquet-Blanchard, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie », art cit, p. 79-80.

[531] Je développerai cette notion un peu plus loin dans ce chapitre en abordant le choix de recourir à une sage-femme comme expression d'un « parcours volontaire » des femmes.

[532] M. Gelly, P. Cristofalo et C. Gasquet-Blanchard, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie », art cit, p. 80.

[533], *Ibid.*

[534] La dimension financière existe cependant pour les femmes qui sollicitent une libérale qui pratique les « accouchements en plateau technique » puisque le dépassement d'honoraires s'élève à 600€.

Extrait du journal de terrain. Cas n°10

Julie *(moins de 10 ans de carrière, libérale)* reçoit en consultation de surveillance de grossesse avec enregistrement du rythme cardiaque fœtal[535] une patiente âgée de 35 ans, professeur de langue en lycée, qui attend son 4e enfant et qui est au terme de 37 semaines d'aménorrhée (9e mois). Les deux femmes semblent bien se connaître et se tutoient. Dès le début de l'échange, la patiente indique qu'elle a refusé de faire l'examen recherchant le diabète gestationnel que le gynécologue-obstétricien exerçant en établissement privé lui a prescrit car « c'est un gros bébé ». Avant de s'allonger sur le lit d'examen et que la sage-femme pose les capteurs pour enregistrer le rythme cardiaque fœtal et les contractions, elle dit : « Je retire mon slip car je sens que ça travaille ! » Elle poursuit en expliquant à Julie qu'elle a fait une échographie de contrôle et que l'estimation de poids fœtal était à 3500g, précisant « je m'en fiche ». La professionnelle cherche néanmoins à rassurer la femme en lui disant de rester en confiance car elle avait déjà accouché de gros bébés. La patiente répond : « Plus ça va, moins je veux aller à la clinique… » La sage-femme reste silencieuse, alors la femme ajoute : « ça te fait peur ? » Julie explique qu'elle n'a pas peur pour la tête mais qu'elle craint la dystocie des épaules[536]. La femme insiste en disant qu'elle a rendez-vous chez le gynécologue-obstétricien la semaine suivante, qu'il va surement vouloir déclencher l'accouchement, que « donc, on a une semaine pour que j'ai un accouchement physio… mon père faisait 4,750 Kg à la naissance… », sur un ton très détendu et provocateur. La professionnelle rétorque : « Tu me fais peur quand tu me dis ça… c'est pas physio ! » Elle regarde le ventre de la patiente, puis explique qu'il y a en plus un risque plus important d'hémorragie de la délivrance à cause de la distension importante de l'utérus, que les risques sont donc plus importants quand le bébé est gros. La patiente ne dit plus rien et écoute la sage-femme qui tente de convaincre celle-ci de passer le travail chez elle et d'aller à la maternité pour l'accouchement. La patiente ne l'a

[535] L'assurance maladie rembourse deux enregistrements du rythme cardiaque fœtal pour les grossesses simples effectués à partir de 24 semaines d'aménorrhée (6e mois). Ces enregistrements sont en règle générale réalisée au 9e mois, c'est à dire à partir de 37 semaine d'aménorrhée et ils constituent une part importante de l'activité des sages-femmes libérales qui reçoivent également les patientes suivies par des gynécologues-obstétriciens libéraux qui ne font pas cette activité.

[536] La dystocie des épaules survient pendant l'accouchement après le dégagement de la tête, lorsqu'il a une disproportion entre le diamètre des épaules et les dimensions du bassin maternel. C'est une pathologie de l'accouchement peu fréquente (concerne 0,5% à 1,5% des accouchements) mais redoutable car la situation aboutit d'une part, à la mort du fœtus sans intervention médicale et d'autre part, à haut risque médico-légal pour les médecins et sages-femmes car des gestes inadaptés peuvent entrainer des lésions nerveuses irréversibles chez l'enfant qui restera handicapé.

pas exprimé clairement mais je comprends qu'elle voudrait accoucher à domicile avec Julie, qui lui demande ce qu'en pense son mari. Elle répond qu'elle ne lui en a pas parlé, que « pour lui, on va à la maternité ». Julie insiste sur son rôle de professionnel : « Mon rôle est de prévenir les risques, de te ramener dans une réalité de risques, même si c'est pas agréable. C'est mon rôle. Là, au 98e percentile[537], c'est patho… j'aime pas le dire mais t'es plus dans la physio. » Elle poursuit en indiquant que pour faire respecter son projet d'accouchement physiologique par l'équipe de la maternité, il faut avoir confiance dans le lien. La patiente réplique : « Quand on fait, les soignants font avec ! ». Julie lui dit calmement que « ça dépend de la façon de l'amener et de la place… de l'importance du compagnon. » La femme répond qu'elle me compter sur son mari, que « c'est toujours comme ça, mon mari est là… c'est pour ça que je peux débrancher… et quand je vais lâcher prise, ça va arriver vite ! » Un peu plus tard dans la consultation, la sage-femme reprend : « Je ne veux pas te transmettre mes peurs car ce sont mes peurs. Mon rôle est de te réinformer de la dystocie des épaules, du risque d'hémorragie de la délivrance. Au 98e percentile, je ne peux pas, c'est pas physio ». La patiente répond qu'elle entend ce que lui dit la professionnelle, mais cette dernière rétorque : « Mais ça n'a pas beaucoup d'impact ! » La femme enceinte reformule alors les différents risques que la sage-femme lui a cité, pour lui démontrer qu'elle a bien entendu et compris les potentiels dangers. Elle poursuit en affirmant qu'elle ne veut pas prendre de risques, mais expose sa position sur le fait que le déclenchement n'est pas naturel, pas bon pour le bébé, qu'elle n'a jamais eu de péridurale pour ses 3 autres accouchements, qu'elle a déjà des déclenchements et est convaincue que « ce n'est pas bon ». La femme enceinte déplore de devoir « se battre pour tout » vis à vis des soignants pour le respect de ses choix (ne pas mettre de gouttes antiseptiques dans les yeux du bébé, pas utiliser de sonde d'aspiration pour enlever les sécrétions dans la bouche et les narines du nouveau-né juste après la naissance). Julie l'encourage à négocier les soins avec les sages-femmes de la clinique le jour J et conclut à propos du lieu d'accouchement en disant : « Je te connais assez pour savoir que tu fais les choses de façon réfléchie. A l'enregistrement, la sage-femme constate que la patiente a

[537] Les mesures échographiques du fœtus sont reportées sur une courbe de croissance à l'échelle en percentile qui détermine les normes. Ici, en l'occurrence, une estimation de poids fœtale au 98e percentile est en faveur d'une macrosomie fœtale, c'est à dire un poids à terme estimé à plus de 4 Kg.

quelques contractions. Celle-ci précise : « Après les câlins[538], j'ai des contractions… et ce matin, j'ai vidé mes intestins[539] *(en souriant et en ouvrant grand les yeux)*… ça me rappelle quelque chose ! » La sage-femme, étonnée, laisse échapper un « oh ! ». La patiente demande à Julie de l'examiner pour savoir si les contractions ont agi sur le col. La praticienne effectue le toucher vaginal *(je reste dans la salle, car la patiente est couverte d'un paréo, et son intimité reste donc cachée)* et indique que pour le moment, il n'y a pas de modifications en faveur d'une mise en route du travail obstétrical. La consultation dure au total 68 minutes. A la fin, en saluant la patiente , je lui souhaite un « bel accouchement » et elle me répond avec un air espiègle : « oui… quel que soit le lieu ! »

Ce cas est particulièrement intéressant car il révèle l'*agency* de cette femme qui utilise le lien de proximité qu'elle possède avec la sage-femme pour tenter de la convaincre d'adhérer à son projet d'« accouchement idéal » à domicile. Elle mobilise sa « capacité à pouvoir déjouer et renverser les rapports de pouvoirs qui s'exercent sur [elle] »[540]. Le corps comme « expérience vécue » est prégnant dans cet extrait, cette femme donnant à la fois des éléments objectifs (les contractions après les rapports sexuels, la vidange des intestins) et subjectifs (« je sens que ça travaille ») pour décrire ce qu'elle ressent, ce qui lui fait penser qu'elle va très bientôt accoucher, s'appuyant sur ses expériences antérieures, qui lui ont permis d'acquérir son savoir empirique. Le modèle de confiance qui a été tissé ici entre les deux femmes est celui du « partenariat »[541], où « la connaissance intime de son propre corps permet à la patiente [et à la sage-femme] d'échanger sur des perceptions communes »[542], à

[538] Les rapports sexuels peuvent donner des contractions car l'hormone libérée durant l'orgasme est l'ocytocine, c'est à dire la même hormone qui est sécrétée pour l'accouchement.

[539] Lorsque le travail pour l'accouchement débute, il est possible d'aller à la selle plus souvent ou de faire des selles plus molle à cause de la décharge de prostaglandine, hormone qui participe à modifier l'état du col utérin et qui stimule aussi le fonctionnement des intestins.

[540] Noémie Marignier, « L'agentivité en question : étude des pratiques des femmes enceintes sur les forums de discussion », *Langage et société*, 9 juin 2015, vol. 152, n° 2, p. 43.

[541] Béatrice Jacques décrit quatre types de relation de confiance entre médecin et patiente : la confiance « dépersonnalisée », la confiance « totale », régies par « l'idéologie centrale de la science toute puissante », avec un rapport de soumission de la femme profane à l'expertise du système de santé (dans le premier modèle) ou d'un médecin reconnu pour ses compétences techniques (dans le second), la confiance « processus » où la relation de confiance s'établit progressivement avec « la recherche permanente d'une relation personnalisée » et la confiance « partenariat ». Voir B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 97-108.

[542] *Ibid.*, p. 107.

l'instar de ce qu'avait pu identifier Béatrice Jacques dans son enquête de terrain, dans les relations entre deux patientes et un médecin en particulier, exerçant dans la maternité d'un CHU[543]. Dans mon étude, ce modèle a été observé avec les sept libérales, lors de 19 observations au total. Comme la sociologue l'a très justement décrit, les interactions dans ce modèle sont basées « sur un engagement de part et d'autre dans une relation de partenariat où [chacune] reconnaît des compétences à l'autre »[544]. La femme enceinte négocie[545] donc le lieu de l'accouchement (à domicile) et les conditions (avec sa sage-femme), car elle pense que son état actuel peut permettre un tel accouchement puisque la dernière échographie de contrôle, réalisée peu de temps avant le rendez-vous avec la sage-femme, estimait le poids du fœtus à 3500g. Cette patiente, appartenant à une classe sociale favorisée, se trouve dans des conditions qui lui permettent de mobiliser son agentivité, ce qui est peu fréquent chez les patientes suivies en institution hospitalière ou territoriale, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce chapitre, où la relation de confiance relève davantage des trois autres modèles décrits par Jacques. De l'autre côté, la professionnelle qui prône la physiologie, écoute la patiente mais déploie un argumentaire fondé sur les risques – lesquels peuvent mettre en péril la vie de la mère et du nouveau-né – afin de justifier qu'elle ne peut accéder à la demande d'accouchement à domicile. Après le départ de la patiente, Julie me parle des demandes croissantes d'accouchement à domicile, qu'elle refuse en raison d'une part, des risques obstétricaux et néonataux et d'autre part, des risques médico-légaux . Elle m'explique que depuis quatre ans, elle a fait (sans succès) une demande de convention pour proposer à ses patientes, en guise d'alternative, le « plateau technique »[546] auprès des maternités privée et publique de la ville.

[543] *Ibid.*, p. 106.

[544] *Ibid.*, p. 108.

[545] J'approfondirai la notion de « soin négocié » développé par François-Xavier Schweyer, de manière plus globale dans les rapports entre femmes enceintes et sages-femmes, car des situations de négociations ont été observées également dans les autres modes d'exercice. Voir François-Xavier Schweyer, « Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique » dans Florence Douguet, Simone Pennec et Francoise Le Borgne-Uguen (eds.), *Les négociations du soin : Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019, p. 27-40.

[546] Dans le cadre d'une convention établie avec un établissement de santé, une sage-femme libérale peut « utiliser » le plateau technique (et ses équipements) d'une maternité pour pratiquer l'accouchement des patientes qu'elle suit. Celle-ci étant sous sa seule responsabilité, les actes effectuées relèvent de la compétence de la sage-femme – il n'y a donc pas de péridurale. Ce type de prise en charge ne concerne donc que les grossesse à bas risque.

Si l'échange que je viens de présenter est basé sur une certaine complicité car les deux femmes experte/profane se connaissent bien, une autre libérale de mon étude indique par ailleurs être parfois en difficulté en raison de la position réactionnaire extrême de certaines femmes :

> « Il y a des situations quand même… des situations délicates où les… où il y a des femmes qui ne veulent rien en fait quoi. *(Rire)*. Elles ne veulent pas de monitoring, elles ne veulent pas de perfusion. Elles ne veulent pas… bon bah à un moment donné, voilà, moi je leur dis : « si vous accouchez à l'hôpital, c'est quand même le protocole et… » mais ces femmes-là font bouger aussi le personnel hospitalier. Donc c'est intéressant. Mais c'est pas facile. *(Rire)*. Accompagner ces femmes-là c'est pas facile. *(Acquiescement)*. Et il y en a de plus en plus (…). En fait, j'ai l'impression que c'est le retour, le revers de la médaille de l'hyper médicalisation. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

L'*agency*, encouragée et favorisée par les libérales dans les cas présentés, est néanmoins conditionnée et « acceptable » *in fine*, en fonction du niveau de risque de la grossesse et implicitement du risque médico-légal pour les professionnelles.

2. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité : un espace de discussion propice

Comme nous venons de le voir, l'entretien prénatal précoce (EPP) et plus généralement, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont des temps particuliers dans le suivi de grossesse car ils permettent aux femmes et aux couples de prendre la parole voire de faire des rencontres lorsque les séances sont réalisées en groupe. Béatrice Jacques a montré que les séances de préparation qu'elle a observé en maternité devaient « remplir trois grandes fonctions »[547] : « un rôle organisationnel (…), un soutien affectif (…) [et l'acquisition] des connaissances sur son corps et l'enfant »[548]. Si l'activité de suivi prénatal s'est développée en même temps que l'institutionnalisation de l'accouchement, elle est peu à peu devenue la

[547] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 124-125.

[548] *Ibid.*, p. 125.

ressource principale des libérales : développée par un obstétricien dans les années 1950[549] , elle a été déléguée aux sages-femmes par les médecins, qui la trouvaient « peu scientifique »[550]. Pendant les décennies 1980 et surtout 1990, la principale intervention en prénatale des libérales a été « la prépa » : elle était, et est encore, un acte très rémunérateur[551]. Le fait que son affectation dans les attributions des sages-femmes résule de la division du travail décidée par la profession dominante est bien connu des sages-femmes, comme l'indique Martine qui s'installe en libérale dans une métropole à la fin des années 1990 : « J'ai travaillé ici où il y avait 17 gynécos ! Donc, il fallait pas marcher sur leurs plates-bandes, d'accord ? Sinon, t'es foutue. Je faisais que de la prépa à la naissance, le suivi de grossesse pathologique[552] et la rééducation périnéale. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Quand Béatrice Jacques analyse les séances de préparation se déroulant à l'hôpital, elle présente celui-ci comme un lieu fortement genré où les femmes partagent leurs expériences et préoccupations liées à la maternité, tandis que la présence des hommes est marginalisée, ce qui renforce la distinction genrée des rôles avant même la parentalité[553]. La sociologue soutient que « l'institution hospitalière mais plus largement notre société, participent à la production d'un impensé paternel, qui empêche les pères de pouvoir jouer totalement le rôle que l'on attend d'eux. »[554]. Dans la pratique des sages-femmes libérales de mon étude, les pères ne sont pas systématiquement présents aux séances de PNP, mais je n'ai pas observé

[549] Fernand Lamaze, médecin accoucheur, découvre « l'accouchement sans douleur » (ASD) lors d'un voyage en URSS en 1951 et développe la méthode à son retour, dans la maternité des Bleuets à Paris, où il exerce. Il diffuse sa méthode partout en France, qui prend le nom officiel de psycho-prophylaxie-obstétricale (PPO) à partir de 1959 et qui est dispensé sous forme de huit « cours ». Voir Béatrice Jacques, « Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle »:, *L'Information géographique*, 1 juin 2012, Vol. 76, n° 2, p. 108-109.

[550] F. Douguet, A. Vilbrod et ONDPS, *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue*, *op. cit.*

[551] Pour rappel, la cotation de l'« acte de préparation à la naissance » est créée dans la loi de 1982, voir le chapitre 1.

[552] C'est à dire la surveillance (prescrite) à domicile des patientes, à l'aide du « monito », pour enregistrer le rythme cardiaque fœtal et l'activité utérine. Je reviendrai sur cette activité de surveillance des grossesses pathologiques à la fois emblématique et paradoxal de la profession dans le chapitre 4.

[553] B. Jacques, « Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle », art cit, p. 108; 120.

[554] *Ibid.*, p. 110.

de « ségrégation sexuelle » comme à l'hôpital[555]. Parmi les séances où le futur père était présent, j'ai retenu le cas suivant, à la fois pour illustrer les relations spécifiques des libérales avec la femme et le couple et car il s'agit une séance de PNP collective, permettant de voir à la fois les interactions avec la sage-femme et avec d'autres futurs parents.

Extrait du journal de terrain. Cas n°11

Pauline *(moins de 10 ans de carrière, libérale)* anime une séance de préparation à la naissance classique, effectuée en groupe à laquelle participent un couple (Madame et Monsieur A qui attendent leur deuxième enfant) et une autre patiente (Madame B enceinte pour la première fois). Le thème est « l'accouchement », où sont abordés la poussée, la position d'accouchement, les gestes associés (comme l'épisiotomie) ou encore les modalités d'accouchement en cas de problème (ventouse, forceps, césarienne). Au début de la séance, Madame B qui est arrivée en retard pose des questions sur la recherche de consentement avant l'épisiotomie, si les patientes ont le droit de refuser, sur un ton sec, exposant les mauvaises expériences d'une de ses collègues. La sage-femme répond mais ne semble pas très à l'aise (elle me regarde, cherchant du soutien, mais je n'interviens pas). Madame B pose ensuite des questions sur le placenta, s'il existe des « *dons* » de placenta, s'ils sont récupérés pour faire des cosmétiques ou encore s'il est possible de le récupérer. Pauline explique qu'il est possible de faire des dons de sang placentaire[556] , qu'elle ne connaît pas le don de placenta mais qu'elle va se renseigner. Madame A rebondit en demandant, à propos de l'utilisation des placenta pour faire des cosmétiques, s'il s'agit ou non d'un mythe. Pauline indique que ça n'existe pas, que les placentas sont éliminés avec les déchets hospitaliers. Les échanges se poursuivent sur la césarienne. Madame B semble encore plus angoissée même si les

[555] Béatrice Jacques met en lumière qu'en institution, d'une part, peu de futurs pères assistent aux séances de PNP, ou bien participent à des séances qui les sont dédiés spécifiquement, et d'autre part, que les contenus des cours, centrés sur la mère, peuvent renforcer des stéréotypes de genre, en limitant la reconnaissance et l'implication des pères, et en consolidant des rôles parentaux traditionnels qui ne reflètent pas nécessairement la réalité contemporaine des familles. Voir B. Jacques, « Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle », art cit.

[556] Réalisé immédiatement après, l'accouchement, ce don consiste en un prélèvement au cordon, du sang placentaire qui contient de nombreuses cellules souches hématopoïétiques, qui peuvent se transformer en différents types de cellules sanguines. Ce sang est utilisé pour traiter diverses maladies du sang et du système immunitaire, comme la leucémie, les lymphomes, et certaines maladies génétiques.

explications et le discours de la sage-femme sont ponctués d'éléments se voulant rassurants, comme : « la césarienne est un acte bien maitrisée… si on peut s'en passer, on va s'en passer ». La professionnelle aborde ensuite le retour à la maison avec le nouveau-né. Le couple demande si le bébé peut avoir un doudou ; Pauline répond : *« C'est vous le doudou ! »* Monsieur et Madame A rient mais pas Madame B qui continue à demander des justifications aux recommandations que donne la sage-femme (à propos du couchage sur le dos : « pourtant les parents dormaient sur le ventre… dans 10 ans, ce sera une autre position »). La patiente angoissée pose la question « qu'est-ce qu'on fait quand on va à la douche ? » et la professionnelle passablement agacée rétorque : « Vous ne vous douchez pas pendant 3 mois ! ». Pauline emploie ensuite un vocabulaire plus familier, le couple parle de ses expériences avec son premier enfant et la sage-femme interroge le couple déjà parents s'ils ont eu des angoisses particulières par rapport à leur premier enfant. Soudainement, Madame B finit par partager ses angoisses profondes : « Moi, je suis complètement angoissée ! Je suis pas patiente, déjà au boulot, je fais des efforts… Je m'excuse, j'aime pas les enfants, ils me saoûlent. » Ce à quoi, Monsieur A répond : « Quand c'est le vôtre, c'est pas pareil. » Pauline intervient à son tour pour rassurer la patiente *:* « Vous allez développer des capacités que vous ne soupçonnez pas ! » Madame B sourit, semblant se détendre, avant d'ajouter : « Je n'ai pas peur de lui faire du mal, mais moi, de péter les plombs ! » La sage-femme aborde le risque de survenue de dépression du post-partum, en lien avec une résurgence du vécu, et indique qu'il est parfois possible de proposer des séances avec un psy. Monsieur A prend spontanément la parole, pour donner des conseils, précisant qu'il est important de communiquer dans le couple lorsqu'un enfant arrive. Madame B répond qu'elle apprécie qu'il donne sa vision d'homme. Pauline ajoute : « Ce n'est pas rien de devenir maman. On peut se dire " Putain, pourquoi on a fait ça ! "» Madame B sourit à nouveau et répond : « Les livres [de puériculture], je trouve ça chiant. J'ai peur de pas avoir la méthode, pas comme d'autres qui lisent tout.

- Madame A : C'est vous la maman, c'est vous qui ferez le mieux !
- Pauline : Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises méthodes.
- Madame A : C'est un apprentissage entre vous deux.
- Monsieur A : Au départ, j'avais les mêmes angoisses que vous !
- Pauline : Il faut désintellectualiser et essayer de lâcher prise… ça viendra petit à petit. »

Monsieur A conseille à Madame B d'oublier l'image du parent modèle et de ne pas aller voir les sites, car *« cela met la pression »*. Pauline rebondit en indiquant que la pression est plus

néfaste qu'autre chose et qu'il ne faut pas craindre d'être défaillants. Madame B répond : « Moi, c'est le contraire, j'imagine être le pire parent ! » Tout le monde rit à la suite de cette déclaration. Monsieur A répond : « Ah bah, ce sera tout le contraire ! » Pauline poursuit en rétorquant que l'on se construit en apprenant de ses erreurs. Monsieur A fait le parallèle avec sa profession de chercheur. Madame A conclut : « Au troisième, on sera bon ! »
A la fin de la séance qui dure 1h30, la sage-femme vérifie que les prochains rendez-vous respectifs soient pris. Madame B indique que sa prochaine séance est une séance de sophrologie et Pauline lui répond : « Ah ! ça va être bien… »

De cette longue séquence, j'ai choisi d'extraire et de retenir les éléments qui me paraissaient le mieux caractériser les relations existantes entre les sages-femmes libérales et les femmes enceintes, et par extension ici, le couple. À la différence de ce qu'a pu observer Béatrice Jacques, le futur père a tout sa place et participe activement à l'échange. Cette différence ne dépend pas de la sage-femme (je l'ai aussi observée avec une autre libérale), ou au fait que l'homme ici présent est déjà père (la même implication a été observée pour une première grossesse). Le futur père appartient aux classes favorisées[557], ce qui joue sans doute sur son attitude[558]. Mais le dispositif même d'une consultation en libéral a aussi des effets : il permet un accompagnement plus personnalisé qu'en institution, et donc une plus grande facilité pour l'homme à trouver sa place. La variété des types de PNP[559] s'inscrit dans cette logique de personnalisation du suivi et y est beaucoup plus développé qu'en institution. Par ailleurs, l'environnement du cabinet libéral, bien plus confortable et agréable que celui des

[557] Il est chercheur, alors que l'autre cas observé est opticien.

[558] Une recherche dédiée à cette étude mériterait d'être menée, en analysant notamment dans la perspective bourdieusienne, leur « capital culturel » et leur « habitus". Voir Pierre Bourdieu, *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979, 670 p.

[559] Les différents types de PNP ont été décrits au début de ce chapitre. Nous verrons également un peu plus loin, que l'offre d'un accompagnement très spécifique proposé par la sage-femme peut être à l'origine du choix de la femme.

institutions[560], d'une part, la petite taille du groupe d'autre part[561], offrent des conditions propices à la prise de parole et aux (futurs) rôles parentaux de la famille contemporaine.

Les temps prénataux préparent à l'« événement naissance » en informant sur les aspects « fonctionnels » du corps ou encore « techniques » de l'accouchement institutionnalisé[562], mais aussi en traitant des dimensions de la parentalité[563]. Cette préoccupation récente, centrée sur le lien mère-enfant puis sur le lien parent-enfant, sur l'aspect « relationnel » et les bouleversements psychiques engendrés par le fait de devenir parent[564], s'est développée en même temps que la recherche des « vulnérabilités » et la

[560] Hormis la sage-femme qui est sur une chaise, nous sommes – moi compris – confortablement installé dans des fauteuils. L'ambiance est plus proche d'un salon – c'est à dire d'un lieu de la sphère privée – de par la taille de la pièce – le cabinet se trouve dans un immeuble d'habitation et correspond à un appartement T2 – et sa décoration cosy, comparativement aux grandes salles de « prépa » des maternités de Grandeville et de Métroville, qui contiennent certes des équipements confortables – tapis, ballons – mais qui ne ressemblent pas à du mobilier classique car elles doivent respecter les normes d'hygiènes hospitalières.

[561] Dans les quelques séances de PNP observées, celles-ci ne se font pas à plus de deux patientes en libéral (soit une valorisation actuelle correspondant à 74,40€), alors qu'en institution, les groupes oscillent entre 3 et 6 patientes, voire plus. Lorsque j'étais cadre en maternité, j'avais donné la consigne aux secrétaires de consultation de programmer 6 patientes par plage de PNP d'1h30, ce qui correspond à 111,60€ (18,60€ x 6), dans une logique de « rentabilité » institutionnelle – sachant qu'avant ma prise de fonction, les cours duraient 2h avec des groupes de 10 patientes –, la cotation des actes étant différentes selon le nombre de femmes participant à la séance (voir Annexe I).

[562] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 124-125.

[563] Le vocable « parentalité » a été ajouté à la « préparation à la naissance » au début du XXIe siècle, moment où se développe « ce concept nouveau (...) très usité (...) en raison de son ambiguïté même ». Il qualifie, en référence « à l'exercice des fonctions parentales », la compétence à être un « bon » parent. Il cible par ailleurs, dans les politiques sociales et familiales, « une nouvelle catégorie de risques sociaux », correspondant à une préoccupation de la société « face à des familles qui seraient incapables de remplir leur rôle, de socialiser correctement leur enfant ». Voir Martine Segalen et Agnès Martial, *Sociologie de la famille*, 9e édition., Paris, Armand Colin, 2019, p. 121.

[564] Les études et méta-analyses traitant de la dépression du post-partum chez la mère se multiplient durant la décennie 1990, voir Michael W O'hara et Annette M Swain, « Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis », *International review of psychiatry*, 1996, vol. 8, n° 1, p. 37-54 ; par ailleurs, durant cette même période de la fin du XXe siècle, le souci pour les « risques psychiques » des parturientes se traduit également par le développement des travaux sur l'accompagnement du deuil périnatal - j'ai moi-même réalisé mon mémoire de fin d'études de sage-femme sur le « vécu et l'accompagnement de la sage-femme lors de la prise en charge de l'interruption médicale de grossesse » -, domaine dont les sages-femmes se sont saisies, mettant en avant leurs compétences relationnelles, dans un contexte de malaise professionnel, comme je l'ai évoqué dans le chapitre 2, voir Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, Éditions La Découverte, 2003, 308 p ; D. Memmi, *La revanche de la chair*, *op. cit.*, p. 176-184 ; les études consacrées à la dépression du post-partum chez le père sont plus récentes et débutent autour de la décennie 2010, voir James F Paulson et Sharnail D Bazemore, « Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis », *Jama*, 2010, vol. 303, n° 19, p. 1961-1969 ; Emily E Cameron, Ivan D Sedov et Lianne M Tomfohr-Madsen, « Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis », *Journal of affective disorders*, 2016, vol. 206, p. 189-203 ; Brandon Eddy et al., « Forgotten fathers: Postpartum depression in men », *Journal of Family Issues*, 2019, vol. 40, n° 8, p. 1001-1017.

psychologisation des services de maternité au début du XXIe siècle[565]. Nous verrons dans le chapitre 5 que les risques « psycho-sociaux », nécessitant l'intervention prénatale des psychologues et pédopsychiatres[566], constituent des risques considérés comme majeurs par les sages-femmes enquêtées.

Cette séquence fait également apparaître une autre manière de mobiliser l'agentivité des femmes. Ainsi, la patiente qui attend son premier enfant aborde sans détour la question du consentement, puis, sans la nommer mais par l'exemple de l'expérience « traumatisante » de sa collègue, celle des violences obstétricales. Avec aplomb, elle ose exprimer ses doutes : doutes vis-à-vis du discours de la sage-femme relatif aux modalités de couchage du nouveau-né, ce qui correspond à une forme du déni du risque[567], et dans un autre registre, doutes quant à sa capacité à être un « bon » parent. Le lien de confiance établi entre Madame B et Pauline correspond au modèle « processus » dans la typologie de Jacques, modèle selon lequel « un rapport plus personnalisé »[568] est recherché sur la base de deux principes : la confiance n'est jamais acquise (« l'expertise doit sans cesse être démontrée »[569]) ; « une dimension relationnelle »[570] est visée dans l'interaction avec la professionnelle de santé. La diversité de l'offre des libérales de mon étude et sa mise en pratique (séance de PNP individuelle ou en petit groupe, durée des consultations et des échographies) semblent répondre à « cette attente relationnelle » des femmes. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, le « relationnel » est certes la compétence mise en avant par la profession toute entière comme une plus-value par rapport à la prise en charge des médecins, dans le champ des compétences

[565] Anne-Sophie Vozari, « « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, 8 juin 2015, n° 12, no 1, p. 156.

[566] La recherche doctorale d'Anne-Sophie Vozari portant sur l'actuel « souci des mères », a la particularité d'avoir étudié le travail des professionnels du champ de la psychiatrie en périnatalité. La sociologue met en lumière le lien entre la « politique renouvelée de gestion des risques ciblant le travail procréatif pour garantir la production d'enfants sains », l' « extension de la médicalisation de l'enfantement à l'expérience maternelle » et « le gouvernement de la famille par la régulation émotionnelle des liens qui doivent la constituer ». Voir Anne-Sophie Vozari, *Le souci des mères : ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité*, These de doctorat, Paris, EHESS, s.l., 2021, p. 329.

[567] « Douter des experts » est une des quatre figures rhétoriques du déni du risque, décrites par Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, qui compromettent le déploiement du principe de prévention, voir Patrick Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil : La République des idées, 2009, p. 73-74.

[568] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 103.

[569] *Ibid.*, p. 102.

[570] *Ibid.*, p. 103.

partagées, mais le contexte libéral, déchargé des contraintes institutionnelles de rentabilité, permet une autonomie des sages-femmes dans l'organisation du travail qui rend possibles ces suivis personnalisés.

Pour compléter cet argument, la présentation d'un court extrait de la séance de PNP suivante, cette fois individuelle, de Madame B illustre encore mieux peut-être cette liberté de parole.

Extrait du journal de terrain. Cas n°12

Avant de débuter l'exercice de sophrologie, Pauline s'efforce de rassurer Madame B, très angoissée. La professionnelle a perçu ses inquiétudes lors de la séance précédente faite effectuée avec le couple A [cf. le cas 11]. Cette patiente exprime clairement ses craintes : « Je vous préviens, je vais chialer… j'ai l'impression que je ne veux plus mon bébé… j'ai peur de ne pas assez l'aimer ». La sage-femme valorise le fait que Madame B verbalise ses préoccupations. Pauline reprend ces craintes dans un discours déculpabilisant, précisant à cette patiente qu'elle n'est pas un cas isolé et l'encourage à ne pas avoir peur de parler franchement. Par rapport à la peur de la douleur au moment de l'accouchement que la femme enceinte avait exprimé lors de la séance collective, la professionnelle dédramatise le recours à la péridurale et invite Madame B à « faire confiance à son corps », phrase qu'elle cite à deux reprises. La patiente poursuit : « Ce n'est pas ce à quoi on s'attend… il y en a qui le cachent bien. » Pauline répond qu'il y a une pression de la société. Madame B explique qu'elle a des craintes vis à vis de son rôle dans le couple : « Avec mon conjoint, je n'ai pas envie d'être qu'une mère. » La sage-femme comprend tout de suite que la femme s'inquiète pour sa sexualité après l'accouchement et s'efforce de la rassurer : « La position du couple est décidée par celui-ci… Vous serez mère et amante, le bébé n'impose rien du tout. » La séance se poursuit par la pratique d'un exercice de sophrologie.

A l'instar des témoignages de femmes enceintes, recueillies par Camille Froidevaux-Metterie, cette femme avoue sans réelle difficulté « les sentiments de détestations et de rejet

qu'[elle peut] éprouver »[571] malgré le climat d'« exaltation sociale de la grossesse »[572] qui existe aujourd'hui : elle évoque ses craintes vis-à-vis de sa capacité à devenir mère mais également pour sa vie de femme et sa sexualité après l'arrivée du nouveau-né. La sexualité était également une préoccupation de la patiente du cas 8 présentée plus haut. La femme fait part de sa frustration à Julie *(libérale, moins de 10 ans de carrière)*, car son mari n'est pas très présent – il est médecin – et indique que le couple ne va pas très bien car son activité sexuelle répond à ses envies. Elle exprime son excitation quand son mari rentre cinq minutes avant qu'elle aille dormir, et soutient qu'elle connaît mieux que lui ce dont elle a besoin. Elle en veut à son compagnon de ne pas être suffisamment présent et culpabilise à son tour de ressentir ceci. Elle précise aussi que durant la première grossesse, « *il ne me touchait pas* » et « *les rares fois , [où ils avaient des rapports, elle avait] ensuite des pertes importantes* », craignant de perdre le bouchon muqueux. Elle ajoute qu'elle « *n'aime pas l'amour vanille, j'aime pas doucement !* » La sage-femme écoute et rassure par rapport au bouchon muqueux, faisant comprendre que la femme peut pratiquer la sexualité qui lui procure du plaisir. En entretien, Julie se déclare soucieuse de pouvoir s'entretenir seule avec les femmes – c'est à dire sans la présence du conjoint – car cela permet de parler de « comment elle se sent dans sa relation de couple, la sexualité, est-ce qu'elle se sent bien dans ça ? » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*.

Le thème de la sexualité peut être abordé à l'initiative des professionnelles, comme le fait Axelle *(libérale, 10-20 ans de carrière)* lors d'une séance de PNP. En cherchant à expliquer l'état de « lâcher-prise » nécessaire au moment de l'accouchement, elle indique qu'une ambiance émotionnellement sécurisante est nécessaire – lumière tamisée, coussin, odeur, tout ce qui a attrait aux sens – et se demande à voix haute, ce qui pourrait également l'aider à comprendre. Elle poursuit en employant la comparaison avec les relations sexuelles et précise que les besoins sont identiques pour l'accouchement. Lors de l'entretien réalisé avec Martine, alors qu'elle parle de sa perception de l'utilisation de la technique dans l'« événement naissance », notamment dans la gestion de la douleur et le recours à la

[571] C. Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre*, *op. cit.*, p. 66.

[572] *Ibid.*

péridurale, elle déclare que selon son expérience, les femmes redoutent davantage le moment de l'expulsion de nouveau-né que la douleur des contractions du travail obstétrical :

> « Et d'ailleurs, il y a beaucoup, beaucoup de femmes qui ont pas peur du travail, elles ont peur de l'expulsion. Elles arrivent toujours pas à s'imaginer comment ce petit va pouvoir sortir par là. Et quand tu demandes, c'est de l'expulsion qu'elles ont peur, c'est pas du travail, c'est pas la douleur des contractions. Et tant que les femmes qui ont pris du plaisir à l'expulsion ne le diront pas suffisamment… puisque là, c'est 0,02 % ou 0,03 %, je sais pas, qui disent qu'elles ont eu un orgasme, c'est pas beaucoup hein, mais il y en a plus que ça, beaucoup plus que ça. Je me souviens, j'avais la mère et sa fille aussi en consult', ouais, il y a la mère et la fille hein, et donc elle me dit : *« J'ai peur, nan, nan »*, et elle avait peur de l'expulsion, j'ai dit : *« Vous savez, l'expulsion… Il y a zéro, il y a machin »*. Je n'ai dit que ça, et la mère qui était à côté, elle s'est mise à pleurer. *« Mais j'ai dit quelque chose qui vous a contrariée, machin »*, elle me dit : *« Ça fait 28 ans que j'ai honte d'avoir joui pendant l'accouchement et je porte cette honte depuis 28 ans »*, elle a joui en mettant au monde sa fille en fait, *« je n'ai jamais voulu le dire, jamais osé le dire »*, tu te rends compte ? Alors, j'ai dit : *« Voilà, là pour une fois, vous pouvez ressembler à votre mère » (Rire)*. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

S'il n'est pas possible de généraliser et d'attribuer aux seules sages-femmes libérales le libre dialogue autour de la sexualité, de la femme et des conditions de son épanouissement sexuel, le fait est que je n'ai observé ce type d'échanges que chez ce segment de la profession. Les femmes évoquent fréquemment, de manière très informelle, leur sexualité avec les sages-femmes – quel que soit le mode d'exercice – en consultation de suivi médical lorsqu'elles ont eu des saignements ou des contractions utérines après les rapports, ce qui les inquiète non pas pour elles, mais pour leur enfant en devenir, en bref comme risque d'accouchement prématuré. Béatrice Jacques a rapporté la déception des femmes qui, venues chercher « un lieu d'expression, d'écoute » pendant leur préparation à la naissance en institution hospitalière, n'y ont trouvé pour l'essentiel que des apports théoriques[573] ; à l'inverse, mes observations indiquent que les libérales offrent un espace de dialogue et recherchent cet échange, aussi bien entre pairs, en séances collectives lorsque les femmes, voire les (futurs)

[573] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 128.

parents, partagent entre elles leurs expériences, ou en situation de colloque singulier. Cette ouverture favorise l'agentivité des femmes et des couples.

3. Le modèle de l'accompagnement global

Le concept de « suivi global », déjà évoqué dans le chapitre 2, émerge dans les décennies 1970-1980, à l'initiative des sages-femmes, « en réaction contre une médicalisation qui désarticule leur pratique »[574]. Selon Yvonne Knibiehler, parvenir à faire admettre ce modèle suppose « trois conditions, difficiles à réunir : [que les sages-femmes] soient unanimes pour le défendre ; qu'elles obtiennent l'appui massif des familles ; que le corps médical consente à leur laisser plus de place »[575]. La définition de l'accompagnement global, formulée en 1983 lors de la création de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), entend désigner « un suivi (humain et médical) de la mère (et de sa famille) pendant sa grossesse, son accouchement et ses suites de couches par une sage-femme »[576]. Trois approches sont nécessaires pour sa mise en œuvre concrète : la prise en compte de l'individu dans sa globalité, l'organisation de la continuité et de la coordination des soins, le suivi si possible par un seul interlocuteur[577]. L'anthropologue Catherine Thomas a montré qu'une définition différente, plus holistique, était défendue par certaines libérales, prônant une prise en charge « pluridisciplinaire » et non un simple accompagnement dans la durée[578]. Cette vision alternative de l'AGN suscite des réticences chez les professionnels hospitaliers à l'égard d'une forme de « soin global » où la sage-femme libérale proposerait, en complément du « suivi physique » de la femme, un « suivi énergétique (…) [et] psychique », en ayant recours aux médecines complémentaires – homéopathie, acupuncture, ostéopathie – sans y être

[574] Y. Knibiehler, *Accoucher*, *op. cit.*, p. 58-59.

[575] *Ibid.*, p. 59.

[576] Jeannette Bessonart, « Historique et objectifs de l'ANSFL » in Lettre aux adhérentes, ANSFL, avril 1993, in C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 259.

[577] Catherine Bertevas, « Prise en charge globale du couple mère-enfant en maternité : définition et principes de mise en place », Reuil-Malmaison, Edition Arnette, 2006, p. 124 ; in A.-S. Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, *op. cit.*, p. 24.

[578] Une des sages-femmes libérales enquêtées de l'étude de Catherine Thomas définit l'accompagnement global comme étant un accompagnement prenant en charge les différents aspects de l'individu, à savoir sur le plan « médical, psychologique, émotionnel », sans intervenir à toute les étapes du pre, per et post natal, c'est à dire en termes de « continuité temporelle », voir C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 265-266.

véritablement formée[579] . Mais pour les libérales de mon étude, la notion de suivi global est entendue dans le premier sens indiqué, qui insiste sur la continuité et la temporalité de la surveillance d'une part, et surtout sur la possibilité d'utiliser l'ensemble des compétences de la profession, pour couvrir le suivi *ante*, *per* et *post-partum*[580], d'autre part, comme l'indique Julie :

> « J'ai choisi de me former en écho il y a 3 ans, c'est pour justement pouvoir faire du suivi global, pouvoir vraiment accompagner cette patiente sur différents plans (…) , il me manque toujours l'accouchement, oui, (…) accompagner ce moment-là, pour faire du vrai suivi global » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

Julie explique qu'elle a déposé des demandes d'accès au plateau technique des deux maternités – publique et privée – de la ville où elle exerce, sans succès jusqu'à présent. Sans fermer totalement la porte, les directions invoquent des difficultés organisationnelles temporaires (sous-effectifs médicaux et donc équipe médicale instable) pour justifier leur refus. Alors que les politiques publiques en périnatalité en Grande-Bretagne sont déployées à la fin du XXe siècle sur le modèle du suivi global, à l'initiative des femmes dans les années 1980, dans un contexte de pénurie médicale et de recherche de maitrise des coûts de santé[581] puis à la demande des sages-femmes dans les années 1990[582], la demande de suivi global a été portée en France d'abord par le corps professionnel des sages-femmes au début de la décennie 2000, en mobilisant d'ailleurs le principe du *« one to one »* (*« une femme, une sage-femme »*) de leurs consœurs britanniques[583]. Ce n'est que dans un second temps que des

[579] *Ibid.*, p. 265.

[580] Cette conception se rapproche davantage du modèle de suivi proposé par les gynécologues-obstétricien exerçant en structure privée. Nous verrons dans le chapitre 4 que la démarche des sages-femmes de mon étude pour se former aux médecines complémentaires, s'apparente davantage à une « spécialisation », une volonté d'approfondir leurs connaissances et leurs compétences.

[581] Le système de santé britannique étant nationalisé, l'accès aux soins est gratuit mais contraignant (pas de choix du praticien et pas d'accès direct aux spécialistes). Ainsi, en 2002, la France comptait deux fois plus de gynécologues-obstétriciens que la Grande-Bretagne (5 093 contre 2 280) et deux fois moins de sages-femmes (15 100 contre 33 165), alors que le nombre de naissance était moins élevé en Grande-Bretagne qu'en France, voir Marianne Mead, « Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas risque : expérience récente en Grande-Bretagne », Reuil-Malmaison, Edition Arnette, 2004 ; in A.-S. Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, *op. cit.*, p. 55.

[582] C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 287.

[583] *Ibid.*

femmes, organisées notamment dans le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), ont revendiqué la reconnaissance de l'« accompagnement global à la naissance » (AGN) par les autorités de santé. En 2008, la principale revendication du CIANE portait sur la création d'une « filière spécifique de suivi de grossesse physiologique placée sous la responsabilité des sages-femmes »[584] c'est-à-dire les maisons de naissance[585].

En France, le modèle de l'accompagnement global à la naissance ne peut actuellement être proposé que par les sages-femmes libérales. En effet, les contraintes institutionnelles des maternités publiques[586], en termes d'organisation de la permanence et de la continuité des soins, et du fait du statut des sages-femmes hospitalières, soumises au respect du temps de travail du fonctionnariat, sont incompatibles avec un accompagnement global, et *a fortiori* spécifiquement pour la période du post-partum qui se déroule hors institution mais au domicile des patientes[587]. Ainsi, les femmes qui choisissent ce type d'accompagnement recherchent un suivi où la sage-femme sera potentiellement la seule professionnelle intervenant tout au long de leur parcours de périnatalité avec le suivi médical, échographique (si la sage-femme est formée), la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, l'accouchement

[584] A.-S. Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, *op. cit.*, p. 25.

[585] Je ne développerai pas le fonctionnement de ce modèle, n'ayant de sages-femmes libérales exerçant dans ce type de structure dans mon enquête. Le nombre de maisons de naissance restent encore très faibles en France (une douzaine en 2024), bien que la législation est rendue cette offre de soin pérenne en 2021. Catherine Thomas met en évidence trois problématiques qui restreignent leur développement : « la disponibilité, (…) la gestion du risque et du positionnement professionnel, incluant les questions de rémunération, d'autonomie et de relations interprofessionnelles », voir C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 278.

[586] Ces contraintes d'exercice se retrouvent également pour les sages-femmes salariées en structures privées. Par ailleurs, les patientes s'orientent justement vers les établissements privés pour être accouchées par le gynécologue-obstétricien qu'elles ont choisi.

[587] Le modèle de l'accompagnement global a été envisagé dans une perspective « managériale » hospitalière dans mon travail de recherche mené pour l'obtention du diplôme de cadre sage-femme. Mes conclusions aboutissaient au fait que le suivi global ne pouvait s'appliquer - en institution hospitalière - que de manière très partielle, à savoir à la surveillance prénatale (suivi médical, échographique, PNP) et à la réalisation de la consultation du post-partum, sachant qu'en 2010, le PRADO n'était pas encore généralisé et que l'accompagnement post-natal avec l'entretien du post-partum précoce (EPNP) recommandé par la HAS en 2005, était très peu développé. Cet EPNP est désormais obligatoire dans le parcours de soins des accouchées, depuis 1 juillet 2022, avec l'Article L2122-1 du Code Santé Publique, établi dans le cadre du programme « les 1000 premiers jours de l'enfant », voir A.-S. Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, *op. cit.*, p. 68-69.

(si la sage-femme a accès à un plateau technique ou à une maison de naissance[588]), le suivi post-postnatal (notamment dans le cadre du programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) et de la réalisation de l'entretien postnatal précoce (EPNP)). Notons par ailleurs que cet accompagnement concerne à la fois la femme et l'enfant, en devenir puis nouveau-né. Ce modèle d'accompagnement global est spontanément évoqué par les libérales enquêtées. Si deux d'entre elles ont obtenu leur DU d'échographie et ont déposé des demandes d'ouverture de plateau technique dans cette perspective, Delphine *(20-30 ans de carrière, libérale)* est la seule sage-femme de mon étude qui propose « l'accouchement en plateau technique », c'est-à-dire qu'elle a une convention[589] avec un centre hospitalier pour accéder au plateau technique de la maternité (salle de pré-travail, salle de naissance du bloc obstétrical), pour pratiquer l'accouchement des patientes qu'elle suit et qui ont fait la demande de ce type de prise en charge. Elle réalise une quinzaine d'accouchements par an et ne souhaite pas en faire davantage. Elle ne suit que des grossesses à bas risque, selon des critères établis en accord avec les professionnels de santé de l'hôpital, et refuse les demandes qu'elle juge incompatible avec son agenda. Elle veut être disponible pour les femmes qu'elle s'est engagée à suivre. Pour cette activité chronophage et faiblement rémunéré (376,20€ pour la surveillance du travail, de l'accouchement et de ses suites immédiates, voir Annexe VIII), elle m'indique qu'elle demande un dépassement d'honoraire de 600€. J'ai assisté à la consultation d'un couple désirant profiter de ce type de prise en charge.

[588] Malgré une demande grandissante des couples, la pratique de l'accouchement à domicile reste très peu développée car elle est soumise à la souscription obligatoire d'une assurance professionnelle. Celles-ci sont inabordables depuis 2001, les primes exigées correspondant au montant des revenus annuels moyens des libérales (autour de 22 000€). Et sans assurance, cette pratique est donc illégale, voir C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 274.

[589] La contractualisation entre l'établissement et la praticienne libérale définit les modalités précises d'utilisation des moyens matériels et humains du bloc obstétrical, en contrepartie du versement par la sage-femme à l'établissement d'un pourcentage (à hauteur de 10% en général), des frais d'honoraire perçus (le forfait regroupe la surveillance du travail, la pratique de l'accouchement et sa surveillance immédiate). La patiente n'est pas hospitalisée et est sous la responsabilité entière de la sage-femme libérale. A l'issue de l'accouchement, la femme rentre chez elle et la praticienne continue à assurer la surveillance post-natale à domicile. Si la législation permet ces contrats d'association au service publique hospitalier depuis 1991, il ne concerne qu'un nombre restreint de sages-femmes libérales : selon une enquête menée en 2008 par l'ordre nationale des sages-femmes, seules 4,4% des libérales avaient accès à un plateau technique, voir *Contact sages-femmes*, du 20 juillet 2009.

Extrait du journal de terrain. Cas n°13

La patiente est en début de grossesse (12SA, 3e mois) et a déjà accouché deux fois en maternité. Son compagnon et elle expriment assez rapidement dans le déroulé de la consultation qu'ils souhaitent bénéficier d'un accompagnement « en plateau technique ». Lorsque Delphine interroge le couple sur la raison de leur demande, celui-ci exprime son souhait d'un accompagnement par la même personne pour l'accouchement et ensuite pour le retour à la maison. Le compagnon insiste également sur leur désir d'une prise en charge « intime et moins médicalisée ». Il parle également de l'expérience d'une patiente de leur entourage qui a bénéficié de cet accompagnement et qui leur a donné l'envie de s'adresser aussi à Delphine. La sage-femme explique le suivi qu'elle peut proposer (surveillance du début du travail à domicile) et répond à leurs questions. Elle insiste par ailleurs sur le fait que beaucoup de paramètres peuvent faire que la patiente repasse sous la responsabilité institutionnelle, mais qu'elle pourra néanmoins assurer le suivi en post-partum. Elle indique qu'elle demande un dépassement d'honoraire de 600€, pour raison exceptionnelle, car elle est d'astreinte pendant trois semaines, dans l'attente du déclenchement spontané de travail obstétrical. Elle conseille au couple de se renseigner auprès de leur mutuelle si celle-ci propose un forfait couvrant le dépassement et éventuellement d'augmenter leurs garanties si nécessaires, comme pour le dentaire ou l'optique. Cela ne semble pas poser de problème au couple qui appartient à la classe moyenne (ils sont buralistes). La patiente répond en relativisant : « J'imagine que ça reste inférieur à ce que coute les 3-4 jours d'hospitalisation ! » Delphine précise qu'elle demande le chèque 1 mois avant le terme prévu d'accouchement. Le futur père lui demande : « Pourquoi vous avez mis ça en place ? » La sage-femme répond que lorsqu'elle exerçait en institution, elle était frustrée de ne pas revoir les femmes dont elle avait fait l'accouchement, qu'elle avait l'impression de passer à côté de quelque chose, à cause des contraintes de la clinique. Elle termine en demandant au couple si ça leur convient comme réponse. Le compagnon répond affirmativement en précisant qu'il posait la question comme la sage-femme leur avait demandé le pourquoi de leur demande de plateau technique. Avant de poursuivre le déroulement plus classique d'une consultation de suivi de grossesse, Delphine indique qu'elle réalise moins d'accouchements mais qu'elle s'en souvient.

La personnalisation de l'accompagnement, moteur de la démarche du couple, est aussi à l'origine de l'engagement dans l'AGN de la sage-femme. L'*agency* des usagers et celle de la sage-femme convergent dans ce colloque singulier : la recherche d'une relation personnalisée de part et d'autre. Dans la typologie de Jacques, la confiance nouée ici relève « partenariat ».

Pour les libérales qui souhaitent proposer l'AGN, trois options existent pour le moment du per-partum : exercer en maison de naissance, acter une convention avec un établissement de santé pour accéder à son plateau technique, ou pratiquer l'accouchement à domicile. Concernant cette dernière modalité, aucune libérale de mon étude ne le pratique ou ne l'envisage, car les risques obstétricaux et néonataux sont considérés par les enquêtées comme trop importants – et par conséquent les risques médico-légaux également. Assurer la prise en charge per-natale nécessite une grande disponibilité de la part des professionnelles, pour une rémunération faible au regard de l'investissement temporel nécessaire. Dans la visée de l'accompagnement global, l'ensemble des libérales se sont en outre investies dans le suivi gynécologique de prévention. Elles indiquent dans leur discours qu'elles apprécient de pouvoir continuer à suivre les patientes « hors grossesse » et reconnaissent par ailleurs que cette activité, qui s'inscrit dans un temps beaucoup plus long que celui des neufs mois de grossesse, est une source de rémunération intéressante. Depuis l'obtention de la compétence de suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé en 2009, la profession s'est également saisie de cet tâche, avec par ailleurs l'appui des femmes[590], et entend aujourd'hui se positionner comme un acteur majeur dans le suivi global de la santé génésique (i.e. sexuelle et reproductive) des femmes, comme en témoigne Axelle :

> « Ce que j'aime beaucoup dans les consultations justement de patientes qui viennent régulièrement, et notamment une patiente que j'ai suivie en préconceptionnel et qui est venue après une fois qu'elle était enceinte, [c'est] qu'on a fait tout le parcours, qu'on s'est vue justement pour les consult', pour les échos, pour la préparation à la naissance, pour les monitos. Après pour l'allaitement, la rééducation, l'haptonomie, je continue jusqu'à un an de l'enfant. Il s'établit un climat de confiance qui fait que vraiment c'est cet accompagnement global que je trouve intéressant dans notre métier. Alors, ce qui est encore plus intéressant c'est que maintenant depuis quelques années, on a quand

[590] Je développerai cet aspect dans la deuxième partie de ce chapitre.

même la possibilité de faire du suivi gynéco. Et que du coup, elles reviennent chaque année et chaque année. C'est toujours fort aussi de se retrouver et de pouvoir accompagner, continuer cet accompagnement justement en les connaissant déjà et en connaissant leur histoire, j'ai l'impression de toujours découvrir la personne. Et je trouve que c'est jamais la même en fait. C'est jamais la même personne. Quand elle est enceinte on est très focalisées sur la grossesse, l'accouchement, le bébé et tout ça. Et puis après une fois qu'elle vient toute seule, qu'elle vient au gynéco, là c'est beaucoup plus centré sur elle, sur son couple, sur sa sexualité, sur… je découvre encore des choses d'elle qu'elle ne m'avait pas forcément échangé pendant la grossesse. (…) Et pour la grossesse suivante, je sens qu'on va plus vite en fait. On trouve plus vite quelque chose qui l'apaise, qui la rassure parce qu'on sait comment elle fonctionne. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Dans la perspective de la sociologie politique des professions d'Abbott, les femmes qui choisissent une sage-femme libérale pour leur suivi – donc un modèle alternatif à celui technico-médico-hospitalo-centré dépersonnalisé, imposé au XXe siècle par le puissant corps médical – ont ce pouvoir extérieur[591] qui est celui des « auditoires » : « par [leur] confiance et l'orientation de [leur] demande de services, [elles] valide(nt) le lien entre le groupe [des sages-femmes] et une tâche [l'activité de surveillance de grossesse] »[592]. Au-delà de la mobilisation de l'*agency*, il s'agit véritablement d'un mouvement *d'empowerment* des femmes, correspondant à un processus par lequel des individus ou des groupes acquièrent plus de pouvoir et de contrôle sur leur vie et leur environnement, et en l'occurrence ici, sur le déroulement de l'« événement naissance ».

Le développement de l'exercice libéral depuis la décennie 2010, conséquence de la forte augmentation de la démographie de la profession de sage-femme et d'une saturation des postes salariés en institution[593], poursuit sa dynamique propre[594] : les projections de la DREES

[591] A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*, p. 143.

[592] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 178.

[593] ONDPS, *Les sages-femmes : une profession en mutation*, Ministère des Affaires Sociales et de La Santé., Lens, 2016, 239 p.

[594] Au fil des années, on observe une évolution significative dans les modes d'exercice des sages-femmes en France. La proportion de sages-femmes travaillant exclusivement à l'hôpital a considérablement diminué,

établissent une forte progression de l'exercice libéral qui passerait de 33 % à 46 % des sages-femmes en activité entre 2020 et 2050[595], soit une hausse de 70%[596]. Il est probable que la demande de services personnalisés du public participe à renforcer la juridiction des sages-femmes, plus spécifiquement les libérales. Aujourd'hui, les sages-femmes ne choisissent plus ce mode d'exercice par défaut[597], mais bien pour l'autonomie qu'il permet, à savoir une autonomie en termes d'échappement aux contraintes de l'institution hospitalière, de liberté organisationnelle et de pratiques[598].

B. Les interactions entre sages-femmes et femmes : proximité, confiance et pouvoir

Si en libéral, la personnalisation du suivi favorise l'établissement de liens de type « partenariat », nous allons voir ici, qu'il s'explique notamment par les types de services recherchés. Dans cette partie, les relations interpersonnelles soignante-soignée seront par ailleurs présentées non plus au regard d'un segment de la profession, mais de manière large, afin de déterminer si un trait caractéristique émerge pour qualifier les interactions qui s'opèrent entre femmes et sages-femmes.

passant de 73% en 2012 à seulement 59% en 2021. En parallèle, l'activité libérale a gagné en popularité : alors qu'elle concernait 20% des sages-femmes en 2012 (qu'elle soit exercée seule ou en complément d'une activité salariée), cette proportion a atteint 34% en 2021. Cette tendance pourrait s'expliquer en partie par une offre d'emploi hospitalier qui n'a pas suivi la croissance du nombre de sages-femmes, voir Marie Anguis et al., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », *Les Dossiers de la DREES*, mars 2021, p. 31.

[595] *Ibid.*, p. 49.

[596] « Sous hypothèses de comportements et de législation constants, le modèle de projection des effectifs de sages-femmes montre une croissance à un rythme modéré des effectifs jusqu'au milieu des années 2040, avant d'amorcer un léger recul. À l'horizon 2050, les effectifs progresseraient de 24 %. Le nombre de sages-femmes salariées resterait stable (+1 % sur la période), tandis que l'exercice libéral ou mixte continuerait à progresser (+70 % sur la période) », voir *Ibid.*, p. 2.

[597] Enseignante depuis 2015, j'ai pu constater la transformation de l'orientation des étudiants en maïeutique, en faveur d'une installation libérale dès l'obtention du diplôme. Comme je l'ai évoqué au début du second chapitre, les maternités rencontrent en outre des difficultés pour recruter des sages-femmes depuis 2022. Enfin, parmi les sages-femmes libérales, la pratique mixte (combinant activité libérale et salariée) est devenue plus courante, passant de 26% en 2012 à 31% en 2021, voir *Ibid.*, p. 31.

[598] Voir le chapitre 2, notamment la partie sur l'hétérogénéité des conditions d'exercice.

1. Le recours à la sage-femme pour se faire suivre : un choix ou une imposition ?

a. *La « proximité géographique »*

Le 4 juin 2024, l'institut CSA présente devant les sénateurs les résultats de l'étude d'opinion sur la prise en charge de la santé périnatale, commandée par la mission d'information Périnatalité du Sénat[599]. L'objectif était de dresser un état des lieux du ressenti des usagères par rapport au suivi de grossesse et de l'accouchement, au suivi postnatal et au choix du lieu d'accouchement. Comme d'autres études menées depuis les années 2000, la proximité « géographique » avec le domicile des femmes fait partie des principaux critères de choix, à égalité avec la qualité des soins. Il convient d'apporter une nuance quant à l'idée de proximité « géographique », qui ne se réduit pas à la distance entre le lieu de résidence et l'offre de soin, mais renvoie plutôt à des « critères d'évidence et de proximité d'accès »[600]. N'ayant pas interrogé les femmes sur le sujet, je m'appuierai sur la recherche d'Anne-Chantal Hardy et ses collègues, qui ont mis en évidence deux types de parcours de suivi de grossesse, « volontaires » et « imposés »[601]. Les parcours « volontaires » concernent les femmes qui ont choisi elles-mêmes le professionnel et l'établissement pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement, indépendamment de l'offre de soins locale ; il s'agit généralement de femmes en couple, actives et d'un niveau socio-économique moyen à élevé, les plus qualifiées et les plus avantagées socialement. Les parcours « imposés » concernent des femmes qui n'ont pas eu le choix du suivi, en raison d'un risque identifié, médical ou psychosocial. Dans le cas du risque médical, les femmes intègrent cette contrainte comme une mesure de protection pour leur enfant, sans que leur « capabilité »[602] soit fondamentalement entravée. Dans le cas du risque psychosocial, l'imposition est bien présente, même si elle est plus complexe à identifier

[599] L'enquête d'opinion a été réalisée en ligne, en mai 2024, auprès de plus de mille femmes âgées de 18 à 50 ans. Leur moyenne d'âge est égale à 34 ans. Parmi elles : 676 avaient accouché au cours des deux dernières années ; 84 étaient enceintes ; 253 prévoyaient de tomber enceinte avant la fin de l'année 2024, voir *MI Périnatalité : compte rendu de la semaine du 3 juin 2024*, https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20240603/mi_perinatalite.html#toc3 , 4 juin 2024, (consulté le 6 septembre 2024).

[600] Anne-Chantal Hardy et al., « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, 8 juin 2015, n° 12, n° 1, p. 63-64.

[601] *Ibid.*, p. 62.

[602] La capabilité est « un ensemble de vecteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie [...] l'ensemble "capabilités" reflète, dans l'espace des fonctionnements, sa liberté de choisir entre des modes de vie possibles », Amartya Sen et Paul Chemla, *Repenser l'inégalité*, Nouvelle éd., Paris, Éd. du Seuil, 2012, p. 76 ; in A.-C. Hardy et al., « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », art cit, p. 58.

– car moins formalisée – et concerne des femmes en situation de précarité – déjà suivies par des services de PMI et des travailleurs sociaux – disposant d'une liberté d'action très restreinte. Enfin, les auteurs exposent un sous-type du parcours « imposés » : les parcours « adaptés », résultant d'un compromis entre le projet initial des femmes et l'impossibilité de le réaliser. Ces femmes, qui ont souvent un profil socio-économique proche de celles des parcours « volontaires », doivent concilier les contraintes de l'offre de soins locale et leurs propres aspirations, tout en faisant le deuil du suivi de leur choix, qui leur a été refusé pour diverses raisons.

Un autre élément mérite d'être considéré : les femmes enceintes qui se tournent vers les maternités publiques – que leur parcours soit « volontaire » ou « imposé » – ne choisissent pas en général le professionnel de santé, médecin ou sage-femme, qui va assurer le suivi de grossesse. Dans les deux maternités publiques de mon étude, les rendez-vous de consultation sont donnés quasiment systématiquement[603] avec une sage-femme. Cette organisation impose donc la sage-femme comme premier interlocuteur et favorise le modèle de confiance « dépersonnalisée », décrit par Béatrice Jacques, comme étant une confiance « générique », « liée à une définition institutionnelle de la compétence »[604]. Nous sommes donc assez éloignés de la recherche de personnalisation exposée précédemment, qui caractérise l'orientation de certaines femmes ou certains couples, vers les sages-femmes libérales. Certaines de ces dernières ont néanmoins déclaré que des patientes venaient aussi les consulter, en raison de la « proximité géographique » et que le lien de confiance se construisait davantage selon le mode du « processus », comme le mentionne Axelle :

> « (…) elles vont sur les pages jaunes où elles cherchent « sage femme Grandeville » et puis elles voient qu'elles peuvent prendre rendez-vous. Donc moi, j'ai une prise de rendez-vous en ligne. Et donc elles prennent rendez-vous. Et celles-là c'est différent.

[603] Les politiques de service mises en place à partir de la décennie 2000, ont rationalisé la prise de rendez-vous de suivi de grossesse en orientant vers une sage-femme. Celle-ci détermine ensuite s'il convient de changer le type de suivi selon les risques identifiés. Cette division du travail entre sages-femmes et obstétriciens a permis à ces derniers de se recentrer sur des tâches spécifiques de leur juridiction (le suivi des grossesses à haut risque par exemple), voir A.-S. Pilarski-Pollet, *Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé*, *op. cit.*, p. 56-57 J'emploie volontairement l'adverbe « quasiment » car certaines patientes déjà suivies par des obstétriciens, continuent la surveillance de grossesse avec ceux-ci, comme par exemple les patientes dans un parcours d'Aide Médicale à la Procréation. .

[604] Madeleine Akrich et al., Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers, Rapport pour la MIRE, janvier 2000, p. 134, in B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 98.

C'est-à-dire qu'elles viennent quand même avec des doutes, avec… voilà. Elles savent pas vraiment ce dont… ce à quoi elles vont s'attendre. Donc elles… il y a plus de difficultés à établir une confiance. Et puis bah ça se fait du coup sur plusieurs rencontres, donc plusieurs rendez-vous. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Pour certaines professionnelles, cette recherche de « proximité géographique » relèverait du processus d'*agency* des femmes, comme en témoigne Martine :

« Mais les femmes se rebiffent. Je trouve que les femmes commencent à se rebiffer, ouais. Ça m'a surprise d'ailleurs parce que quand le Docteur dit ça, normalement, elles font. Elles viennent me dire : « Non, mais non, mais moi, il m'avait dit d'aller voir un tel, mais moi j'ai pas envie d'aller là-bas, c'est trop loin, machin… » Elles se rebiffent. Ça alors, elles cherchent beaucoup la proximité maintenant. Elles ont pas envie de traverser la ville. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Par ailleurs, j'ai observé que certaines sages-femmes hospitalières, comme Fabienne *(20-30 ans de carrière)* ou Isabelle *(30-40 ans de carrière)*, proposent – voire « imposent » dans le cas d'Isabelle – aux patientes de se faire suivre également par une sage-femme libérale exerçant à proximité de leur lieu de résidence. Les arguments de cette praticienne formulés aux parturientes, dès la première consultation, concernant l'intérêt d'un suivi avec une libérale « de proximité » relèvent de l'aspect organisationnel, facilitant la partie de surveillance de la grossesse que l'hospitalière n'effectue pas – la PNP avec l'EPP – et surtout le suivi en post-partum[605]. La praticienne insiste d'autant plus auprès des femmes déjà mères de famille, qui doivent caler leur agenda en fonction de leurs charges familiales, et propose même de regarder les pages jaunes pendant la consultation, pour trouver une libérale proche du quartier de la femme. Solène *(10-20 ans de carrière, hospitalière)* propose également aux patientes qui habitent loin de la maternité, de réaliser un suivi partagé avec une libérale de la ville où elles résident. Les hospitalières des deux maternités orientent vers leurs collègues libérales ou territoriales – selon les besoins – de manière « neutre »[606]. Leur pratique apparaît plus rationalisée et peut s'expliquer par les contraintes institutionnelles évoquées

[605] Voir la partie précédente sur « l'accompagnement global ».

[606] Les sages-femmes respectent en quelques sortes le principe de « neutrailté » en ne favorisant pas une consœur plus qu'une autre.

précédemment : elles ne demandent pas aux femmes si elles recherchent un service spécifique pour leur PNP (sophrologie, haptonomie…) et de ce fait, n'orientent pas vers une consœur libérale en particulier.

b. *L'usage de la « proximité biographique » : Être proche pour gagner la confiance*

Jusqu'ici, je me suis efforcée de mettre de côté le fait que la profession soit genrée dans l'analyse des relations interpersonnelles entre soignante et soignée. Cependant, les propos de certaines sages-femmes rappellent que ce fait ne peut être nié et qu'on ne peut en faire abstraction. Si Philippe Charrier a montré qu'il existe deux types de profils chez les hommes sages-femmes, un premier ordonné autour du concept de *care,* classiquement attribuée à la profession, et un second axé sur celui de *cure,* plus technique[607], l'idée que l'empathie constitue une compétence de genre, revendiquée comme telle par la profession[608], demeure présent dans le discours de certaines sages-femmes de mon étude. Afin de saisir les relations qui existent entre femmes et sages-femmes, on peut reprendre et développer la notion de « proximités biographiques potentielles ou réelles » proposée par Dominique Memmi, dans le contexte de l'accompagnement du deuil périnatal[609]. Les sages-femmes enquêtées reconnaissent que leur propre « expérience vécue » a eu un impact sur leur pratique, dans la dimension « psychologique » de la prise en charge des femmes, comme l'indiquent Fabienne et Chantal :

> « On est beaucoup plus sensible aux émotions des patientes… voilà… être plus dans l'écoute, plus… peut-être plus humaine. » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

> « Parler de quelque chose parce qu'on le connaît de manière théorique et parler parce qu'on le connaît de manière émotionnelle, ça a changé ma pratique. Même si on le sait, c'est de sentir à quel point, même quand tout va bien dans sa vie, on a une vulnérabilité particulière pendant la grossesse. *» (Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*.

[607] P. Charrier, « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme », art cit, p. 105.

[608] F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », art cit.

[609] D. Memmi, *La revanche de la chair*, *op. cit.*, p. 181.

Cette dernière expression (« *même quand tout va bien dans sa vie, on a une vulnérabilité particulière pendant la grossesse* ») est intéressante à analyser pour saisir la façon dont les sages-femmes conçoivent l'« événement naissance ». L'emploi du terme « vulnérabilité » n'est pas anodin pour décrire l'état de grossesse, et peut être analyser dans la perspective de la théorie de « la société du care » développée par Joan Tronto[610]. En réponse à la vision masculiniste de « la société du risque » théorisé par Ulrich Beck[611], auquel elle reproche de « [créer] l'image d'un monde "risqué", ce qui induit une compréhension du monde social comme dangereux et lié à la tâche humaine de protection et d'administration »[612], Joan Tronto propose de « considérer le monde du risque du point de vue de la société du *care* »[613]. Elle postule que « dans la mesure où une perspective de *care* se fonde sur la reconnaissance de la vulnérabilité humaine, l'idée du risque y est incluse mais doit se comprendre tout à fait différemment »[614]. La notion de risque ne résulte pas d'« une recherche scientifique et technique récente »[615] mais de la reconnaissance de la « vulnérabilité humaine », qui n'est pas la même chez tous, ni à tout moment. Cette prise de conscience de la « vulnérabilité » par l'« expérience vécue » apparaît comme un trait spécifique de la profession maïeutique, qui permet de saisir l'importance qu'occupe « le relationnel » dans la pratique de ses membres, lesquels intègrent d'autant mieux la dimension d' « interdépendance » – entre les individus et avec leur environnement – mise en avant dans la théorie du *care* que leur autonomie d'exercice est elle-même dans l'« interdépendance » avec la profession médicale. Le discours d'Axelle, lors d'un échange informel entre deux rendez-vous, illustre cette perspective. Les propos de cette sage-femme méritent l'attention car ils mobilisent la notion de l'« expérience vécue de la corporéité féminine »[616] dans ses dimensions physique et psychique. En effet, la praticienne m'explique qu'elle « se nourrit » de l'expérience des femmes pour enrichir sa pratique, prenant ainsi en considération le savoir profane et empirique des femmes, très

[610] Joan Tronto et Fabienne Brugère, *Le risque ou le care?*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.

[611] Ulrich Beck, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2008, 521 p.

[612] J. Tronto et F. Brugère, *Le risque ou le care?*, *op. cit.*, p. 25.

[613] *Ibid.*, p. 39.

[614] *Ibid.*

[615] *Ibid.*

[616] C. Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre*, *op. cit.*, p. 44.

valorisé dans son discours. Lors de l'entretien, elle déclare que son expérience personnelle a participé à la construction de sa pratique professionnelle :

> « Moi, je dis toujours que mon premier accouchement, il m'a fait devenir la sage-femme que je suis aujourd'hui. Voilà. J'ai vécu des choses à mon premier accouchement que je voudrais jamais faire vivre aux femmes. (…) Et puis après ma deuxième fille, complètement… parce que ça a fini de me conforter dans la puissance que tu pouvais contacter au moment de l'accouchement. Et j'encourage les femmes à aller contacter leur puissance, et leur force à l'intérieur d'elles, au moment de leur accouchement. Donc oui, elle a changé ma pratique dans le sens où… tu sais quand tu l'incarnes, toi, complètement, tu penses que t'as plus de… t'as… enfin ça se sent dans ce que tu transmets quoi. Tu l'incarnes. Ce que tu dis, tu l'as vécu quoi. Tu l'as vécu au plus profond de toi. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Une forme d'usage de la « proximité biographique » a été observé par ailleurs, dans une approche volontaire et consciente, pour établir le lien de confiance, comme l'illustre l'extrait du cas suivant.

Extrait du journal de terrain. Cas n°14

Lydie *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* reçoit en consultation une femme âgée de 27 ans, enceinte de son deuxième enfant, qui est à 34 SA (8e mois), mère au foyer, appartenant à la classe populaire. La sage-femme commence la consultation par un « comment ça va ? » La patiente répond : « Bébé n'a pas grossi ». La professionnelle demande si tous les membres de la famille sont petits. La femme acquiesce et ajoute : « j'ai pas compris les percentiles ». Lydie reprend les courbes échographiques et explique les moyennes hautes et basses. La parturiente interroge à nouveau la sage-femme en indiquant : « j'ai pas compris les semaines d'aménorrhée. » Lydie répond ironiquement : « J'ai mis toute ma carrière de sage-femme à comprendre ! » La patiente plus détendue rétorque : « vous me rassurez… ». La praticienne poursuit en indiquant qu'elle exagère un peu, tout en expliquant le calendrier de grossesse avec la roulette. Elle aborde ensuite la question de la consommation de tabac[617], en

[617] La consommation de tabac est un facteur de risque pour le nouveau-né de faible poids à la naissance.

demandant combien de cigarettes la femme fume par jour. Celle-ci répond « 5-6 cigarettes par jour ». La praticienne l'informe qu'il existe une consultation de tabacologie à l'hôpital, pour l'aider à arrêter. La femme enceinte rétorque « je sais, mais je peux pas ». Elle tend à la sage-femme son porte-vue où sont collecté tous ses examens complémentaires en précisant « j'ai classé tout le dossier ». La professionnelle la félicite en disant « Très bien ! Vous savez comme je suis ! ». La patiente, visiblement toujours préoccupée par la croissance de son fœtus, redemande à quoi correspondent les percentiles. Lydie reparle des courbes d'échographie rapidement et tente d'expliquer le lien entre la consommation de tabac, le fait que la patiente ne se repose pas et le petit poids fœtal estimé à l'échographie. La patiente semble hermétique au discours de la patiente et adopte une forme de déni en indiquant que tout le monde fume dans son entourage, que sa mère fumait pendant qu'elle était enceinte d'elle, laissant entendre que cela n'a pas eu de conséquence sur elle. Alors la sage-femme parle de sa propre expérience d'ancienne fumeuse : elle explique qu'elle a fumé pendant sa premier grossesse et que son bébé avait un faible poids de naissance. Elle ajoute que son père a tenu des propos culpabilisants, en disant : « tu nous as fait ça… ». La patiente écoute attentivement la praticienne qui poursuit son récit en disant « je vous raconte ma vie… ». Elle explique que deux ans après la naissance de son premier enfant, elle s'essoufflait après avoir monté 4 étages et qu'elle avait pris conscience pour son enfant qu'elle devait arrêter de fumer car elle ne voulait pas qu'il soit orphelin. La femme enceinte répond qu'elle attend d'avoir accouché pour arrêter. La sage-femme poursuit la consultation abordant le rendez-vous avec l'anesthésie, les résultats des bilans biologiques, la prise de vitamine D. Puis elle revient sur la consommation de tabac de la patiente en affirmant « vous ne pouvez pas faire l'économie de ne pas vous arrêtez de fumer ». Elle essaie d'impliquer le compagnon – absent – en demandant si lui aussi fume. La patiente répond affirmativement, qu'« il fume aussi pas beaucoup » comme elle. Lydie conseille d'arrêter à deux, mais la femme rétorque qu'il est en déplacement toute la semaine et qu'elle ne peut donc pas voir s'il arrête vraiment (la patiente me regarde en souriant). La parturiente baisse la tête et ne regarde pas la sage-femme qui rédige le courrier de liaison pour le rendez-vous du 8e mois à réaliser à la maternité. La consultation durera 43 minutes au total.

Cet extrait met en évidence une discordance[618] entre la préoccupation de la femme, qui s'inquiète que son bébé n'ait pas grossi et demande à deux reprises une explication sur les percentiles, et l'identification par la praticienne du risque « consommation de tabac », facteur de risque de bébé de petit poids à la naissance. Nous voyons que celle-ci tente de déployer plusieurs stratégies pour inciter la patiente à réduire sa consommation de tabac. Elle débute par la consultation de tabacologie, en expliquant les liens entre tabac et petit poids, mais la femme minimise sa consommation et semble dans le déni du lien de causalité[619]. La praticienne tente ensuite de réduire l'asymétrie de relation en minimisant son expertise, comme l'illustre son explication sur les semaines d'aménorrhée, et en mettant en avant son expérience personnelle, afin de gagner la confiance de la femme enceinte. Elle finit par reprendre sa posture d'experte avec un discours plus directif et paternaliste[620], la femme baissant la tête comme un enfant qui viendrait de se faire gronder.

La proximité entre sage-femme et femme peut être saisie également comme « quasi féministe »[621], selon les travaux de Dominique Memmi qui a étudié les mutations de la profession dans le contexte très spécifique du deuil périnatal. Memmi rapporte le propos d'une sage-femme selon lequel « le machisme est une culture d'entreprise en maternité. Femmes et sages-femmes y sont maltraitées en toute impunité, et même les nouveau-nés »[622]. Cette dimension « quasi féministe » a été observée chez une sage-femme, mais sans qu'elle fasse référence directement à sa propre situation. Isabelle *(30-40 de carrière, hospitalière)* déplore le manque de « sollicitude » à l'égard de la femme enceinte, en particulier dans le monde du travail. Elle explique qu'elle reçoit fréquemment des patientes en difficultés sur leur lieu de travail car leur état de grossesse n'est pas pris en considération. Elle précise qu'elle observe cette absence de sollicitude « toutes conditions professionnelles confondues… (…) les esthéticiennes (…), les avocates ou les agents de sécurité ou les gens dans

[618] Je développerai cet aspect à la fin du chapitre.

[619] Le déni du risque prend dans le cas présent la forme du doute vis à vis des experts, « renforcé par la dimension collective des pratiques à risque », voir P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, *Le principe de prévention*, *op. cit.*, p. 74; 78.

[620] Les sages-femmes restent des professionnelles et détentrices donc un savoir d'expert qui génère parfois des comportements paternalistes comme nous le verrons un peu plus loin dans ce chapitre.

[621] D. Memmi, *La revanche de la chair*, *op. cit.*, p. 180.

[622] *Ibid.*

les start-ups », et s'interroge sur la transformation de la perception sociale de la grossesse, et plus particulièrement du corps enceint :

> « Est-ce que c'est normal qu'une femme enceinte n'ait pas une heure de temps pour manger à midi ? (…) Ce qui me frappe le plus, c'est comment on crée des déséquilibres sur des choses simples ? La bonne santé de la femme enceinte, c'est quand même au moins, mais comme n'importe quelle personne, d'avoir une alimentation normale. Mais quand on est enceinte, on peut pas se permettre de… De sauter un repas… voilà. C'est quand même fou. Alors ça veut dire qu'il y a des gens qui ont des conditions de travail, aujourd'hui, qui fait qu'ils sautent des repas… (…) les femmes, on a tellement… prôné l'égalité à juste titre, qu'aujourd'hui une femme, elle fait le même travail qu'un homme ; mais le problème, c'est que… on a oublié que c'était une femme… (…) le regard sur l'état de grossesse et la femme enceinte, eh bien franchement pour moi, il y aurait une éducation à refaire sur l'admiration que ça doit susciter. Enfin, c'est une femme qui porte la vie. Et je veux dire, mais rien que ça, ça… comment dire, c'est… pour moi, c'est évident que c'est une situation qui génère le respect. » *(Isabelle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Les propos de cette praticienne peuvent être analysés, dans une perspective féministe, comme relevant de la « troisième voie, entre universalisme et différentialisme »[623], défendue par la philosophe américaine Iris Marion Young, dans laquelle s'inscrit la philosophe Camille Froidevaux-Metterie. En effet, la sage-femme se félicite des droits acquis en matière de l'égalité au travail, qui font que les femmes puissent être aujourd'hui définies « comme des individus de droits aspirant à jouir de la liberté et de l'égalité qui forment le socle de nos démocraties »[624]. Mais elle déplore aussi une forme de dénégation sociétale de l'état de grossesse et des modifications corporelles dans le monde du travail, qui occulte la « centralité du corps dans nos existences quotidiennes et la nécessité de le penser dans ses dimensions sexuées »[625]. Il n'est pas possible d'affirmer que cette posture quasi féministe « entre-deux »

[623] C. Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre*, *op. cit.*, p. 43.

[624] L'approche universaliste "postule qu'aucune caractéristique (et surtout pas « incarnée », comme le genre ou la couleur de peau) ne doit distinguer les individus de droits entre eux, voir *Ibid.*

[625] L'approche différentialsite prône la valorisation des « spécificités féminines liées à capacité maternelle », voir *Ibid.*, p. 44-45.

est un trait caractéristique de la profession maïeutique, mais ce témoignage ouvre un questionnement qui mériterait d'être approfondi.

Si la proximité est revendiquée par la profession maïeutique comme un élément apportant l'humanisme nécessaire contre « la culture technique et masculine dominante à l'hôpital »[626], elle peut être aussi analysée comme ontologiquement liée au fondement même du corps professionnel[627]. L'historienne Nathalie Sage-Pranchère a mis en lumière la proximité avec les populations par le prisme du rapport à la mort des praticiennes du XIXe siècle : « Devant la mort des mères ou des enfants, leur ressenti se suppose, tant la forme de leur exercice et leur proximité voulue et assumée avec les populations qu'elles accompagnent ne peuvent les laisser indifférentes à ces destins »[628]. Si aujourd'hui l'accouchement à domicile est devenu exceptionnel, l'accès à la sphère privée de la population, qu'il permettait forcément, perdure au travers des activités de surveillance au domicile, dont l'observation, en plusieurs occasions, m'amène à poser l'hypothèse que les segments (libéral ou territorial)chargés ces tâches essaient d'établir une relation soigné/soignant moins asymétrique[629], car les sages-femmes de ces segments comprennent mieux la situation globale des femmes.

c. *La « qualité des services » comme expression d'un parcours « volontaire » des femmes*

L'enquête d'opinion présentée en juin 2024 au Sénat déjà évoquée, indique que les critères de choix des usagères pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement diffèrent selon la catégorie de femmes interrogées[630]. Ainsi, la proximité est davantage mise en avant par les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années, tandis que les femmes enceintes ou ayant un projet de maternité se montrent plus sensibles à la qualité des soins, de sorte que ce critère se retrouve, en ce qui les concerne, en première position. Pour leur part, les sages-femmes de mon étude ont mis en avant la « qualité » comme principal critère du choix des femmes pour leur suivi de grossesse. Cependant, la notion de « qualité » ne

[626] D. Memmi, *La revanche de la chair*, *op. cit.*, p. 180.

[627] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*

[628] N. Sage-Pranchère, « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) », art cit, p. 146.

[629] Je développerai cet aspect un peu plus loin en le nuançant.

[630] *MI Périnatalité : compte rendu de la semaine du 3 juin 2024*, https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20240603/mi_perinatalite.html#toc3 , 4 juin 2024, art cit.

recouvre pas les mêmes réalités selon le mode d'exercice. Chez les hospitalières, elle se réfère à la sécurité technique, comme l'indique Fabienne :

> « C'est vraiment leur choix personnel… parce que on ressent bien quand même la concurrence que l'on a par rapport aux sages-femmes libérales, qui prennent de plus en plus de suivis de grossesse, et ça c'est normal. On ne peut pas dire la concurrence des gynécos puisque malheureusement ils sont de moins en moins, mais enfin ils drainent pas mal, une bonne clientèle aussi, ceux qui sont en poste… oui. Donc je pense que c'est par rapport à… je vais dire la renommée de l'établissement quand même, on a quand même une bonne presse je pense. Voilà, c'est ce qui fait venir les gens ici, pour avoir un peu plus de sécurité. C'est ce qu'elles mettent en avant. » *(Fabienne, 20-30 ans de carrière, hospitalière)*

Selon Fabienne, les femmes s'orientent vers l'établissement pour sa réputation en termes de sécurité médicale et technique, au regard de l'offre de soins existante. La sage-femme ne fait référence ni à elle, ni à des professionnels en particulier, mais à l'institution dont elle fait partie. Par ailleurs, lors des échanges informels durant les observations, Fabienne me confie qu'un gynécologue-obstétricien de l'autre maternité de la ville – privée et également de type I – avait « mauvaise presse » à la suite d'affaires en cours et que, par conséquent, la demande de suivi avait augmenté sur la maternité publique où elle est en poste. Cet argumentaire réputationnel institutionnel, relatif aux critères de sécurité médicale et technique, est également évoqué par les sages-femmes hospitalières de l'autre établissement de mon enquête, mais de façon moins appuyée[631], ces critères apparaissant évidents pour une maternité de type III.

Pour les libérales et les territoriales, la dimension qualitative recherchée par les femmes enceinte dans un parcours de type « volontaire » renvoie en revanche à l'offre de « suivi personnalisé », et mobilise plutôt une notoriété attachée aux personnes, à la réputation des sages-femmes. Pour décrire leur patientèle, les deux sages-femmes de PMI mettent en avant cette idée de réputation individuelle en raison non de l'institution elle-même, théoriquement

[631] Leurs discours sont plus axés sur le haut risque et la précarité des femmes enceintes

destinée aux femmes en situation de précarité, mais bien de leur propre ancienneté , comme l'explique Eliane :

> « On est un peu particulières. C'est que, on a des consultations PMI gratuites, où peuvent venir les gens qui n'ont pas de ressources, qui ont pas de, de Sécu, qui arrivent, qui arrivent en France, ce qui savaient pas où aller et tout ça. Donc on l'a, ça évidemment on l'a. Mais au milieu, on a des femmes qui, déjà parce que on est anciennes, il y a longtemps qu'on est là, on est reconnues et qui viennent parce qu'elles nous connaissent et qui viennent pour, au début, elles venaient parce qu'on était des sages-femmes et que ailleurs, il n'y avait que des médecins. Puis, la maternité a fait des consultations sages-femmes mais finalement, comme nous, on était déjà en place, c'est beaucoup venu sur nous. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Sur le terrain, j'ai pu effectivement constater que quelques patientes venues en consultation appartenaient à la classe moyenne et n'avaient aucun problème de précarité. En ce qui concerne les sages-femmes libérales interrogées, toutes indiquent que les femmes s'adressent à elles pour leur réputation et que « le bouche à oreille » est le mode principal de recrutement, comme Axelle :

> « (…) en règle générale les patientes viennent quand même de bouche à oreille. Donc ça, c'est assez chouette parce que les patientes viennent déjà en terrain de confiance, c'est-à-dire qu'elles ont entendu parler par plusieurs autres femmes ou plusieurs… ou par même bah des fois ça sera… ça serait le gynéco qui a dit : « bah vous pouvez aller dans ce cabinet », ou un médecin généraliste aussi. Donc elles arrivent quand même en terrain de confiance et la confiance s'établit très vite. (…) en règle générale quand même les femmes de bouche à oreille qui viennent au cabinet, ce sont quand même des femmes qui recherchent un autre accompagnement, c'est-à-dire un accompagnement parce qu'elles veulent un accouchement plus physiologique, parce qu'elles ont entendu aussi que je pratiquais l'haptonomie. Donc elles ont vraiment envie de découvrir autres choses que le parcours classique de préparation à la naissance par exemple. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Dans cet extrait, il apparait que les parcours des femmes reposent sur deux autres dimensions intriquées de la proximité : la dimension sociale *(« elles ont entendu parler par plusieurs autres*

femmes ») et la dimension relationnelle, c'est-à-dire le choix du soignant[632]. La notion de « qualité » – ici individuelle – se superpose avec la recherche de services spécifiques (l'haptonomie), favorisant une prise en charge personnalisée, comme l'expose Martine :

> « J'en ai eu qui me sont venues, qui ont vu mon site et qui sont venues parce que je faisais ça.(…) Et ça, ce sont des femmes qui ont des idées bien précises, elles sont pas manipulées par les médecins celles-là. Elles, elles cherchent quelque chose de bien précis. Moi, j'en ai une qui est venue que pour le Niromathé[633]. Qui c'est qui connaît le Niromathé ? Il n'y en a pas beaucoup hein : « Mais j'ai vu que vous faisiez ça, c'est ça que je veux. » Il faut déjà le savoir qu'est-ce que c'est ! » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Si le recours plus fréquent à la sage-femme pour le suivi médical de grossesse peut s'expliquer notamment par la proposition de services spécifiques, il est également le résultat selon certaines libérales, d'une meilleure « visibilité sociale » des compétences de la profession auprès de la population, comme le déclare Sylvie :

> « Il y a [des femmes] qui savent. Et elles me disent : « Moi, j'ai dit à ma copine… six mois d'attente pour voir un gynéco ; tu as une sage-femme-là, il faut que tu y ailles… » Elles sont mignonnes *(Rire)*. » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Les propos de Sylvie signalent cependant que le recours à la sage-femme se fait par défaut de médecin, i.e. en raison de la saturation des agendas des médecins spécialistes et de la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapidement, le « suivi sage-femme ». D'autres libérales indiquent aussi que des femmes choisissent de s'adresser à une sage-femme car elles recherchent un suivi qui donne davantage de place au relationnel, en termes « d'écoute et de liberté de parole » :

---

[632] A.-C. Hardy et al., « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », art cit, p. 64-66.

[633] Le Niromathé est une méthode de réflexothérapie vertébrale et périphérique (vibration cutanée pour stimuler des points de détente).

« Ma copine, ma collègue m'a dit que, voilà… gynéco, j'ai plus envie, ou c'est trop long, ou il n'est pas gentil, ou il y a de tout… de tout. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

« Des femmes [me] disent : « bah je voudrais faire un suivi gynéco avec vous parce que ça fait des années que je vais voir le même ou la même gynéco et que je me sens pas entendue, je me sens pas écoutée. Et ma copine m'a dit de venir vous voir parce que vraiment vous aviez une autre approche. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

« Je pense que c'est une attente d'écoute. Plus… enfin vraiment elles sont en recherche de… certes, être bien suivies sur le plan médical. Il n'y a pas de souci. Mais aussi vraiment d'avoir un temps pour elles où elles puissent vraiment parler de tout et n'importe quoi. Oser poser des questions qu'elles vont pas forcément oser poser avec un médecin ou un autre gynécologue qu'elles ont pu connaître avant ou… Il y a vraiment ce côté écoute qu'on ressent assez facilement. Et elles sont surprises souvent *(Rire)* en fin de consultation que ça ait duré autant ou qu'on ait fait vraiment tout le tour de certaines choses par rapport aux expériences qu'elles ont pu avoir avant. (…) J'en ai d'ailleurs qui quand elles prennent rendez-vous au téléphone, elles me disent : « j'ai eu des mauvaises expériences avec d'autres gynécos donc j'ai envie d'essayer avec un suivi sage-femme parce que je viens d'apprendre que c'était possible ». Elles le disent, il n'y a pas de problème. *(Rire)* » *(Pauline, moins de 10 ans de carrière, libérale* »

La recherche d'une prise en charge qualitative, tant sur le plan médical que relationnel, concernerait les femmes d'une manière générale, toutes catégories sociales confondues, selon Martine. En entretien, celle-ci indique qu'elles assurent le suivi de femmes réfugiées politiques, mais aussi de médecins :

« Hier par exemple, j'avais une jeune femme qui est interne et qui vient pour la gynéco, et elle était inquiète pour je sais pas quoi, donc elle est revenue. Ah oui, pour le stérilet, elle m'a dit : « Je suis pas revenue tout de suite. » « Oui, je sais, c'est toujours les cordonniers les plus mal chaussés ». Mais il fallait que je la prenne en urgence parce que tu comprends, elle met le tampon et elle pensait qu'elle avait enlevé le stérilet, enfin, il était presque sorti ce truc. Elle me dit : « Et pourquoi on vient pas voir les sages-femmes ? Je comprends pas. C'est vachement mieux hein. » *(Rire)*. « C'est bien, c'est

bien ! » C'est mieux, c'est mieux à partir du moment où il n'y a pas de pathologie. (…) Les médecins, il y a pas mal de médecins qui veulent être suivies par les sages-femmes en fait. (…) Beaucoup de généralistes qui veulent être suivies par les sages-femmes. C'est drôle hein. Puis alors, ils sont comme toutes les autres femmes enceintes, ils oublient leur métier à la porte, et j'adore ! *(Rire)* » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Dans ce dernier extrait[634], les propos de Martine présentent cette sollicitation par des femmes médecins comme valorisante – pour elle et par extension pour la profession maïeutique.

2. Des cas de discordance entre patientes et professionnelles à propos de leurs préoccupations et leurs perceptions des risques

Les relations interpersonnelles entre les sages-femmes et les femmes diffèrent selon le contexte, saisi avant tout en termes de mode d'exercice. Nous avons vu que les conditions de l'exercice libéral étaient propices à la mise en place de liens de confiance du type « partenariat »[635], ce modèle n'ayant pas été observé en institutions – hospitalière ou territoriale. Les liens observés entre praticienne et patiente à l'hôpital et en PMI relèvent plus fréquemment de la confiance « dépersonnalisée » et son sous-type, la confiance « totale », et de la confiance « processus », selon les modèles décrits par Béatrice Jacques[636]. Même si le fait que la prise en charge est possible sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires dans les institutions publiques attire vers elles, par nécessité économique, la majeure partie des femmes de milieu populaire ou en situation de précarité, la patientèle de ces institutions est composée de femmes appartenant à des milieux sociaux variés. Pour l'institution hospitalière – et en particulier pour les maternité de type III –, ce fait peut s'expliquer par la sécurité technique qu'elle offre et qui constitue un élément majeur pour un grand nombre de femmes, quelle que soit leur classe sociale. Les services recherchés par les femmes dans ce modèle, relèvent donc avant tout de la sécurité de la prise en charge pour la naissance de

[634] Il est intéressant de noter l'emploi paradoxal de « genre » qu'utilise Martine dans sa dernière phrase : elle utilise le pronom masculin pour désigner les femmes médecins, tout en précisant qu'elles sont des femmes enceintes comme les autres dans leur demande. Cette expression suggère que la profession médicale reste « masculine » dans les représentations de cette sage-femme.

[635] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 105-108.

[636] *Ibid.*, p. 97-111.

l'enfant[637], « la foi dans les progrès de la science »[638] étant le socle des liens de la confiance « dépersonnalisée » qui s'établissent. Les femmes se conforment aux injonctions de la surveillance médicale et technique de la grossesse, adoptant une posture perçue comme « passive »[639] par les professionnels de santé[640], et en particulier par certaines sages-femmes de mon étude, comme Gabrielle *(30-40 ans de carrière, hospitalière)*. La faible prise de parole des femmes est souvent interprétée comme une forme de passivité, comme l'illustre le cas suivant.

Extrait du journal de terrain. Cas n°15

Gabrielle reçoit en consultation un couple qu'elle a déjà vu une fois en début de grossesse et qui attend son premier enfant. La patiente est âgée de 29 ans et enceinte de 19 semaines d'aménorrhée (4e mois). La sage-femme débute en demandant « comment ça va depuis la dernière fois ? ». La femme répond qu'elle a ramené ses radios du bassin réalisées à la suite d'un accident de voiture qui s'est produit avant la grossesse, car elle a des douleurs. La professionnelle lui demande si la parturiente a une ceinture de grossesse, celle-ci répond négativement. Gabrielle demande ensuite si elle met ses bas de contention (la femme a un antécédent de phlébite). La femme enceinte confirme qu'elle les porte mais une paire est déchirée ; la sage-femme lui répond qu'elle va lui en prescrire une nouvelle paire. Gabrielle poursuit en abordant les résultats biologiques, demande si les prochains rendez-vous d'échographie du deuxième trimestre et d'entretien prénatal précoce sont fixés. La patiente indique que l'entretien doit avoir lieu l'après-midi même. La sage-femme lui demande alors si cela ne lui pose pas de problème (il est 11H50) et si elle a des questions. Les réponses de la patiente sont courtes et se résument parfois à un simple oui ou non. Gabrielle montre la

[637] *Ibid.*, p. 97.

[638] *Ibid.*

[639] Camille Froidevaux-Metterie a mis en évidence que « contrairement au postulat de passivité, les femmes enceintes sont généralement très investies dans leur grossesse et, si elles ne disent pas toujours tout haut ce qu'elles ressentent, assignées au silence du corps, elles n'en éprouvent pas moins tourments et peines », voir C. Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre*, *op. cit.*, p. 175.

[640] Béatrice Jacques montrent que « plusieurs propos de sages-femmes et de médecins (...) dénoncent la perte d'autonomie, l'abandon total des femmes dans leur suivi », voir B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 99.

balance et dit : « on va monter sur la douloureuse ! » Elle continue à poser des questions cette fois la présence ou non de certains signes cliniques (contractions utérines, brûlures mictionnelles). Tout à coup, la sage-femme s'adresse au compagnon et lui demande : « Monsieur, tout va bien pour vous ? Vous avez des questions ? » Le futur père est surpris, sourit, mais ne prend pas la parole. La sage-femme fait un résumé des ordonnances qu'elle doit rédiger, indique que si la douleur au niveau du bassin persiste, « on prendra rendez-vous avec un médecin, et plus tard, on verra pour la voie d'accouchement, on en reparlera. » La femme enceinte répète qu'elle a plusieurs compte-rendu de radios de son bassin et qu'elle a tout rapporté. Au fur et à mesure de l'interrogatoire, Gabrielle remplit le dossier informatisé, temps durant lequel personne ne parle. L'examen clinique dure trois minutes, au cours duquel la sage-femme écoute les bruits du cœur fœtal avec un petit appareil doppler audio numérique qui affiche le rythme des battements cardiaques. La femme lui demande « on ne fait pas d'écho aujourd'hui ? ». La professionnelle répond que le doppler qu'elle vient de faire suffit et demande au compagnon qui est resté à côté du bureau et qui est en train de regarder son téléphone portable : « c'est son cœur, vous entendez Monsieur ? » Celui-ci répond en souriant : « oui, oui, j'entends ! ». Gabrielle remplit le résultat de son examen clinique dans le dossier pendant que la patiente remet ses chaussures et revient du côté du bureau. Le couple sort deux minutes plus tard. La consultation dure au total 27 minutes. Après qu'il soit sorti, la sage-femme me dit : « c'est horrible quand elles (sous-entendu les femmes) ne parlent pas comme ça ! » Elle ajoute qu'elle préfère que les femmes soient « actives » dans le déroulement de la grossesse.

Les dernières paroles de la sage-femme indiquent qu'elle a trouvé le comportement de la patiente « passif » car elle parle peu et pose peu de question. Au cours de l'échange, nous voyons également que la professionnelle cherche à mobiliser le futur père qui reste en retrait. De mon point de vue d'observatrice, je n'ai pas eu la même impression de « passivité » que la sage-femme. J'ai en revanche identifié une discordance de préoccupation entre soignée et soignante : la patiente apparaît préoccupée par une dimension « physique », les douleurs

qu'elle ressent au niveau de son bassin avec l'avancée de la grossesse[641] et les conséquences de l'accident de voiture, tandis que la sage-femme s'étonne que celle-ci pose peu question sur la grossesse et s'interroge sur l'investissement de la femme dans sa grossesse, dans sa dimension « psychique ». La professionnelle n'approfondit pas la question de la douleur de la femme qui par ailleurs, ne se plaint pas plus que ça ; elle n'explique pas qu'en dehors d'une pathologie de bassin, ses symptômes sont souvent ressentis chez les femmes enceintes et prescrit simplement une ceinture de grossesse, proposée de manière habituelle en cas de douleurs ligamentaires du bassin .

La discordance de préoccupation et de perception des risques apparaît également dans le cas 14, présenté plus haut. La femme enceinte est préoccupée par le petit poids fœtal estimé à l'échographie alors que la sage-femme est soucieuse de la consommation de tabac de la patiente – qui est un facteur de risque de petit poids à la naissance pour le nouveau-né. La patiente dénie le risque associé à sa propre consommation de tabac, ne saisit pas le potentiel lien de causalité entre sa préoccupation et le souci de la professionnelle. J'ai également observé cette discordance au cours de certaines consultations de surveillance échographique, fait confirmé par le discours des sages-femmes échographistes, comme celui de Julie :

> « C'est un examen échographique, c'est pas un moment de plaisir quoi. Évidemment ils vont voir leur bébé, mais que l'intérêt c'est du dépistage, il faut le dépister, et quand on pose la sonde au 1er trimestre, et quand on pose la sonde : Est-ce que c'est une fille ou c'est un garçon ? Euh… 2nd trimestre, on pose la sonde, c'est : Est-ce que le bébé a bien grandi ? Et le 3ème trimestre : Est-ce que le bébé est pas trop gros ou trop petit ? Voilà, à peu près. J'ai posé la sonde. On n'avait pas commencé la première mesure. Ah oui, oui, clairement parce qu'on est en 2019 et que les écrans, les images, c'est récréatif, et qu'ils pensent que l'échographie, c'est ça quoi. (…) Clairement, les attentes sont complètement différentes. C'est pour ça qu'à chaque fois, on est obligé de recadrer pour le 3D. Beaucoup de gens nous demandent du 3D, du 4D. Et nous, on a une machine qui…

[641] L'imprégnation hormonale agit sur l'ensemble du corps durant la grossesse, et notamment sur les ligaments et les articulations du bassin qui deviennent plus laxes, en préparation de l'accouchement. Ces douleurs « ligamentaires » sont très fréquemment observées dès le quatrième mois de grossesse et concomitantes au développement de l'utérus.

on a une machine très, très récente, où elle fait du très beau 3D, 4D, mais c'est rare qu'on en fasse. Vraiment, j'en fais pas toutes les semaines, vraiment ça… Et donc on négocie. Alors que dans l'autre cabinet où j'exerce, on ne peut pas négocier parce qu'il y a pas le 3D. « Ah, il y a pas le 3D ? » Mais du style : « Bah, ça sert à quoi ? » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

Pendant que les professionnelles sont concentrées sur le dépistage d'éventuelles anomalies du fœtus, certains futurs parents – appartenant essentiellement à la classe populaire – sont en attente de la « photo en 3D » pour commencer l'album de naissance, et donc davantage dans une démarche consumériste[642]. Une autre échographiste ajoute par ailleurs, que cette discordance accentue le décalage de perception de la fiabilité technique de l'examen échographique, entre soignant expert et soigné profane, lorsqu'une anomalie est détectée :

« après, les gens comprennent pas qu'un enfant puisse naître avec une anomalie dans la mesure où on est censé avoir tout vu à l'échographie » *(Laetitia, 10-20 ans de carrière, hospitalière*).

La discordance peut tenir à la mobilisation de l'*agency* des femmes, comme dans le cas 10 présenté en début de chapitre, et placer femme et sage-femme dans un rapport de « négociation ». Le concept de soin négocié met l'accent sur l'interaction et la collaboration entre les différents acteurs du processus de soin, donc sur leur meilleure compréhension et une prise de décision partagée[643]. Le positionnement de certaines femmes peut apparaître « paradoxal » à certaines praticiennes, comme le mentionne *Axelle (10-20 ans de carrière, libérale)*, lorsqu'elles demandent une moindre technisation dans leur projet de naissance, elles choisissent néanmoins d'accoucher en institution médicalisée :

« Maintenant les femmes, elles ne veulent plus rien. Elles ne veulent plus qu'on les touche (…) mais par contre, elles veulent accoucher à l'hôpital (Rire). C'est un peu… c'est pas… c'est pas très logique quoi. Mais n'empêche que, voilà, elles remettent tout en question quoi. Moi, j'ai une femme qui a même marqué sur son projet naissance : « si

[642] Je développerai cet aspect dans la partie consacrée à la pratique de l'échographie du chapitre 4.

[643] F.-X. Schweyer, « Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique », art cit.

on me fait une césarienne, je voudrais qu'on me fasse des points en surjet, je sais pas quoi. » Bah je me suis dit : là, elle va vraiment loin quoi. Bon, en l'occurrence, c'est une avocate et du coup, voilà. C'est vrai que (…) je pense que le personnel hospitalier va être en difficulté de plus en plus avec des femmes comme ça. Parce qu'il y a une pression au niveau du fait qu'il peut y avoir un procès quoi. Et la peur du procès. Ça, ça… ça, c'est vraiment… c'est vraiment compliqué » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Enfin, la discordance des préoccupations et de perception des risques entre soignantes et soignées implique aussi les risques, donc les caractéristiques sociales de la femme enceinte, comme le souligne Julie :

« Quand t'habites dans un immeuble social, t'es au 6ème étage et que c'est ton quatrième bébé, bon bah, voilà, tu sais que ce col [de l'utérus] va devoir supporter beaucoup de choses, alors que la nana qui habite dans une maison plain-pied avec piscine, bon bah voilà, mais même si c'est son quatrième, je te dis qu'elle est clairement dans un environnement qui est plus adapté quoi. Donc, c'est pour ça aussi qu'aller en domicile, je trouve ça trop chouette quoi. Pas pour la nana qui habite dans une maison plain-pied avec piscine, et surtout pour celles qui ont des difficultés, même si parfois, je me sens démunie parce qu'on appelle la PMI : « Oui, bah cette patiente oui, OK. » Et puis quand tu dis à la patiente : « J'ai contacté la PMI, c'est trop chouette, tu vas avoir… » Elles te disent : « Mais pourquoi ? » Comme s'il y a une suspicion en fait, les patientes le vivent très mal. C'est pour ça qu'on l'amène avec douceur, on explique beaucoup, parce qu'elles se disent : « Mais attends, qu'est-ce que tu m'as fait quoi ? » Là, c'est un peu la trahison, alors que tu leur dis : « Mais c'est trop bien, elle va te trouver une assistante sociale. Enfin tu vas voir, vraiment, ça va te faire du bien, t'auras même droit si c'est ton quatrième ou cinquième, à une travailleuse sociale qui va venir chez toi pour t'aider, enfin c'est trop bien quoi. » Mais elles, vraiment, elles le vivent vraiment mal. Ah ouais, ouais, quand tu dis que t'as contacté la PMI, ah, elles te disent : « Mais je suis pas une cassos' — Mais oui, bien sûr, mais moi ce que je veux c'est que tu ailles bien, que ton bébé aussi, alors… » Mais c'est mal vécu. » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*

On l'a dit, l'accès à la sphère privée des femmes et à leurs conditions de vie est une caractéristique de l'exercice libéral et territorial. Les propos de Julie illustrent le fait que voir une patiente en consultation au cabinet ou la voir à son domicile, dans le cadre d'une surveillance à domicile, change les préoccupations de la professionnelle et l'amène à revoir la priorisation des risques[644]. Si la sage-femme se soucie du risque psycho-social de la patiente, cette dernière se méfie de l'institution territoriale et voit dans la proposition d'orientation de la sage-femme, un « symbole de stigmate »[645] et le risque d'être étiquetée comme « cassos' », « fiché(e) quoi [...] en tant que maman qui a des difficultés à s'occuper... »[646]. L'orientation vers la PMI reste perçue comme négative et stigmatisante par les femmes. Même si on note l'emploi du tutoiement par la sage-femme – suggérant une proximité dans le cas rapporté – et la recherche de bénéfices (l'aide à domicile), la fragilité du lien de confiance entre patiente et professionnelle transparaît ici, avec le risque qu'il se rompe.

3. Une relation soignante/soignée moins asymétrique : illusion ou réalité ?

Sur le terrain, l'emploi fréquent du tutoiement entre soignante et soignée, dans le contexte de la PMI mais aussi du libéral, a été une découverte. En effet, ma propre expérience professionnelle est celui d'une hospitalière, et en institution, le tutoiement entre patiente et sage-femme ne s'observe que s'il existe une proximité personnelle, c'est-à-dire que les deux personnes se côtoient en dehors du cadre institutionnel et médical. J'ai donc cherché à saisir ce que revêtait l'usage du tutoiement et si celui-ci était la traduction d'une relation soignante/soignée moins asymétrique, déviant fortement du modèle médecin/malade de Talcott Parsons, dans lequel les rôles sociaux normés respectifs du malade et du médecin conditionnent le déroulement de l'interaction et « favorisent la coopération »[647]. Pour certaines, le tutoiement résulte en effet d'une appartenance au même cercle social dans la sphère privée, comme Axelle *(10-20 ans de carrière, libérale)* qui déclare qu'elle tutoie de

[644] La priorisation des risques sera abordée dans le chapitre 5.

[645] C'est à dire un signe « dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui (le) portent, et qui (détruit) ce qui aurait pu être un tableau d'ensemble cohérent, avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation », voir Erving Goffman, *Stigmate: Les usage sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975, p. 59.

[646] A.-C. Hardy et al., « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », art cit, p. 69.

[647] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 41.

« certaines patientes, parce que je les connais dans la vie privée ». Elle ajoute qu'elle emploie le tutoiement avec certaines femmes déjà suivies pour des grossesses antérieures. J'ai pu observer également ce fait chez Julie *(moins de 10 ans de carrière, libérale)*, chez Pauline *(moins de 10 ans de carrière, libérale)*, chez Eliane *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* et Lydie *(plus de 40 ans de carrière, PMI).*

Le tutoiement est aussi employé par Martine *(30-40 ans de carrière, libérale)*, mais de façon particulière, puisqu'en consultation qu'elle tutoie ou vouvoie la patiente en fonction de la thématique abordée. En entretien, lorsque je lui ai demandé à cette praticienne comment sa pratique s'était transformée, elle a évoqué son usage du tutoiement :

> « il y a une chose qui a changé depuis le temps, c'est qu'avant, je supportais pas qu'on tutoie une femme et maintenant, je peux plus faire autrement (…) Je sais, je fais pas exprès. (*Rire)*. Et de temps en temps, je m'en rends compte. Là par exemple, quand je parle avec les médecins, d'un coup, je dis : « Tu… » Et pourquoi j'ai dit tu ? Je sais pas, c'est comme ça. (…) Quand c'est intime, j'emploie le « Tu ». Il y a des femmes qui te répondent : « Oui, mais vous… » Oups, là tu reviens. « Ça vous dérange pas hein, des fois, ça sort comme ça, « tu » hein. » « Non, non, ça ne me dérange pas, vous pouvez me tutoyer. » Et là, il faudra que je fasse attention. *(Rire)*. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Dans le cas 9 présenté plus haut, on voit que Martine emploie le vouvoiement en consultation pour aborder l'aspect sérieux du temps de l'interrogatoire, par exemple relatif aux antécédents médicaux, mais que, à d'autres moments, elle tutoie la patiente, par exemple lorsqu'elle donnait des conseils diététiques[648]. En entretien, je lui demande si, à l'inverse, le tutoiement vient parfois des patientes. Martine répond à propos des patientes magrébines :

> **«** Elles arrivent, elles font la bise. Jamais, je leur ai fait la bise moi, je leur tends la main. Par contre, je leur ai jamais fait la bise. *(Rire)*. Sauf quand elles me font la bise, après, on se fait la bise hein, mais c'est pas du… c'est affectueux (…) Et puis alors, quand un jour quand elles font pas, je dis : « J'attends ma bise moi ? » (Rire). Non, non, ça me dérange

[648] La sage-femme utilise la forme de la dictée pour donner ces conseils diététiques, attitude infantilisante, observée chez d'autres sages-femmes comme nous le verrons un peu plus loin.

pas du tout, du tout, du tout. Et puis, il y en a même, ils vont te dire qu'ils sont… elles sont attentives je trouve. Je sais pas, il se crée un lien particulier quand même, ouais, elles sont attentives. Elles me disent : « Comment vous allez aujourd'hui Martine ? » « Moi je vais bien hein, et puis ça se voit hein. » (Rire). C'est drôle quoi ! » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Bien loin du « rôle du médecin [qui] prescrit la neutralité affective »[649], les interactions entre femme et sage-femme sont donc parfois proches d'une relation de « maternage »[650] . En effet, « les sages-femmes ont développé [dans les années 1950] toute une série de compétences dont le maternage était un aspect central »[651] avec la généralisation de l'Accouchement Sans Douleur [652]. Le suivi de grossesse – et notamment la préparation à la naissance et à la parentalité – permet à nouveau aux sages-femmes de pratiquer le maternage. Selon certaines professionnelles interrogées, des femmes, notamment de culture maghrébine, recherchent ce type de relation soignante/soignée, qu'on peut qualifier de « proximité entre pairs », et qui rappelle l'ancien modèle de relations entre les matrones et les parturientes, au sein d'une communauté de femmes[653]. Les praticiennes composent avec cette demande des femmes, comme l'indique Martine :

[649] Florent Champy précise à propos de la description parsonienne du rôle du médecin et de la prescription de la neutralité affective que « l'efficacité de ses décisions suppose qu'il ne sente pas pas affectivement concerné par le cas à traiter, ce qui explique que de nombreux médecins ne soignent pas leurs proches », voir F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 42-43.

[650] Le maternage, ou "mothering" en anglais, fait référence à l'ensemble des comportements et pratiques de soins prodigués à l'enfant, traditionnellement par la mère, mais pouvant être étendus à d'autres figures parentales ou de soin. Ce concept englobe : les soins physiques (alimentation, hygiène, protection) , les soins affectifs (réconfort, attention, stimulation émotionnelle), les interactions (échanges verbaux et non-verbaux, jeux, stimulation cognitive), la création et le maintien du lien d'attachement. Le maternage est considéré comme crucial pour le développement physique, cognitif, émotionnel et social de l'enfant. Voir J. Bowlby, *Attachment and loss*, *Vol. 1: Attachment*, New York: Basic Books, 1969 ; D.W. Winnicott, *Primary maternal preoccupation*, In Collected Papers : Through Paediatrics to Psychoanalysis, London : Tavistock Publications, 1956 ; D.N. Stern, *The Motherhood Constellation*, New York : Basic Books, 1995 ; S. Ruddick, *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace,* Boston : Beacon Press, 1989 ; M.H. Bornstein, *Handbook of Parenting : Volume 3: Being and Becoming a Parent*, Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2002.

[651] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 300.

[652] Voir le début de ce chapitre.

[653] Jacques Gélis a mis en évidence que l'une des constantes des conditions de l'accouchement en France, sous l'Ancien Régime, était « le cercle de femmes autour de la parturiente ». Il indique que « l'accouchement est une affaire de femme » et repose sur la « solidarité fémine », voir J. Gélis, *L'arbre et le fruit*, *op. cit.*, p. 172.

« Comment dire, elles me font la bise, c'est comme pour faire la bise à leur maman quelque part j'ai l'impression, ou à leur grande sœur, tu vois, comme c'est surprenant. C'était… et puis les Maghrébines, elles font la bise, elles te connaissent pas du tout, c'est la première entrevue, toi tu lui tends la main, elle s'approche pour te faire la bise. Ah oui, oui, *(Rire)*. Ça, elles fonctionnent comme ça. Tu vas chez elle, elle te prend dans les bras, elle te fait la bise, et tu as le thé, les petits gâteaux, les machins, etc. C'est comme ça. C'est leur éducation, leur manière de vivre » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

L'alimentation – qui fait partie des « soins physiques » du maternage – est un thème majeur abordé par les sages-femmes pendant la surveillance de la grossesse, en raison des risques de contracter certaines maladies qui ont des conséquences graves pendant la grossesse (comme la listériose). Elle est aussi évoquée dans une démarche de salutogénèse[654] : les professionnelles interrogent les femmes sur leurs habitudes alimentaires et donnent des conseils diététiques. Il est intéressant de relever la manière dont Martine déclare donner ces conseils :

« Moi je suis pas un pro de l'alimentation, j'aime bouffer, je suis pas maigre, par contre, on va éviter de faire n'importe quoi parce qu'il faut que…(…) En général, je leur dis : « Voilà, vous avez un bébé, vous devenez mère de famille, et ben vous allez voir, il va falloir apprendre à remplir les placards. Et que le petit, quand il rentre de l'école, et ben il faut qu'il ait des gâteaux, mais il faut aussi qu'il ait son jus de fruit, il faut qu'il ait son yaourt, il faut qu'il ait tout. Vous êtes d'accord ? » Elles me disent : « Oui. » Je dis : « Pourquoi il lui faut tout ça après tout ? Il pourrait très bien attendre le repas du soir ? » Les femmes me répondent : « Mais non, il en a besoin pour grandir. » Je dis : « Je suis d'accord. C'est pareil pour votre bébé, il faut que vos placards soient pleins, mais pas plein de conneries, des choses indispensables. Donc il faut manger équilibré. » Voilà. Je fais beaucoup de métaphores comme ça de la vie de tous les jours. » *(Martine, 30 -40 ans de carrière, libérale)*

[654] La salutogénèse est une approche de la santé qui se concentre sur les facteurs qui soutiennent la santé et le bien-être humain, plutôt que sur les facteurs qui causent la maladie. Ce concept a été développé par le sociologue médical Aaron Antonovsky dans les années 1970. Voir Aaron Antonovsky, Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979 ; Aaron Antonovsky, Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987 ; Bengt Lindström et Monica Eriksson, « Salutogenesis », *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2005, vol. 59, n° 6, p. 440-442.

La métaphore choisie pour expliquer l'intérêt d'avoir une alimentation équilibrée pendant la grossesse souligne cette fonction de maternage qui apparaît de façon prégnante comme attachée à la pratique des sages-femmes, même si elle est plus marquée et observable chez certaines enquêtées que d'autres. Axelle amène la notion de maternage spontanément en entretien, lorsqu'elle parle de sa pratique et de l'accompagnement qu'elle propose :

> « On n'est pas dans une société où on s'entraide entre voisins, il n'y a pas de solidarité. Et donc du coup, tout assurer toute seule, tout seul, le couple, rien que le couple tout seul, c'est très lourd. Et comment ce couple peut être dans un maternage bienveillant, dans une parentalité bienveillante, et bien justement en étant eux-mêmes soutenus quoi. Voilà. Donc c'est pour ça que je trouve que dans notre métier on a tout intérêt à collaborer en fait, avec ces associations de parents, à vraiment faire en sorte que cette femme, elle soit entourée. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

J'ai pu observer cependant que la frontière entre un maternage bienveillant et un paternalisme infantilisant était parfois ténue. Si certaines sages-femmes s'autorisent à appeler les patientes par leur prénom – fait observé dans les trois contextes d'exercice – dans une démarche visant à établir le lien de confiance, l'emploi du prénom peut aussi devenir une forme d'infantilisation comme dans le cas présenté ci-dessous.

Extrait du journal de terrain. Cas n°16

Gabrielle *(30-40 ans de carrière, hospitalière)* reçoit en consultation de suivi de grossesse une femme âgée de 27 ans. Elle est enceinte de son deuxième enfant, dans le 6e mois de grossesse et appartient à la classe moyenne. Une autre sage-femme de l'établissement a assuré la surveillance de grossesse précédemment. C'est donc la première fois que les deux femmes se rencontrent. La professionnelle ne commence pas la consultation par le « comment ça va ? » fréquemment entendu lors d'autres observations avec elle. Elle se plonge dans le dossier pour regarder les différents éléments inscrits par sa consœur, trouve un résultat biologique – montrant une anémie avec une réserve en fer anormalement basse – sur lequel il est indiqué que la parturiente ne désire pas prendre le fer (sous forme de thérapeutique) prescrit par l'autre sage-femme. Gabrielle dit alors sans regarder la femme et

en l'appelant par son prénom : « Annabelle ne veut pas prendre son fer ? » La patiente, surprise, regarde d'abord dans ma direction, puis celle de la sage-femme qui est toujours fixée sur le dossier et ne voit pas sa réaction. Après un petit silence, la femme enceinte répond qu'elle prend de la spiruline (des algues riches en fer). La professionnelle répond que la teneur en fer n'est pas suffisante au regard de son bilan biologique. Elle poursuit son anamnèse de manière assez classique, en abordant différents risques, dont le risque thrombo-embolique, en demandant si la patiente porte des bas de contention – recommandés pour prévenir la survenue d'une phlébite –, la patiente répond négativement, précisant que sa mère en met et que « c'est horrible, ça serre ». Gabrielle explique ensuite qu'au cours du troisième trimestre, il est recommandé de faire un prélèvement vaginal pour vérifier si la parturiente porte un germe (le streptocoque B) qui peut être transmis au bébé lors de l'accouchement et provoqué une infection grave. La parturiente demande si le prélèvement en soi ne risque pas de provoquer une infection. La sage-femme répond : « si vous ne voulez pas, vous ne le faites pas. » La patiente se caresse le ventre et rétorque : « si, je l'ai fait pour le premier. » L'examen clinique dure 4 minutes. La sage-femme recherche les signes cliniques et interroge la femme enceinte si elle ressent des douleurs, des contractions utérines, des gênes à la miction ou au niveau vaginal, en faveur d'une infection. Elle demande à la parturiente si elle sent bien son bébé bouger tous les jours. Elle mesure la hauteur utérine, fait le palper obstétrical pour déterminer la position du fœtus et écoute les bruits de son cœur. La patiente indique qu'elle avait l'habitude d'avoir un toucher vaginal à chaque consultation avec le gynécologue-obstétricien qui l'a suivi pour sa première grossesse. Gabrielle répond que s'il n'y a pas de contractions, il n'est pas nécessaire d'en faire un. En fin de consultation, la sage-femme résume et explique les prescriptions qu'elle a rédigé, dont celle pour le fer, où elle propose à la femme une alternative à la thérapeutique médicamenteuse classique (de l'homéopathie et un extrait de plante riche en fer). Gabrielle revient sur les bas de contention en proposant des chaussettes, afin que ce soit plus confortable. La patiente répond : « je vois avec ma mère… et ça fait quoi si je ne les mets pas ? » La professionnelle réplique : « Si je ne vous en parle pas, et qu'il vous arrive quelque chose, vous direz que vous n'étiez pas informée. » Elle termine en expliquant l'ordonnance de la prise de sang à faire avant le prochain rendez-vous. La consultation dure au total 42 minutes. Après que la parturiente soit sortie du bureau, la sage-femme me dit *en aparté* : « ça me fatigue ces patientes, mais bon, je suis pareil. »

Ce long extrait permet de saisir différentes attitudes adoptées par la sage-femme face à une patiente qui apparaît à la fois actrice et méfiante face à une professionnelle qu'elle rencontre pour la première fois. Le rapport de pouvoir est particulièrement visible dans cette séquence : la sage-femme tente d'imposer son expertise en optant pour un comportement directif, face à une femme qu'elle ne connaît pas et qui mobilise son *agency* et refuse la thérapeutique médicamenteuse pour traiter son anémie. L'échange met également en évidence la précaution que déploie la praticienne à expliquer les éléments de surveillance et à informer la patiente, terminant la consultation en fait allusion au risque médico-légal. Si, dans le cas 15, Gabrielle déplorait la « passivité » de certaines femmes, son commentaire à ma destination indique que malgré l'inconfort de la situation, elle s'est efforcée d'adapter sa posture en fonction de celle de la patiente, donc qu'elle a mobilisé son empathie.

D'autres formes d'infantilisation ont été observées où les sages-femmes adoptent une posture de domination pour rechercher la coopération des femmes, comme Isabelle *(30-40 ans de carrière, hospitalière)*, qui dit à une patiente à propos de ses habitudes alimentaires : « c'est tellement énorme les erreurs que vous faites que c'est facile à corriger… Coca, tout ça, je ne veux plus ! » ; ou encore Eliane *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* qui se met à tutoyer une patiente en fin de consultation, en lui disant « la prise de sang, tu la fais ! »[655]. Néanmoins, dans toutes les consultations observées, les professionnelles ont le souci de mobiliser leur empathie, comme l'indique Lydie :

> « Se mettre au niveau de la patiente, voilà… de l'empathie. Vous voyez…si je suis une maghrébine des fois, peut-être là, finalement je dirais : « Ah c'est quoi votre recette ? ». Je vais essayer de lui montrer qu'elle est importante pour nous (...) qu'elle se sente importante et reconnue. Pour… reconnue dans ce qu'elle est… et appréciée. Pas jugée… pas jugée, comme la migrante qui sait pas parler français, qui arrive chez nous sans papier, etc., ou autre chose. » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Comme je l'ai déjà montré, l'empathie des sages-femmes est d'autant plus mobilisable qu'elle peut être envisagée comme une compétence du genre féminin. J'ai pu observer

[655] La sage-femme s'aperçoit que la femme enceinte ne prend pas le fer qu'elle lui a prescrit lors de la dernière consultation. La patiente – appartenant à la communauté gitane – indique par ailleurs au cours de la consultation qu'elle est essoufflée – ce qui est un signe clinique de l'anémie – et demande si « c'est grave l'anémie ? », si « le fer, c'est remboursé avec la CUM ? ».

plusieurs situations où les professionnelles parlaient spontanément de leur expérience personnelle aux patientes. En entretien, interrogées sur le fait de partager leur « expérience vécue » de la naissance avec les femmes enceintes, la majorité des praticiennes adoptent pourtant une posture d'experte, comme Axelle :

> « Non. J'évite. C'est quelque chose que je trouve… qu'il faut garder la distance. Elles demandent. Par contre elles demandent : « Mais au fait... ? ». Si c'est une question, par contre c'est obligé. Ça, je ne peux pas répondre non. Bah je trouve que c'est important de dire la vérité. Elles me disent : « Mais est-ce que vous avez des enfants ? » Et des fois il y a des patientes qui me disent : « Mais vous, vous l'avez pris, la péridurale ? » *(Rire)*. Voilà. Bon. Je… quand elle me pose la question, bien sûr que tu peux pas dire : « Bah, ça vous regarde pas. » *(Rire)*. Mais sinon, non, j'évite de parler de moi. Non. Je trouve que c'est important de bien garder la distance. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

L'ensemble des praticiennes enquêtées entendent garder leur rôle de professionnelle et établir la distance nécessaire pour pouvoir soigner. Elles effectuent ainsi cet « aller-retour permanent entre d'une part implication personnelle, engagement, et d'autre part mise à distance, retrait pour se protéger »[656], qu'ont mis en évidence les sociologues Nicolas Belorgey et Anne Paillet chez d'autres soignants (médecins et infirmières)[657]. Le « sens pratique de la préservation de soi »[658] est bien illustré par les propos d'Axelle :

> « Je garde toujours la distance. Je trouve que c'est vraiment important de garder la distance parce que justement sinon (…) on n'est plus du tout dans la relation de soins. Et si on n'est plus dans la relation de soins et bah c'est là où on peut avoir des problèmes en fait. Garder sa place de soignant, ça c'est… pour moi c'est une base en fait. Et je sais qu'il y en a qui voudrait aller plus loin et puis… et qui me reproche aussi. J'ai eu des patientes qui m'ont dit : « oui, j'aurais bien aimé que tu me tutoies. J'aurais bien aimé que… » et bon bah voilà. C'est… c'est important de garder sa place autant pour elle que pour moi. Vraiment. Ça protège tout le monde de garder sa place (…) et surtout de jamais y mettre quelque chose de personnel parce qu'on a nos filtres en fait. Et donc du

[656] N. Belorgey, « Nouvelle gestion publique et professions hospitalières », art cit, p. 673.

[657] *Ibid.*

[658] N. Belorgey, « Nouvelle gestion publique et professions hospitalières », art cit.

coup enfin, moi en tout cas, je veille tout le temps à justement garder la distance. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Ces propos permettent de saisir la relation spécifique existant de manière générale entre les femmes et la profession. En effet, nous avons vu au début de ce chapitre que la confiance « partenariat » était fréquente dans le secteur libéral, grâce à la une prise en charge personnalisée qu'il propose. Il apparaît que la contrepartie pourrait être un basculement vers une relation de type « communautaire » – et non plus soigné/soignant – éventuellement à la demande des femmes, comme celle qui pouvait exister avec les matrones avant la naissance du corps professionnel des sages-femmes. Si le retour à un modèle « communautaire » entre femmes et sages-femmes semble peu probable, en raison de la différence des savoirs détenus (experts vs profanes), leur relation apparaît comme spécifiquement teintée de la dimension du « corps vécu », de manière ontologique, transmise aux cours de la formation et donc généralisable à l'ensemble de la profession, même si certains de ses membres n'en feront pas réellement l'expérience[659]. De nombreuses enquêtées indiquent utiliser leur « expérience vécue » de l'« événement naissance » sous la forme d'anecdotes – fréquemment sans dire que celles-ci les concernent – pour rassurer les femmes qui doutent de leur capacité, comme Gabrielle :

« Des fois un petit peu… pour imager des choses [que les patientes] ne peuvent pas entendre. Mais peu hein. Moi, je considère qu'il faut pas tout mélanger quand même. Donc rarement. » *(Gabrielle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Pour clore, ce chapitre, les propos d'Eliane, la doyenne de mon échantillon, semblent les plus pertinents pour définir le trait commun existant dans la relation de services entre les femmes et les sages-femmes :

« Dans une relation plus simple. Il y a beaucoup de monde… Je pense que quand elles vont chez le médecin, il y a un gros décalage entre ce qu'elles savent et ce qu'il sait, ou qu'elle sait, et elles le sentent. Après aussi, c'est les médecins qui ont envie de se positionner comme ça, hein… Que nous, on n'a pas envie de se positionner comme ça.

[659] Comme les hommes ou les femmes qui n'ont pas d'enfant. Voir P. Charrier, « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme », art cit.

(…) Enfin, après, je pense, c'est… comme ça que les femmes me ressentent ! Parce que, je suis… évidemment j'en sais plus qu'elles !… (Rire). » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Les diverses dimensions de « proximité » existant entre femmes et sages-femmes amènent à poser l'hypothèse d'une relation moins asymétrique que les autres relations entre soignées et professionnels de santé, car les sages-femmes reconnaissent fondamenalement la vulnérabilité de l'état de grossesse – et intrinsèquement les risques associés –, que la maîtrise, le contrôle total des risques est impossible, ce qui induit une perception des professionnelles par les profanes, comme plus proches d'elles.

Conclusion

Par le prisme du concept d'*agency* qui recouvre la capacité d'action d'un individu dans ses différents aspects, en référence au trois éléments interconnectés que sont le potentiel d'action, la capacité contextuelle et l'action intentionnelle, mon analyse complète l'analyse du processus de réappropriation, par les femmes, de leur corps enceint, exposé par Camille Froidevaux-Metterie[660], en ayant exploré quelques facteurs externes, à savoir le contexte et les opportunités. Parmi ces facteurs contextuels, la transformation de la juridiction de la profession maïeutique depuis le début du XXIe siècle, apparaît comme un élément propice à la mise en place de cette dynamique complexe. Commentant un des témoignages recueillis, la philosophe insiste sur l'expression d'une femme enceinte, « *laisser son corps faire ce qu'il veut »*[661] , – qui a choisi de rechercher par elle-même les informations relative à l'« événement naissance ». Celle-ci déclare vouloir pour son accouchement « une sorte d'entre-deux, le truc ultra-médicalisé m'angoisse un peu et le truc ultra-naturel m'inquiète aussi » et « qu'on laisse mon corps faire ce qu'il veut »[662]. La congruence entre les propos de cette femme qui n'a pas consulté de sage-femme pour se préparer et le discours dominant des praticiennes, d'une part sur l'importance « d'écouter son corps et de lui faire confiance », et d'autre part la recherche

[660] C. Froidevaux-Metterie, *Un si gros ventre*, *op. cit.*

[661] *Ibid.*, p. 173.

[662] *Ibid.*

d'un compromis entre hyper-technicité et démédicalisation, est assez frappante, et confirme l'intérêt heuristique de la définition de la profession comme dans un entre-deux.

Même si la profession n'est plus aujourd'hui exclusivement féminine et que certains de ces membres ne font pas l'« expérience vécue » de la naissance, l'hypothèse peut être soutenue que le contexte socio-historique et genré – des femmes qui s'occupent d'autres femmes – explique que la profession maïeutique appréhende l'« événement naissance » et ses risques dans une perspective de « société du care ». Si l'observation de terrain a permis de mettre en évidence que différents types de liens de confiance se nouaient dans les interactions entre soignées et soignantes, il semble que la « proximité » entre les actrices, saisie sous différentes formes, soit une caractéristique ontologique permettant de comprendre le lien construit entre les femmes et les sages-femmes. La « proximité » *in fine* recherchée de part et d'autre aurait pour effet de rendre la relation entre expert et profane moins asymétrique.

La position des sage-femmes entre le *cure* et le *care*[663] permettrait davantage la mise en place entre les praticiennes et les femmes, d'interactions interpersonnelles où ces dernières mobilisent leur *agency*. Elle répond au processus d'empowerment des femmes et de réappropriation de leur corps – enceint ou non – initié en France depuis la décennie 2010. La profession maïeutique semble s'être saisie des tâches qui leur ont été (ré)attribuées par l'État – dont l'activité de surveillance de la grossesse – et bénéficier de l'appui des femmes toujours plus nombreuses à leur confier leur suivi, prénatal et même gynécologique[664].

La nouvelle dynamique autour de la prise en charge de la naissance s'inscrit dans la suite de l'activisme des mouvements sociaux des décennies 1970-1980 remettant en cause le modèle de l'obstétrique « mainstream »[665], fondé sur le raisonnement par le risque et le développement technique pour sécuriser la naissance, et dominant à l'échelle

[663] Voir le chapitre 2

[664] Concernant le recours à la profession maïeutique pour le suivi gynécologique de prévention, des études doivent être menées pour l'affirmer. J'avance néanmoins cette hypothèse à partir des témoignages recueillis auprès des libérales et sur un échange eu avec une cadre de laboratoire de biologie qui m'a indiqué une augmentation du nombre de sage-femme comme prescripteur de frottis cervico-utérin, examen réalisé dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus.

[665] Voir le chapiter 1

internationale[666]. Ainsi au Canada, dans la province d'Ontario, la profession de sage-femme légalement « ressuscitée » en 1994 défend un *ethos* – notion que je vais développer dans le chapitre suivant – formalisé par son Ordre, via la production d'un document intitulé « Philosophie des soins en maïeutique dans l'Ontario »[667], pensé comme un pont entre la pratique et les valeurs de la profession. L'Ordre des sages-femmes de l'Ontario définit la pratique maïeutique comme une forme de soins préventifs et de technologie appropriée, incluant l'éducation et le conseil, permettant à la femme de faire des choix éclairés[668]. Pour cela, les sages-femmes de l'Ontario déclarent vouloir être dans un modèle de relation expert/sujet égalitaire, éducatif et prenant en considération l'affectif, se rapprochant du modèle « partenariat » décrit plus haut. Retournons donc dans les bureaux de consultation des sages-femmes françaises et tentons de saisir les pratiques qui s'y opèrent.

[666] Lorna Weir, *Pregnancy, risk, and biopolitics : on the threshold of the living subject*, 1. publ., Abingdon, Oxon, Routledge, 2006, p. 81.

[667] *Ibid.*, p. 82.

[668] *Ibid.*, p. 84.

Chapitre 4. Les pratiques des sages-femmes durant le suivi prénatal

« A midwifery ethos of health beyond risk »[669]

D'après la sociologue Lorna Weir, dans son ouvrage *Pregnancy, Risk and Biopolitics* (2006), « internationally midwifery defines itself as the care of « physiologic » / « healthy » / « normal » pregnancy and birth »[670]. Elle souligne l'engagement de la profession de sage-femme en faveur des approches de soins adaptées à la grossesse et à l'accouchement considérés comme des processus naturels et sains, positionnement fidèle à « l'*ethos* de la profession maïeutique », d'après la sociologue, qui emprunte la notion à Michel Foucault[671]. Weir se réfère en effet à la fois à l'approche de l'éthos par Foucault (une façon de penser et de ressentir qui « marque une appartenance et se présente comme une tâche»[672] et par Max Weber (« the attachment and committment that persons feel to the groups of which they form part »)[673] pour défendre une perspective en termes d'« appartenance ».

Selon elle, saisir la grossesse comme un état de santé est en effet, pour les sages-femmes, à la fois une tâche et une forme d'appartenance qui caractérise la profession maïeutique, en tant qu'affirmation profondément normative. Son enquête dans l'Ontario porte sur le risque dans la pratique clinique des sages-femmes durant la période prénatale[674]. Elle montre qu'il existe « un *ethos* de la profession maïeutique centré sur la santé au-delà des risques » et que cet *ethos* induit dans l'ensemble de leurs pratiques, la prise en considération, en plus des besoins physiologiques de la parturiente, des dimensions émotionnelles, sociales et culturelles auxquelles les professionnelles s'efforcent de répondre en proposant des soins

669 *Ibid.*, p. 78.

670 *Ibid.*

671 Michel Foucault, « Qu'est-ce que les Lumières ? » in Dits et Ecrits, tome IV, 1984, 562-578, cité par *Ibid.*

672 Michel Foucault, « Qu'est-ce que les Lumières ? » in Dits et Ecrits, tome IV, 1984, 564, cité par *Ibid.*

673 *Ibid.*

674 La sociologue a analysé la relation entre la profession maïeutique et les soins prénataux centrés sur le risque, à partir d'interviews de sages-femmes exerçant dans la province canadienne d'Ontario et d'archives constituées des dossiers antenataux de la province, récoltés au milieu de la décennie 1990, au moment où les sages-femmes ont légalement été reconnues comme professionnelles de santé (en 1994) . Le thème du risque a été abordé en interrogeant les sages-femmes sur leur manière de remplir le dossier commun prénatal standardisé de la province d'Ontario. Voir *Ibid.*, p. 77.

cliniques pertinents. Les objectifs des soins prénataux pour la profession de sage-femme sont donc plus larges que la simple réduction de la mortalité et de la morbidité périnatales, identifiées comme est l'objectif des soins basés sur le risque[675].

Le travail de Weir montre que les sages-femmes ontariennes font une distinction claire entre le raisonnement clinique et l'approche basée sur le risque dans les soins prénataux. La sociologue explique en effet que L'Ordre des sages-femmes de la Province a choisi de définir le champ de compétence de la profession en termes d' « indications », privilégiant l'usage d'un vocabulaire basé sur la clinique et ses signes, plutôt que sur le raisonnement par le risque[676]. Les sages-femmes enquêtées expriment leur opposition à l'application systématique de critères de risque aux corps féminins dans la pratique clinique. Elles contestent particulièrement la catégorisation du normal et du pathologique uniquement à travers le prisme du risque. Lorna Weir prend la précaution de préciser qu'il serait inexact de conclure à un rejet total par la profession des soins prénataux basés sur le risque. En réalité, les sages-femmes d'Ontario ont plutôt favorisé une approche clinique plus traditionnelle par rapport aux évaluations de risque standardisées. Cette préférence a engendré une tension complexe entre ces deux modes de raisonnement dans leur pratique. En somme, la profession en Ontario a adopté une position nuancée, cherchant à intégrer une vision holistique de la santé tout en reconnaissant l'utilité limitée des évaluations de risque[677].

Ce chapitre présentera la pratique des sages-femmes françaises en se demandant si leur attitude est comparable à celle de leurs consœurs canadiennes – et dans quelle mesure –, sachant que les contextes diffèrent fortement en termes d'ancienneté de reconnaissance légale de leur juridiction et de définition de compétences[678]. Ici seront particulièrement mobilisés les matériaux issus des observations de consultations de suivis médical et

[675] *Ibid.*, p. 79.

[676] *Ibid.*

[677] *Ibid.*, p. 77.

[678] Si, en France, la première loi régissant l'exercice de la profession de sage-femme date de 1803 - voir le chapitre 1 -, les sages-femmes canadiennes ont été légalement reconnues comme professionnelles de santé en 1994, dans le cadre d'une loi régulant les professions de santé. Leur champ de pratique est limité à la grossesse et la naissance « normale », tandis que le champ médical est défini comme incluant à la fois le « normal » et l' « anormal (*abnormal*) ». Voir *Ibid.*

échographique, et des entretiens effectués avec les sages-femmes. Ils permettront de saisir comment les tâches cliniques et techniques liées au suivi de grossesse s'opèrent.

A. La pratique en maïeutique : entre clinique, technique et prévention

Pour saisir l'activité de suivi prénatal telle qu'elle est pratiquée dans l'écologie professionnelle des sages-femmes, j'ai choisi de partir d'une consultation précise, qui illustre les différentes dimensions clinique, technique et sociale, recouvertes par leur travail. Ce cas permettra d'appuyer certains éléments d'analyse présentés dans la première partie de de ce chapitre.

Extrait du journal de terrain. Cas n°17

Lydie *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* reçoit une femme âgée de 30 ans qui attend son premier enfant et est à 9-10 semaines d'aménorrhée (2e mois). Le compagnon est présent. La patiente a déjà rencontrée une autre sage-femme de PMI en tout début de grossesse qui avait prescrit un examen biologique (les BHCG) pour confirmer l'état de grossesse et recueilli des informations concernant les antécédents obstétricaux (une fausse-couche auparavant). Il s'agit de la première rencontre entre le couple et la sage-femme. Cette dernière commence la consultation ainsi : « Alors, vous êtes enceinte… Vous êtes contente ? » La femme répond positivement. L'échange se poursuit à propos de la date des dernières règles (qui est imprécise) et l'importance de faire une échographie pour dater précisément la grossesse. La patiente exprime sa réticence à la réalisation de cet examen, en indiquant qu'elle vient en PMI car elle a des problèmes avec la MSA et la CAF. La sage-femme rassure la femme enceinte en lui indiquant qu'elle n'aura pas de frais et que l'examen sera pris en charge par la PMI *(Lydie m'explique à la fin de la consultation que la PMI a passé un accord avec un cabinet libéral de radiographie de la ville)*. Elle explique par ailleurs que le dépistage pour la trisomie 21 pourra être réalisé également lors de cette échographie du premier trimestre, et demande au couple s'ils ont des informations à ce sujet. La parturiente répond : « Oui, on m'a dit que je devais le faire mais je ne sais pas trop pourquoi. » Lydie explique l'intérêt de cette recherche « non invasive » *(le risque est calculé selon la mesure*

échographique de la clarté nucale du fœtus et le dosage de certaines hormones chez la mère, à un terme précis du premier trimestre). Elle invite ensuite la femme à venir se peser, puis à s'allonger sur la table d'examen et précise au futur père qu'il peut venir aussi. Pendant que la femme s'installe, la professionnelle pose des questions pour relever les antécédents médicaux. La patiente indique qu'elle a un souffle cardiaque diagnostiqué depuis son enfance. Lydie lui demande si elle a effectué une consultation avec un cardiologue. La femme répond négativement. La praticienne indique qu'il faudra qu'elle voit avec son médecin traitant afin qu'il l'oriente vers un cardiologue, mais qu'il faut attendre « le 100% grossesse » *(tous les examens médicaux sont pris en charge sans ticket modérateur à partir du premier jour du 6e mois de grossesse)*. Elle poursuit l'interrogatoire en demandant si la patiente a saigné, si elle a des signes fonctionnelles d'infection urinaire *(brûlures lors de la miction urinaire)* et vaginale *(pertes vaginales qui démangent, qui ont changé d'odeur ou de couleur)*. Cette dernière utilise ensuite l'appareil d'échographie pour mesurer la tête du fœtus, regarde sur un tableau si la mesure correspond au terme de grossesse calculé à partir de la date des dernières règles (ce qui est le cas). Elle montre, explique ensuite l'image du cœur qui bat et met le doppler pour entendre les battements cardiaques. Le compagnon indique : « On l'entend bien ! ». Il demande ensuite s'ils peuvent avoir une photo. Lydie répond positivement mais en précisant que la qualité de la photo est moins bonne que l'image sur l'écran de l'échographe. Elle prend ensuite la tension artérielle et remarque à ce moment une cicatrice au niveau du poignet de la femme enceinte et l'interroge. Celle-ci répond qu'elle a fait une tentative de suicide à 15 ans, sans donner de détail. La sage-femme propose la femme de rencontrer un psychologue, si elle en ressent le besoin, tout en expliquant que « la grossesse peut faire remonter en mémoire certains évènements et que c'est une période de fragilité pour les femmes ». La patiente écoute, répond que maintenant elle va mieux, que « c'était il y a quinze ans » et remercie la sage-femme. Ce temps derrière le paravent dure 10 minutes. De retour au bureau, la sage-femme remplit le dossier, vérifie les examens biologiques déjà fait (sérologies, NFS, ferritinémie, groupe sanguin rhésus, glycémie à jeun, glycosurie, albuminurie), prescrit les examens biologiques à contrôler, l'échographie du premier trimestre et remplit le formulaire pour le dépistage du risque de trisomie 21. Elle appelle le centre de radiologie devant le couple pour obtenir le rendez-vous d'échographie et l'écrit sur l'ordonnance.

Lydie explique au couple que les deux premiers rendez-vous sont toujours plus longs et qu'après, c'est plus rapide. La consultation se termine par la remise des prescriptions et documents de prise en charge par le conseil départemental, et la programmation du prochain rendez-vous. Elle dure au total 40 minutes.

1. Les différents temps de la consultation prénatale : anamnèse, examen clinique, prescription

a. *Entre sollicitation et écoute de la patiente : la conception des sages-femmes pour mener une bonne consultation*

Dans le cas qui vient d'être présenté, l'échange se fait sous la conduite de la sage-femme qui a le temps de parole le plus long. L'échange commence néanmoins par une question ouverte, formulée par la professionnelle, comme cela a été majoritairement observé au début des consultations. Si le « *comment ça va ?* » peut donner une indication sur l'orientation à donner à la consultation[679], il laisse la possibilité à la parturiente de parler de ce qui la préoccupe, comme nous l'avons vu dans les cas 14 et 15, présentés dans le chapitre 3, où les femmes enceintes évoquent leurs inquiétudes respectives (la croissance de son bébé pour l'une, la douleur ressentie au niveau du bassin pour l'autre). La séquence de consultation se déroule d'une manière bien définie suivant l'élaboration du raisonnement clinique, à savoir l'anamnèse, l'examen clinique et la prescription, qui peut débuter avant l'examen clinique pour ce qui concerne les examens biologiques rationalisés – comme la protéinurie et la glycosurie prescrites obligatoirement tous les mois – et se poursuit après l'examen clinique. Le témoigne d'Axelle confirme ce séquencement :

> « Dans les consultations… ça se fait toujours en 3 temps en fait (…) Un premier temps où (…) rien que la question « est-ce que ça va ? », c'est important. Donc est-ce qu'il y a quelque chose à me signaler, des symptômes de grossesse. (…) on prend le temps de voir depuis la dernière fois, qu'on s'est pas vu donc depuis 1 mois, qu'est-ce qui s'est passé en 1 mois, qu'est-ce que vous avez à me signaler depuis… donc voilà. Donc ça, c'est un premier temps. Après il y a… alors dans ce temps-là, il y a bien sûr l'analyse de la prise de sang. L'analyse des échos si elle a fait une écho, la prescription de… aussi de…

[679] Cet aspect qui permet entre autres, le travail de priorisation des risques sera abordé dans le chapitre 5.

une nouvelle prise de sang. Voilà. Et puis après on dit : « bon bah là maintenant on va passer à la partie clinique » (…) et puis après on se rassoit. Et on rentre tout dans le dossier. Et puis c'est là où on demande « est-ce que c'est clair pour vous. Est-ce qu'il y a d'autres questions que vous auriez aimé… est-ce que ce qu'on vient de découvrir là, est-ce qu'il y a besoin qu'on échange par rapport à tout ça. » Bon. Et bien sûr la femme va embrailler sur… bah là par exemple je sais plus hier, la patiente elle me dit : « mais j'aimerais vous parler du lieu d'accouchement et tout ça ». Et je lui dis : « bah écoutez, ça tombe super bien puisque là on est vraiment au moment où on va pouvoir faire l'entretien prénatal précoce. Donc c'est là où on va parler de tout ce qui est structure d'accouchement et tout ça. » Donc pas tout mélanger non plus quoi… parce que des fois ta consultation, elle pourrait durer une heure. Surtout si elles ont beaucoup de questions. Donc il faut structurer aussi quoi. Il y a un temps pour tout. Ça fait partie d'une autre consultation qui est plutôt la préparation à la naissance. Et c'est remboursé à 100%. (…) J'ai beaucoup appris par rapport à ça parce qu'avant je dépassais beaucoup mon temps de consultation. Et c'est plaisant pour personne, ni pour moi, ni pour les patientes quoi qui attendent.» *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Nous pouvons relever dans le discours de cette sage-femme le juste équilibre que les professionnelles cherchent à trouver pour laisser la femme s'exprimer sur ses préoccupations parfois assez éloignées des objectifs du suivi médical axés sur les dimensions médicale et préventive. Pour alimenter le dossier obstétrical[680], les sages-femmes adoptent une attitude oscillant entre la sollicitation et l'écoute. IL faut entendre ici sollicitation au sens que lui donne le sociologue Aaron V. Cicourel : « la sollicitation (*elicitation*) est un discours d'un genre particulier qui comprend en général deux parties. L'une de ces parties contrôle le plus souvent l'échange observable, la domination ainsi exercée pouvant être temporaire en raison du rôle joué par la partie qui accomplit le travail de sollicitation »[681].

[680] Je développerai l'importance et l'enjeu de ce dossier un peu plus loin.

[681] Aaron V. Cicourel est professeur de science cognitive, de pédiatrie et de sociologie. Ses travaux de terrain ont exploré la « difficulté des médecins comme des patients à communiquer » et lui ont permis de restituer « le raisonnement médical qui aboutit à une diagnostic, à une prescription ». Voir Aaron Victor Cicourel, *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002, p. 43.

La praticienne poursuit son propos en indiquant que le travail de suivi prénatal nécessite « de l'écoute, de l'empathie, de la rigueur » *(Axelle, moins de 10 ans de carrière, libérale)* et précise :

> « il faut être à la fois très ancrée, très cartésienne, dans le… très cadrée. Et à la fois avoir de l'empathie, de l'écoute. Ça c'est vraiment… c'est deux qualités qui sont indispensables pour moi pour un suivi de grossesse… c'est vraiment ça... C'est du suivi médical mais c'est dans une relation quand même soignant-patient qui est importante » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

La réponse de cette sage-femme et les extraits du journal de terrain exposés précédemment peuvent être analysée au prisme des travaux d'Aaron V. Cicourel. Ce dernier a montré que

> *« l'utilisation des procédures de sollicitation renvoie à la notion de « principe de coopération » (…) et plus particulièrement encore à l'idée qu'il existe des postulats conversationnels qui facilitent notre compréhension de ce qui est tenu tacitement pour les buts de toute conversation. (…) Les conditions propres aux petites communautés (…) jouent (…) un rôle majeur »*[682].

Ainsi, la relation de proximité, permettant la mobilisation de l'empathie des soignantes – abordée dans le chapitre 3 – peut être ici envisagée comme un postulat facilitateur dans les interactions s'opérant entre les femmes et les sages-femmes, ces dernières restant néanmoins vigilantes à maintenir l'orientation de la conversation dans le sens du raisonnement médical, afin d'établir le diagnostic et les prescriptions. En sémiologie – médicale ou maïeutique – on nomme « interrogatoire » ce temps d'échange où les professionnels posent les questions afférentes aux informations personnelles de la femme enceintes (son âge, sa profession, ses conditions de vie, ses habitudes alimentaires, ses consommations de substances psycho-actives[683]), à ses antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux) et à son état de grossesse (la datation de la grossesse à partir

[682] *Ibid.*, p. 44.

[683] Comme la consommation de tabac, d'alcool, de drogue ou de médicaments. Nous verrons que ces consommations sont classées avec les habitudes alimentaires, dans les risques comportementaux dans le chapitre 5.

de la date des dernières règles, mais aussi les signes fonctionnelles cliniques de grossesse[684] ou encore les résultats biologiques déjà faits comme la détermination du groupe sanguin). Dans le cas 17, la sage-femme poursuit l'interrogatoire pendant qu'elle débute le temps consacré à l'examen clinique de la patiente. En entretien, Lydie explique par ailleurs que sa recherche des risques et des facteurs de risques n'est pas « standardisée » et limitée au temps de l'interrogatoire, car ce procédé peut être contre-productif :

> « Des fois, c'est pas forcément que l'interrogatoire, parce que l'interrogatoire, ça dépend, ça peut facilement être comme si vous faisiez une enquête de police. Et si vous êtes dans l'enquête de police, vous… elles vont pas dire des choses. C'est plus dans la conversation que vous arrivez à déterminer si elle a un risque ou pas. » (*Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Dans la pratique observée, les trois séquences « anamnèse, examen clinique et prescription » peuvent difficilement être strictement dissociées chronologiquement, et il semble plus exact de les présenter comme largement synchrones. Dès lors, la distribution des informations de prévention se fait de manière continue, au fil de la conversation, en fonction des informations récoltées et de la séquence. Le chevauchement des opérations qui participent au raisonnement maïeutique nécessite de maitriser les gestes cliniques, pour être à l'écoute, comme l'indique Chantal :

> « Dans l'examen clinique, ça fait bien longtemps maintenant que c'est acquis et que voilà, je me sens solide dessus, voilà, je pense que c'est ça. C'est d'être… ça fluidifie beaucoup le relationnel en fait, voilà, quand tout le reste est assez solide sur ses bases, après, ça fluidifie le relationnel du coup, ça enrichit beaucoup les consultations. (…) être hyper rigoureux sur son examen clinique et de le faire tout le temps dans le même ordre, de manière à rien oublier parce qu'une fois que ça s'est complètement intégré, ça va libérer la parole pour parler de tout le reste, et c'est tout le reste qui fait le lien en fait, c'est : « Comment ça va à la maison ? Et votre premier qui est rentré à l'école ? » Voilà, d'aborder des choses comme ça qui vont faire ce lien particulier qui permet parfois de découvrir des situations qui, pour la dame elle-même, comme c'est son quotidien, ben

[684] L'état de grossesse peut se manifester cliniquement, en dehors de l'absence des règles, par des nausées, vomissements, tension des seins, fatigue au premier trimestre.

c'est pas quelque chose qu'elle aurait forcément abordé, mais qui peuvent être un facteur de risque pour la grossesse actuelle. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Toutes les sages-femmes enquêtées ont mentionné « la rigueur » et « l'écoute » comme les qualités et compétences nécessaires à l'activité de consultation. Si la rigueur est évoquée par Chantal en référence à la maitrise de l'examen clinique, d'autres, comme Axelle précédemment, la rapportent aux savoirs d'expert entendus au sens large. S'appuyant sur cette expertise, « l'écoute » renvoie à la communication et implicitement aux procédures de sollicitation. L'analyse de Cicourel met en effet en évidence que

> *« Les procédures de sollicitations impliquent (…) que le chercheur [la sage-femme] et l'informateur [la femme enceinte] s'efforcent parallèlement de modéliser leurs intentions respectives et tentent de communiquer à propos de situations perçues différemment. Les modèles mentaux que les participants amènent avec eux dans tout entretien guident leur perception de celui-ci ; en retour, ces modèles subissent l'influence des informations locales que les interactions en cours font émerger. (…) Ainsi, le comportement non verbal des participants (par exemple le regard de l'enquêteur) peut encourager l'informateur à verbaliser tel ou tel énoncé ou l'en décourager. L'interaction des connaissances schématisées et des connaissances locales équivaut autrement dit à un savoir ou à des conditions informationnelles tacites ou explicites qui font partie intégrante des circonstances locales de l'interaction sociale concernée et de la collecte d'informations dont elle s'accompagne »*[685].

Ainsi, la disposition d'être à l'écoute mise en avant par l'ensemble des professionnelles interrogées ne concerne pas seulement le discours de la femme : elle signifie être réceptive au comportement et à la communication non verbale de la femme enceinte, durant les différentes séquences de la consultation, afin de recueillir un maximum d'informations pertinentes en vue d'adapter la conduite à tenir. Si les dissonances de perception des situations entre professionnelles et parturientes existent, comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, les commentaires à ce propos – relevés en aparté entre deux rendez-vous et en

[685] A.V. Cicourel, *Le raisonnement médical*, *op. cit.*, p. 54.

entretien – semblent indiquer que les sages-femmes n'ignorent pas l'existence de ces difficultés communicationnelles. Cependant, la définition de la « bonne consultation » dépend selon toutes les praticiennes de l'étude de la capacité à associer expertise médicale et écoute afin de prendre en considération les dimensions cliniques, sociales et émotionnelles, association qui apparait dès lors comme une valeur centrale de la profession, et fournit un premier argument en faveur de l'*ethos* maïeutique présenté en introduction de ce chapitre.

b. *L'attachement à la clinique dans le discours des sages-femmes*

L'ensemble des sages-femmes enquêtées – y compris les échographistes – disent en entretien l'importance qu'elles accordent à l'examen clinique. Si le temps objectif consacré de la séquence de l'examen clinique est bref, il permet de consacrer plus temps pour communiquer et faire émerger les besoins des dimensions sociales et relationnelles de la femme enceinte, comme l'énonce Delphine :

> « Pour la consultation [médicale] grossesse c'est poids, tension, mesure du ventre, bruits du cœur, mouvement fœtal, on fait tout en fait, ça prend 5 minutes. Et à côté, pour moi la bonne consultation c'est de demander sincèrement en écoutant la réponse, de demander à la femme comment elle va ? Quelles sont ces questionnements ce jour-là, à ce stade de sa grossesse, si elle a des questions enfin, d'être ouvert sur ce qu'elle va exprimer, autre que ces 5 minutes médical. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

Au cours des consultations, j'ai chronométré le temps dédié à l'examen clinique des patientes : il dure en moyenne cinq minutes, déshabillage et rhabillage compris. Il peut être plus long et atteindre dix minutes s'il est nécessaire de faire un prélèvement biologique ou un toucher vaginal, selon un risque évalué lors de l'interrogatoire (comme des contractions utérines ressenties par la patiente). Si nous revenons au cas 17, on voit que pendant le temps clinique qui permet d'identifier les besoins physiques – se manifestant au cours de l'examen ou par la présence de signes cliniques (questions recherchant des signes fonctionnelles d'infection) –, est réalisée une échographie « rapide »[686] où la position du bébé est expliquée,

[686] Je développerai cet usage de l'échographie observé chez les sages-femmes de PMI et une hospitalière de Grandeville un peu plus loin, dans la sous-partie consacrée à la technique.

(c'est-à-dire où se trouve la tête et le côté du dos). L'appareil d'échographie est ensuite utilisé avec sa fonction doppler pour écouter les bruits du cœur fœtal.

Plus généralement, les observations réalisées montrent que l'examen clinique, souvent réalisé derrière un paravent[687], comprend la prise de poids, la mesure de la tension artérielle, l'examen des membres inférieurs[688], le palper abdominal obstétrical et la mesure de la hauteur utérine – selon l'avancée de la grossesse[689] – pour déterminer la position fœtale et la conformité de la croissance fœtale, enfin l'écoute du cœur fœtal avec un appareil doppler. Le toucher vaginal, défini comme un « « toucher manipulation » du soignant, très intrusif »[690] n'est plus réalisé systématiquement. Dans sa recherche doctorale, Maï Le Dû indique que l'évolution de la pratique du toucher vaginal dans le suivi de grossesse à bas risque en France illustre un changement significatif dans l'approche médicale. Autrefois systématique et considéré comme incontournable, cet examen a été remis en question à partir des années 2000, principalement par les sages-femmes. La remise en cause s'appuie sur des études anglo-saxonnes[691], bien que leur fiabilité scientifique soit discutable. Le changement de pratique s'est opéré rapidement, surtout chez les jeunes praticiens et les sages-femmes libérales, tandis que les professionnels plus expérimentés en milieu hospitalier ont montré plus de réticence. Cette évolution reflète un changement plus large dans la perception du toucher interne en obstétrique, marquant une transition vers une approche moins interventionniste

[687] La présence du paravent, délimitant un espace « caché » dans la pièce de consultation est un élément vu uniquement en institution (à l'hôpital et en PMI). Dans les cabinets des sept libérales, pas de paravent. J'ai pu écouter les échanges et prendre des notes, en restant du côté « bureau » en institution. Chez les libérales, je suis sorite du bureau de consultation lorsque un examen nécessitant de dévoiler l'intimité de la femme devait être fait (toucher vaginal ou prélèvement vaginal), mais j'ai pu entendre derrière la porte les discussions et les reporter dans le journal de terrain.

[688] La présence d'œdème au niveau des jambes peut être un signe d'hypertension artérielle. Les professionnelles regardent également l'état veineux.

[689] Le palper obstétrical et la mesure de la hauteur utérine sont réalisés à partir de 20 semaines d'aménorrhée (5e mois) lors du suivi médical mensuel. Le palper permet manuellement, de déterminer la position du fœtus (présentation, dos), d'estimer la taille du fœtus, d'évaluer la quantité de liquide amniotique, d'apprécier le tonus utérin et dans certains cas, de localiser le placenta. La hauteur utérine correspond à la mesure entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le fond utérin, effectuée avec un mètre-ruban. Elle permet d'évaluer la croissance fœtale, entre deux consultations mensuelles, et de dépister des anomalies (retard de croissance ou au contraire macrosomie).

[690] Maï Le Dû, *Toucher pour soigner : le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains*, These de doctorat, , s.l., 2017, p. 183.

[691] Soo Downe et al., « Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 juillet 2013, p. 1-36.

dans le suivi des grossesses à bas risque[692]. A l'instar de ce que Maï Le Dû a mis en lumière, les observations de terrain de mon enquête confirment que les sages-femmes ont la « volonté de limiter au maximum les touchers vaginaux dans le suivi des femmes enceintes, [invoquant] comme argumentaire le respect de l'intimité et du corps de la femme »[693]. Les situations où l'examen était pratiqué correspondaient à la mise en évidence de signes cliniques (des contractions ressenties par la patiente) ou encore à l'évaluation des conditions obstétricales à la fin du 8e mois de grossesse[694]. L'examen était aussi parfois réalisé à demande des femmes, qui s'inquiétaient d'un antécédent de menace d'accouchement prématuré, avaient besoin d'être rassurées ou s'interrogeaient sur un éventuel début du travail obstétrical à l'approche du terme de la grossesse, comme dans le cas 10 (présenté au chapitre 3). Certaines parturientes, ayant connu d'autres pratiques professionnelle, comme dans le cas 16 (présenté au chapitre 3), peuvent manifester leur étonnement que cet examen ne soit pas réalisé de façon systématique. Avant d'effectuer le geste, les sages-femmes demandent aux femmes si elles peuvent commencer, comme Caroline *(20-30 ans de carrière, hospitalière),* qui indique à une femme enceinte à 36 semaines d'aménorrhée (8e mois) à qui elle doit faire une pelvimétrie interne : « Vous me dites quand vous êtes prêtes. Si ça vous fait mal, j'arrête l'examen. » Pendant l'examen, elle demande plusieurs fois à la parturiente si « ça va ? » et explique au fur et à mesure ce qu'elle constate.

L'autre geste effectué pendant la séquence clinique est le palper obstétrical. Moins intrusif, il est systématiquement pratiqué à partir du 5e mois de grossesse. Il est précédé de la mesure de la hauteur utérine et permet de repérer la présentation (tête en bas, siège ou position transverse) et le côté du dos, et de positionner l'appareil doppler – en regard de l'épaule antérieure – pour écouter les bruits du cœur fœtal[695]. Toutes les sages-femmes qualifient cette tâche – qui remonte au XIXe siècle[696] – d'« indispensable », comme Isabelle :

---

[692] M. Le Dû, *Toucher pour soigner : le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains*, *op. cit.*, p. 196-197.

[693] *Ibid.*, p. 197.

[694] Vers la fin du 8e mois ou au début du 9e mois de grossesse(à partir de 36 semaines d'aménorrhée), une pelvimétrie interne est réalisée chez les femmes n'ayant encore jamais accouché. Cet examen consiste en la réalisation d'un toucher vaginal, au cours duquel les dimensions du bassin maternel sont évaluées cliniquement.

[695] Les bruits du cœur fœtal sont écoutés dès le premier trimestre. Cet élément clinique

[696] Voir le chapitre 1.

« Et l'examen clinique, là [où j'ai fait mes études], c'était du domaine… c'était de l'art, de l'art. Donc on était extrêmement rigoureux. L'art, c'est tout le contraire de l'anarchie. Donc moi, j'aime bien par exemple, et puis qu'ils apprennent qu'il faut faire les choses toujours dans le même ordre. (…) On commence par faire la hauteur utérine, on regarde la présentation, le côté du dos et on trouve l'épaule pour écouter le cœur du bébé. Et on met toujours les mains de la même manière (…) c'est important de mettre les mains de la même manière. Pourquoi ? Parce qu'on va développer une sensibilité.(…) La clinique, c'est primordial ! » *(Isabelle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

L'attachement à la clinique dans les discours des enquêtées peut être saisi également au prisme du raisonnement spécifique de la profession, qui entend prendre en considération la femme de manière holistique. Le cas 17 illustre ce sens de l'observation clinique du corps. La cicatrice au poignet de la parturiente interpelle la sage-femme qui la questionne et révèle une vulnérabilité d'ordre psycho-social, information non mentionnée pendant la séquence de l'interrogatoire. A l'issue des séquences d'interrogatoire et d'examen clinique, « [la diagnosticienne] doit intégrer les données émanant de sources diverses (bilans de laboratoire, clichés radiologiques, histoire médicale, etc.) »[697]. Ainsi, « la capacité de prescrire des soins médicaux appropriés dépend de la précision du diagnostic »[698].

c. *Le temps de la prescription*

Aucune consultation prénatale ne s'est déroulée sans qu'il n'y ait au moins une prescription – d'examen, de médicament ou de dispositif médicaux. Preuve, s'il en fallait encore une, de la médicalisation de la grossesse, dont on distingue finalement assez mal la frontière avec la maladie. Si les professionnels de la périnatalité – médecins comme sages-femmes – sont unanimes à dire que la grossesse n'est pas une maladie, en pratique, les séquences du raisonnement médical pour les deux « évènements », maladie et grossesse, s'avèrent superposables : réalisation de l'anamnèse et de l'examen clinique, pour établir un diagnostic puis une prescription. La distinction entre les deux évènements réside plutôt dans leurs dimensions sociales et affectives respectives.

[697] A.V. Cicourel, *Le raisonnement médical*, *op. cit.*, p. 145.

[698] *Ibid.*

Certains examens biologiques comme la protéinurie et la glycosurie étant obligatoires et mensuels sur le plan règlementaire (cf. chapitre 1), les femmes enceintes sortent des consultations de surveillance de grossesse nécessairement avec une prescription de médicament, de dispositif médical[699] ou d'examen biologique. Si les prescriptions d'examens biologiques sont généralement respectées par les femmes enceintes, les observations ont montré que les prescriptions de médicament, comme la supplémentation en fer, ou de bas de contention pouvaient faire l'objet de négociations, comme nous l'avons vu dans le cas 16 au chapitre 3. La parturiente exprime sa réticence à porter des bas de contention, au vu de l'expérience négative de sa propre mère, et désire une méthode « naturelle » pour trouver un apport en fer. Dans ce cas précis, la sage-femme trouve une méthode alternative de supplémentation en fer et s'enquière de savoir si la patiente sera observante, avant de prescrire les bas. Si peu de situations de négociation ont été observées, elles rappellent néanmoins « le contre-pied [pris par Anselm Strauss] des représentations courantes de l'hôpital, où les médecins apparaissent tout-puissants »[700] et montrent que les parturientes participent tout autant que les autres acteurs (médecins et sages-femmes) à la construction de règles d'« ordre négocié »[701] (cf. chapitre 2) et qu'elles parviennent à ainsi à peser sur leur prise en charge. Nous voyons ici, comme le montre Florent Champy, « comment les acteurs ont des marges de manœuvre importantes dans la conduite de leur travail, en reportant la description de la contrainte du plan objectif, où les normes risquent d'être réifiées, au plan intersubjectif où elles sont constituées ou modifiées »[702]. Le sociologue ajoute qu'il ne faut pas néanmoins « sous-estimer les inégalités de pouvoir et d'autorité entre les professionnels et les autres acteurs dans les organisations, en exagérant l'importance de la négociation des règles de travail, et la part qu'y prennent les non-professionnels »[703].

Les praticiennes de mon enquête prescrivent majoritairement de manière injonctive, mais elles le font aussi de manière éducative. Elles expliquent chaque prescription au fur et à mesure de la consultation et font un récapitulatif à la fin de la consultation des différentes

[699] Les bas de contention ou encore les ceintures de grossesse sont des dispositifs médicaux.

[700] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 58.

[701] *Ibid.*, p. 57-58.

[702] *Ibid.*, p. 58.

[703] *Ibid.*, p. 58-59.

ordonnances. Ce travail de reformulation est lié au remplissage du dossier médical obstétrical, qui contient les rubriques préétablies ciblant les risques à identifier[704], dans lequel les professionnelles inscrivent toutes les informations collectées mais aussi celles qu'elles ont données[705], pour assurer la continuité de la prise en charge des parturientes pendant les périodes prénatale, per-natale et post-natale.

2. L'usage de la technique dans la surveillance de la grossesse

L'intégration de la technique dans la pratique courante est non seulement une caractéristique de la profession maïeutique depuis sa création au XIXe siècle (cf. chapitre 1), mais elle s'apparente aussi à un moyen de se rapprocher du modèle médical[706], même si, au tournant du XXIe siècle, la demande de « revalorisation de la profession [se fonde] (…) sur la mise en avant de compétences socialement construites comme féminines [que sont] l'écoute, la compassion, l'empathie, mais aussi la continuité dans la prise en charge avant et après la naissance »[707]. La perspective de l'Accompagnement Global à la Naissance (AGN) (cf. chapitre 3), a d'ailleurs joué un rôle moteur dans la démarche de formation à l'échographie chez les deux sages-femmes libérales échographistes de cette enquête (cf. infra).

Encadrés à la fois par la législation et par les recommandations pour la pratique clinique émises par les sociétés savantes ou la HAS (cf. chapitre 1), les examens complémentaires relevant du suivi biomédical ou échographique sont rationalisés pour toutes les femmes enceintes et constituent une source d'informations majeure, que les professionnels de santé, collectent afin de renseigner l'état de santé des femmes enceintes et de leur futur enfant, et d'envisager les modalités de la naissance.

[704] Je développerai dans le chapitre 5, cet aspect relatif aux différents risques et facteurs de risques recensés dans les RPC de la HAS. Voir Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », art cit.

[705] Les informations aussi bien collectées que données aux patientes sont renseignées dans le dossier médical par les praticiennes en premier lieu, en vue de l'accouchement mais aussi dans la perspective de se prémunir face au risque médico-légal, comme je l'ai évoqué dans le chapitre 2.

[706] D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 301.

[707] D. Memmi, *La revanche de la chair*, *op. cit.*, p. 179-180.

a. *Les résultats d'examens de surveillance biomédicale de l'état de santé des futures mères comme support de discussion*

L'analyse des résultats des examens complémentaires, que l'on nomme paracliniques – biologiques et échographiques –, occupe une part importante de l'espace de dialogue, comme support éventuel qui permet d'engager la discussion. Béatrice Jacques insiste sur la place prépondérante de la technique au cours des consultations prénatales observées avec des médecins et pointe le fait que « la technique devient au mieux support de communication, quand elle ne vient pas totalement annuler tout autre sujet d'échange »[708]. Si durant le déroulement des consultations, la prise de connaissance des résultats de laboratoire et comptes-rendus d'échographie occupe une place importante, elle n'est pas pour autant l'unique support de discussion, comme le montrent plusieurs extraits du journal de terrain.

Le porte-vues rassemblant les résultats des examens de laboratoire est un élément fondamental de la consultation prénatale. Responsables de sa bonne « tenue », les femmes enceintes rangent et classent les comptes-rendus tout au long des neuf mois de surveillance de la grossesse. Et toutes semblent investies dans cette pratique de rangement d'examens de laboratoire et d'échographie, quels que soient leur âge, leur classe sociale, leur origine ethnique, leur gestité. Lydie insiste particulièrement sur l'importance du dossier contenant tous les résultats de surveillance de la grossesse. Lors d'une de ses consultations, la parturiente lui dit dès le début de l'échange :

> « J'ai préparé mon dossier !
> *(La sage-femme, s'adressant à moi, répond)* : « Comme il n'y a pas de dossier commun *(sous-entendu informatisé régional*), je dresse les patientes ! » *(Lydie, plus de 40 ans d'expérience, libérale)*

Ici, c'est la patiente qui utilise les résultats comme support de communication pour engager la discussion. Lydie demande à ses patientes de classer les résultats de laboratoire dans le porte-vues qu'elles doivent amener à chaque consultation, et leur précise qu'elles ne doivent pas l'oublier pour l'accouchement. Les autres sages-femmes, libérales comme hospitalières, se montrent toutes aussi attentives à la transmission ces informations

[708] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 114.

techniques ; ainsi Axelle, quand elle reçoit une patiente après que celle-ci ait réalisé la consultation du 8e mois avec une sage-femme de la maternité où elle a choisi d'accoucher[709], lui demande :

> « Elle a dit qu'il était bien rangé le classeur ?
> – Ouais (en souriant), répond la patiente. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Cet échange teinté d'ironie semble faire référence aux habitudes de service en matière de classement de dossier, propre à chaque maternité. J'ai vu par exemple Isabelle *(30-40 ans de carrière, hospitalière)*, arracher les pages du dossier de suivi de grossesse – réalisé par un médecin généraliste – en disant à la patiente, étonnée de la voir agir ainsi : « Tranquille ! le médecin sait que je fais comme ça ! ». Dans les deux maternités, j'ai observé les hospitalières réagencer l'ordre de présentation des résultats biologiques, afin qu'il corresponde à celui attendu par les praticiennes du secteur de la salle de naissance. Si je ne peux développer cet aspect car je n'ai pas observé directement le travail au bloc obstétrical, mon expérience professionnelle me permet néanmoins d'avancer que l'agencement des informations sur la parturiente et le déroulement de sa grossesse visent à faciliter le raisonnement médical et la nécessité de poser un diagnostic rapidement si la situation l'exige (selon un degré d'urgence). Ainsi que l'a mis en évidence Robert Castel,

> *« l'examen du patient tend à devenir l'examen de ses dossiers, tels qu'ils ont été établis dans des situations diverses par les professionnels différents qui n'ont aucun rapport entre eux, si ce n'est par l'intermédiaire de la circulation des dossiers, le moment synthétique du diagnostic n'est plus la relation concrète avec la personne malade mais le rapport établi entre les différentes expertises qui constituent son dossier »*[710].

La préoccupation gestionnaire des documents du dossier fait partie des tâches des sages-femmes consultantes et met en lumière l'administration du suivi de grossesse à

[709] L'article D. 6124-35 du Code de la santé publique stipule que « l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant d'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique, prévue à l'article D. 6124-92, par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ». Voir Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », art cit, p. 6.

[710] Robert Castel, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1983, vol. 47, no 1, p. 119.

l'hôpital, comme gage de la bonne transmission des éléments permettant d'évaluer les risques à prendre en considération au moment de l'accouchement et de ses suites, à destination de la consœur qui sera de garde au bloc obstétrical, dans un espace temporel parfois court où les contraintes institutionnelles exigent des prises en charge rationalisées.

La surveillance technique, qui a débuté dès la mise en place des consultations au début du XXe siècle et s'est considérablement développée au fil des avancées scientifiques à partir de la seconde moitié de ce même siècle, continue à se transformer, comme en témoigne Chantal :

> « Les techniques ont beaucoup évolué aussi, il y a des nouveaux examens qui apparaissent. Ah oui, oui, bien sûr. Et je pense qu'on était plus cliniques avant que la paraclinique a pris beaucoup de places, voilà. Mais on ne peut pas… il faut vivre avec l'évolution de la profession, donc voilà, on est obligées de les connaître. D'ailleurs, il y a quelques années, j'ai repassé… j'ai passé le DU de grossesse pathologique même si finalement, on n'est pas très décalées parce qu'on progresse en même temps que les progrès scientifiques, vu qu'on nous demande d'appliquer des protocoles qui sont en lien avec ça. Donc… mais voilà, ça permet de bien remettre les choses à plat effectivement par rapport à ce que je savais, par rapport à la sortie de mes études, ben oui, il y a d'autres outils qui se sont développés et qui permettent d'évaluer encore d'autres choses. *» (Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Les propos de Chantal font écho à ce qu'avait mis en en lumière Béatrice Jacques : l'usage de « l'examen technologique du corps a tendance à déplacer le regard du corps réel *(par la clinique)* vers le corps ou l'organe représenté, imagé *(par la paraclinique)* »[711]. Cette transformation de la perception du corps de la femme enceinte, réifié pour examiner son fœtus (cf. chapitre 3) s'opère concrètement par les techniques de l'échographie et du monitoring.

b. *L'examen échographique : pas uniquement pour rassurer*

Depuis 2006, l'échographie obstétricale et fœtale, technique d'imagerie médicale, est inscrite dans la liste des examens médicaux permettant d'effectuer le diagnostic prénatal,

[711] Mes italiques entre parenthèses, B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 114.

c'est à dire « d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse »[712]. Elle participe à la mise en œuvre du diagnostic prénatal, défini précisément par le décret de 2014[713], et peut être utilisée à « visée diagnostique ». Si les deux notions – évaluation du risque d'une affection et visée diagnostique[714] – peuvent sembler se recouper, elles se distinguent concrètement dans la division du travail existant entre sages-femmes et médecins référents, comme le souligne Vanessa :

> « (…) je suis là pour apporter des informations et permettre, soit à un enfant d'arriver dans ce monde avec l'équipe dont il aura besoin pour aller le mieux possible ; soit apporter de l'information à la patiente pour éventuellement prendre une décision d'interruption, s'il y avait des besoins ou pas, si le couple le demande mais… Mais à côté de ça, je… ce qui se passe, c'est qu'en tant que dépisteur, moi je vois des images que je décris, et c'est vrai que je passe la main très rapidement parce que je ne suis pas référente et parce que je ne diagnostique rien. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Vanessa insiste sur le fait qu'elle dépiste, qu'elle ne diagnostique pas à l'échographie, notion que je développerai un peu plus loin. Je m'attacherai ici à montrer les usages détournés de cet outil technique de plus en plus performant[715] et les dynamiques relationnelles qui s'opèrent entre les expertes et les profanes lors de son utilisation. Depuis sa mise au point dans les années 1970, et son perfectionnement à partir la décennie 1990, les femmes

[712] Selon l'article R2131-1-1 du Code de la santé publique.

[713] Décret n° 2014-32 du 14 janvier 2014 relatif aux diagnostics anténataux.

[714] Selon la Conférence Nationale d'Echographie Obstétricale et Fœtale, l'échographie à visée diagnostique est un examen de « deuxième intention » qui est réalisée lorsqu'une anomalie a été mise en évidence au cours d'une échographie de dépistage ou encore s'il existe un « risque accru de pathologie fœtale » (comme un antécédent de malformation par exemple). Voir CNEOF, *Rapport et recommandations 19 octobre 2022*, s.l., Conférence Nationale d'Echographie Obstétrical et Fœtale, 2022, p. 17.

[715] La performance est envisagée ici en termes de rendu de qualité d'images. La DREES rapporte en 2017 qu' « à partir des données de 2011-2013 des six registres français d'anomalies congénitales, le ratio nombre de fœtus ou nouveau-nés (N-nés) porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) identifiée(s) par un diagnostic anténatal/nombre de naissances est estimé à 2,0 % (1,6 % à 2,3 % selon les registres) alors que pour l'ensemble des anomalies diagnostiquées en anténatal et postnatal il est de 3,4 %. Sur l'ensemble des registres, 58 % des fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) sur la période 2011-2013 ont eu un diagnostic anténatal d'anomalie». Voir des études Direction de la recherche de l'évaluation et des statistiques et Santé publique France, *L'état de santé de la population en France*, *op. cit.*, p. 172.

enceintes se sont acculturées à cet examen non obligatoire, qui est pratiqué beaucoup plus souvent que les trois échographies recommandées[716]. L'inflation de la demande d'échographie tend à la transformer en « une technique de confort »[717].

Lors des observations de consultation d'échographie, deux faits illustrant la perception *visuelle-conceptuelle* du fœtus (cf. chapitre 3) et l'importance qui lui est donnée par les acteurs ont attiré mon attention. Tout d'abord, la soumission du corps de la femme enceinte lors de l'examen échographique est prégnante : même si l'appui de la sonde d'échographie est désagréable, les patientes ne disent rien, ne se plaignent pas, font bonne figure, car l'enjeu perçu est d'abord la santé de leur futur enfant, comme l'a montré Béatrice Jacques : « (…) du côté du médecin comme de la patiente, ce type d'interaction basé sur l'instrument comme médiateur rassure et confirme que chacun des acteurs poursuit le même objectif : le bon développement du fœtus »[718]. Chez l'ensemble des sages-femmes échographistes enquêtes, on cherche à rassurer avec des phrases comme « je vous embête un peu », « j'appuie un peu » ou « vous me dites si j'appuie trop fort ». J'ai aussi vu plusieurs praticiennes utiliser leurs deux mains pour appuyer sur le ventre des femmes enceintes afin d'obtenir la bonne « coupe », la bonne image. En entretien, Vanessa indique à ce propos :

> « (…) je jette toujours un coup d'œil sur la maman parce qu'il y a des dames très gentilles qui osent pas me dire que j'appuie très fort, parce que… Donc je… je regarde mon écran évidemment mais j'ai toujours un petit… un petit coup d'œil de savoir si la patiente, elle fait une grimace, elle se sent bien. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Le fait de faire un nombre d'échographies plus important que le nombre recommandé rassurerait les patientes et serait un critère pour choisir le professionnel à qui confier leur suivi de la grossesse, comme le mentionne Sylvie :

---

[716] En 2021, « l'augmentation du nombre d'échographies se poursuit ; 49,0% des femmes déclarent avoir eu 6 échographies ou plus durant leur grossesse, soit au moins deux fois plus que recommandé". Voir Santé Publique France et INSERM, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements*, *op. cit.*, p. 11.

[717] Béatrice Jacques, « Quand la technique échappe aux médecins » dans *Que sont parents et bébés devenus ?*, Toulouse, Érès, 2010, p. 131.

[718] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 114.

« Alors j'en ai une en particulier que j'avais suivie pour sa première grossesse mais uniquement j'avais vue pour les cours de prépa, donc je l'avais vue après pour la rééducation périnéale. Donc quand elle a été enceinte de nouveau, elle est venue me voir donc on a fait des examens le début, on a avancé ensemble et après, elle m'a dit qu'elle partait se faire suivre par le gynéco parce que lui, il faisait une écho tous les mois. Enfin elle m'a dit que c'était pour rassurer son mari. (…) c'est vrai qu'effectivement il y a pas mal de patientes qui réclament l'échographie, je pense que ça les rassure quelque part. » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Le second élément marquant concerne l'environnement et les conditions dans lesquelles est réalisé l'examen. L'ensemble des salles de consultation d'échographie observées ont une configuration identique : la table d'examen est placée à côté de l'appareil d'échographie, tandis que sur le mur face à la table est placé un écran de report à destination des femmes enceintes ou des couples. L'examen se fait dans la pénombre pour faciliter l'interprétation des images par la praticienne. Cette organisation spatiale de la pratique de l'échographie obstétricale – valable aussi pour les médecins – contribue à une ambiance contemplative, proche d'une séance de cinéma. Les trois échographistes hospitalières (Vanessa, Laetitia et Chloé) indiquent à ce propos, qu'il existe dans certaines situations, un décalage (ou une discordance, cf. chapitre 3) entre les attentes des femmes et des couples d'une part, et les objectifs des professionnelles d'autre part, comme le mentionnent Chloé et Laetitia :

« (…) pour eux, c'est… c'est du cinéma. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

« Par rapport à leurs attentes, moi j'ai souvent l'impression que peut-être, l'intérêt de l'examen d'échographie est un peu détourné parce qu'on dirait que les gens, ils viennent voir leur bébé en photo » *(Laetitia, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Laetitia précise qu'elle rappelle au début de chaque consultation qu'il s'agit d'un examen médical. Sur le terrain, j'ai en effet noté qu'elle commençait chaque échange en expliquant l'objectif de l'examen, selon le trimestre de grossesse. D'autres sages-femmes libérales enquêtées mettent en avant également un usage détourné de l'échographie, comme Sylvie :

« Il y en a beaucoup qui demande aussi l'écho 3D, enfin moi personnellement, je trouve ça très laid, je trouve que c'est moche quoi *(rire)*, les couleurs sont pas belles et puis je trouve ça agressif. Bon après, il y en a qui aiment, qui préfèrent de voir quelque chose en deux dimensions mais… non mais c'est vrai que… bon, après tout ce qui est évolution technique, Internet, machin, elles veulent toutes être au top de ce qui se fait hein. Elles sont avec leur téléphone sans arrêt, elles ont les photos de l'échographie sur le téléphone, tout est sur le téléphone quoi ! Donc elles sont High tech » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

L'échographie obstétricale en 3D est une technique d'imagerie médicale avancée qui utilise des ondes sonores pour créer une image tridimensionnelle du fœtus, offrant une visualisation plus détaillée que l'échographie 2D classique. Elle est généralement effectuée à l'échographie du deuxième trimestre (vers 22 semaines d'aménorrhée) mais peut être faite à d'autres moments selon les besoins. Encore étudiante, j'ai vu les débuts de son utilisation dans les années 2000. Mise au point initialement pour permettre une détection plus précise de certaines anomalies faciales ou des membres suspectées lors d'échographies 2D, elle est pratiquée aujourd'hui fréquemment pour répondre à une demande sociale : figurer comme première photo de l'enfant dans l'album de naissance, comme le mentionnent Laetitia et Chloé à propos des demandes formulées par certaines femmes/ certains couples qu'elles reçoivent en échographie :

« A part qu'on leur fasse une superbe photo en 3D pour qu'ils puissent l'encadrer dans la chambre, non, non, [ils ne demandent] pas plus que ça. » *(Laetitia, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

« C'est à la limite la première chose qu'on nous demande. C'est pas si le cœur bat, c'est « on peut faire la 3D ? » » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Certaines sages-femmes s'interrogent à propos de cette demande des futurs parents à voir le visage de leur bébé et y voient une dimension consumériste, comme Nadège :

« Il y en a certaines qui te disent « Elle ne m'a pas fait d'écho 3D. Je vais voir si je peux en faire une ailleurs pour avoir une écho 3D. » J'ai dit « Il a vu tout ce qu'il fallait voir. Vous voyez, il y a la bouche, on voit bien cet… » « Non non non, mais moi, il me faut une écho 3D. » Parce qu'elles veulent afficher, mettre leurs photos, enfin, commencer

l'album photo du petit quoi. (…) un côté aussi un peu consommation aussi. Mes copines, elles ont le portrait de leur petit quand il était à 7 mois de grossesse, pourquoi pas moi… enfin, je sais pas… » *(Nadège, 20-30 ans de carrière, libérale)*

D'un point de vue sociologique, l'observation des comportements des futurs parents lors de l'échographie obstétricale offre des indices sur leur relation émotionnelle et leurs attentes envers l'enfant à naître. Ainsi, lors d'une échographie du premier trimestre réalisée chez une femme enceinte de son premier enfant, Axelle a des difficultés à visualiser un élément de l'anatomie fœtale car le fœtus est « mal positionné ». Elle tente plusieurs méthodes pour faire changer le fœtus de position (bouge le ventre de la patiente, lui demande de se lever et de sautiller). Lorsque l'examen reprend, le compagnon qui s'est exprimé tout au long de la consultation, demande :

« Il a pas tourné beaucoup, l'enfoiré !

– Vous n'êtes pas obligé de l'appeler comme ça…, répond Axelle.

– Quoi ? L'enfoiré ? rétorque le futur père

– Ce n'est pas de sa faute, conclut la sage-femme. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Si dans cette situation, il s'agit du futur père qui exprime sa relation émotionnelle vis à vis de son futur enfant, de manière péjorative, dans d'autres cas, il peut s'agir de la femme enceinte. Ces situations et ces propos ont été relevés à plusieurs reprises, à l'hôpital ou en libéral. Dans le cas suivant, il se déroule dans la maternité de Métroville.

Extrait du journal de terrain. Cas n°18

Laetitia *(10-20 ans de carrière, hospitalière)* reçoit en consultation d'échographie de troisième trimestre, une femme enceinte âgée de 21 ans, de son premier enfant, qui est à 31 semaines d'aménorrhée (7e mois). Cette dernière est accompagnée de sa mère et de sa sœur. De milieu populaire, elle n'a pas de voiture et est venue en bus à l'hôpital. La sage-femme demande le motif de la consultation (qui est l'échographie du troisième semestre). La patiente répond en précisant qu'à l'écho du deuxième trimestre, il n'a pas été possible de faire l'écho 3Ddu visage et qu'elle espère l'avoir ce jour. La patiente donne le prénom choisit pour son

bébé, tandis que sa mère précise l'orthographe. La sage-femme fait l'examen en expliquant factuellement ce qui est observé. La parturiente répond : « Ah ! On dirait un alien » La praticienne poursuit son examen sans relevé, de façon méthodique. Laetitia indique : « elle est coquine, elle se cache un peu ». La femme enceinte répond qu'elle sent le bébé donner un coup sur la sonde d'échographie et poursuit : « elle va me faire galérer pour l'accouchement ». La parturiente et sa sœur discutent à propos du fait de voir le visage en 3D. La sœur relativise l'importance de cet élément, en disant que « cela garde la surprise ». Mais le femme enceinte rétorque : « on non, je veux la voir ! » La sage-femme poursuit l'examen et explique que la position actuelle ne permet pas de bien voir certaines structures cérébrales et s'attardent sur cet élément. La patiente réplique : « Elle fait chier son monde » et ajoute « j'ai une fille têtue ». Elle poursuit en indiquant que son bébé est en train de l'énerver. Laetitia lui répond de ne pas s'énerver et qu'elle doit poursuivre l'examen sur les parties de la colonne vertébrale et des reins. La parturiente redemande : « je veux ma photo en 3D ». A la fin de la consultation, nous sortons avec la sage-femme de la salle de consultation pour aller récupérer les images imprimées au niveau du secrétariat. La praticienne m'explique que pendant les ¾ de l'examen, elle est restée sur la zone du cerveau qui lui semblait anormale, alors que la femme enceinte lui demandait la photo en 3D du visage de son bébé, ce qui l'a agacée. La sage-femme n'a pas exprimé son inquiétude relative à l'image échographique anormale du cerveau devant la parturiente. Elle demande l'avis d'une collègue sage-femme échographiste, qui est rassurant. Laetitia décide de vérifier l'élément qui la préoccupe dans deux semaines, avec d'autres parties qui n'ont pas pu être visualisées non plus aujourd'hui. La consultation se termine en fixant un rendez-vous de contrôle dans deux semaines (avec un horaire qui prend en considération le déplacement en bus de la femme enceinte) et aura duré 38 minutes.

Dans ce cas, la discordance de préoccupation apparaît distinctement : la sage-femme se soucie de la dimension morphologique du fœtus, alors que la femme enceinte attend une réponse à sa préoccupation émotionnelle : avoir une idée plus précise du visage de son futur enfant. Si la sage-femme n'a pas manifesté son agacement devant la patiente, elle l'a fait lorsque nous sommes sorties chercher les clichés échographiques qui s'impriment dans le secrétariat. J'ai cherché à saisir en entretien quelle attitude pouvait adopter les « échographiques » face à ces situations où les parents perçoivent le fœtus comme une

personne à part entière, avec un caractère, avec des remarques comme « elle va m'en faire baver à l'accouchement… ». Vanessa, une échographiste hospitalière, répond à ce propos :

> « Oui, alors j'essaie de casser ça (rire). Je sais pas si j'ai le droit de le faire. Mais je le vois, euh… « elle fait que bouger, ça va être une hyperactive ». Voilà. Alors, j'essaie de casser ça parce que je trouve ça dommage et le bébé, il porte beaucoup de choses. J'ai pas à faire ça. Je suis pas psy, je suis pas… J'ai pas à faire ça. Mais je trouve dommage quand même que les gens arrivent… enfin ce bébé va arriver avec des *a priori* plein par-dessus, par-dessus et tout. Et je me dis : ce pauvre enfant, il n'a rien fait. Donc du coup, quand ça bouge beaucoup, que la maman me dit : « Il est hyperactif ». Je dis : « Non, votre bébé, regardez, il se développe très bien et il est en train de vous dire qu'il va bien. En vous grattant l'intérieur, en vous donnant des petits coups, il vous… il vous prévient, il vous dit que votre bébé va bien ». Après quand c'est… « Oui… regardez, ça va être un costaud parce qu'il met des coups de poings… » C'est beaucoup ça. Je leur dis : « Non non, au contraire, votre bébé, il vous dit qu'il va très bien. Les bébés, ça doit bouger. Les bébés qui nous inquiètent sont ceux qui ne bougent pas. Donc moi, je suis rassurée de le voir comme ça ». » *(Vanessa 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

On note dans le discours de Vanessa que le souci de l'accompagnement à la parentalité est présent même lorsque la technique est employée et pourrait sembler peu propice à évoquer cet aspect. Alors que certains travaux ont montré que « la technique aurait réduit la grossesse au biologique et évacué toutes les autres dimensions de la maternité »[719], j'ai observé que une préoccupation forte, chez les sages-femmes, de considérer la femme enceinte dans ses dimensions tant physique que émotionnelle, sociale et culturelle, conformément à l'*ethos* de la profession maïeutique présenté en introduction de ce chapitre. Si Béatrice Jacques montre que « les médecins reconnaissent facilement prescrire des échographies supplémentaires, pour « faire plaisir » à la femme ou au couple, pour "rassurer" »[720], elle met en évidence un autre fait observé sur le terrain : l'usage de l'échographie « par les professionnels, comme un outil "psychologique" »[721]. Ainsi, dans le cas

[719] *Ibid.*, p. 116.

[720] B. Jacques, « Quand la technique échappe aux médecins », art cit, p. 131.

[721] *Ibid.*

17 (cf. supra), Lydie *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* utilise l'outil échographique pendant la consultation de suivi médical, c'est-à-dire en dehors des recommandations pour la pratique clinique, et alors qu'elle n'a pas de DIU[722] d'échographie. Sa collègue Eliane *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* a une pratique similaire et l'explique ainsi :

> « Le docteur A, il faisait que des… il faisait des écho tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et donc, il m'a formé à ça. Et j'ai du mal à ne plus en faire. Et puis, les femmes, elles te le demandent… elles te le demandent ! Puis, je vais vous dire, plus les femmes sont démunies intellectuellement, socialement et financièrement, enfin j'veux dire… plus, elles s'accrochent à ça. Parce que le reste, et même quand on travaille la parentalité parce que nous, on a des femmes, des fois, vous savez pas comment ça va se passer avec l'enfant… Donc notre boulot, c'est de travailler l'arrivée de cet enfant pour que ça se passe le moins mal possible et que on est pas… on aboutisse pas à un placement. Et le fait de le voir à l'écho… Ça, ça leur fait prendre la conscience, ça les prépare. Et c'est important de préparer l'arrivée du bébé. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Au contact d'un médecin qui les a formées à l'utilisation de l'échographie, les deux praticiennes ont intégré à dessein un usage détourné de l'outil technique dans leur pratique de surveillance de grossesse. Considérant la vulnérabilité des femmes en situation de précarité, elles font de la technique le moyen d'une prévention de certains risques psycho-sociaux. Notons qu'Eliane a indiqué en entretien que le docteur A commence à la former à l'échographie au début des années 2000, au moment où le souci de la dimension psycho-sociale des femmes émerge en périnatalité (cf. chapitre 3). Il s'agit là d'un bel exemple d'action publique « par le bas », où l'usage d'un outil ne répond plus à l'objectif qui lui était donné par la politique de diagnostic prénatal, mais permet aux acteurs une « stratégie autonome »[723] d'utilisation, qui constitue un effet non intentionnel et non anticipé des politiques et permet

[722] DIU pour Diplôme Inter-Universitaire. L'utilisation de l'appareil d'échographie est fréquente par les médecins et les sages-femmes, sans être titulaire du DIU d'échographie. Cet usage est plus ponctuel (permet de vérifier par exemple la présentation du fœtus, tête ou siège en bas) et plus rudimentaire, même si la pratique courante permet d'acquérir une certaine expérience de la lecture des images échographiques. Seuls les professionnels détenteurs du DIU réalisent les échographies de dépistage recommandées pour chaque trimestre de la grossesse et règlementées par la définition du diagnostic prénatal.

[723] P. Lascoumes, P. Le Galès et F. de Singly, *Sociologie de l'action publique*, *op. cit.*, p. 35.

de relativiser la rationalité des interventions publiques »[724]. Vanessa rapporte un autre usage « relationnel », destiné à surmonter des difficultés de communication avec certaines parturientes :

> « Regardez, oh là là, qu'est-ce qu'il est beau ce bébé ». Et du coup, ça… ça apporte… ça apporte des choses. Mais j'ai peut-être pas le droit, je sais pas (rire). Mais je trouve ça… enfin, je me dis : mince, c'est un moment privilégié l'échographie quand même. Quand tout va bien et que les gens arrivent comme ça avec un… Je sais pas, j'ai un… des fois, on a l'impression qu'il y a juste un ventre posé sur une dame, qu'il n'y a pas de connexion, je me dis : mince… ouais, c'est dommage. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Au-delà de la démarche de dépistage et d'évaluation des risques dans le cadre des politiques de diagnostic prénatal, l'échographie obstétricale permet à la profession maïeutique de favoriser la préparation du lien d'attachement entre le couple et leur enfant à naître, correspondant à la préoccupation accrue pour les vulnérabilités – et les risques psycho-sociaux – mise en avant depuis le dernier plan de périnatalité 2005-2007 (cf. chapitre 3).

c. *La sage-femme et le « monitoring » fœtal*

Autre outil technique, le monitoring est une tâche centrale de la juridiction des sages-femmes. Il permet d'analyser le rythme cardiaque fœtal (RCF) et la présence ou non de contraction utérine. Si cet outil est utilisé dans la période prénatale, pour surveiller les grossesses à risque , dans le cadre d'une délégation de tâches des médecins aux sages-femmes (cf. chapitre 2), mes observations ont mis en évidence qu'il l'est aussi en fin de grossesse, au cours du 9e mois, même quand la situation est à bas risque. L'objectif est alors d'instaurer une surveillance renforcée à l'approche du terme de la grossesse.

Cette activité représente une part non négligeable des actes pratiqués par les sages-femmes libérales, d'autant plus rémunératrice (38,55€, voir Annexe I) que la durée minimale médico-légale de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) est de 20 minutes. Elle a été aussi observée dans la maternité de Grandeville et en PMI (où je n'ai pas eu l'occasion de les observer moi-même). Activité de surveillance réalisée à domicile, elle permet d'accéder

[724] C. Vassy, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse », art cit, p. 6.

à la sphère privée des patientes (cf. chapitre 2) et de découvrir des contextes de vulnérabilité, comme en a témoigné Julie *(moins de 10 ans de carrière, libérale)* (cf. chapitre 3).

B. Des formes de « spécialisation »

1. Être formées aux médecines complémentaires

Nous avons vu dans le premier chapitre que l'institutionnalisation de l'accouchement à partir des années 1950, a impacté l'écologie des sages-femmes dont la juridiction s'est réduite progressivement aux activités de la période du per-partum. Pour sortir du bloc obstétrical où, conformément à l'idéologie de la profession médicale dominante et avec le soutien des « auditoires » (l'État et les femmes enceintes), les prises en charge se sont technicisées afin de sécuriser la naissance, la profession maïeutique a développé en miroir des savoirs et des savoir-faire fondés sur la notion de « compétence relationnelle »[725]. Cette expression a émergé au début du XXIe siècle dans les travaux analysant les compétences des professionnels à travers le prisme de la division du travail. Selon Florent Champy, dans un article sur les avocats et les médiateurs fondateur en sociologie[726], Philip Milburn peut « insiste sur le rôle joué par la relation de service entre ces professionnels et leurs clients dans la définition de leur professionnalité, voyant dans la maitrise de l'interaction un "creuset de compétence" »[727]. Nous l'avons vu au chapitre 3, les relations de services entre sages-femmes et femmes diffèrent selon le mode d'exercice et s'expliquent en partie par la personnalisation des prises en charge, permise notamment par la proposition de soins s'appuyant sur les médecines dites complémentaires, que sont la sophrologie, l'acupuncture, l'hypnose, l'haptonomie ou encre l'homéopathie. Pour saisir comment s'est construite et développée la compétence relationnelle de la profession maïeutique, l'analyse de Dominique Memmi apparaît pertinente :

> *« Il est révélateur que les savoirs dont les sages-femmes, par la formation continue, tendent à se doter sont avant tout, non des savoirs techniques ou liés aux soins médicaux et à l'assistance physique, mais la sophrologie et la psychologie : des savoirs destinés à*

[725] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 69.

[726] P. Milburn, « La compétence relationnelle », art cit ; cité par F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 69.

[727] P. Milburn, « La compétence relationnelle », art cit, p. 47 ; cité par F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 69.

faire face à la souffrance physique mais surtout morale. Il est encore plus révélateur que la sophrologie, cette « science de la conscience », mais basée sur une objectivation du corps ait été particulièrement prisée. Ce double mode de réponse de la profession à ce et ceux qui la menacent semble constant. Dans les années 1960, quand l'« accouchement sans douleur » introduit à l'hôpital, aux côtés des médecins hommes, de nouveaux concurrents possibles – psychologues, anesthésistes, gynécologues femmes –, cette méthode de gestion de la souffrance passionne les sages-femmes et les incite à renchérir sur l'idée d'une prise en charge globale des parturientes, prise en charge des corps et des consciences. »[728]

L'analyse de la sociologue à propos des sages-femmes françaises rejoint celle de sa collègue Lorna Weir sur l'*ethos* des sages-femmes ontarienne (cf. supra), et semble généralisable *in fine* à la profession maïeutique. L'*ethos* construit et modifié au contact du public, depuis la naissance même du corps professionnel, constitue un enjeu majeur pour « préserver durablement une relation de confiance fragile avec des clients ou des usagers fortement engagés dans la situation [d'interaction] »[729]. Ainsi, dans mon étude, toutes les libérales proposent une des offres de soin en médecine complémentaire citées plus haut (voire des méthodes plus confidentielles, comme la méthode Niromathé (cf. chapitre 3). Si la diversification de l'offre chez les sages-femmes libérales tient en partie à un contexte concurrentiel (cf. chapitre 2) où les professionnelles cherchent à « se démarquer de leurs consœurs »[730], le déploiement de ces pratiques moins conventionnelles, selon Florence Douguet et Alain Vilbrod « répond également aux demandes de femmes toujours mieux informées des possibilités d'accompagnement qui leur sont offertes, via des sites Internet et des médias spécialisés »[731], comme je l'ai effectivement montré dans le chapitre 3. De fait, certaines hospitalières des deux maternités de l'étude sont formées à ces médecines complémentaires (hypnose, sophrologie) et les utilisent en séance de PNP.

[728] D. Memmi, *La seconde vie des bébés morts*, *op. cit.*, p. 149-150.

[729] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 70.

[730] Y. Knibiehler et al., *Accoucher*, *op. cit.*, p. 191.

[731] *Ibid.*

Dominique Memmi a montré qu'au cours des décennies 1970-1990, « la revalorisation de la profession ne pouvait guère se faire, apparemment, par une surenchère sur la technicité médicale, tant celle-ci fait statutairement défaut aux sages-femmes »[732]. Pourtant, ces dernières se sont saisies depuis une trentaine d'année des tâches techniques de surveillance de grossesse qui leur ont été attribuées, comme la pratique de l'échographie, depuis 1986, au gré de la modification de leur juridiction, validée par l'État.

2. Être sage-femme et échographiste ou échographiste et sage-femme ?

L'incorporation de la pratique de l'échographie dans la juridiction des sages-femmes mérite un examen approfondi. Il s'agit en effet d'une pratique récente et surtout technique, *a priori* éloignée des compétences relationnelles. Par ailleurs, parce qu'elle appartient aussi (et d'abord) à la juridiction des médecins, elle confère une reconnaissance forte du caractère médical de la profession maïeutique, notamment au sein de l'institution hospitalière. Si j'ai montré l'existence d'une discordance d'intérêts entre professionnelle et profane concernant l'usage de la technique, j'ai également mis en évidence que la dimension émotionnelle des femmes enceintes n'était pas pour autant niée ou négligée par les sages-femmes. Il s'agit maintenant d'analyser ce que la technique produit comme effets sur l'*ethos* de la profession maïeutique.

La recherche d'autonomie est ce qui a motivé Vanessa *(10-20 ans de carrière, hospitalière)* à obtenir le DIU[733] d'échographie. Selon ses propos, la pratique de l'échographie s'apparente à un « nouveau » métier. Pour elle, cette activité est valorisante et répond au besoin de reconnaissance de la profession :

> « c'est vrai qu'on a un statut, je trouve extrêmement privilégié. Moi, j'ai l'impression d'avoir… de ne plus être… pas de ne plus être sage-femme, parce que… je me sens profondément sage-femme et c'est un métier que j'aime profondément et je pense qu'on a un lien avec les patients que peu de gens… peu de professions ont. Mais j'ai vraiment l'impression d'avoir changé de vie professionnelle » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

[732] D. Memmi, *La revanche de la chair*, *op. cit.*, p. 179.

[733] Diplôme Inter-Universitaire

On note dans son discours une ambivalence entre, d'une part la satisfaction d'être reconnue professionnellement, par le biais de l'expertise technique, et d'autre part, l'attachement à la compétence relationnelle, caractéristique mise en avant par la profession maïeutique pour se distinguer des médecins. Vanessa explique que sa participation aux réunions du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal (CPDPN)[734] lui a permis de développer ses compétences techniques :

> « Le Staff CPDPN nous apporte énormément… quand on a déjà la pathologie dans les yeux, quand on voit déjà des images pathologiques, on arrive à mieux cerner la physiologie. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Être formée à la pathologie pour mieux discerner la physiologie est une caractéristique de la formation des sages-femmes françaises dès la naissance du corps professionnel : « la nécessité de connaître [la pathologie] pour reconnaître l'accouchement contre-nature ou laborieux et les risques afférents »[735]. Nous l'avons vu au début de ce chapitre, le raisonnement maïeutique est semblable au raisonnement médical, qui aboutit à un diagnostic et une conduite à tenir pour la prise en charge. Les sages-femmes sont donc formées à établir des diagnostics. Or, dans la pratique de l'échographie, l'expertise à visée diagnostique appartient à la seule juridiction des médecins, comme l'indique Vanessa :

> « C'est le référent qui pose un diagnostic et le référent ne devient référent que quand il obtient trois DU[736] dont un qui n'est pas accessible aux sages-femmes, je sais plus lequel c'est. Du coup, une sage-femme ne pourra jamais être référente. C'est un peu la possibilité qu'ils ont eux. Mais à côté de ça, il y a plein de gens qui ne sont pas référents

[734] Les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) sont des structures spécialisées en France, dédiées au diagnostic prénatal. Ils sont agréés par l'Agence de la Biomédecine, et regroupent des professionnels de santé spécialisés dans le diagnostic prénatal (gynécologues-obstétriciens, échographistes, pédiatres, généticiens, biologistes, psychologues ou psychiatres, sages-femmes). Leurs missions principales sont de proposer des examens de diagnostic prénatal, de donner des avis et conseils en matière de diagnostic, thérapeutique et pronostic, d'organiser la prise en charge des grossesses à haut risque et d'accompagner les couples dans leur prise de décision. Ces centres, rattachés aux CHU, sont les seuls habilités à autoriser certaines procédures comme l'interruption médicale de grossesse. Créés par la loi n°94-654 du 29 juillet 1994 faisant partie des lois dites de bioéthique et mis en place en 1997 par la circulaire ministérielle du 28 mai 1997, ils jouent un rôle crucial dans le suivi des grossesses à risque et l'accompagnement des futurs parents face à des situations médicales complexes.

[735] N. Sage-Pranchère et J.-P. Bardet, *L'école des sages-femmes*, *op. cit.*, p. 321.

[736] DU pour Diplôme Universitaire

ici. Le docteur S n'est pas référente. Le docteur D n'est pas référent. A l'époque, un chef de clinique qui est parti, n'était pas référent. Enfin, je sais pas qui fait des échos, mais la nouvelle cheffe de clinique, ils sont comme moi dépisteur, pas diagnostiqueur. C'est le référent. Et les référents, ils sont là, ils sont docteur I, docteur E, docteur O, professeur X point.

– Qui ont des trois DU ?

– Qui ont ce qu'il faut. Oui. Alors, il faut non seulement ces trois DU mais c'est pas obtenu comme ça de droit. C'est jugé par ses pairs. Donc là aussi, c'est très subjectif, voilà. Et puis, c'est comme ça.

– Donc pas accessible aux sages-femmes…

– Mais de toute façon, on peut être jugés par ses pairs que quand on a les trois DU donc *(Rire)* point. Donc, la question ne se pose même pas *(Rire)*. Et oui. C'est comme ça. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

On retrouve ici la difficulté d'établir une frontière stricte entre le normal et le pathologique, le bas risque et le haut risque (cf. chapitre 2), qui mobilise la question de la définition des normes et de la normalité, définition construite socialement en médecine, qui peut être plurielle et ne peut correspondre uniquement à une ataraxie[737]. Les propos de Vanessa font émerger la question de l'enchevêtrement des compétences et de la division du travail entre médecins et sages-femmes, complexe à saisir puisque certains médecins ont les mêmes compétences de « dépisteurs » qu'elle et effectuent les mêmes tâches. La plus haute expertise technique , détenue par les « référents », reste en revanche dans la juridiction des seuls gynécologues-obstétriciens. Lorsqu'une déviance est mise en évidence par un dépisteur (sage-femme ou médecin), la femme enceinte ou le couple sont adressés à un référent à qui il appartient de poser le diagnostic et d'assurer la suite de la prise en charge. On note qu'ici la division du travail de l'activité d'échographie obstétricale, qui apparaît comme un sous-espace de pratique[738], concerne, d'une part les sages-femmes et une catégorie de gynécologues-

[737] L'étude de la pratique des médecins généralistes de la sociologue Anastasia Meidani, met en évidence que la construction sociale de la normalité en médecine est un processus dynamique qui implique une interaction constante entre les médecins, les patients et le contexte socioculturel, influençant ainsi la manière dont la santé et la maladie sont perçues et traitées. Voir Anastasia Meidani, « « C'est normal docteur ? » Normal et pathologique en médecine générale », *Déviance et Société*, 4 octobre 2018, vol. 42, n° 3, p. 468-471.

[738] Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, p. 7.

obstétriciens (les dépisteurs), et d'autre part les gynécologues-obstétriciens appartenant à l'élite (les référents). Par ailleurs, à l'hôpital, cette activité s'apparente à une forme de spécialisation dans la profession maïeutique, comme l'indique Vanessa :

> « La compétence, c'est l'expérience. Je pense qu'on ne peut être un bon échographiste que si on fait que ça toute la journée et tous les jours. Et c'est comme ça qu'on progresse. On me l'avait dit, j'y avais moyennement cru, maintenant, j'y crois vraiment. Et tout le monde me l'a dit pourtant… comme quoi. Et les qualités méthodiques, très méthodiques. Mais c'était déjà une qualité qu'il fallait avoir dans les services, en salle, il faut être méthodique. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Dans les deux institutions enquêtées, les sages-femmes échographistes ont une activité quasi-exclusive centrée sur la pratique de l'échographie obstétricale. Sur les trois sages-femmes hospitalières, une seule réalise d'autres tâches (deux gardes de 12h par mois, dans un secteur autre que les consultations, de la maternité) ; mais la pratique de l'échographie représente 80 % de son activité. Elle indique par ailleurs qu'elle aurait préféré ne faire que de l'échographie, car elle ressent « un peu plus encore un décalage » : autonome dans sa pratique, « devoir rendre des comptes, ça [la] fatigue »[739]. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, le contexte de l'activité de surveillance de grossesse, et en l'occurrence ici du travail d'échographiste, favorise l'autonomie des sages-femmes. Elles effectuent les mêmes tâches que les médecins échographistes et n'ont pas de « comptes à rendre » comme dans les autres secteurs, notamment le bloc obstétrical. L'autonomie reste située, conditionnées (fonction de la mise en évidence d'une anormalité dont la prise en charge est réservée aux médecins). Quant à Vanessa, qui met en avant sa compétence technique d'échographiste, elle insiste aussi se considérer pour autant comme une sage-femme :

> « C'est paradoxal par rapport au métier humain qu'on fait. Mais je pense qu'il faut avoir cette double personnalité de… d'être avec les gens, de les écouter, de recevoir ce qu'ils ont à dire, et à côté de ça, de faire le dossier méthodiquement et scientifiquement presque. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

[739] Le nom de la sage-femme concernée n'est pas ici mentionné afin de conserver l'anonymat, effectif des sages-femmes échographistes hospitalières étant faible.

On note ici la référence à la compétence relationnelle qui reste prégnante dans le discours de la praticienne, même si elle reconnaît que la compétence technique peut amoindrir la compétence relationnelle. Vanessa poursuit ainsi :

> « (…) il y a des fois où… quand les gens sont pas forcément très loquaces, je le suis pas beaucoup plus, je suis très technique. J'explique : « voilà, le cœur… voilà, il est bien tourné, il a l'aspect habituel. On va faire les différentes coups du cœur, c'est un peu long parce que c'est important de tout vérifier ». C'est très… cadré mon truc. (…) je parle pas de consultation ou de déroulé de consultation. C'est… c'est très, bah très technique. En même temps, je pense que c'est de ça dont ils ont besoin. Les consultations, c'est un autre temps et c'est d'ailleurs un autre temps de parole ; c'est-à-dire que moi, la patiente, elle n'a pas forcément un temps de parole avec moi sauf quand elle le cherche. (…) c'est plus moi qui explique au couple. Mais j'ai pas vraiment le retour des gens. C'est… c'est très technique. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

À l'instar de ce qu'a mis en évidence Béatrice Jacques avec les médecins, la technique semble agir sur la relation entre professionnelles et patientes en accentuant la « distance entre les savoirs »[740] des unes et des autres. N'ayant pas recueilli le témoignage des femmes enceintes, il n'est pas possible de dire précisément comment la relation interpersonnelle les affecte. J'ai néanmoins observé que le temps de parole des femmes et des couples en consultation d'échographie est effectivement moins important que celui de la technicienne. Vanessa ajoute que les conditions d'examen en termes de stature de la patiente (c'est-à-dire de corpulence)[741] impactent aussi la qualité de la communication :

> « Si les conditions d'examen sont très mauvaises, j'instaure pas vraiment une communication, un lien avec la patiente parce que je suis dans le… dans le… dans le… il faut faire l'examen coûte que coûte. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

À l'hôpital, l'altération de la communication au cours de l'examen échographique est associée par ailleurs à une fragmentation de la prise en charge qui relève du même

[740] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 115.

[741] Cette sage-femme fait référence aux patientes obèses pour lesquelles il est difficile d'obtenir des images échographiques de qualité en raison de la paroi adipeuse.

« processus de division en sous-espaces spécialisés »[742], mis en évidence par Patrice Pinell, qui a étudié, dans une perspective socio-historique, la dynamique de spécialisation de la médecine française à partir du XIXe siècle. L'historien et sociologue indique ainsi que ce processus « est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical »[743]. En institution, la surveillance de grossesse, quand elle est assurée seulement par les sages-femmes[744], est effectuée au minimum par deux d'entre elles, la première assurant le suivi médical mensuel, la deuxième le suivi échographique. En outre, l'autonomie déclarée par les sages-femmes échographistes hospitalières dans mon enquête est à relativiser puisque, si elles sont satisfaites d'effectuer quasi-exclusivement des tâches en rapport avec leur compétence technique, elles ne l'ont pas choisi. L'organisation des activités des agents est dictée par la rationalisation institutionnelle, dans une logique quasi taylorienne.

Chez les libérales, la technique n'opère pas la même division du travail. Seul le recours à un référent en cas de constatation d'une déviance par rapport aux normes est similaire, comme en témoigne Axelle :

> « Je suis confrontée à des situations un petit peu délicates depuis que je fais de l'échographie. Je ressens en fait qu'on est quand même… on a une place particulière où on peut annoncer quelque chose de très joyeux comme quelque chose de très difficile. Et comment on peut être… comment garder cette place en fait quand on annonce justement une mauvaise nouvelle. Qu'en fait presque les patients auraient l'impression que c'est de notre faute en fait. Comme si c'était… comme c'est nous qui annonçons, c'est notre faute en fait. Et comme si… ils vivaient mal ce moment en fait parce qu'on leur a annoncé une mauvaise nouvelle. Et ça, ça c'est beaucoup plus depuis que je fais de l'échographie. Que je prends conscience que, ah oui, c'est pas facile comme place quoi pour annoncer une mauvaise nouvelle, pour annoncer une… alors du coup, nous notre place de sage-femme, elle est délicate aussi parce qu'on est là pour dépister et qu'on peut pas diagnostiquer. Et donc du coup, on dit : « moi, ce que je vois n'est pas

[742] P. Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », art cit, p. 7.

[743] *Ibid.*

[744] Lorsque les femmes enceintes sont suivies par un gynécologue-obstétricien qui est par ailleurs échographique, elles peuvent être prises en charge par un seul et même professionnel.

normal ». Et donc parce que je vois, je vois ça, je dois vous envoyer, je dois vous adresser chez un gynécologue [référent]. Et là, ils peuvent dire : « mais dites-nous ». C'est… enfin… et du coup de pas pouvoir poser le diagnostic aussi, c'est délicat quand même. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

On retrouve ici la problématique énoncée par Vanessa quant à la position inconfortable consistant à dépister, donc exposer l'anormalité, sans pouvoir pour autant poser le diagnostic qui est la tâche du référent. On entend ici les thèmes de l'« enfant parfait » et du risque perçu comme inacceptable dans le champ de la périnatalité, dans les sociétés occidentales, induit notamment par les avancées de la science et de la technologie (j'y reviens infra).

L'acquisition de la compétence technique par les libérales de mon enquête ne procède pas de la même dynamique que les hospitalières (une recherche d'autonomie) et ne produit pas les mêmes effets dans la prise en charge des parturientes. En effet, pour Axelle et Julie, les deux échographistes libérales, c'est le principe de l'accompagnement global à la naissance (cf. chapitre 3) qui les a incitées à s'engager dans la pratique de l'échographie. Axelle met en avant toutefois, comme les échographistes hospitalières, que la compétence acquise en échographie lui a permis d'être plus autonome :

« Maintenant que je suis les grossesses, il y a plus de rapport de confiance. Et puis… enfin le fait que je fasse des échographies aussi, que je puisse leur faire une écho du col[745], me permet quand même de plus facilement les recevoir et les rassurer rapidement. Avant, je sais que quand j'avais une patiente qui m'a appelé pour ça, je lui disais : « bon mais il faut aller à l'hôpital quoi ». Mais je pense que j'avais moins confiance aussi. Je pense qu'avec le temps, on a plus de… des outils aussi. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Si dans les institutions hospitalières, le processus de spécialisation tend à fragmenter les prises en charge, les propos d'Axelle révèlent une logique inverse en libéral. Moins dépendante de l'institution où sont concentrées les technologies, sa compétence technique lui permet d'effectuer l'examen technique de contrôle et de poursuivre elle-même la prise en

[745] La mesure échographique du col de l'utérus est recommandée entres autres examens pour déterminer le risque de menace d'accouchement prématuré (MAP) lorsqu'une femme enceinte présente des signes cliniques, comme des contractions utérines.

charge afin de rassurer rapidement les femmes qu'elle suit, quant à un risque de MAP. En sus d'un intérêt pour l'AGN, notons que les actes d'échographie sont bien valorisés (voir Annexe I) et que cette activité technique est très intéressante sur le plan financier. Axelle désire d'ailleurs étendre sa compétence technique dans le champ de la gynécologie :

> « Je vais me former à l'écho gynéco. (…) en fait j'ai le DU d'écho obstétricale et gynécologique. Mais je trouve que sur la gynéco, (…) quand même c'était léger. Donc je me perfectionne, on va dire, en gynéco parce que et bien on vient d'obtenir d'ailleurs l'échographie pelvienne, qui est… qu'on peut coter. Parce que franchement faire une écho gynéco alors que c'est pas coté, 23 € la consultation vraiment c'est abordable. Alors si, par rapport aux améliorations bah voilà il y a ça, il y a des nouvelles cotations qui sont arrivées. Le fait de faire de l'échographie en tant que sage-femme, ça permet vraiment d'être plus reconnu dans notre pratique. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

L'avenant 4, publié au Journal Officiel le 10 août 2018[746], a totalement réécrit le texte de 2007 portant sur la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et l'assurance maladie. Entre 2007 et 2018, les négociations entre les syndicats de la profession maïeutique[747] et l'assurance maladie (UNCAM[748]) avaient déjà fait l'objet de trois avenants. Depuis l'avenant 4 de 2018, les révisions sont plus fréquentes (quatre nouveaux, dont le dernier est entré en vigueur le 22 août 2023, avec l'application des nouvelles mesures tarifaires depuis le 22 février 2024 (voir Annexe I)). Concrètement, depuis 2019, les cotations techniques des sages-femmes sont communes avec celles des médecins dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), et sont donc valorisées financièrement de manière identique. Depuis l'avenant 6 de 2023, les femmes enceintes ont la possibilité de déclarer une sage-femme qui coordonne le suivi de la grossesse entre les différents professionnels de santé.[749].

[746] Texte disponible en ligne sur le site internet de l'assurance maladie ameli.fr : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449105/document/avenant_4_sf_jo_10_08_2018.pdf (consulté le 01/09/2024)

[747] Les syndicats professionnels signataires sont l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF).

[748] UCAM pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

[749] J'aborderai dans le chapitre 5 la mesure phare de l'avenant 6 publié au Journal Officiel du 28 mars 2023 qui correspond à la possibilité pour les femmes enceintes de déclarer une sage-femme référente.

Ainsi, l'acquisition de la compétence d'échographiste, en libéral comme en institution, revêt des enjeux forts en termes de reconnaissance de la juridiction de la profession maïeutique, même si les effets sur la division du travail diffèrent selon les structures. Si certaines sages-femmes de cette thèse ont incorporé la technique dans leur travail au point d'en faire leur activité principale, l'attachement à la clinique et au toucher reste fort, surtout chez les libérales, et renvoie à un élément caractéristique mis en lumière par Béatrice Jacques : « le toucher est une des bases fondamentales du métier [de sage-femme], parce qu'il est support de communication »[750]. Les deux échographistes libérales enquêtées associent dans leur pratique les deux dimensions. J'illustrerai ce fait par deux observations de terrain. Tout d'abord, lors des consultations d'échographie du premier trimestre, Axelle *(10-20 ans de carrière, libérale)* demande aux patientes si « le ventre a grossi » avant de poser la sonde d'échographie et de débuter l'examen technique[751]. En entretien, elle met en avant sa démarche éducative vis-à-vis des parturientes, qui privilégie l'appropriation de leur corps enceint, à l'aide d'une autre « spécialisation » :

> « J'essaie vraiment de les interpeller aussi sur le fait de… qu'il n'y a pas besoin de l'échographie pour savoir que leur bébé va bien dans leur… je leur fais sentir la hauteur utérine qui augmente. Donc je leur dis : « tu peux le voir toute seule en fait en mettant tes doigts sous le nombril et voir que, ah bah oui, ça grandit. Il y a trois doigts. Après il n'y en a que deux. Après il n'y en a qu'un. En fait ma grossesse, elle évolue même si je sens pas mon bébé bouger. » Donc, pour toujours qu'ils attendent le moins possible de cette consultation [d'échographie] en fait. Bien que je sais que… et elles attendent énormément des consultations mensuelles. Mais voilà, pour qu'elles se sentent… qu'elles gagnent en confiance vraiment… et l'haptonomie, ça aide. Je sais que les femmes qui font de l'haptonomie souvent, à partir du moment où elles sentent leur bébé bouger, elles n'ont plus envie de faire d'échographie par exemple. Elles disent : « non mais ça me va. Je fais les trois échos, ça me va. C'est tout. C'est bien comme ça. » Voilà. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

[750] B. Jacques, « Quand la technique échappe aux médecins », art cit, p. 129.

[751] J'ai pu observer ce fait à deux reprises.

L'haptonomie s'apparente ici à un outil par le toucher et participe à l'apprentissage de la corporéité pour rassurer les femmes sur le déroulement de la grossesse et remplacer l'outil technique (l'échographe).

La seconde observation montre comment les perceptions *synesthétique-haptique* et *visuelle-conceptuelle* se réunissent par la mobilisation de la technique et du toucher. Ainsi, lors d'une échographie du troisième trimestre (réalisée à 32 semaines d'aménorrhée, 8e mois), Julie *(moins de 10 ans de carrière, libérale)* associe les deux perceptions chez le futur père. La sage-femme propose à ce dernier de se mettre sur le fauteuil d'examen, avec sa compagne installée sur lui, et de mettre ses mains sur le taille de la femme enceinte. Pendant l'examen échographique, le père a gardé ses mains posées sur le ventre de sa compagne, et pu percevoir tactilement les mouvements de son futur enfant tout en visualisant l'échographie sur l'écran de report. Cette manière de faire va dans le sens d'une prise en considération holistique de la femme enceinte par la profession maïeutique, en conformité avec l'*ethos* exposé en introduction de ce chapitre.

3. Les sages-femmes, agents de la médicalisation et de la technicisation malgré elles ?

a. *La recherche des risques : le fondement de la pratique des sages-femmes*

Nous l'avons vu dans le premier chapitre, l'identification des dangers est un souci ancré dans la pratique de la profession maïeutique depuis l'institutionnalisation de sa formation au début du XIXe siècle. Les sages-femmes ont été d'emblée formées à diagnostiquer la pathologie, afin de distinguer normalité et anormalité. Si elles sont présentées dans certains travaux comme des « gardiennes de l'eutocie »[752], il semble légitime de s'interroger sur leur rôle et leur participation dans la médicalisation et la technicisation de l'événement naissance. D'un point de vue sémantique, la profession de sage-femme ne peut être « contre » la médicalisation de la naissance, étant elle-même une profession médicale construite pour prévenir les dangers de l'événement naissance. Chez Lydie *(plus de 40 ans de carrière, PMI)*, se manifeste ainsi un « *ethos* centré sur la santé au-delà des risques » semblable à celui des sages-femmes ontariennes :

[752] L'eutocie désigne l'accouchement qui se déroule normalement, par opposition à la dystocie qui qualifie les difficultés qui complique l'accouchement. Voir C. Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, *op. cit.*

« Le risque, c'est déjà quand la santé de la mère et de l'enfant est mise en danger… après, les risques, ça peut être n'importe quoi. » *(Lydie, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

L'injonction au paradigme de concevoir l'« événement naissance » au prisme du risque apparaît légitime pour la majorité des sages-femmes enquêtées, comme Sylvie (*30-40 ans de carrière, libérale)*, qui ne remet pas en cause les prises en charge actuelles :

« Alors, moi je trouve pas que c'est trop médicalisé. Je fais partie d'une génération où on était hospitalières, beaucoup. Je suis pas pour l'accouchement à domicile. Alors on peut être un peu, comment dire, relâché un petit peu. (…) Moi non parce que je suis quelqu'un qui aime être rassurée et donc moi ça me va bien, je trouve normal, personnellement, je trouve normal (…) je trouve que c'est bien, voilà, il y a rien que je trouve inutile. Je trouve que c'est bien. Après on peut (…) prendre du recul un peu sans être focalisé, voilà mais… Non, enfin moi c'est comme j'ai besoin d'être rassurée, je pense que ça me va bien… qu'il y ait un suivi avec des étapes. Alors c'est vrai qu'il y a certaines patientes qui disent : « Tout ça, tout ça, c'est beaucoup », oui mais c'est de la prévention, on explique c'est la prévention des risques. Moi je trouve que le fait qu'il y ait un cadre, ça me va. Bon, après j'ai pas été formatée avec tout ce qui est nature, bio, voilà, c'est pas trop mon truc donc j'avoue que *(Rire)* je suis assez plutôt médicalisée, oui. *(Acquiescement)*. » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Sylvie a la particularité d'avoir exercé pendant 26 ans en institution publique avant de s'installer en libéral, où elle exerce depuis 4 ans quand je l'interroge. Dans son discours, on note l'emploie d'une rhétorique du risque, dont la notion est envisagée dans un sens limité « aux "évènements dommageables", c'est à dire aux menaces, aux dangers »[753]. La médicalisation de la surveillance de la grossesse s'apparente à une démarche de gestion des risques et d'application de principe de précaution[754], à l'aide de la prévention. Axelle *(libérale, 10-20 ans de carrière)* qui exerce en libéral depuis 13 ans, note une transformation des pratiques hospitalières dans un sens plus respectueux de la physiologie de la naissance :

[753] Patrick Peretti-Watel, *Sociologie du risque*, Paris, A. Colin, 2003, p. 9.

[754] *Ibid.*

« C'est rigolo parce que j'ai l'impression que (…) les choses changent. J'ai l'impression qu'on s'ouvre de plus en plus au respect de la physiologie. Par rapport à quand j'ai commencé il y a 13 ans, il y a beaucoup plus de personnel hospitalier qui sont formés. Il y a beaucoup plus de choses qui se forment autour de la physiologie qui n'y étaient pas avant (…) les plateaux techniques c'est impressionnant. L'ouverture des plateaux techniques en quelques années. (…) il y a quand même une évolution, au contraire, dans quelque chose de plus physiologique. » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale)*

Si le modèle de l'accouchement institutionalisé reste le modèle « mainstream » en France, Axelle pointe toutefois un mouvement d'ouverture des plateaux techniques aux libérales, offre de soin qui limite la technicisation de l'accouchement. La rhétorique du risque est présente dans le discours d'Axelle, mais de façon moins prégnante que dans le discours des hospitalières, comme l'illustre les propos de Vanessa, échographiste hospitalière :

« Pour moi, le risque, il y en a tellement toujours, il est omniprésent et le problème qu'il y a, c'est que là aussi, on a un gros décalage avec les gens. (…) ils attendent le risque zéro et nous, on sait qu'on est en risque maximum à chaque grossesse pour chaque patiente même si tout est parfait tout le temps. Et on leur dit pas, heureusement… parce que là… on les mettrait tous sous terre, mais… C'est un peu pour moi la même… la même… le même décalage que quand les gens viennent au cinéma alors que moi, je cherche la patho. Le risque pour les gens… Vous avez l'impression que maintenant, vous n'avez plus le droit d'avoir un bébé malformé à la naissance, vous n'avez plus le droit d'avoir un bébé qui ne va pas bien à la naissance ou même une maman qui va pas bien après un accouchement ; il faudrait qu'on soit au risque zéro. Et ce risque, il est loin d'être à zéro, et là, on a un gros décalage. Donc le risque pour moi en obstétrique, il est omniprésent à tous les niveaux. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Vanessa soulève ici le lien entre la technique et le thème de « l'enfant parfait » analysé par Béatrice Jacques[755]. En effet, si l'erreur de l'échographiste est toujours possible, pour les futurs parents, elle « est cependant inacceptable car les progrès de la science et des techniques l'ont supprimé de l'inconscient collectif. Les avancées en termes de diagnostic

[755] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 116.

anténatal rendent toute malformation, tout handicap intolérable »[756]. Claudine Burton-Jeangros et ses collègues ont montré par ailleurs que le dépistage prénatal illustre les tensions existantes entre la volonté de contrôle par la rationalisation de la surveillance des risques et l'irréductible incertitude inhérente au processus de la vie[757]. Dans leur étude, basée sur des données qualitatives recueillies en Suisse auprès de médecins et de femmes enceintes, les auteurs révèlent que les médecins font face à des défis importants lorsqu'ils communiquent sur les résultats des dépistages. Ils doivent naviguer entre la nécessité d'informer les patientes sur les limites des tests et la complexité des informations à transmettre. Les médecins s'efforcent de clarifier le fait que les résultats ne garantissent pas l'absence de risques, et constatent que les femmes peuvent avoir des réactions très différentes face aux mêmes informations. Si le contexte de la Suisse diffère du contexte français, les sages-femmes échographistes françaises sont exposées au même type de tensions. Les attentes générées par le dépistage anténatal, exposent médecins et sages-femmes à des demandes pour un « enfant parfait », ce qui peut être considéré comme une manifestation de « l'incertitude fabriquée » qu'ils contribuent en partie à développer. De nombreuses sages-femmes de mon étude pointent des pratiques hypertrophiées de l'usage de la technique, comme Chantal :

> « Donc, est-ce qu'il y a une surutilisation parfois des examens ? Peut-être, ça peut arriver qu'on prescrive des bilans un peu rapidement, mais quelquefois, je pense aussi que c'est le manque de temps d'observation clinique qui fait qu'on va prescrire le bilan parce que ça va nous tranquilliser. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Les propos de Chantal suggèrent que le recours à la technique permet d'une part de pallier « le manque de temps d'observation clinique » induit par les contraintes institutionnelles (cf chapitre 2), et d'autre part d'amoindrir d'une certaine manière l'incertitude en produisant un compte-rendu biomédical informant sur l'état de santé de la patiente. A l'inverse, d'autres sages-femmes tiennent un discours plus critique vis-à-vis du développement technologique, comme Chloé, échographiste hospitalière :

> « Après, oui, j'ai eu des choses… ou les échos aussi tous les mois. Clairement ça, ça arrive. Des fois, je récupère des patientes qui ont des échos mais je sais même pas…

[756] *Ibid.*

[757] C. Burton-Jeangros et al., « Between tolerable uncertainty and unacceptable risks », art cit, p. 144.

quand je leur demande : « Pourquoi vous avez fait ces échos ? », mais ce sont des échos normales. Elles ont l'écho T1, une écho de croissance, l'écho T2, trois échos de croissance. Pour moi, c'est inutile puisqu'on va dépister soit il est trop petit, soit il est trop gros parce que… il n'y a aucune utilité à faire autant d'échographies. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Chloé critique donc la multiplication des examens échographiques, qui permet certes d'obtenir plus d'informations, mais accroît aussi l'incertitude. Le développement technologique oblige les acteurs à faire des choix à la fois sur l'utilisation de la technique et sur ce qu'il faut faire avec les informations générées par celle-ci[758]. Se pose ici la question de faire toujours plus d'examens de dépistage, sans indications précises, sans mise en évidence de facteurs de risque par l'interrogatoire ou l'examen clinique. Pour Chloé :

« Ça sert à rien de faire des échos tous les mois parce que de toute façon, plus on en fait, plus on va trouver des choses que… sur lesquelles on va douter. Et puis, soit il est trop petit une fois, soit il est trop gros, en fonction de comment il est positionné des fois, on n'a pas les mêmes mesures. Donc… Moi, je trouve que trois échos avec une croissance de temps en temps si besoin, sur les diabètes par exemple, c'est important les croissances mais après sinon… voilà. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

L'outil technique a des limites, liées au contexte et à l'interprétation du technicien. La multiplication des examens techniques sans réflexion préalable de leur intérêt au regard de la situation de la patiente pourrait produire de l'incertitude et générer du stress chez les parturientes[759]. L'usage de la technique sans objectif déterminé deviendrait même contreproductif, notion également défendue par Sylvie :

« (…) je pense qu'il faut s'en servir parce que bon, c'est utile mais après, trop c'est trop quoi, vraiment. Puis bon, c'est intrusif, je trouve quelque part c'est bien aussi d'avoir le côté un petit peu caché, la grossesse de se laisser imaginer ce que ça va être. Non, elles veulent tout savoir en fait, tout tout de suite, cette génération. (…) après à force de trop

[758] *Ibid.*, p. 157.

[759] *Ibid.*

chercher, elles se stressent finalement. Donc je pense que des fois ça peut avoir un effet un petit peu délétère sur le vécu, les représentations, voilà. Après, c'est utile évidemment mais bon, sans abuser. Comment dire, les excès sont mauvais en tout *(Rire)*. » *(Sylvie, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Si Sylvie pense que le stress lié à l'incertitude peut impacter négativement le vécu des femmes enceintes, Martine est convaincue que ce stress peut avoir un effet iatrogène sur le déroulement de la grossesse :

« En France (…) on est trop médicalisé, les pays moins médicalisés, ils ont les mêmes problèmes. J'avais lu un truc là-dessus. En France, on est très mal placé.

– Ça peut paraître paradoxal si vous dites qu'on est trop médicalisé.

– Mais c'est parce qu'on est trop médicalisé je pense. On stresse tellement les femmes, tout ça crée des pathologies, j'en suis sûre, j'en suis sûre. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Depuis le milieu de la décennie 2010, les études scientifiques médicales ont montré une corrélation entre le stress et, d'une part des risques de pathologies psychiatriques chez la parturientes, pendant et après la grossesse, d'autre part des risques de troubles du développement chez l'enfant[760]. Martine fait aussi référence, dans l'extrait cité, aux *ranking* en termes d'indicateurs en périnatalité, qui montrent au niveau européen que dans des pays où la prise en charge de la naissance est moins technicisée, les résultats relatifs aux taux de mortalité et morbidité maternelle et infantile sont équivalents à ceux où elle est technicisée. Comme je l'ai évoqué en introduction, le dernier rapport de la Cour des Comptes consacré à l'analyse de la politique de périnatalité, publié en mai 2024, critique des « résultats sanitaires

[760] Mary E Coussons-Read, « Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways », *Obstetric Medicine*, juin 2013, vol. 6, n° 2, p. 52-57 ; Vivette Glover, « Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done », *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, janvier 2014, vol. 28, n° 1, p. 25-35 ; Eve-Line Bussières et al., « Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies », *Developmental Review*, 1 juin 2015, vol. 36, p. 179-199 ; Sonja Entringer, Claudia Buss et Pathik D. Wadhwa, « Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective-2015 Curt Richter Award Paper », *Psychoneuroendocrinology*, décembre 2015, vol. 62, p. 366-375 ; Catherine Monk, Claudia Lugo-Candelas et Caroline Trumpff, « Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and Pathways », *Annual Review of Clinical Psychology*, 7 mai 2019, vol. 15, p. 317-344 ; Bea R. H. Van den Bergh et al., « Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, octobre 2020, vol. 117, p. 26-64.

médiocres » malgré des moyens toujours plus importants, et repose la question de l'efficience formulée dans son premier rapport en 2006. Même si les différents plans de périnatalité ont axé leurs mesures sur la sécurisation de la naissance, en termes de moyens humains et techniques, le dernier rapport juge la sécurité non optimale et l'offre de soins inadaptée aux enjeux actuels de la périnatalité. Le rapport insiste par ailleurs sur la nécessité de renforcer la prévention et propose pour cela :

> *« Pour être plus efficace, l'action des pouvoirs publics devrait être ciblée sur les facteurs de risques de la mère, en s'efforçant de mieux diffuser les recommandations sanitaires auprès des professionnels de santé et des familles. Le renforcement de la prise en compte des situations individuelles des mères est nécessaire, en fonction de leurs parcours et des facteurs de risques connus. Le recours plus important aux entretiens prénatal et postnatal précoces, encore trop peu utilisés, pourrait y contribuer »*[761].

Si l'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place au début de XXIe, son caractère non obligatoire jusqu'en 2021 explique une mise en œuvre limitée. Parce que la tâche relève de leur juridiction, les sages-femmes s'en sont saisies aujourd'hui, et ont dû se former pour cela, comme en témoigne Eliane :

> « On a été complètement, (…) comment on dit… on a été éduquées au risque ! On a été éduquées au risque. J'étais obnubilée par le risque médicosocial parce que, c'est-ce qu'on m'a appris, les primipares sont plus à risque, les… tout ça… les multipares, les conditions défavorisées, voilà. J'étais là-dedans, j'étais beaucoup là-dedans. Et après, est arrivé l'alcool, ça va, parce qu'on a eu des formations, on a été formées. On a été formées au risque. Vous savez ce qui a beaucoup bougé les choses ? L'entretien précoce. Ça a beaucoup bougé les choses. On nous a formé mais en nous formant, de quoi on a parlé ? des risques ! Ça nous a fait changer beaucoup. » *(Eliane, plus de 40 de carrière, PMI)*

Les propos d'Eliane, doyenne de cette étude illustrent *in fine* les transformations qui se sont opérées dans la juridiction de la profession maïeutique, avec la (ré)appropriation et le

[761] Cour des Comptes, *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier*, *op. cit.*, p. 14.

développement de l'activité de surveillance des grossesses. Les sages-femmes françaises ont un raisonnement qui s'ancre à la fois sur la clinique et sur le risque, en s'attachant à « prendre en compte les risques mais ne pas y mettre qu'une dimension médicale » *(Axelle, 10-20 ans de carrière, libérale).* Les pratiques observées chez les sages-femmes de cette étude montrent qu'elles accordent aux dimensions émotionnelle et sociale de la femme enceinte une importance identique – sinon plus élevée – qu'à la dimension physique, et que leur travail se fonde, comme leurs consœurs ontariennes, sur un *ethos* centré sur la santé de la femme enceinte au-delà des risques.

b. *Des perceptions différentes de la médicalisation et de la technicisation selon la trajectoire des agents*

Dans la perspective de « différenciations de différenciations »[762] qui sera développée dans le dernier chapitre de cette thèse, je terminerai celui-ci en présentant une ébauche d'analyse des effets de la position sociale des sages-femmes sur leur perception de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, et par conséquent sur leurs pratiques. Il s'agit d'exposer quelques éléments saillants, relatifs tout d'abord au lieu de formation initiale autre que la France, et ensuite à l'ancienneté dans la profession, tout en ayant conscience de la faiblesse de l'échantillon d'étude - un travail plus approfondi serait nécessaire, qu'il n'a pas été possible de mener dans cette thèse.

Dans mon échantillon, trois sages-femmes (Axelle *(10-20 ans de carrière)*, Julie *(10 ans de carrière)* et Delphine *(20-30 ans de carrière)*) ont été formées en dehors de la France, mais en Europe. En entretien, elles indiquent que si elles ont intégré dans leur pratique la technicité requise pour exercer en France, elles ont dû suivre des formations en complément de leur formation initiale, « pour se former à la pathologie » selon leurs propres mots, et plus précisément à la gestion des risques, en termes de prescription des examens biologiques. L'une d'elle, Delphine, prend l'exemple du bilan biologique à prescrire en cas d'hypertension artérielle, qui permet d'établir un diagnostic précis

[762] Anne Paillet nomme « différenciations des différenciations » les « façons variables de différencier » les patients, saisis par leur valeur sociale, effectuées par les médecins. Pour analyser « les processus de production des différenciations », la sociologue met en avant que « l'impact des caractéristiques et trajectoires sociales de chaque médecin sur ses pratiques propres de différenciation (est un) aspect qui notre sens correspond à un champ d'exploration majeur à développer aujourd'hui ». Voir A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit, p. 22- 23 ; 39.

(hypertension artérielle de grossesse ou pré-éclampsie) puis le pronostic et la conduite à tenir (cf. chapitre 2). Elles mettent toutes en avant que leur formation a été davantage centrée sur la physiologie et la clinique, par rapport aux compétences techniques attendues pour exercer en France. Elles ont toutes les trois exercé dans le pays de leur formation, puis en institution lors de leur arrivée en France, et se sont installées assez rapidement en libéral. On note par ailleurs, que ces trois libérales valorisent le concept d'Accompagnement Global à la Naissance (AGN) et qu'elles proposent une offre de soin dans cette perspective : Delphine a une convention pour faire des accouchements en plateau technique, Axelle et Julie ont leur DIU d'échographie. Elles se différencient en ce sens des autres libérales de l'enquête.

Quant à la caractéristique de l'ancienneté des sages-femmes, elle semble faire varier les discours vis-à-vis de la médicalisation et de la technicisation de la grossesse et de l'accouchement. Les sages-femmes (Pauline et Chloé) les moins expérimentées (moins de 10 ans de carrière) considèrent la prise en charge en France est adaptée :

> « Franchement, moi je trouve que dans le suivi de grossesse, ou en tout cas ce qui a été standardisé, je trouve que c'est… c'est bien, on n'en demande pas trop aux couples, c'est… c'est quand même à dates assez espacées, les examens. Enfin, non, moi je trouve que c'est… je trouve que c'est complètement adapté. Après, j'ai une petite pratique, alors j'ai pas de recul. Je sais pas comment c'était avant, mais moi je trouve qu'aujourd'hui, je trouve que c'est… ni trop ni pas assez. » *(Julie, moins de 10 ans de carrière, libérale)*
>
> « Sur une grossesse qui se passe… qui est vraiment physiologique, s'il n'y a rien de particulier (…) je trouve que c'est suffisant. Parce que le TV[763], on fait plus en systématique à tous les mois, faire la tension, vérifier les bruits du cœur, la HU[764]. Ça reste… enfin je trouve que ça reste correct au niveau médical et après, quand il y a des facteurs de risque ou qu'il y a des risques, oui, on va augmenter le suivi médical mais je crois que c'est largement suffisant. Au niveau de la recherche, c'est surtout dans l'interrogatoire je trouve qui compte, au niveau de la consultation, et après, c'est sûr

[763] TV pour toucher vaginal.

[764] HU pour hauteur utérine.

que l'examen clinique reste important mais sur une grossesse physiologique, je pense qu'il n'y a pas besoin d'en faire plus que ce qu'on fait. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Notons que ces deux sages-femmes travaillent dans des contextes différents (libéral et hospitalier). Chloé, qui est échographiste, critique un usage hypertrophié de l'outil technique échographique (cf supra).

Parmi les sages-femmes plus expérimentées *(30-40 ans de carrière)*, deux ont retenu plus particulièrement mon attention en raison de leurs critiques de la médicalisation et de la technicisation de l'« évènement naissance ». Isabelle, qui est hospitalière, a une formule entendue à plusieurs reprises, qu'elle dit aux parturientes comme un leitmotiv : « La grossesse n'est pas une maladie, mais on vit dans un monde de malade ». En entretien, elle s'interroge sur la surveillance actuelle des grossesses :

« Alors est-ce qu'il y a plus de choses à surveiller ? Je dirais à la fois oui et non. Avant, on surveillait les RAI, maintenant, on va demander de faire un prélèvement puis un deuxième prélèvement, puis… voilà. Donc ça, c'est une chose. Maintenant par rapport aux risques, je dirais que… alors, la vie était plus dure avant. Et si on reste (…) sur 50 ans, ce qui est quand même très… voilà, 50 ans, c'était juste les premières machines à laver. (…) c'est récent. C'est pas vieux. Donc, physiquement, les femmes avaient… c'était beaucoup plus pénible sur des tas de plans. Mais finalement j'ai l'impression que les grossesses se passaient mieux. Alors, rien qu'à voir sur les études qui ont été faites le nombre… l'augmentation du nombre d'accouchements prématurés. » *(Isabelle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Martine, forte d'une longue expérience en libéral, critique également la technicisation de l'accouchement. À propos des projets de naissance et des demandes d'accouchement physiologique, elle déclare :

« Moi, je ferai l'inverse : lettre de motivation pour accoucher sous péridurale. Pourquoi vous voulez une anesthésie ? La lettre dit : « Je veux accoucher normalement. » Celles qui sont saines, on leur demande de nous prouver qu'elles sont saines. Après, elles ont le droit de changer d'avis, bien sûr, tout le monde a le droit de changer d'avis. Alors, on

devrait demander cette lettre de motivation pour la péridurale au lieu de leur faire signer une décharge du risque de mourir. *» (Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Ces propos signalent que le recours à la technique – ici en l'occurrence l'anesthésie péridurale – est devenu la norme, et que c'est la demande de « non technicisation » de l'accouchement qui doit faire l'objet d'une demande particulière, perçue paradoxalement comme déviante. Maud Arnal a montré que l'anesthésie péridurale est à la fois un outil technique de soulagement de la douleur de l'accouchement, et un outil de contrôle social, qui permet une régulation sociale du comportement des femmes lors de l'accouchement[765]. Le soulagement des douleurs des femmes est ainsi soumis « aux injonctions sociales imposées par l'institution hospitalière, à travers la prise en charge médicale »[766] qui sont à la fois imposées par les professionnels de santé et intériorisées par les femmes elles-mêmes, contribuant « à la co-construction d'une maternité émotionnellement normée »[767]. La recherche de Maud Arnal sur l'usage de la péridurale révèle ainsi des enjeux identitaires pour les femmes et des enjeux professionnels pour les sages-femmes[768]. Dans cette perspective, Martine complète sa critique vis à vis de la technique ainsi :

« Mais quand tu expliques [aux femmes] le fonctionnement du corps, elles comprennent très vite. (…) Aujourd'hui, quand les femmes crient, ça fait peur aux autres, dans le fameux Baby Boom là, justement. Moi, je me souviens très bien en avoir vu là, où c'est le médecin de garde qui dit : *« Mais faites quelque chose, elle crie, elle doit souffrir, ça doit être terrible. » « Mais foutez-lui la paix, allez lui demander à la dame si elle souffre autant que ça. »* Moi, je suis désolée, c'est comme une nana qui tape dans

[765] Maud Arnal, « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement », *Genre, sexualité & société*, 20 décembre 2016, n° 16, p. 19.

[766] *Ibid.*, p. 3.

[767] *Ibid.*

[768] S'il existent vingt ans d'écart entre le travail de recherche de Maud Arnal et celui de Danièle Carricaburu, il est intéressant d'observer que le recours à l'anesthésie péridurale - qui dépasse aujourd'hui les 80% en France (82,7% selon les données de l'enquête nationale périnatale de 2021) - reste un enjeu professionnel pour les sages-femmes, comme je l'ai abordé dans le chapitre 2. Le contexte est néanmoins bien différent car aujourd'hui, le discours des sages-femmes sur leur savoir-faire « relationnel » résonne différemment avec le mouvement d'emporwerment des femmes face à l'hyper-technicisation de l'accouchement (cf chapitre 3) imposée par l'institutionnalisation de celui-ci (cf chapitre 1). Voir D. Carricaburu, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », art cit, p. 281-308 ; Santé Publique France et INSERM, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements*, *op. cit.*, p. 13.

une balle de tennis à Roland-Garros. D'accord ? Et elles donnent tout ce qu'elles ont, en fait, et elles y retournent. *(Rire)*. Après, on est… il n'est pas écrit superwoman là, si t'es fatiguée, il y a la péridurale, il y a ces machins, suivant où en est le travail mais quand je dis : *« Vous êtes à 8 cm, laissez tomber, ça sert à rien, vous pourrez être fière de vous, vous avez fini »*. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

Même si le mot « accompagnement » ne figure pas dans cet extrait, Martine fait référence à la compétence relationnelle, mise en avant comme caractéristique de et par la profession maïeutique.

Je terminerai en exposant une remarque formulée par Eliane, la doyenne de l'étude :

« Alors vous savez, je pense que, des fois, j'entends à droite à gauche, une espèce de conflit entre notre travail de sage-femme, d'accompagnement, de clinicienne, enfin de… et la technique. Eh bien moi je trouve que ce conflit n'a pas lieu d'être… parce que moi, je suis très manuelle, je suis très tactile, je suis très… tout ce que vous voulez. Et, et ça ne me fait rien d'avoir recours à l'écho. Mais alors vraiment, ça me fait rien. Et je trouve que ça va avec. » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

La pratique des sages-femmes françaises se fonde *in fine* sur ces trois dimensions inextricables d'une même compétence, en équilibre à l'image du tabouret[769], où l'assise (la prise en charge de la femme) repose sur trois pieds (la compétence clinique, la compétence technique et la compétence relationnelle).

[769] J'emprunte ici le modèle théorique et empirique de la profession maïeutique, élaboré avec des sages-femmes néo-zélandaises, même si j'y attribue une définition différente au regard de mon étude. Le modèle néo-zélandais est un tabouret d'accouchement à trois pieds pour la sage-femme qui décrit comment elle donne un sens au risque dans la pratique. L'assise du tabouret est « être avec les femmes » et les pieds sont « être une professionnelle », « travailler le système » et « travailler avec la complexité ». Les entretoises qui maintiennent le tabouret ensemble sont « le récit d'histoires ». Les autrices indiquent que la théorie du risque est examinée à la lumière de leur étude empirique et identifient un écart théorique d'incertitude et de complexité. Voir Joan Skinner et Robyn Maude, « The tensions of uncertainty: Midwives managing risk in and of their practice », *Midwifery*, 1 juillet 2016, vol. 38, p. 35-41.

Conclusion

Depuis la constitution de leur corps professionnel, les sages-femmes ont intégré dans leur pratique l'usage d'outils et de techniques produits par les avancées scientifiques, pour toujours minimiser les dangers périnatals. L'analyse des pratiques maïeutiques pour effectuer le travail de surveillance de grossesses montre que les compétences mobilisées relèvent des dimensions clinique, technique et relationnelle afin d'offrir des soins aux femmes enceintes dans une approche holistique. Ceci m'amène à confirmer l'analyse de Maï Le Dû[770], selon laquelle la pratique des sages-femmes se définit en « une subtile synthèse du *cure* et du *care* », caractérisant leur identité professionnelle[771], ancrée sur un « *ethos* de la profession maïeutique centrée sur la santé au-delà des risques », à l'instar de leurs consœurs canadiennes[772] .

S'il existe une diversité des pratiques, avec un recours plus ou moins accentué sur une des trois dimensions de compétence, celles-ci apparaissent inextricables et sont mobilisées quel que soit le contexte. Ce qui réunit la profession est *in fine* le fondement même de la construction professionnelle au début du XIXe siècle : la préoccupation de la mère et de son enfant. L'usage de la technique inférant du raisonnement par le risque est intégré dans la pratique des sages-femmes car il répond à cette préoccupation. La profession maïeutique conserve néanmoins un regard critique sur cet usage qui peut devenir iatrogène quand il est excessif, conformément à « l'idéologie d'un usage « doux » et « raisonné » des techniques »[773] montrée par Béatrice Jacques. Les sages-femmes n'en restent pas moins profondément attachées à leur compétence clinique, « le toucher [restant] une des bases fondamentales du métier, parce qu'il est support de communication »[774].

L'« écoute » mise en avant pour toutes les sages-femmes enquêtées ne se réfère pas seulement aux paroles de la femme enceinte, voire du couple. La compétence relationnelle présentée comme fondamentale par les praticiennes pour réaliser l'activité de surveillance

[770] Maï Le Dû est sage-femme et sociologue. Elle occupe un poste de maitresse de conférences en maïeutique à l'Université de Bretagne Occidentale.

[771] M. Le Dû, « Synthèse entre cure et care », art cit.

[772] L. Weir, *Pregnancy, risk, and biopolitics*, *op. cit.*, p. 76-111.

[773] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 77.

[774] B. Jacques, « Quand la technique échappe aux médecins », art cit, p. 129.

des grossesses, doit être saisie dans un sens large, c'est-à-dire permettre de relever les informations et les signes donnés par la parturiente aussi bien par le langage que par l'attitude corporelle ; elle signifie au fond « être à l'écoute ». Le témoignage de Chantal Birman[775], sage-femme et autrice du livre *Au Monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte…*, paru en 2003, à propos de l'identité professionnelle, offre une belle illustration de cet *ethos* :

> *« Ces dernières années ont été celles de la mise en place de protocoles scientifiques définissant des conduites à tenir systématiquement dans tel ou tel type de situation. Au départ, cette orientation était justifiée par les données statistiques et la volonté, inhérente à l'éthique médicale, de diminuer les taux de mortalité maternelle et infantile. Cette vérité scientifique, néanmoins, nécessite un temps pédagogique afin de la rendre compréhensible au couple. (…) La vérité scientifique, énoncée dans l'absolu de sa froideur, est inadaptée au désir de reconnaissance spécifique exprimé par les parents. Les sages-femmes contemporaines reformulent alors en langage humain probabilités et statistiques. Ce travail sur les mots, sur le rythme et sur les émotions qu'ils véhiculent est une sorte d'art occulte. L'aventure de la naissance ne peut s'en passer sous peine de devenir une formalité médicale lourde de conséquences et de déficit symboliques »*[776].

[775] Chantal Birman est une sage-femme qui a exercé pendant cinquante ans à la maternité de Lilas à Paris (maternité emblématique où s'est développé l'accouchement sans douleur (cf chapitre 3)) et en libéral. Féministe, elle a milité dans les années 1970 pour le droit à l'avortement et à la contraception. Faite Chevalier de la légion d'honneur en 2000, puis Officier en 2013, elle est intervenue dans les médias lors des mouvements de grève de la profession, dont celui de 2021, où elle déclare à propos du métier de sage-femme : « c'est le curseur de la situation des femmes dans notre pays » (disponible en ligne sur le site de *TV5 Monde* : https://information.tv5monde.com/terriennes/sages-femmes-la-colere-au-ventre-34292). Elle a fait l'objet d'un film documentaire *A la vie* réalisé en 2019 par Aude Pépin et diffusé nationalement dans les salles de cinéma en octobre 2021.

[776] Chantal Birman et Sophie Troubac, *Au monde: ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte*, Paris, La Martinière, 2003, p. 13.

Chapitre 5. Le travail de priorisation et de hiérarchisation des risques à rechercher

> *« « Bonjour, comment allez-vous ? » En marchant jusqu'au fauteuil, elle me répond. Sa poignée de main, sa voix, sa tonalité, sa démarche, la plus ou moins grande difficulté qu'elle a à s'asseoir et surtout les mots qu'elle choisit pour me répondre sont autant d'indications précieuses sur la façon dont je dois orienter la consultation. »*[777]

Dans cet extrait de récit, Chantal Birman laisse volontairement transparaitre que son travail de consultante mobilise, au-delà d'un savoir théorique et scientifique, un savoir acquis de façon empirique, au contact des femmes enceintes qu'elle a prises en charge. Elle évoque ainsi son expérience dans le suivi de grossesse : « comment faire, en vingt minutes, pour dépasser la rigidité de ce cadre médical nécessaire mais insuffisant, et réaliser l'essentiel : accompagner les femmes enceintes de la meilleure façon qui soit »[778]. Les tâches à réaliser et les informations à recueillir sont nombreuses, on l'a vu, dans un temps limité, et plus limité en institution que dans l'exercice libéral. De même, Delphine *(20-30 ans de carrière, libérale)* déclare :

> « Je sais que je vais pas aborder toutes les situations, tous les risques. Ou alors, faudrait que je leur donne une feuille avec un catalogue. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

Lorsque l'on lit les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonctions des risques identifiés, on obtient « une liste indicative non exhaustive des situations à risque a été établie [consignée dans un tableau]. Elle comprend notamment : les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux ; les toxiques ; les antécédents personnels

[777] *Ibid.*, p. 68.

[778] *Ibid.*, p. 67.

préexistants, gynécologiques ou non ; les antécédents personnels liés à une grossesse précédente ; les facteurs de risque médicaux ; les maladies infectieuses »[779]. Si la liste n'est pas « exhaustive », le tableau dans lequel sont consignés les différents risques s'étend sur onze pages, ce qui explique l'allusion au catalogue par Delphine. Comment les sages-femmes s'y prennent-elles pour effectuer un travail de surveillance de grossesse aussi étalonné alors que la singularité de chaque cas constitue l'axiome fondamental de la profession ? Nous verrons dans ce dernier chapitre que la solution, concrètement, passe par un travail de priorisation et de hiérarchisation des risques. En mobilisant l'idéal-type de pratique professionnelle mis au jour par Florent Champy, la première partie abordera ce travail au travers du prisme de la notion d'« activité prudentielle »[780]. Dans la seconde partie, j'emprunterai la perspective des « différenciations de différenciations » d'Anne Paillet[781] afin de montrer que les professionnelles réalisent un travail de catégorisation des femmes et des couples qui participe à leurs délibérations en termes de choix de risques à aborder et de prise en charge à mettre en œuvre.

A. L'actualisation permanente des risques à rechercher : un travail de hiérarchisation nécessaire

Revenons aux propos de Delphine *(20-30 ans de carrière, libérale)* qui, à la question « quand on parle de prévention, de risque et de facteurs de risque, de quoi parle-t-on ? » répond :

> « De milles choses hein (Rire). Mille choses, après euh c'est difficile de parler de tout avec les femmes en consultation, je trouve. Et de voir, quelle prévention est nécessaire pour quelles femmes et quels éléments sur la prévention, elle va être prête à entendre. » *(Delphine, 20-30 ans de carrière, libérale)*

[779] Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », art cit, p. 4-5.

[780] Florent Champy définit « l'activité prudentielle » comme « un idéaltype de pratique professionnelle qui se définit par opposition à la fois à l'idée, présente dans la sociologie interactionniste, de l'absence de spécificité des professions par rapport à d'autres métiers, et au modèle, utilisé par les fonctionnalistes, de la science appliquée ». Voir F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 80-81 ; F. Champy, « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France », art cit.

[781] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit.

La réponse de cette sage-femme renvoie à l'analyse par Florent Champy des travaux de Schön, d'Abbott et de Friedson, qui convergeraient « sur le constat que certaines professions se distinguent d'autres métiers (…) sur un ensemble d'idées qui, si elles sont exprimées dans des termes différents, sont néanmoins proches : idée de réflexivité dans le travail, d'écart par rapport à une pratique formalisable et purement technique, de singularité des cas traités, d'imprévisibilité du travail, de tâtonnements voire de bricolage, etc. »[782]. Florent Champy montre que les professions à activité prudentielle ont comme traits communs « la singularité des cas auxquels les professionnels sont confrontés, ce qui renvoie souvent à la singularité du matériau humain sur lequel le travail porte »[783], d'une part, et « la complexité » des situations « qui rend l'analyse potentiellement infinie »[784], d'autre part.

Pour faire face à l'incertitude générée par la singularité et la complexité qui caractérisent ontologiquement la médecine[785], il développe le concept de « sagesse pratique », qui désigne « le mode de connaissance et d'action requis dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une grande incertitude ; (…) une vertu, car elle vise à éviter à autrui les dommages qui seraient encourus si l'on méconnaissait cette incertitude ; (…) [et] enfin les dispositions et les aptitudes requises pour appréhender ces situations dans lesquelles l'application mécanique de règles abstraites, de procédures formalisées, de savoirs scientifiques ou de routines peut conduire à des erreurs. Une attention particulière aux caractéristiques concrètes des situations est au contraire nécessaire »[786]. Son approche semble pertinente pour saisir de travail de hiérarchisation, puisque l'activité des sages-femmes mobilise des compétences tridimensionnelles (clinique, technique et relationnelle) dans la perspective d'une prise en charge holistique de la femme enceinte.

[782] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 80.

[783] *Ibid.*, p. 81.

[784] *Ibid.*

[785] La médecine est prise comme exemple par Aristote pour illustrer la notion de « prudence » car « elle compose avec l'individualité des malades et la complexité du corps et du psychisme humains ». F. Champy, « La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales », art cit, p. 168.

[786] *Ibid.*, p. 167-168.

1. La rationalisation de la surveillance biomédicale et échographique

Sur le terrain, j'ai observé que la dimension technique de la surveillance de la grossesse (correspondant aux examens biologiques et échographiques) est totalement intégrée dans la pratique des sages-femmes et se trouve en quelque sorte « naturalisée »[787], c'est-à-dire évidente et appliquée sans distinction à toutes les femmes enceintes, comme le souligne Vanessa pour l'examen échographique :

> « C'est très morphologique mon histoire, c'est-à-dire que les reins, ils ont l'aspect, ils ont machin, ils sont normaux. Le cœur, j'ai mes quatre coupes, à la naissance, peut-être que ce cœur, il va… il y aura peut-être une coarctation que j'aurais pas vue ; il y a des choses que je ne peux pas voir, parce que je ne peux pas les voir. Donc, c'est très… Moi je fais mon déroulé d'examen comme il doit être fait. Si la patiente, elle a une conduite à risque pour une raison X ou Y, moi je reste sur le même examen que la patiente qui a une conduite non à risque. Je décris chaque organe, je vérifie chaque organe. Je suis pas dans un risque, je suis dans une morphologie à l'instant T. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Cette rationalisation technique, observée également pour le suivi biologique[788] de la parturiente, ne relève pas d'un processus de routinisation qui pourrait générer un risque de déprofessionnalisation[789], mais d'un processus d'inférence et d'abstraction. Pour cela, toutes les praticiennes interrogées déclarent s'appuyer sur les protocoles et recommandations. Vanessa poursuit ainsi :

> « Alors la HAS et le CFEF, le Collège Français d'Échographie Fœtale (…) ce sont les têtes pensantes, voilà ce sont les échographistes en France qui se réunissent et qui déterminent quelles sont les images obligatoires. On a des clichés que l'on doit fournir

[787] D. Fassin, *Faire de la santé publique*, *op. cit.*, p. 41.

[788] Par ailleurs, en entretien, aucune des sages-femmes n'a évoqué les risques relatifs aux examens biologiques obligatoires (comme l'allo-immunisation qui fait que l'on détermine le groupe Rhésus sanguin chez la mère ou encore certaines maladies infectieuses qui peuvent avoir des effets sur le développement sur fœtus, comme la syphilis, et pour laquelle la sérologie est obligatoire) lorsque je leur ai demandé de me parler de la prévention et des risques.

[789] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 181.

obligatoirement. A la T1[790], on a deux clichés à fournir, à la T2, on en a 13, à la T3… Enfin, on a des clichés obligatoires à fournir, donc ceux-là, c'est le strict minimum de ce qu'on doit fournir en termes d'image. Et ensuite, on doit regarder toute une série d'organes et de positionnement, on va dire, dans le corps du bébé, de choses ; et dans le compte-rendu, les comptes-rendus sont faits de telle sorte qu'ils collent complètement avec le CFEF. Et moi mes comptes-rendus, je les connais. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Ainsi, la « formalisation poussée des savoirs et des savoir-faire utilisés »[791] permet aux professionnelles de percevoir des indices abstraits, liés à la singularité de la patiente, considérée dans ses dimensions physique, psychique et sociale. Ces indices vont ensuite participer aux choix qu'opèrent les sages-femmes d'aborder plutôt tel ou tel risque – comme les risques psycho-sociaux (cf. infra) – et à la manière d'en parler. Si Andrew Abbott dans *The System of Professions* montre que deux types d'abstraction coexistent[792], celui repris par Florent Champy, pour présenter les professions à activité prudentielle, me semble le plus pertinent en ce qu'il correspond à l'abstraction « qui consiste à construire des raisonnements formels très élaborés, éventuellement sur la base d'un contenu très spécifique »[793].

Vanessa poursuit son propos ainsi :

« Au début, j'allais à… à chaque compte-rendu, je revérifie que j'avais bien vu. Maintenant que je connais très bien mes comptes-rendus, je sais qu'il y a tout parce que je sais les images que j'ai faites. Et donc, même si c'est pas obligatoire, je fournis pour chaque élément de mon compte-rendu une image. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

[790] T1 pour premier trimestre, T2 deuxième trimestre et T3 troisième trimestre de grossesse.

[791] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 85.

[792] Andrew Abbott distingue deux types d'abstraction. Une première abstraction met l'accent sur la simple absence de contenu ; est abstrait ce qui se réfère à de nombreux sujets de manière interchangeable. Une seconde abstraction met l'accent sur la forme positive, qui peut en réalité être concentrée sur un domaine de sujets assez limité : est abstraite la connaissance qui élabore son sujet en de nombreuses couches de discours formel de plus en plus poussé. Voir A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*, p. 102.

[793] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 181.

On note ici que sa pratique englobe la responsabilité médico-légale (cf. supra, chapitre 2), comme celle de Chantal :

> « Comme on est responsable de ce qu'on prescrit ou de ce qu'on prescrit pas, si à un moment donné, on a possibilité de savoir et on prescrit pas, et bien ça peut effectivement nous être reproché. Donc, je… d'où l'intérêt du protocole, voilà, parce que le protocole protège le patient et protège aussi le prescripteur. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

L'usage des protocoles renvoie ici à la fois à la responsabilité de la sage-femme, qui repose sur la notion d'un contrat entre soignée et soignante[794], et à l'idée d' « éviter à autrui les dommages qui seraient encourus », conformément à une « sagesse pratique » requise : « l'idée de prudence rejoint (…) celle de pacte de soin »[795].

L'abstraction est soumise, par ailleurs, au contexte de travail et aux relations d'interdépendance qui s'y déroulent (cf. supra, chapitre 2), comme en témoigne Eliane :

> « On suit les recommandations. Par exemple, quand il y a eu les recommandations sur la thyroïde, on a fait le truc de la thyroïde. Vous avez vu que ça a changé maintenant… bref ! La vitamine D, on a suivi, parce qu'on donnait l'ampoule qu'au dernier trimestre. Le fer par exemple, on a suivi le protocole de l'hôpital quand ils ont dit à untel, ta ta ta, on fait une perfusion. Je suis les reco, [recommandations] les proto [protocoles]… je fais comme l'hôpital aussi. Quand l'hôpital donne une consigne, je suis » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

L'interdépendance entre les structures et la profession médicale apparaît naturelle dans le propos d'Eliane, comme en écho à l'argument de l' « entre-deux » comme principe de définition de la profession (cf. chapitre 2). Il n'est cependant pas question de standardisation ou de routinisation des pratiques techniques, selon Chloé :

[794] Béatrice Jacques met en avant que « la responsabilité médicale repose sur la notion de contrat médecin / patient » et que « le non-respect de ce contrat peut amener le patient à se retourner contre le professionnel de santé ». Voir B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 60.

[795] F. Champy, « La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales », art cit, p. 169.

« Alors, je regarde plus tout ce qui est la HAS, les nouvelles recommandations. Je regarde plus que les protocoles. Les protocoles, je trouve que c'est… c'est bien les protocoles mais je trouve que ça… qu'on réfléchit plus parce qu'en fait, c'est marqué on fait ça, on fait ça, on fait ça. Et je trouve que c'est dommage en fait, parce qu'on fait les choses mais on sait plus pourquoi on les fait à la limite. Enfin moi, j'avais l'impression que pour mes études, c'était un peu ça. Qu'il y avait une MAP, il fallait faire ça, il fallait faire ça, il fallait faire ça mais finalement, on réfléchit plus à pourquoi on le faisait. Et donc moi, je trouve que c'est plus intéressant là de… Suivre les protocoles, je les suis mais en tout cas, je réfléchis, voilà, et je vais rechercher une nouvelle recommandation pour améliorer en tout cas le suivi. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Chloé se réfère à la notion de « réflexivité »[796] (sans la nommer) pour décrire sa pratique. La notion d'« inférence »[797] utilisée par Andrew Abbott[798] pour étudier le travail professionnel semble plus pertinente encore. En effet, le sociologue américain nomme ainsi « la façon de raisonner sur [un] problème »[799] : l'inférence se situe entre le « diagnostic » qui « consiste à classer un problème à partie de faisceau d'indices qu'il donne à voir »[800] et le « traitement » qui « désigne la manière d'agir pour résoudre le problème »[801]. Ainsi, de même que la parfaite maîtrise de l'examen clinique permet d'axer le raisonnement sur l'interrogatoire (comme le dit Chantal, supra, chapitre 4), l'abstraction relative aux savoirs et savoir-faire clinique et technique permet aux praticiennes de mobiliser une « sagesse pratique », qui réside fondamentalement dans l'idée « d'être à l'écoute » pour les sages-femmes de mon enquête (cf. supra, chapitre 3). Florent Champy souligne d'ailleurs que « la sagesse pratique suppose l'écoute de la personne »[802]. Les données ici réunies tendent à confirmer l'idée du sociologue selon laquelle « la bonne pratique est donc affaire de

[796] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 77.

[797] *Ibid.*, p. 78.

[798] Andrew Abbott utilise le vocabulaire médical pour décrire le travail des professions auxquelles il s'intéresse, en trois composantes : « diagnostic », « traitement » et « inférence ». Voir F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*

[799] *Ibid.*, p. 78.

[800] *Ibid.*

[801] *Ibid.*

[802] F. Champy, « La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales », art cit, p. 169.

discernement dans la façon de hiérarchiser et d'équilibrer les fins concurrentes de l'activité, autant que quant à l'opportunité d'utiliser différentes techniques pour la poursuite de ces fins »[803].

2. La montée en puissance des risques de vulnérabilité

Depuis la fin de décennie 1990, les travaux portant sur la vulnérabilité psycho-sociale des femmes enceintes se sont multipliés et ont participé à la construction d'une nouvelle catégorie de risque à surveiller pendant la grossesse : les risques psycho-sociaux. Alors que le plan de périnatalité 2005-2007 construit une catégorie « vulnérabilités » qui ne se rapporte pas aux risques biomédicaux, c'est le rapport de la commission des 1000 premiers jours[804] en septembre 2020 qui met sur l'agenda les vulnérabilités périnatales comme problème de santé publique[805]. Les risques de vulnérabilité correspondent désormais à des risques davantage différenciés, d'ordre psychique (comme la dépression), social (se rapportant aux conditions de vie) ou comportemental (comme la consommation d'alcool ou de drogues). Le dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle (ENCMM), paru en janvier 2021, a révélé que parmi les deux premières causes de mortalité maternelle tardive[806], figurait le suicide[807], ce qui donne une saillance tragique au problème des dépressions périnatales, pointé par la commission des 1000 premiers jours :

---

[803] F. Champy, « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France », art cit, p. 155.

[804] La commission des 1000 premiers jours a été lancée en septembre 2019 par le président Emmanuel Macron, avec pour objectif de mettre en lumière l'importance cruciale de la période allant de la grossesse aux deux ans de l'enfant pour son développement et sa santé future. Elle est présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik et se compose d'experts de diverses disciplines : pédiatres, sages-femmes, psychologues, nutritionnistes, etc. Le rapport remis par la commission en septembre 2020 souligne l'impact de la petite enfance et de la parentalité sur le développement à long terme des individus et de la société et comprend des recommandations pour améliorer l'accompagnement des parents et le suivi des enfants durant cette période cruciale. Les travaux de la commission ont influencé plusieurs politiques publiques, notamment l'allongement du congé paternité à 28 jours, mis en place en juillet 2021. Un site internet dédié (1000-premiers-jours.fr) a été créé pour informer les parents et les professionnels.

[805] Claude Gilbert, Emmanuel Henry et Isabelle Bourdeaux, « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes » dans Claude Gilbert et Emmanuel Henry (eds.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 12-14.

[806] La mortalité maternelle tardive correspond aux décès maternels survenant dans la période de 1 an suivant l'accouchement.

[807] INSERM et Santé Publique France, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*, *op. cit.*

« On peut estimer que sur 800 000 naissances environ chaque année, environ 30% des mères mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation plus ou moins grande liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement. Ceci en fait un enjeu de santé publique majeur, et la principale complication de la grossesse, avec des conséquences qui peuvent être sévères (suicide) pour la femme, pour la famille et pour le développement de la relation au bébé »[808].

L'entretien prénatal précoce semble être un moment propice pour repérer les risques psycho-sociaux, en raison de la communication qu'il rend possible. De fait, le processus d'abstraction permet souvent aux sages-femmes de mettre au jour de tels risques, y compris en consultation d'échographie, comme en témoigne Laetitia :

« (…) curieusement, j'ai l'impression que je m'attache pas, je m'attache moins aux risques d'ordre médical que psycho-social, sauf si par exemple, je vais avoir un retard de croissance, donc là je vais avoir l'idée de… je lui pose les questions pour les signes de toxémie et si ça va pas, je vais lui prendre la tension, je vais aller un petit peu plus loin (…). Oui, c'est sûr quand même pour la MAP[809](…). Par contre, je vais plus faire attention aux enfants, à son environnement, etc., parce que ça m'est arrivé plusieurs fois en fait d'avoir une fois un papa… une petite qui faisait presque pas de bruit. Honnêtement, elle faisait presque pas de bruit et en me retournant, j'ai vu qu'il était en train de lever la main sur elle ou des choses comme ça où ça va plus me… je fais plus attention à ça, j'ai l'impression. Parce que finalement, le conjoint, il est souvent là quand même en fait, sur les échographies, donc leur relation, on la voit plus facilement je trouve. » *(Laetitia, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

L'échographie, dont l'objectif premier est l'examen morphologique du fœtus, offre un contexte facilitateur non seulement pour saisir – comme ici – les relations conjugale et familiale, car le conjoint est davantage présent à cet examen technique qu'aux consultations de suivi médical, mais aussi pour prévenir de potentiels troubles d'attachement avec un usage détourné de la technique, comme j'ai pu l'observer en PMI (cf. supra, chapitre 4).

[808] Ministère Des Solidarités et de la Santé, *Les 1000 premiers jours : là où tout commence*, s.l., 2020, p. 36.

[809] MAP est l'acronyme de menace d'accouchement prématuré.

À la question de l'attribution d'une graduation aux risques, les sages-femmes enquêtées ont majoritairement répondu en pointant la singularité des situations, comme l'indiquent Chantal et Eliane :

> « Si c'est une dame qui est victime de violences conjugales, ça va passer peut-être avant les facteurs de risque médicaux parce qu'elle a des facteurs de risque immédiats. Donc en fait, la gradation des risques, elle est en fonction de ce que les gens me disent, voilà. Une dame qui a un antécédent d'accouchement prématuré à 35 semaines et qui est victime de violences conjugales, je vais m'intéresser d'abord à la mettre à l'abri. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*
>
> « C'est les conditions de vie. Enfin le numéro 1, c'est les conditions de vie ! » *(Eliane, plus de 40 ans de carrière, PMI)*

Le travail d'inférence des sages-femmes montre ici que la délibération pour établir le diagnostic de la situation (de façon hiérarchisée) et proposer la prise en charge adaptée est en rapport avec une perspective holistique sur la femme enceinte. Analysés dans la perspective de la sagesse pratique, les propos de ces deux sages-femmes montrent qu'un risque social peut être considéré comme plus important qu'un risque médical, donc être traité comme prioritaire, dans une situation donnée. Vanessa soutient que dans sa pratique d'échographiste, les plus grandes difficultés ne sont pas d'ordre technique :

> « Ça peut paraître paradoxal… si les conditions d'examen sont quand même faciles mais que j'ai une patiente en difficulté pour une raison x ou y, là, ça peut devenir très vite compliqué. On a des dames qui sont extrêmement stressées, certaines fois, de par les antécédents, des dames, comme je vous disais, qui sont complètement en rejet avec ce bébé, je trouve ça très difficile parce qu'à un moment, je sais pas si je dois montrer plus, moins, si je dois lui montrer toutes les acrobaties qu'il fait ou pas. Du coup, je marche un peu sur des œufs et… j'essaie de voir. Je dis : « Vous regardez l'écran, est-ce que c'est difficile pour vous puisque c'est la première fois que vous voyez votre bébé ? » Parce que c'est souvent un peu le cas quand même. Et en fonction de la réponse que j'ai, j'avance millimètre par millimètre. Donc… même si les conditions d'examen sont très bonnes, quand on est dans une situation humaine difficile par rapport à la grossesse, c'est hyper compliqué. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Chez Vanessa, la préoccupation pour l'état de santé émotionnel des parturientes témoigne de la prégnance d'un attachement à la valeur relationnelle de son activité, qui se fonde pourtant sur un haut niveau de technicité. Les sages-femmes enquêtées déclarent considérer les risques et facteurs de risques psycho-sociaux comme majeurs, et une majorité d'entre elles les citent en premier lorsque la question de la prévention des risques (cf supra) est posée. Toutes les sages-femmes indiquent y avoir été sensibilisées, notamment par l'intermédiaire des réseaux régionaux de périnatalité, et toutes s'efforcent de les repérer, même si certaines ne se sentent pas à l'aise, face aux violences par exemple, comme l'explique Sylvie :

> « (…) la prévention des violences et tout ça, j'avoue que je suis pas très à l'aise. J'ai toujours une petite gêne je pense, je finis… j'essaie de terminer par ça, alors qu'en fait, peut-être qu'il faudrait que je le pose d'entrée de but en blanc. Ça dépend, il y a des gens… je sens que je vais arriver peut-être à les amener plus vers la fin de l'entretien. Peut-être qu'une fois qu'on aura un petit peu réchauffé l'atmosphère ou des fois on se connaît pas, donc… des fois, c'est la première fois que je les vois à l'entretien prénatal, je sais pas, j'ai l'impression peut-être que je le vivrai comme ça moi, si c'était moi qui étais à leur place et je me sentirai peut-être pas agressée, mais tout de suite mis dans un tas de… peut-être d'interrogatoire un peu… J'ai moins l'impression que si j'y viens à la fin, ce sera peut-être d'abord… ça va sortir peut-être plus facilement et qu'ils se livreront peut-être plus facilement si on a déjà échangé avant. » *(Sylvie,30-40 ans de carrière, libérale)*

Si les sages-femmes se présentent « comme des spécialistes de la relation d'écoute »[810], on voit avec Sylvie la difficulté qui peut apparaître dans la manière d'aborder la question des vulnérabilités. Depuis la décennie 2010, les politiques publiques en périnatalité se déclinent au niveau régional par l'intermédiaire des réseaux de périnatalité, sous l'égide des Agences Régionales de Santé (ARS). Sur mon terrain, la question de la prise en charge de la vulnérabilité a suscité une proposition de formation pour devenir sage-femme « référente vulnérabilité », comme en témoigne Chantal :

[810] B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, *op. cit.*, p. 125.

« Je suis bien meilleure sur les risques psycho-sociaux que ce que je pouvais l'être il y a 10 ans, pas sur le côté médical mais sur les risques psycho-sociaux (…) c'est parce que je me suis formée dans ce sens (…) Je trouve que les gens sont plus précaires encore qu'avant, ou alors c'est que je m'en aperçois plus. Peut-être, mais une précarité, oui, qui s'est développée. Après non, pour le reste, je trouve que j'ai pas vu d'autres évolutions des risques à ce point-là quoi. (…) Je pense qu'au début de mon activité de sage-femme, j'avais beaucoup, beaucoup, beaucoup moins la notion du risque psycho-social, et j'étais centrée parce que c'est un peu ce qu'on nous apprend vraiment sur le côté médical. Donc, je sais pas si les risques sont modifiés parce que maintenant, je les vois *(Rire)*, ou alors qu'ils se sont réellement modifiés, je saurai pas dire. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

L'approche de l'action publique « par le bas » permet de voir comment les acteurs ont construit la prise en charge des risques psycho-sociaux. Cette question identifiée, nous l'avons vu, dans le dernier plan de périnatalité (2005-2007), illustre bien la dynamique de « sanitarisation du social, c'est à dire une réécriture d'un problème social en langage sanitaire »[811]. En effet, lorsque j'occupais la fonction de cadre, j'ai participé à la définition de cette prise en charge dans la maternité où j'exerçais. Dans certaines régions (mais pas toutes), le déploiement de sage-femmes « référentes vulnérabilité » a été lancé dans les institutions publiques à partir de la décennie 2010 (ce fut le cas pour les deux maternités de mon étude) sous l'impulsion des réseaux de périnatalité ; les maternités publiques étaient libres de participer ou non à l'expérimentation[812]. Depuis lors, plusieurs mesures ont été prises récemment au plan national, dans le cadre de la politique des « 1 000 premiers jours de l'enfant », qui vise à permettre la mise en place d'environnements favorables au développement de chaque enfant : d'abord la généralisation de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) obligatoire depuis mai 2021, et de l'Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) depuis juillet

[811] D. Fassin, *Faire de la santé publique*, *op. cit.*, p. 32.

[812] Je peux compléter, avec mon témoignage d'ancienne cadre, sur la façon dont s'est construit au niveau régional le réseau de « sage-femme référente vulnérabilité ». Le projet a débuté avec l'estimation concrète des femmes en situation de vulnérabilité via la distribution d'un auto-questionnaire – réalisé par le réseau de périnatalité – aux femmes enceintes venant consulter. Après ce recensement transmis au réseau pour analyse, l'ARS a proposé une formation spécifique au repérage des risques et facteurs de risques psycho-sociaux chez les parturientes et à leur orientation vers les agents du psycho-social, pour les sages-femmes devenant « référente vulnérabilité », assortie d'un financement de leur poste à hauteur de 0,1 ou 0,2 équivalent temps plein, selon l'estimation de la file active de patientes concernées par la problématique, pour inciter l'adhésion des établissements au projet .

2022 ; ensuite, la publication de recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé en janvier 2024 pour l' « accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal »[813]. Ces mesures, qui participent de la sanitarisation du sociale, participent d'une dynamique de rationalisation. Notons par ailleurs, que le dispositif « sage-femme référente », entré en vigueur après le décret du 23 novembre 2023, fait également partie de la politique déclinée à la suite de la publication du rapport de la commission des 1 000 premiers jours, et donne la possibilité d'étendre la prise en charge des vulnérabilités et sa coordination au secteur libéral, même si ce dispositif se veut être plus large[814]. Il sera intéressant d'étudier comment cette mesure impacte le travail des sages-femmes libérales et au-delà, la juridiction de la profession toute entière et celle des professions voisines (des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres), dans la perspectives des « écologies liées »[815].

3. Les risques comportementaux

Dans la catégorie des risques de vulnérabilité, outre les risques psycho-sociaux, on trouve les risques que l'on nomme en général « comportementaux », c'est-à-dire liés à des conduites à risque, comme la consommation d'alcool, de drogues, de tabac, ou encore de mauvaises habitudes alimentaires. Ces risques sont cités par les professionnelles quand elles répondent à la question sur la prévention, les risques, et les facteurs de risques. Ainsi de Chloé :

> « La prévention, c'est déjà je dirais la chose… finalement, c'est le boulot de sage-femme, la prévention puisqu'on va faire de la prévention pendant toute la grossesse, dès le début jusqu'à la fin, le tabac, l'alcool, la prise de poids, les régimes alimentaires. Ça, de plus en plus, on a des personnes qui… je dirais pas qui mangent mal mais en tout cas,

[813] Haute Autorité de Santé, *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal*, s.l., Haute Autorité de Santé, 2024.

[814] La sage-femme référente a pour missions d'informer sa patiente sur son parcours de grossesse et sur le suivi médical du nourrisson ; de réaliser elle-même la majorité des rendez-vous du parcours de la grossesse et du suivi postnatal ; d'assurer un rôle de prévention tout au long du parcours ; de faire le lien avec la maternité et veiller à ce que la femme ait bien un suivi à domicile programmé à sa sortie de maternité ; d'assurer la coordination des soins de la patiente et faire le lien avec le médecin traitant ; d'informer la patiente de ses droits et démarches administratives. Pour assurer ces missions, les sages-femmes référentes peuvent percevoir un forfait à hauteur de 45 euros par suivi de grossesse.

[815] A. Abbott, « 1. Écologies liées », art cit.

qui ont des IMC de plus en plus élevés. C'est catastrophique. L'alimentation, je pense que c'est vraiment un point important, le tabac, la drogue, l'alcool. Je pensais pas qu'on avait autant de gens aussi qui se droguaient clairement. » *(Chloé, moins de 10 ans de carrière, hospitalière)*

Les observations de terrain ont montré que les consommations d'alcool et de tabac sont abordées avec toutes les femmes, quelles que soient leurs caractéristiques sociales. J'ai ainsi entendu Eliane *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* dire à plusieurs femmes « tabagiques »[816] : « la grossesse est un bon moment pour arrêter le tabac », de la même manière que Lydie *(plus de 40 ans de carrière, PMI)* tente de sensibiliser la patiente du cas 14 aux risques de la consommation de tabac pour son enfant (cf. supra, chapitre 3). On note que Chloé classe les mauvaises habitudes alimentaires dans la même catégorie que les consommations de « toxiques » et leur attribue une importance équivalente en termes de risques. L'alimentation est un thème évoqué tout au long de la surveillance de la grossesse par toutes les sages-femmes de mon étude, et selon deux dimensions : d'une part, en termes de risques liés à la consommation de produits pouvant transmettre certains agents pathogènes (le toxoplasme[817] dans les crudités ou la viande rouge crue, ou encore la listéria[818] dans les produits à base de lait cru ou la charcuterie), ou aux régimes alimentaires déséquilibrés pouvant favoriser le diabète gestationnel ; d'autre part, dans une perspective de salutogénèse (cf. supra, chapitre 4), c'est-à-dire comme élément favorable à la santé. Nadège mentionne ainsi à propos de l'alimentation :

« Je trouve que c'est… enfin, au niveau santé, je suis certaine que ça joue énormément. » *(Nadège, 20-30 ans de carrière, libérale)*

La thématique de l'alimentation est ici brièvement évoquée, mais elle mériterait d'être saisie par des travaux dédiés, au regard de l'importance qu'elle semble occuper aussi bien dans les pratiques observées sur le terrain, que dans le discours des sages-femmes enquêtées.

[816] Les soignants emploient fréquemment ce vocable pour désigner les femmes qui consomment du tabac.

[817] La toxoplasmose peut provoquer des malformations fœtales graves, notamment cérébrales, selon le moment dans la grossesse.

[818] La listériose peut induire des accouchements prématurés et des infections néonatales graves.

4. Des pratiques variables selon le contexte institutionnel et local et la trajectoire des agents

Les observations de terrain ont mis en évidence que certaines sages-femmes abordaient certains risques de manière originale. Dans la perspective des différenciations de différenciations proposée par Anne Paillet, j'ai identifié quatre situations où le contexte de travail d'une part, et la trajectoire des sages-femmes d'autre part, pouvaient avoir des effets sur leurs pratiques en matière de prévention des risques.

Tout d'abord, l'évaluation du fonctionnement de la thyroïde[819] est prescrite chez toutes les femmes enceintes suivies à la maternité de Grandeville, ce qui n'est pas le cas à Métroville. Interrogées sur ce sujet, les sages-femmes rapportent leur pratique à une politique de service mise en place par un ancien obstétricien. Alors que ce dernier n'exerçait plus à la maternité au moment de l'enquête, la pratique a perdurée, les sages-femmes étant convaincues de son bien-fondé au regard du nombre de patientes traitées pour un dysfonctionnement thyroïdien. La pratique semble même s'être diffusée dans les autres secteurs (territorial et libéral), puisqu'elle a été également observée chez certaines libérales et en PMI.

Ensuite, trois dimensions de la trajectoire des semblent influer sur les pratiques : les formations complémentaires, l'expérience professionnelle et l'expérience personnelle. Ainsi, Nadège *(20-30 ans de carrière, libérale)* accorde une attention particulière à l'alimentation. Grâce à l'entretien, j'ai saisi que sa pratique tenait à une formation complémentaire (un DU en nutrition) effectuée plusieurs années auparavant. Quant à Pauline *(moins de 10 ans de carrière, libérale)*, elle est la seule sage-femme à me parler du risque du bébé secoué[820] avec les patientes ou les couples qu'elle reçoit dans son cabinet. Au cours d'un échange entre deux consultations, j'aborde le sujet. Elle me raconte qu'avant de s'installer en libéral, elle a travaillé en PMI, où elle a été confrontée à des cas de bébé secoué. Marquée par cette

[819] La thyroïde joue un rôle crucial dans le développement fœtal, particulièrement du cerveau. Ainsi, des liens ont été mis en évidence entre hypothyroïdie et risques de retard de développement fœtal et de troubles cognitifs chez l'enfant. La fonction thyroïdienne est évaluée biologiquement par le dosage de la TSH (Thyroid Stimuling Hormone).

[820] Le syndrome du bébé secoué est une forme grave de maltraitance infantile résultant de secousses violentes infligées à un nourrisson ou un jeune enfant. Les secousses provoquent un mouvement rapide d'avant en arrière de la tête, causant des lésions cérébrales. Le cerveau du bébé, encore immature, heurte les parois du crâne. Souvent liées, la frustration ou l'épuisement du parent / gardien face aux pleurs incessants du bébé sont souvent la cause de ce syndrome, associé aussi à un manque de connaissance sur les dangers de secouer un bébé.

expérience, elle insiste auprès des parturientes ou des couples sur le fait de « savoir passer le relais », pour prévenir ce risque. Enfin, Eliane *(plus de 40 ans de carrière, PMI)*, attentive au risque des pathologies thyroïdiennes comme d'autres consœurs exerçant sur le même territoire, se distingue par le fait qu'elle prescrit des thérapeutiques qui ne font pas partie de sa compétence de prescription[821]. Interrogée, Eliane m'explique qu'elle a fait l'expérience de la maladie et qu'elle a été opérée d'un cancer de la thyroïde. Elle-même sous traitement pour corriger l'hypothyroïdie consécutive à son intervention, elle connaît les dosages du médicament et les adaptations nécessaires selon les bilans biologiques qui évaluent la fonction thyroïdienne. Quand je lui fais remarquer que le médicament est hors droit de prescription, Eliane me dit assumer totalement ce dépassement de compétence, car elle estime maitriser la prescription et considère comme prioritaire que la patiente soit traitée. On retrouve ici le dilemme des sages-femmes du XIXe siècle face à l'interdiction d'utiliser les forceps (cf. chapitre 2) : pour suivre Florent Champy, le travail de « délibération sur les valeurs ou les objectifs servis »[822] effectué par cette sage-femme mobilise la sagesse pratique, saisie comme « sens moral [ou encore] (…) discernement »[823].

B. Catégorisation des femmes et des couples et prise en charge différentiée

Pour compléter l'analyse du travail des sages-femmes dans l'activité de surveillance de grossesse, j'emprunterai la perspective d'Anne Paillet qui mobilise « la notion de "valeur sociale" des patient·e·s – et ce dans une acception large du terme « social » qui, loin de renvoyer aux seuls milieux sociaux comme dans certaines reprises contemporaines, prend en compte concomitamment une pluralité de critères d'évaluation : non seulement les appartenances de classe mais aussi les âges et les assignations ethno-raciales, ainsi que les jugements moraux portés sur les mœurs supposées »[824].

[821] Dans ce cas précis, être indigène m'a permis de relever ce fait qui ne l'aurait peut-être pas été par un chercheur non sage-femme.

[822] F. Champy, *La sociologie des professions*, *op. cit.*, p. 91.

[823] *Ibid.*

[824] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit, p. 22.

1. Le travail de catégorisation pour orienter la recherche des risques

a. *Les patientes saisies par leur profession*

Pendant la consultation, la profession des parturientes peut orienter la recherche de certains facteurs de risque, comme l'indique Chantal :

> « En fait, quand je remplis le dossier médical, là, de notre dossier médical, il y a toujours la première partie qui est quelle est la profession. (…) On va savoir si dans sa profession, elle est secrétaire ou manutentionnaire, ça va pas être les mêmes facteurs de risque. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Comme je l'ai déjà mentionné, une phrase prononcée par Isabelle *(30-40 ans de carrière, hospitalière)* (« la grossesse n'est pas une maladie, mais on vit dans un monde de malade ») a attiré mon attention. En entretien, Isabelle apporte elle-même des précisions par rapport à l'emploi de cette expression :

> « Moi, je dis souvent aux mamans : « La grossesse n'est pas une maladie, le problème, c'est qu'on est dans un monde de malades ». Parce que, ça c'est quelque chose que j'ai observé : je trouve que la société, en fait, la culture actuelle, je sais pas, génère des risques pour la femme enceinte, parce que la vie, elle est plus stressante, parce qu'il y a moins de sollicitude et parce que je trouve qu'il y a quasiment, pour les femmes qui travaillent, un déni de grossesse du milieu professionnel. » *(Isabelle, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

De fait, les deux femmes enceintes devant qui Isabelle a prononcé cette phrase (sur neuf consultations observées) étaient deux femmes en activité, une directrice de communication et une kinésithérapeute. J'ai observé par ailleurs que certaines professions pouvaient influer sur la pratique professionnelle. Ainsi, Samira *(20-30 ans de carrière, hospitalière)* a été déstabilisée par la profession de substitut du procureur d'une patiente enceinte de son premier enfant, à 35 semaines d'aménorrhée (8e mois), âgée de 30 ans. De manière étonnante, la sage-femme s'est contentée de regarder les résultats des examens biologiques prescrits et de répondre aux questions de la parturiente concernant son projet de grossesse. Elle n'a pas demandé les échographies, alors qu'elle les a demandées à une autre patiente elle aussi suivie en libérale et venue pour la consultation du 8e mois (cf. chapitre 3), n'a posé

aucune question relative, aux antécédents, et n'a pas procédé à l'examen clinique. À la fin de la consultation, en aparté, elle me dit qu'elle est impressionnée par la profession de cette dernière (« on n'a pas souvent ce type de patiente ici »). Tout se passe comme si une profession jugée prestigieuse entraînait une moindre médicalisation et sensibilisation aux risques. Si j'ai pu ensuite observer d'autres cas avec d'autres sages-femmes où les patientes exerçaient des professions toutes aussi prestigieuses, ce type de cas qui est survenu au début de mon enquête ne s'est produit pas reproduit.

b. *Tenir compte des inégalités sociales*

Bien que des cas de précarité aient été observées sur le terrain libéral, la majorité des femmes en situation de précarité étaient suivies par les sages-femmes de PMI (Eliane et Lydie) et par certaines hospitalières (Solène, Chantal et Caroline). Lorsque les patientes ont déjà été reçues, et que leur situation est donc connue, les consultations commencent par les soucis quotidiens des conditions de vie. Les sages-femmes demandent « alors, vous en êtes où… ? » à propos du logement, de démarches administratives pour les papiers, ou du rendez-vous avec une assistante sociale. En entretien, Chantal *(30-40 ans de carrière, hospitalière),* qui est référente vulnérabilité, explique comment elle procède pour repérer les facteurs de risques relatifs aux conditions de vie :

> « Est-ce qu'ils sont mariés, etc. C'est déjà… je pense, je le remplis systématiquement parce que c'est déjà lister certains facteurs de risque : on va savoir si la dame elle vit seule ou pas ; si le père du bébé il est là, il est pas là, il reconnaîtra, il reconnaîtra pas (…) ; si elle habite dans un appart insalubre ou dans un appart qui est au 4ème étage sans ascenseur et qu'elle a déjà trois gosses, ben c'est pas la même chose. Voilà, tout ce genre de chose, on va dire que ça, je les intègre au fur et à mesure que je pose les questions, et je les garde dans un coin de ma tête pour pouvoir après réaborder en fonction un peu de ce qui sera sorti déjà de ça. Et ça c'est avant même les antécédents médicaux, on a des facteurs de risque qui apparaissent, voilà » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

Le dossier comme support de communication réapparaît ici, mais cette fois pour renseigner les données relatives à la condition sociale des femmes enceintes, c'est-à-dire, ici, l'isolement, le logement, ou encore le nombre d'enfants à charge. Une de mes questions,

relative à la manière de classer les profils des femmes enceintes, a fait émerger une conscience forte des inégalités sociales au sens large. A propos de la catégorisation, Chantal toujours, répond :

> « il y a les dames qui vont être d'origine marocaine, qui sont quand même celles qui sont restées traditionnelles et qui sont quand même de… on peut dire que c'est un groupe parce qu'elles ont leur propre fonctionnement avec leurs codes et leur culture. (…) elles s'occupent beaucoup seules des enfants pour une partie, et comme elles en ont souvent plusieurs, ben voilà, elles se retrouvent à gérer des fois trois ou quatre enfants et en étant seule à les porter dans les escaliers, avec des conditions de logement des fois qui sont précaires aussi, donc ça, c'est un facteur de risque pour moi ça, » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

On voit ici la pertinence de la suggestion par Anne Paillet « d'aborder la notion de « social » de manière large et pluridimensionnelle »[825]. Les patientes du groupe décrit par cette sage-femme sont saisies à la fois par leur nationalité (« origine marocaine »), leur culture (« leur propre fonctionnement avec leurs codes et leur culture »), et leurs conditions de vie (« trois ou quatre enfants », « des conditions de logement (…) précaires »). La catégorisation qui s'opère semble presque relever d'une approche d'intersectionnelle.

c. *Origines géographiques, origines ethniques, nationalités et race*

Fondée sur des « pratiques professionnelles, (…) acquis(es) au cours des enseignements reçus sur les bancs de la faculté ou sur les terrains de stage hospitaliers »[826], l'analyse de certains risques repose sur des processus de racialisation. Priscille Sauvegrain montre en effet que

> *« L'identification de différences physiques ou physiologiques supposées de certaines femmes, combinée à l'imputation de différences culturelles, à des perceptions plus ou moins stéréotypées de leurs modes de vie et à l'identification de « problèmes » posés par*

[825] *Ibid.*, p. 39.

[826] J'emprunte cette notion à Priscille Sauvegrain, même si les sages-femmes enquêtées ne l'ont pas mentionnée en entretien. Voir P. Sauvegrain, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France », art cit, p. 95.

certaines patientes aux professionnels, aboutissent à la construction de catégories ethnicisantes et racisantes en périnatalité »[827].

Sur le terrain, lors de l'EPP réalisé avec le couple du cas 9 (cf. chapitre 3), j'ai noté que Martine aborde la question de l'alimentation, donne des conseils diététiques, et évoque le risque de diabète gestationnel. Elle poursuit sur le risque d'hypertension artérielle et précise que « les femmes de race noire ont plus de risque d'avoir de l'hypertension pendant la grossesse ». La patiente sourit, mais ne dit rien, alors la praticienne ajoute que « chaque race a ses problèmes, on le sait, par exemple, les bretons, c'est les hanches ! » En entretien, lorsque j'interroge la sage-femme sur la manière dont elle recherche les risques et les facteurs de risque, elle développe son argumentaire ainsi :

> « Moi je parle de la même chose à tout le monde en insistant sur les ethnies suivant qui j'ai en face. C'est pas pareil s'il y a une femme noire, s'il y a une bretonne. (Rire). Je dis alors : « Chez vous ça, c'est votre spécialité. Ça c'est chez vous, ça c'est votre spécialité » Donc, chacun a ses spécialités hein, commençons pas à les mélanger, sinon on sait plus où on habite non. (Rire). Alors elle dit : « Ouais, c'est fréquent. » « Oui, ça chez vous, c'est comme ça. » « Ah oui, ma tante, machin. »… et ça conforte puisqu'elles savent déjà en fait, tout simplement. Tu vas juste chercher ce qu'elles savent déjà, dans leur histoire familiale. Et oui, mais sinon je leur dis à toutes les même choses, oui, il n'y a pas de raison de pas le redire, les mêmes choses suivant les milieux sociaux, suivant les machins, c'est toujours pareil. » *(Martine, 30-40 ans de carrière, libérale)*

A l'instar de l'étude de Priscille Sauvegrain sur la santé maternelle des femmes « Africaines », on note que la catégorisation opérée par cette professionnelle pour hiérarchiser les risques, repose sur l'attribution d'

> *« une altérité essentialisée qui semble transmissible de génération en génération. (…) Les soignants affirment d'ailleurs respecter, voire favoriser, le principe d'égalité pour tous dans l'accès aux soins. Les catégories qu'ils mobilisent n'en traduisent pas moins une*

[827] *Ibid.*

habitude médicale de penser des différences entre des groupes humains, différences qu'ils qualifient volontiers d'« ethniques » ou de « génétiques »[828].

Sur le terrain encore, j'ai constaté que la question de la consanguinité – et les risques génétiques associés – est abordée par certaines sages-femmes uniquement chez les couples catégorisés selon « des typologies ethnico-géographiques »[829] (« les gitans » et « les maghrébins ») ou nationale (« les marocains »). Cette pratique montre une nouvelle fois l'attribution d'une valeur sociale construite de manière pluridimensionnelle. J'ai cherché dans la littérature scientifique des études qui montreraient une corrélation entre risques et appartenance à un groupe ethnique. Une étude prospective réalisée en Angleterre sur des femmes d'origine pakistanaise, publiée en 2013 dans la revue *The Lancet* a montré un risque significatif associant consanguinité et anomalies congénitales[830]. Concernant les risques chez la femme « Africaine », Priscille Sauvegrain montre dans son étude quantitative que

« Nos résultats statistiques attirent donc l'attention sur deux points essentiels : d'une part ils nous apprennent que le groupe des femmes catégorisées comme « Africaines » recouvre en fait deux sous-population bien distinctes, celles qui ont immigré et celles qui sont nées en France. Les premières ont un taux significativement plus élevé de césariennes que celles qui sont nées en France (qu'elles soient catégorisées comme « Africaines » ou d'une autre origine, y compris les Françaises d'ascendance française). D'autre part, il s'avère que cet écart tient principalement au fait que les femmes nées en Afrique Subsaharienne présentent un moins bon état de santé que l'ensemble de la population étudiée, qu'elles sont plus nombreuses à avoir un utérus cicatriciel (ce qui indique des césariennes antérieures) et enfin, que leurs tailles de bassins sont au-dessous des normes établies, ces mesures ne se retrouvant pas chez les femmes nées en France, mais catégorisées comme « Africaines ». »[831]

---

[828] *Ibid.*

[829] A. Nacu, « À quoi sert le culturalisme ? », art cit, p. 112.

[830] Une étude prospective parue dans la revue The Lancet a déterminé que la consanguinité est un facteur de risque majeur d'anomalies congénitales. Voir Eamonn Sheridan et al., « Risk factors for congenital anomaly in a multiethnic birth cohort: an analysis of the Born in Bradford study », *The Lancet*, 2013, vol. 382, n° 9901, p. 1350-1359.

[831] P. Sauvegrain, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France », art cit, p. 89.

2. Des prises en charge différenciées

Dans une étude sur les « usages du culturalisme »[832], Alexandra Nacu discute de la manière dont le culturalisme est souvent invoqué par les professionnels de santé pour expliquer les comportements et pratiques des femmes migrantes qui s'écartent des normes médicales établies. Elle met en évidence que ce cadre peut conduire à la catégorisation des patientes en fonction de leurs origines ethniques, ce qui simplifie à l'excès des réalités sociales complexes. A la question portant sur la catégorisation des femmes enceintes qu'elle suit en échographie, Vanessa *(10-20 de carrière, hospitalière)* déclare :

> « On a une grosse population d'Afrique noire qui arrivent sans papier, sans rien, qui ont été… alors j'extrapole mais, je pense pour la plupart, violées pour pouvoir passer. Du coup, c'est un peu difficile pour elle de voir les bébés, il n'y en a qui ne regardent pas. Donc ça, c'est pour moi le plus difficile. (…) elles ont que l'écran de report c'est-à-dire qu'elles sont vraiment de dos à mon écran donc elles peuvent pas regarder mon écran. (…) Et là, c'est vrai que… mais on le voit tout de suite, elles ont la tête complètement baissée, c'est même pas juste les yeux, c'est… elles font vraiment le rejet de cet écran. Elles ne regardent pas l'écran. (…) c'est difficile. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Le discours de cette sage-femme semble illustrer plusieurs effets du culturalisme. Tout d'abord, l'association entre le statut de « migrante » et le comportement des femmes confirme que « le principe d'explication des comportements est (…) culturaliste dans le sens d'une assignation essentialiste des identités qui devient le principal élément de repérage et d'explication des comportements »[833]. Ainsi, Vanessa suppose que « le rejet de l'écran », comportement perçu comme déviant « par rapport aux routines médicale »[834], est la traduction d'une grossesse non désirée. Une autre explication pourrait être formulée à la lecture de l'enquête d'Alexandra Nacu : « les femmes migrantes semblent moins

[832] A. Nacu, « À quoi sert le culturalisme ? », art cit.

[833] *Ibid.*, p. 115.

[834] *Ibid.*

prédisposées à entrer dans une relation de négociation avec les soignants, la relation qui ressort [de ses] entretiens ressemble davantage à une relation de fuite ou d'évitement »[835].

Le culturalisme offre également une justification à une limitation de la pratique, par des problèmes de « communication », comme pour Chantal :

> « C'est quand même beaucoup plus difficile, avec les dames qui parlent pas du tout français et où il faut faire des consultations en anglais, et en sachant qu'elles sont toutes des dames migrantes en fait, qui sont anglophones ou pseudo-anglophones (rire) qui parlent anglais aussi bien que moi, c'est-à-dire très, très mal et là, ouais, c'est difficile parce que je sais que je peux pas faire le tour de tout, et que du coup, je vais aller sur les points essentiels, mais ça va rester… par rapport à ce que je pourrais faire, si on pouvait échanger normalement, je sens que je suis limitée. » *(Chantal, 30-40 ans de carrière, hospitalière)*

La professionnelle pointe une limitation de sa pratique à une forme essentialisée en raison de problèmes de communication imputées à la langue. On note par ailleurs dans son propos une frustration de ne pas pouvoir exercer pleinement ses compétences dans ses situations qu'elle qualifie de difficile. Ceci renvoie à un autre argument mis en avant par Paillet :

> *« (…) les situations de travail non désirées ne sont pas associées à n'importe quel type de patient.e. Les personnes qui sont perçues comme compliquant l'activité, ralentissant le rythme, alourdissant la pénibilité sont celles présentant des demandes et des comportements jugés illégitimes. Autrement dit, compte tenu des associations tendancielles entre les appréciations de la légitimité et celles de la valeur sociale, il s'agit surtout de la clientèle à laquelle est attribuée une faible valeur sociale »*[836].

Par ailleurs, une autre situation de travail qualifiée également de difficile a été observée, en raison de difficultés relationnelles non imputables à la langue, mais tout autant essentialisées.

---

[835] *Ibid.*, p. 126.

[836] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit, p. 37.

Extrait du journal de terrain. Cas n°19

Caroline *(20-30 ans de carrière)* reçoit en consultation de suivi de grossesse, une patiente âgée de 21 ans, enceinte de son troisième enfant, à 28 semaines d'aménorrhée (7e mois). Elle est avec ses deux enfants, qui portent pour seul vêtement une couche (rempli d'urine). Nous sommes en plein été. L'aîné, un garçon, marche et la fille est en poussette. La patiente vit en caravane (communité gitane) et est accompagnée par une éducatrice spécialisée. Il s'agit de la première consultation avec Caroline. La parturiente a déjà été vue auparavant par une autre sage-femme, mais n'est pas venue à la consultation qui avait été précédemment programmée (mentionné sur le dossier informatisé). Les enfants font du bruit en entrant avec leur mère, je n'entends pas si les femmes se disent bonjour. La patiente prend la parole en indiquant qu'elle a des douleurs. La sage-femme lui demande si elle a des contractions utérines ou des saignements. Elle demande ensuite à la femme enceinte si elle a des douleurs dans les jambes, si elle fait bien « pipi, caca ? ». La parturiente ne signale pas de signes cliniques. Caroline lui demande quand est prévu la prochaine échographie. La femme enceinte répond en donnant la date. La praticienne demande ensuite si le rendez-vous avec l'anesthésiste est prévu. La parturiente répond : « Oui, mais j'en ai pas besoin ». La sage-femme indique : « il voit tout le monde au cas où. » L'aîné court partout dans le bureau de consultation. La patiente demande : « C'est possible d'accoucher avant le terme ? » La professionnelle réplique : « C'est pas du tout le moment d'accoucher. » Huit minutes après le début de la consultation, l'examen clinique est réalisé. Caroline demande à la femme enceinte de se peser et de retirer sa culotte. Celle-ci rétorque : « Faut déjà fermer le rideau, je veux pas que mon fils voit. » La patiente indique qu'elle a beaucoup de pertes vaginales et qu'elle a une « petite boule ». La sage-femme prend la tension artérielle, réalise le palper utérin et indique que l'utérus est souple. Elle écoute les bruits du cœur et dit qu'elle va faire le toucher vaginal. La parturiente répond : « Ça, je crains. » Caroline informe que le col est raccourci et qu'il faut faire une échographie du col. L'examen clinique dure au total 7 minutes. La praticienne informe sur le fait qu'il faut que son aîné soit gardé le temps de faire l'échographie du col et dit : « J'espère que ce sera que quelques heures. » La patiente répond : « Pourquoi ça m'arrive toujours ? ». Elle évoque que ça lui est arrivé pour ses deux premiers enfants. La sage-femme a préparé les prescriptions d'examens biologiques et s'adresse cette fois à l'éducatrice spécialisée pour expliquer les ordonnances. Lorsque la femme enceinte a quitté le bureau de

consultation, Caroline me dit : « Je savais que ça serait compliqué. » Ainsi, s'achève la consultation la plus brève (23 minutes) de mon étude.

La dernière phrase prononcée montre que la sage-femme, au regard des informations mentionnées dans le dossier, avait des indices sur le type de situation (« compliqué ») auquel elle allait être confrontée. De plus, la question de la patiente relative à la possibilité d'accoucher avant le terme est manifestement considérée comme une demande illégitime par la sage-femme (« C'est pas du tout le moment d'accoucher »). Si Caroline recherche les informations indiquant que la surveillance échographique et la consultation d'anesthésie (obligatoire en prévision de l'accouchement) sont planifiées, sa pratique professionnelle se trouve néanmoins réduite à un interrogatoire et un examen clinique axés principalement sur des risques de menace d'accouchement prématuré. Les conditions de vie ne sont pas abordées alors que la parturiente vit en caravane et est déjà mère de deux enfants à 21 ans.

Pour conclure sur le travail de catégorisation selon l'évaluation de la valeur sociale des patientes, les propos de Vanessa *(10-20 ans de carrière, hospitalière)* décrit concrètement la manière dont elle relève les indices :

> « (…) c'est vrai que j'aime bien avoir de l'information. Et je demande au secrétaire de beaucoup détailler sur mes feuilles, le plus de choses possibles pour que je sache à qui j'ai à faire dès l'arrivée. Et j'ai une petite astuce pour savoir à qui j'ai à faire, c'est que je demande dès que les patientes arrivent, par qui elles sont suivies. Et voilà, ils ont une étiquette sur la tête. Suivie par le professeur Z, le professeur X, le docteur M, enfin voilà quand c'est… Je me dis qu'il y a un soit un gros antécédent, soit un gros problème sur cette grossesse. Quand c'est suivi par les sages-femmes référentes vulnérabilité c'est plutôt addicto. Donc j'arrive déjà à cerner un petit peu les choses. Ma collègue Chantal aussi, il y a quand même… voilà de la fragilité. Et puis après, il y a les autres sages-femmes qui gèrent un peu plus le tout-venant, on va dire. Donc… donc ça me donne quand même… Après c'est terrible, je les étiquette avant même qu'elles soient rentrées mais j'ai aussi besoin de savoir à qui j'ai à faire pour savoir comment me comporter. » *(Vanessa, 10-20 ans de carrière, hospitalière)*

Le travail de catégorisation participe ainsi au développement d'un savoir empirique, mobilisé en même temps que le savoir abstrait lors de l'opération d'inférence. Si les observations ont également mis en évidence que la différenciation de prise en charge peut concerner par ailleurs la relation interpersonnelle entre soignante et soignée, lorsque les patientes sont saisies par le prisme de l'intersectionnalité, ce travail d'analyse, qui n'a pu être réalisé dans cette thèse, mériterait une recherche dédiée.

Conclusion

Le travail de priorisation et de hiérarchisation des risques dans le cadre du suivi de grossesse constitue un processus dynamique, complexe et multidimensionnel, nécessitant une approche nuancée et contextualisée.

À travers les témoignages des sages-femmes et les observations recueillies, la pratique maïeutique saisie par le prisme des professions à activité prudentielle, apparaît s'appuyer sur des savoirs pour une part abstrait et pour une autre part empirique, afin de déterminer les prises en charges adaptées. Elle requiert une compréhension approfondie des besoins individuels des femmes enceintes, ainsi qu'une capacité à naviguer dans un cadre législatif et scientifique ,tout en tenant compte des spécificités de chaque situation clinique.

L'un des points saillants mis en évidence est la reconnaissance de la singularité de chaque femme enceinte. Si cette approche individualisée vise idéalement une prise en charge holistique, celle-ci peut se trouver limitée en raison notamment de difficultés de communication.

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche propose une analyse sociologique approfondie du travail des sages-femmes dans le cadre de la surveillance prénatale en France. L'objectif principal était de déconstruire les mécanismes d'appropriation professionnelle de cette activité, en examinant les pratiques, les contextes d'exercice, et les dynamiques interactionnelles. L'approche méthodologique, ancrée dans une perspective multidimensionnelle, conjugue les apports de la sociologie du travail et des professions, et de l'action publique « par le bas », s'appuyant sur une démarche ethnographique multisituée comprenant observations participantes et entretiens biographiques.

Le premier chapitre offre une socio-histoire de la surveillance des grossesses et de la participation des sages-femmes à cette activité. L'analyse diachronique de la construction de la profession depuis 1789 met en lumière une trajectoire non linéaire, caractérisée par des phases d'expansion et de restriction juridictionnelles. Le XIXe siècle émerge comme une période de consolidation professionnelle et de monopolisation de la santé féminine et infantile. En revanche, le XXe siècle est marqué par l'émergence des spécialités médicales et une érosion significative des prérogatives des sages-femmes. Le début du XXIe siècle amorce un processus de réappropriation de compétences, s'inscrivant dans un contexte de tension démographique médicale et de mobilisations collectives du groupe professionnel.

Le deuxième chapitre analyse les mutations de l'identité professionnelle des sages-femmes, en particulier depuis les années 1980. Il examine les stratégies de mobilisation et de revendication du corps professionnel dans sa quête de reconnaissance et de revalorisation. Ce chapitre met en exergue la position interstitielle des sages-femmes, entre *cure* et *care*, entre profession médicale et paramédicale. La bureaucratisation et le développement de la recherche en maïeutique sont interprétés comme des manifestations de la quête de légitimité et de reconnaissance du statut médical de la profession.

Le troisième chapitre se focalise sur les relations de service et interpersonnelles entre sages-femmes et usagères. Mobilisant le concept d'*agency*, il analyse comment l'évolution de la juridiction professionnelle favorise l'*empowerment* des femmes. La notion de « proximité »

émerge comme une caractéristique ontologique de la relation de soin, contribuant à l'atténuation de l'asymétrie traditionnelle expert-profane.

Le quatrième chapitre examine en profondeur les pratiques professionnelles des sages-femmes durant le suivi prénatal, mettant en lumière la diversité des compétences mobilisées. Il démontre que la pratique des sages-femmes se caractérise par une « subtile synthèse du *cure* et du *care* » élément constitutif de leur identité professionnelle. L'analyse porte sur l'intégration du raisonnement probabiliste et de la technicisation dans la pratique, tout en soulignant le maintien d'une posture réflexive critique vis-à-vis de leur usage systématique.

Le cinquième chapitre analyse le travail de priorisation et de hiérarchisation des risques, révélant un processus dynamique, complexe et multidimensionnel. Il met en évidence la nature profondément prudentielle de l'activité des sages-femmes, caractérisée par une capacité d'adaptation aux singularités individuelles et une gestion fine des risques. Les sages-femmes apparaissent davantage comme des professionnelles de la vulnérabilité que comme simples garantes de la physiologie.

Les apports majeurs de cette recherche résident dans l'analyse de la position spécifique des sages-femmes dans l'écologie professionnelle du système de santé, l'examen de l'extension de leur juridiction, et leur approche nuancée de la technicisation des soins. L'étude met en lumière comment la profession de sage-femme, ancrée dans une histoire riche et complexe, continue de se transformer pour répondre aux enjeux sanitaires contemporains. Cette recherche contribue à éclairer les dynamiques de transformation des professions de santé, notamment dans leur rapport à la technique, à l'autonomie professionnelle et aux relations avec les patients. Elle ouvre des perspectives fécondes pour l'analyse des reconfigurations en cours dans le champ de la santé, dans un contexte de tensions démographiques et de mutations des attentes sociales vis-à-vis du système de soins.

Malgré ses contributions à la compréhension du travail des sages-femmes dans le cadre de la surveillance prénatale, la thèse échoue en plusieurs points qu’il convient de reconnaître et d'examiner de manière critique. Ces limitations, loin d'être de simples omissions, révèlent des zones d'ombre significatives dans notre compréhension des dynamiques sociales à l'œuvre dans les pratiques de soins périnataux.

Premièrement, l'analyse des pratiques par le prisme des différenciations sociales n'a été qu'esquissée, laissant un vaste champ d'investigation inexploré. Cette lacune est particulièrement problématique dans le contexte des soins de santé, où les inégalités sociales se manifestent de manière aiguë. Le travail d'analyse par le prisme des « différenciations de différenciations » d'Anne Paillet[837] n'est pas abouti et pourrait être complété en s'appuyant sur les travaux de Bourdieu[838] sur la distinction sociale. Une analyse plus approfondie aurait pu révéler comment les dispositions sociales des sages-femmes et des patientes influencent leurs interactions et, par extension, la qualité et la nature des soins prodigués. Cette omission limite notre compréhension des mécanismes subtils par lesquels les inégalités sociales se reproduisent dans le domaine de la santé périnatale.

Deuxièmement, le travail de catégorisation des patientes par les sages-femmes et ses effets potentiels sur les prises en charge n'ont été qu'effleurés. Cette limitation est significative car elle occulte un processus fondamental dans la pratique médicale. En se référant aux travaux de Cicourel[839] sur la construction sociale du diagnostic médical, une analyse plus poussée aurait pu mettre en lumière comment les catégories utilisées par les sages-femmes sont socialement construites et potentiellement chargées de biais implicites. L'absence d'une telle analyse laisse dans l'ombre les mécanismes par lesquels certains groupes sociaux pourraient être systématiquement désavantagés dans leur prise en charge.

Troisièmement, l'étude manque d'une analyse fine des variations dans les pratiques professionnelles selon les contextes d'exercice et les caractéristiques sociales des patientes. Cette lacune est particulièrement problématique car elle masque la diversité potentielle au sein de la profession et les inégalités de soins qui pourraient en découler. En mobilisant les concepts développés par Lipsky[840] sur la *street-level bureaucracy*, une analyse plus approfondie aurait pu révéler comment les contraintes institutionnelles et les ressources disponibles dans différents contextes d'exercice façonnent les pratiques des sages-femmes, potentiellement au détriment de certains groupes sociaux.

[837] A. Paillet, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », art cit.

[838] Pierre Bourdieu, *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Éd. de Minuit, 2007, 670 p.

[839] A.V. Cicourel, *Le raisonnement médical*, *op. cit.*

[840] Michael Lipsky, *Street Level Bureaucracy*, s.l., Russell Sage Foundation, 1980, 272 p.

Cette thèse ouvrent par ailleurs plusieurs pistes de recherche intéressantes.

L'impact des modifications récentes de la formation initiale des sages-femmes :

L'extension de la formation à six ans et la création du doctorat en maïeutique constituent des changements majeurs dont les effets sur la pratique et l'identité professionnelle restent à explorer. Dans la lignée des travaux d'Abbott[841] sur les systèmes des professions, il serait pertinent d'examiner comment ces évolutions influencent les frontières professionnelles, les relations interprofessionnelles, et le développement de la recherche en maïeutique. Une étude longitudinale comparant plusieurs cohortes de sages-femmes formées avant et après cette réforme pourrait apporter des éclairages précieux sur ces questions.

L'évolution du concept de physiologie dans la définition de la profession :

L'implication croissante des sages-femmes dans la gestion des risques et la prise en charge de situations complexes soulève des questions fondamentales sur la place de la physiologie dans l'identité professionnelle. S'appuyant sur les travaux de Tronto[842] sur l'éthique du care, de futures recherches pourraient explorer comment le concept de physiologie est redéfini et négocié au sein de la profession, et comment cette évolution influence les pratiques concrètes des sages-femmes.

L'expansion du champ d'action vers le suivi pédiatrique :

L'implication croissante des sages-femmes dans la vaccination et potentiellement dans le suivi pédiatrique ouvre de nouvelles perspectives de recherche. En mobilisant les travaux de Demazière et Gadéa[843] sur la sociologie des groupes professionnels, il serait intéressant d'examiner comment cette expansion redéfinit les frontières professionnelles et influence les dynamiques de spécialisation au sein de la profession.

[841] A. Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*

[842] J.C. Tronto, H. Maury et L. Mozère, *Un Monde vulnérable*, *op. cit.*

[843] Didier Demazière et Charles Gadéa, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, 466 p.

L'implication croissante dans le suivi gynécologique de prévention :

Cette évolution mérite une analyse approfondie de ses effets sur la place des sages-femmes dans le parcours de santé des femmes et sur les relations interprofessionnelles. En s'appuyant sur les travaux de Freidson[844] sur la profession médicale, cette analyse pourrait s'inscrire dans une réflexion plus large sur la division du travail médical et la redéfinition des territoires professionnels dans le domaine de la santé des femmes.

La tension entre rationalisation et personnalisation des soins :

L'étude a mis en évidence une tension entre la rationalisation de la surveillance de grossesse imposée par le raisonnement probabiliste et la tendance vers des suivis plus personnalisés. En mobilisant les travaux de Strauss[845] sur l'ordre négocié, il serait intéressant d'examiner comment les sages-femmes négocient ces tensions dans leur pratique quotidienne et quels sont les effets de cette dynamique sur la qualité des soins et la satisfaction des usagères.

Les effets à long terme de la pandémie de COVID-19 sur les pratiques de soins périnataux :

En s'appuyant sur les travaux récents en sociologie de la santé, notamment ceux de Bergeron et al.[846], une analyse approfondie des effets de la pandémie sur les pratiques de suivi de grossesse permettrait de comprendre les adaptations de la profession face à ce contexte exceptionnel et d'identifier les changements susceptibles de perdurer.

Ces perspectives de recherche invitent à poursuivre l'investigation de la profession de sage-femme comme un prisme analytique des enjeux contemporains de santé publique et de reconfiguration du champ médical. Elles permettent d'éclairer des questions sociétales majeures telles que l'évolution des rapports de genre dans le domaine médical, la tension entre technicisation et humanisation des soins, la redéfinition des frontières professionnelles

[844] E. Freidson, *La profession médicale*, *op. cit.*

[845] A. Strauss, *La trame de la négociation*, *op. cit.*

[846] Henri Bergeron et al., *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Presses de Sciences Po., s.l., Presses de Sciences Po, 2020, 136 p.

dans un contexte de pénurie médicale, et les mutations des attentes sociales en matière de santé reproductive et périnatale.

En définitive, cette thèse souligne l'importance de continuer à étudier la profession de sage-femme, non seulement pour son rôle central dans la santé maternelle et infantile, mais aussi comme un révélateur des transformations plus larges du système de santé et de la société. Les futures recherches dans ce domaine promettent d'apporter des éclairages précieux pour informer les politiques de santé, améliorer la qualité des soins, et approfondir notre compréhension des dynamiques sociales qui façonnent notre rapport à la santé et au soin.

BIBLIOGRAPHIE

Action publique, politique de santé et biopolitique

Balme, Richard, et Sylvain Brouard. « Les conséquences des choix politiques : choix rationnel et action publique ». *Revue francaise de science politique* Vol. 55, nº 1 (2005): 33-50.

Bergeron, Henri, Olivier Borraz, Patrick Castel, et François Dedieu. *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po. Presses de Sciences Po, 2020.

Bergeron, Henri, et Patrick Castel. *Sociologie politique de la santé*. Paris: Presses universitaires de France, 2014.

Berlivet, Luc. « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention ». In *Le gouvernement des corps*, édité par Didier Fassin et Dominique Memmi, 37-75. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2004.

Bernard, Marie-Reine, et Chantal Eymard. « L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises ». *Santé Publique* 26, nº 5 (5 décembre 2014): 591-602.

Blöss, Thierry. « Devoirs maternels ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 214 (9 août 2016): 46-65.

Bourdelais, Patrice, et Olivier Faure, éd. *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*. Histoire & société. Paris: Belin, 2005.

Buton, François. « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire ». *Genèses* no 65, nº 4 (2006): 71-91.

———. « Sous l'empire des risques sanitaires : les métamorphoses de la santé publique ». *Savoir/Agir*, nº 5 (2008): 75-82.

Buton, François, et Frédéric Pierru. « Instituer la police des risques sanitaires ». *Gouvernement et action publique* n° 4, nº 4 (29 novembre 2012): 67-90.

———. « Les dépolitisations de la santé ». *Les Tribunes de la santé* 1, nº 34 (2012): 51-70.

Cahen, Fabrice. « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) ». *Revue d'histoire de la protection sociale* N° 7, nº 1 (2014): 34-57.

Cahen, Fabrice, et Adrien Minard. « Les mobilisations contre les « fléaux sociaux » dans l'entre-deux-guerres. Essai de cartographie sociale ». *Histoire & mesure* XXXI, nº XXXI-2 (31 décembre 2016): 141-70.

Carricaburu, Danièle. « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales ». In *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, édité par Claude Gilbert et Emmanuel Henry, 55-71. Recherches/Territoires du politique. Paris: La Découverte, 2009.

Dagiral, Éric, Jean-Noël Jouzel, Arnaud Mias, et Ashveen Peerbaye. « Mesurer pour prévenir ? » *Terrains travaux* N° 28, nº 1 (12 septembre 2016): 5-20.

Dahlen, Hannah G. « The politicisation of risk ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 6-8.

Déplaude, Marc-Olivier. « Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population ». In *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, édité par Claude Gilbert et Emmanuel Henry, 255-72. Recherches/Territoires du politique. Paris: La Découverte, 2009.

Douguet, Florence, Simone Pennec, et Francoise Le Borgne-Uguen, éd. *Les négociations du soin : Les professionnels, les malades et leurs proches*. *Les négociations du soin : Les*

professionnels, les malades et leurs proches. Le sens social. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2019.

Durif-Bruckert, Christine, Sandra David, Jean-Pierre Durif-Varembont, Patrick Scharnitsky, et Nicole Mamelle. « Évaluation qualitative de l'application du décret périnatalité. Un renforcement des mécanismes de la surmédicalisation ». *Santé Publique* 19, nº 3 (2007): 229-39.

Ewald, François, Christian Gollier, et Nicolas De Sadeleer. *Le principe de précaution*. 2e éd. mise à jour. Que sais-je ? 3596. Paris: Presses universitaires de France, 2008.

Fargues, Philippe. « L'observation des grossesses : une occasion de mesurer indirectement la mortalité des enfants dans les pays à statistiques déficientes ». *Population* 40, nº 6 (1985): 891-909.

Fassin, Didier. *Faire de la santé publique*. Rennes: Éd. de l'École des hautes études en santé publique, 2008.

———. *L'espace politique de la santé essai de généalogie*. Paris: Presses universitaires de France, 1996.

———. « Préface. La mortalité comme instrument biopolitique ». In *Enregistrer les morts, identifier les surmortalités*, édité par Carine Vassy, I-IV. Recherche, santé, social. Rennes: Presses de l'EHESP, 2010.

Fassin, Didier, et Dominique Memmi, éd. *Le gouvernement des corps*. *Le gouvernement des corps*. Cas de figure. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2015.

Foucault, Michel. « La vie : l'expérience et la science ». *Revue de métaphysique et de morale* 90, nº 1 (1985): 3-14.

———. *Naissance de la clinique*. Nouvelle éd. Quadrige. Paris: PUF, 2015.

———. *Surveiller et punir*. Vol. 1. Paris: Gallimard, 1975.

Gardon, Sébastien, Amandine Gautier, et Gwenola Le Naour. *La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques*. *La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques*. Update Sciences & Technologie. Versailles: Éditions Quæ, 2021.

Gilbert, Claude, et Emmanuel Henry. *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Recherches/Territoires du politique. Paris: Editions la Découverte, 2009.

Gilbert, Claude, Emmanuel Henry, et Isabelle Bourdeaux. « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes ». In *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, édité par Claude Gilbert et Emmanuel Henry, 7-33. Recherches/Territoires du politique. Paris: La Découverte, 2009.

Jacques, Béatrice. *Les politiques de périnatalité et leurs effets depuis 1972*. *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui*. ERES, 2013.

Lankshear, Gloria, Elizabeth Ettorre, et David Mason. « Decision-making, uncertainty and risk: Exploring the complexity of work processes in NHS delivery suites ». *Health, Risk & Society* 7, nº 4 (décembre 2005): 361-77.

Lascoumes, Pierre, Patrick Le Galès, et François de Singly. *Sociologie de l'action publique*. Nouvelle éd. 128. Malakoff: Armand Colin, 2018.

Lipsky, Michael. *Street Level Bureaucracy*. Russell Sage Foundation, 1980.

Löwy, Ilana. *Conclusion. Notes sur standardisation et régulation de la médecine*. *La gouvernance des innovations médicales*. Presses Universitaires de France, 2007.

Memmi, Dominique. *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Textes à l'appui. Paris: Éditions La Découverte, 2003.

———. *La seconde vie des bébés morts*. *La seconde vie des bébés morts*. Cas de figure. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2011.

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. « Plan “périnatalité” 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004.

Ministère Des Solidarités et de la Santé. Décision du 19 avril 2018 de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l’assurance maladie (2018).

Muller, Pierre, Bruno Palier, et Yves Surel. « L’analyse politique de l’action publique. Confrontation des approches, des concepts et des méthodes ». *Revue francaise de science politique* Vol. 55, nº 1 (2005): 5-6.

Palier, Bruno, et Yves Surel. « Les « trois I » et l’analyse de l’État en action ». *Revue francaise de science politique* Vol. 55, nº 1 (2005): 7-32.

Peretti-Watel, Patrick. « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? » *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique* 61 (août 2013): S158-62.

Peretti-Watel, Patrick, et J.-P. Moatti. *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*. La république des idées. Paris: Seuil : La République des idées, 2009.

Pierru, Frédéric. « 5. Le “système de santé” français ou la réforme par la crise ». In *Politiques sociales : l’état des savoirs*, édité par Olivier Giraud et Gwenaëlle Perrier, 79-96. Recherches. Paris: La Découverte, 2022.

———. « La résistible affirmation des “malades-usagers” dans la gouvernance du système de santé ». *Les Tribunes de la santé* 70, nº 4 (2021): 57-72.

Rolland, Christine, et François Sicot. « Les recommandations de bonne pratique en santé ». *Gouvernement et action publique* 3, nº 3 (2012): 53-75.

Rumeau-Rouquette, Claude. « L’effet des politiques publiques sur les résultats périnatals en France ». *Santé, Société et Solidarité* 3, nº 1 (2004): 57-68.

Schweyer, François-Xavier. « Le soin négocié, la participation des usagers et l’action publique ». In *Les négociations du soin : Les professionnels, les malades et leurs proches*, édité par Florence Douguet, Simone Pennec, et Francoise Le Borgne-Uguen, 27-40. Le sens social. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2019.

Tabuteau, Didier. « Loi de santé publique et politique de santé ». *Sante Publique* Vol. 22, nº 2 (1 mai 2010): 253-64.

Thiaudière, Claude. « La protection maternelle et infantile: politique de santé publique et spécialisation médicale ». *Regards sociologiques* 29 (2004): 23-34.

Valentini, Hélène. « «Notre force de changement » – L’évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003 ». *Santé, Société et Solidarité* 3, nº 1 (2004): 49-55.

Weir, Lorna. *Pregnancy, Risk, and Biopolitics : On the Threshold of the Living Subject*. 1. publ. Transformations : Thinking through Feminism. Abingdon, Oxon: Routledge, 2006.

Approches méthodologiques et généralistes

Abbott, Andrew. « Actualité de la tradition sociologique de Chicago ». Traduit par Mathieu Hauchecorne et Étienne Ollion. *Raisons politiques* 60, nº 4 (2015): 9-43.

———. « La description face à la temporalité ». In *Pratiques de la description*, édité par Giorgio Blundo et Jean-Pierre Olivier de Sardan, 41-53. Enquête. Paris: Éditions de l’École des hautes études en sciences sociales, 2020.

Abbott, Andrew et CoFSS. « « Le monde est un monde d’événements ». Entretien avec Andrew Abbott ». Traduit par Sarah Martin. *Raisons politiques* 60, nº 4 (2015): 45-64.

Akrich, Madeleine, et Cécile Méadel. « Problématiser la question des usages ». *Sciences Sociales et Santé* 22, nº 1 (2004): 5-20.

Arborio, Anne-Marie, et Pierre Fournier. *L'observation directe*. 128 Sociologie. Paris: Armand Colin, 2015.

Beaud, Stéphane. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» ». *Politix* 9, nº 35 (1996): 226-57.

Beaud, Stéphane, et Florence Weber. *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. Paris: La Découverte, 2017.

Becker, Howard Saul. *Écrire les sciences sociales*. Paris: Economica, 2004.

———. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: Éditions La Découverte, 2002.

Bergeron, Henri, et Patrick Castel. « Les habits neufs du néo-institutionnalisme ? La redécouverte de l'ordre mésologique et de l'agency ». *L'Annee sociologique* 66, nº 1 (27 avril 2016): 31-72.

Blundo, Giorgio, et Jean-Pierre Olivier de Sardan, éd. *Pratiques de la description*. *Pratiques de la description*. Enquête. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2020.

Bourdieu, Pierre. *La distinction: critique sociale du jugement*. Collection « Le sens commun ». Paris: Éd. de Minuit, 2007.

Braud, Philippe. *Sociologie politique*. 14e éd. Manuel. Paris-La Defense: LGDJ, 2020.

Burns, Elaine, Jennifer Fenwick, Virginia Schmied, et Athena Sheehan. « Reflexivity in Midwifery Research: The Insider/Outsider Debate ». *Midwifery* 28, nº 1 (1 février 2012): 52-60.

Buton, François. « Le droit comme véhicule. Portrait sociologique d'un justiciable », 2004, p.127-144.

Buton, François, et Nicolas Mariot. *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*. Septentrion, 2008.

Chamboredon, Hélène, Fabienne Pavis, Muriel Surdez, et Laurent Willemez. « S'imposer aux imposants: A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien ». *Genèses*, nº 16 (1994): 114-32.

Cicourel, Aaron Victor. *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*. Paris: Seuil, 2002.

Clarke, Adele E., et Janet Shim. « Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine ». In *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*, édité par Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Jane D. McLeod, et Anne Rogers, 173-99. New York, NY: Springer New York, 2011.

Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Collection Points Série Essais 248. Paris: Éd. du Seuil, 1996.

Darmon, Muriel. « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain ». *Genèses* no 58, nº 1 (2005): 98-112.

Derbez, Benjamin. « Négocier un terrain hospitalier ». *Geneses* n° 78, nº 1 (25 mai 2010): 105-20.

Fassin, Didier. « L'éthique, au-delà de la règle : Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud ». *Sociétés contemporaines* 71, nº 3 (8 septembre 2008): 117-35.

Fassin, Didier, et Alban Bensa, éd. *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*. Recherches. Paris: La Découverte, 2008.

Fournier, Cécile, et Gabriel Girard. « Venir à la sociologie par la santé publique, faire de la santé publique en sociologue ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 239, nº 4 (2 septembre 2021): 20-29.

Fournier, Valérie. « The Appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism ». *The Sociological Review* 47, nº 2 (1 mai 1999): 280-307.

Gelly, Maud, Audrey Mariette, et Laure Pitti. « La santé publique comme objet sociologique ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 239, nº 4 (2 septembre 2021): 4-9.

Glaser, Barney G., et Anselm L. Strauss. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine, 1967.

Goffman, Erving. *Stigmate: Les usage sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit, 1975.

Goffman, Erving, et Alain Kihm. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Vol. 2. Les éditions de minuit Paris, 1973.

Jaffré, Yannick. « La description en actes. Que décrit-on, comment, pour qui ? » In *Pratiques de la description*, édité par Giorgio Blundo et Jean-Pierre Olivier de Sardan, 55-73. Enquête. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2020.

Jodelet, Denise. *Folies et représentations sociales*. 1re éd. Sociologie d'aujourd'hui. Paris: Presses universitaires de France, 1989.

Jounin, Nicolas. *Voyage de classes: Des étudiants de Seine-Saint-Denis enquêtent dans les beaux quartiers*. La Découverte, 2016.

Laurens, Sylvain. « « "Pourquoi" et "comment" poser les questions qui fâchent ? » ». *Genèses*, nº 69 (17 décembre 2007): 112-27.

Lindström, Bengt, et Monica Eriksson. « Salutogenesis ». *Journal of Epidemiology & Community Health* 59, nº 6 (2005): 440-42.

Mauger, Gérard. « Enquêter en milieu populaire ». *Genèses*, nº 6 (1991): 125-43.

Meidani, Anastasia. « « C'est normal docteur ? » Normal et pathologique en médecine générale ». *Déviance et Société* 42, nº 3 (4 octobre 2018): 465-99.

Mintzberg, Henry. *Structure et dynamique des organisations*. 5. impr. Paris: Ed. d'Organisation [u.a.], 1990.

Nay, Olivier. *Lexique de science politique*. 4e éd. 2017. Lexique. Paris: Dalloz, 2017.

Offerlé, Michel. *Sociologie des groupes d'intérêt*. 2e édition. Clefs. Paris: Montchrestien, 1998.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Anthropologie prospective, no 3. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant, 2008.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. « Observation et description en socio-anthropologie ». In *Pratiques de la description*, édité par Giorgio Blundo et Jean-Pierre Olivier de Sardan, 13-39. Enquête. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2020.

Passeron, Jean-Claude, et Michel de Fornel, éd. *L'argumentation : Preuve et persuasion*. *L'argumentation : Preuve et persuasion*. Enquête. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2020.

Paugam, Serge. *L'enquête sociologique*. Quadrige Manuels. Paris: Presses universitaires de France, 2012.

Pinell, Patrice. « Faire de la médecine et de la santé un objet de sociologie générale ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 239, nº 4 (2 septembre 2021): 10-19.

Sarradon-Eck, Aline. « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique ». *L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique*, nº 17 (novembre 2008).

Schantz, Clémence. « Une éthique anti-déontologique ? » *La Revue Sage-Femme* 17, nº 1 (1 février 2018): 7-12.

Schwartz, Olivier. « L'empirisme irréductible ». In *Le hobo. Sociologie de sans abri*, édité par Niels Anderson, Nathan., 265-305. Nathan, 1993.

Strauss, Anselm L. *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Edition L'Harmattan. Paris: L'Harmattan, 2018.

Weber, Max, Jacques Chavy, et Éric de Dampierre. *Economie et société*. Agora. Paris: Pocket, 2003.

Corps professionnel des sages-femmes

Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett, et Jacques Renard. « Des sages-femmes qui sauvent les mères ? » *Histoire, économie & société* 13, nº 2 (1994): 269-90.

Bertevas, Catherine. « Prise en charge globale du couple mère-enfant en maternité : définition et principes de mise en place ». In *36es Journées Nationales de Médecine Périnatale*, 123-27. Reuil-Malmaison: Edition Arnette, 2006.

Birman, Chantal, et Sophie Troubac. *Au monde: ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte*. Paris: La Martinière, 2003.

Bourdelais, Patrice, et Olivier Faure. « Introduction - Le nouveau dans le domaine médical et sanitaire : objets, pratiques, logiques sociales ». In *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*, édité par Patrice Bourdelais et Olivier Faure, 7-24. Histoire & société. Paris: Belin, 2005.

———, éd. *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*. Histoire & société. Paris: Belin, 2005.

Carol, Anne. « L'examen gynécologique en France, XVIIIe-XIXe siècles : techniques et usages ». In *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*, édité par Patrice Bourdelais et Olivier Faure, 51-66. Histoire & société. Paris: Belin, 2005.

———. « Sage-femme ou gynécologue ? M.-A. Boivin (1773-1841) ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, nº 33 (1 mai 2011): 237-60.

Carricaburu, Danièle. « Les sages-femmes face à l'innovation technique ». In *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, édité par Pierre Aïach et Didier Fassin, Anthropos-Economica., 281-308. Paris: Anthropos, 1994.

Cavillon, Marie. « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs ». *Etudes et Résultats*, DREES, nº 791 (mars 2012): 8.

Charrier, P. « L'origine sociale des sages-femmes françaises : une diversité qui s'amenuise ». *La Revue Sage-Femme* 10, nº 1 (1 mars 2011): 28-35.

Charrier, Philippe. « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme ». *Recherches sociologiques et anthropologiques* 44, nº 2 (1 décembre 2013): 93-113.

Cottard, Laura. « Homme et sage-femme : un choix, une pratique, une construction identitaire ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, nº 17 (22 avril 2014): 97-108.

Douguet, Florence, et Alain Vilbrod. « Chapitre 10. Une profession à un tournant ? » *Metiers Sante Social* 2e éd. (2016): 179-98.

Dû, Maï Le. « Prologue ». *A corps*, 19 mai 2022, 15-16.

Faure, Olivier. « Les sages-femmes en France au XIXe siècle : médiatrices de la nouveauté ». In *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales, XVIIIe-XXe siècles*, édité par Patrice Bourdelais et Olivier Faure, 157-74. Histoire & société. Paris: Belin, 2005.

Fontein-Kuipers, Yvonne, et Enja Romeijn. « ISeeYou – Evaluation of a woman-centred care pilot project in Bachelor midwifery education and research ». *Midwifery* 58 (1 mars 2018): 1-5.

Gélis, Jacques. « La formation des accoucheurs et des sages- femmes aux XVIIe et XVIIIe siècles. Evolution d'un matériel et d'une pédagogie ». *Annales de Démographie Historique* 1977, nº 1 (1977): 153-80.

———. *La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard, 1988.

———. « L'enquête de 1786 sur les « sages-femmes du royaume » ». *Annales de Démographie Historique* 1980, nº 1 (1980): 299-343.
———. « Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles ». *Annales* 32, nº 5 (1977): 927-57.
Instruction DGOS/RH4 no 2016-44 du 18 février 2016 relative aux modalités de classement dans la catégorie active et dans la catégorie sédentaire des emplois du corps des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière (s. d.).
Jacques, Béatrice, et Sonia Purgues. « L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » ». *Revue française des affaires sociales*, nº 2-3 (7 janvier 2013): 52-71.
Kennedy, Holly P, Amy L Rousseau, et Lisa Kane Low. « An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States ». *Midwifery* 19, nº 3 (1 septembre 2003): 203-14.
Le Dû, Maï. « Prologue ». In *Toucher pour soigner*, 15-16. À corps. Toulouse: Érès, 2022.
———. « Synthèse entre cure et care : les sages-femmes déboussolent le genre ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, nº 49 (1 juillet 2019): 137-51.
Lecomte, Hélène, Anne Corbillon, et Martine Deronne. « Au carrefour de l'obstétrique : étude sociologique de la relation gynécologue-obstétricien/sage-femme ». *Vocation Sage-femme* 13, nº 109 (juillet 2014): 40-43.
Mead, Marianne. « Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas risque : expérience récente en Grande-Bretagne », 143-55. Reuil-Malmaison: Edition Arnette, 2004.
Morel, Marie-France. « Préface ». In *Sage-femme, gardienne de l'eutocie*, 7-16. Trames. Toulouse: Érès, 2022.
ONDPS. *Les sages-femmes : une profession en mutation*. Ministère des Affaires Sociales et de La Santé. Lens, 2016.
Ordre des Sages-femmes. « Code de déontologie des sages-femmes », 2021.
Quiroz-Pérez, Lissell. « Benoîte Cadeau-Fessel et la naissance de la profession de sage-femme ». *Clio*, nº 40 (2 février 2015): 225-47.
Richard-Guerroudj, Nour. « Le rôle des sages-femmes, une comparaison. France-Angleterre ». *Les Tribunes de la santé*, nº 44 (20 octobre 2014): 85-91.
Rogers, Rebecca. « Le professeur a-t-il un sexe ? : les débats autour de la présence d'hommes dans l'enseignement secondaire féminin, 1840-1880 ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, nº 4 (1 novembre 1996): 221-38.
Sage-Pranchère, Nathalie. « La sage-femme et la mort en France (fin XVIIIe-XIXe siècle) ». In *La naissance au risque de la mort*, édité par Marie-France Morel, 143-70. Érès, 2021.
———. « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle) ». *Annales de démographie historique*, nº 127 (4 décembre 2014): 181-208.
Sage-Pranchère, Nathalie, et Jean-Pierre Bardet. *L'école des sages-femmes: naissance d'un corps professionnel : 1786-1917*. Tours: Presses universitaires François Rabelais, 2017.
Saint-Arnaud, Louise, Marie Papineau, et Anne Marché-Paillé. « Des femmes au travail pour des femmes en travail : une enquête de psychodynamique du travail avec des sages-femmes ». *Travailler*, nº 25 (10 mars 2011): 61-72.
Thomas, Catherine. « Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée ». These de doctorat, Université de la Réunion, 2016.
———. *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*. Trames. Toulouse: Érès, 2022.

Achin, Catherine, et Delphine Naudier. « L'agency en contexte : réflexions sur les processus d'émancipation des femmes dans la décennie 1970 en France ». *Cahiers du Genre* 55, nº 2 (5 décembre 2013): 109-30.

Akrich, Madeleine, et Vololona Rabeharisoa. « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire ». *Sante Publique* Vol. 24, nº 1 (12 avril 2012): 69-74.

Arnal, Maud. « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement ». *Genre, sexualité & société*, nº 16 (20 décembre 2016).

Boltanski, Luc. « Les usages sociaux du corps ». *Les Annales ESC* 26, nº 1 (février 1971): 205-33.

Cardi, Coline, Lorraine Odier, Michela Villani, et Anne-Sophie Vozari. « Penser les maternités d'un point de vue féministe ». *Genre, sexualité & société*, nº 16 (20 décembre 2016).

Chiche, Frédéric. « « Vous pouvez vous déshabiller là » La consultation de gynécologie à l'épreuve de l'intime ». In *Intimités en dangers ?*, édité par Muriel Flis-Trève, 17-27. Presses Universitaires de France, 2019.

Clavandier, Gaëlle, et Philippe Charrier. « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? » *Recherches familiales* n° 12, nº 1 (8 juin 2015): 165-74.

De Koninck, Maria. « Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin ». *Recherches féministes* 28, nº 1 (2015): 79-96.

Duden, Barbara. *L' invention du foetus : le corps féminin comme lieu public*. Paris: Descartes et Cie, 1996.

Durano, Marianne. *Mon corps ne vous appartient pas*. Paris: Albin Michel, 2018.

Ehrenreich, Barbara, Deirdre English, et L Lame. *Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes soignantes*. Paris: Cambourakis, 2015.

Ehrenreich, Barbara, Deirdre English, et Marie Valera. *Fragiles ou contagieuses: le pouvoir médical et le corps des femmes*. Paris: Cambourakis, 2016.

Froidevaux-Metterie, Camille. *Un corps à soi*. La couleur des idées. Paris XIXe: Éditions du Seuil, 2021.

———. *Un si gros ventre: expériences vécues du corps enceint*. Immersions. Paris: Éditions Stock, 2023.

Gagnon, Raymonde. « L'enfant à naître : dispositifs de contrôle dès que la vie paraît ». *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, nº 33 (30 septembre 2019).

Gallot, Fanny. « L'*agency* : un concept heuristique pour penser le genre et les classes populaires ». *Écrire l'histoire. Histoire, Littérature, Esthétique*, nº 20-21 (30 septembre 2021): 35-42.

Greusard, Renée. *Enceinte tout est possible*. Vanves: Marabout, 2018.

Jacques, Béatrice. « Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle »: *L'Information géographique* Vol. 76, nº 2 (1 juin 2012): 108-21.

———. *Sociologie de l'accouchement*. 1st ed. Partage du savoir. Paris: Presses universitaires de France, 2007.

Koninck, Maria De. « Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin », s. d., 19.

Lahaye, Marie-Hélène. *Accouchement: Les femmes méritent mieux*. Editions Michalon, 2018.

Landour, Julie. « La parentalité, une contribution au capital des femmes des classes supérieures ? » *Genre, sexualité & société*, nº 16 (20 décembre 2016).

Lécossais, Sarah, et Stéphanie Kunert. « Corps maternant, corps enfantant, corps contraint. Représentations de la maternité dans l'émission Baby Boom ». In *Éprouver le corps*, par Christine Delory-Momberger, 163-76. Questions de société. Toulouse: Érès, 2016.

Marignier, Noémie. « L'agentivité en question : étude des pratiques des femmes enceintes sur les forums de discussion ». *Langage et société* 152, n° 2 (9 juin 2015): 41-56.

Memmi, Dominique. *La revanche de la chair : essai sur les nouveaux supports de l'identité*. La couleur des idées. Paris: Éditions du Seuil, 2014.

———. « Le corps mort dans l'histoire des sensibilités ». *Communications*, n° 97 (13 novembre 2015): 131-45.

Pavard, Bibia, Florence Rochefort, et Michelle Zancarini-Fournel. « Chapitre IX. Le moment 68 des féministes ». In *Ne nous libérez pas, on s'en charge*, 258-303. Sciences humaines. Paris: La Découverte, 2020.

Pruvost, Geneviève. « Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile ». *Genre, sexualité & société*, n° 16 (20 décembre 2016).

Quagliariello, Chiara. « « Ces hommes qui accouchent avec nous ». La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre ». *Nouvelles Questions Féministes* 36, n° 1 (21 juin 2017): 82-97.

Réguer-Petit, Manon. « Mères seules et belles-mères. Normes conjugales et maternelles en tension. » *Genre, sexualité & société*, n° 16 (20 décembre 2016).

Rusterholz, Caroline, et Anne-Françoise Praz. « Une transition au féminin ? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) ». *Genre, sexualité & société*, n° 16 (20 décembre 2016).

Tabet, Claude, Catherine Dupuis-Gauthier, Pierre Schmidt, et Brigitte Maerten-Lesot. « VIII. La maltraitance à fœtus : connaître, comprendre et prévenir ». In *Recherches en périnatalité*, 141-50. Presses Universitaires de France, 2014.

Vuille, Marilène, Séverine Rey, Catherine Fussinger, et Geneviève Cresson. « La santé est politique ». *Nouvelles Questions Feministes* Vol. 25, n° 2 (2006): 4-15.

Documents d'archive, rapport et sondage

Anguis, Marie, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput, Quentin Laffeter, Blandine Legendre, Christophe Dixte, et Muriel Barlet. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? » *Les Dossiers de la DREES*, mars 2021, 74.

Arrêté du 17 octobre 1983 des examnes radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire (en ce qui concerne les mères et les enfants) (1983).

Bousquet, Danielle, Geneviève Couraud, et Margaux Collet. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme ». Paris: Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, 28 juin 2018.

Conseil national de l'Ordre des médecins. « Atlas », 2021.

Cour des Comptes. « Chapitre VII Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement », 2015.

———. « La politique de périnatalité ». Rapport au Président de la république, 2006.

———. « La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier ». Entités et politiques publiques. Cour des Comptes, mai 2024.

———. « La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation ». Rapport public annuel 2012, 2012.

Décret no 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal (s. d.). Consulté le 7 septembre 2020.
Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, 53-1001 § (1953).
Décret n°62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile (1962).
Douguet, Florence, Alain Vilbrod, et ONDPS. « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue: les enjeux des relations entre des métiers en tension ». ONDPS, 2021.
Gallois, Ernest (1852-1912) Auteur du texte. *Manuel de la sage-femme et de l'élève sage-femme, par Ernest Gallois,...*, 1886.
Gentric, Audrey. « Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste ». Consulté le 28 juin 2021.
La Sage-Femme. « La Sage-Femme ». 5 janvier 1906, 5 janvier 1906 édition.
Léonard, Emmanuelle. « Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes: un nouvel équilibre à trouver? », s. d., 62.
Loi n°82-413 du 19 mai 1982 relative à l'exercice de la profession de sage-femme, 82-413 § (1982).
Loi n°191 du 24 avril 1944 portant modification de la loi n°263 du 17 mai 1943 règlementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. (1944).
Louichon, Perrine. « Les maisons de naissance plébiscitées par 9 Françaises sur 10 ». Ipsos, 26 février 2021.
Marie-Jeanne, Julie. « Une grossesse physiologique...des suivis européens: étude comparative des suivis de grossesse physiologique (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède) ». Université de Lorraine, 2009.
Ministère de la Santé et de la Protection sociale. « Plan "périnatalité" 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004.
Ministère Des Solidarités et de la Santé. « Les 1000 premiers jours : là où tout commence », septembre 2020.
Ministère du Travail. Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930 (1930).
Modèle de convention entre sécurité sociale et syndicat de sage-femme Journal officiel de la République française du 24 février 1946, RetroNews § (1946).
ONDPS. « Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions ». ONDPS, 2021.
———. « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension ». ONDPS, mai 2021.
———. *Les sages-femmes : une profession en mutation*. Ministère des Affaires Sociales et de La Santé. Lens, 2016.
Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile (1945).
Ordre des Sages-femmes. « Réforme des études en maïeutique : une nécessité pour redonner de l'attractivité à la profession ». Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Consulté le 26 juillet 2023.
Piquemal, Angel, Sacha Reingewirtz, et Françoise Zantman. « L'évolution de la profession de sage-femme ». IGAS, juillet 2021.
Schalck, Claudine. « Claudine Schalck : "Les sages-femmes ont droit à la reconnaissance du travail fait et des services rendus" ». *Le Monde (site web)*, 6 août 2022. https://nouveau-europresse-com.ezpum.scdi-montpellier.fr/Link/MontpellierT_1/news·20220806·LMF·6137345_3232.
———. « Sages-femmes : l'impossible identité. » *Libération*, 11 avril 2001, sect. Tribunes. https://www.liberation.fr/tribune/2001/04/11/sages-femmes-l-impossible-identite_360912/.

Sénat. « MI Périnatalité : compte rendu de la semaine du 3 juin 2024 », 4 juin 2024.
Vidal, François. « Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours ». Consulté le 2 juin 2023.

Épidémiologie et périnatalité

Bernabeu-Mestre, Josep. « La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce : réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1963 ». *Annales de démographie historique*, nº 123 (2012): 181-204.
Blondel, B., B. Coulm, C. Bonnet, F. Goffinet, et C. Le Ray. « Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys ». *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 46, nº 10 (1 décembre 2017): 701-13.
Blondel, B., M. Kaminski, et G. Breart. « Antenatal Care and Maternal Demographic and Social Characteristics. Evolution in France between 1972 and 1976. » *Journal of Epidemiology & Community Health* 34, nº 3 (1 septembre 1980): 157-63.
Blondel, B., N. Lelong, M. Kermarrec, et F. Goffinet. « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 41, nº 2 (1 avril 2012): 151-66.
Blondel, B., et J. Zeitlin. « La santé périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes ». *La Revue Sage-Femme* 13, nº 1 (février 2014): 1-5.
Blondel, Béatrice, et Morgane Kermarrec. « Enquête Nationale Périntale 2010 : Les Naissance en 2010 et leur évolution depuis 2003 ». Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants, INSERM - U. 953, Paris, 2011.
Bouyer, Jean, Gérard Bréart, Elise de La Rochebrochard, et Emmanuelle Sarlon. « Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité ». Inserm, INVS, s. d.
Cameron, Emily E, Ivan D Sedov, et Lianne M Tomfohr-Madsen. « Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis ». *Journal of affective disorders* 206 (2016): 189-203.
Castaing, Elisabeth (DREES/DIRECTION). « L'état de santé de la population en France. Septembre 2022 ». *Les Dossiers de la DREES*, nº 102 (2022): 60.
Cesbron, Paul. « Données démographiques sur les morts maternelles et périnatales, d'hier à aujourd'hui ». In *La naissance au risque de la mort*, édité par Marie-France Morel, 201-21. Érès, 2021.
Collet, Marc. « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement ». *Etudes et Résultats, DREES*, nº 660 (septembre 2008): 6.
Combier, Evelyne, et Gérard De Pouvourville. *Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France.* Horizons. Paris: Mutualité française, 1999.
Coulm, Bénédicte. « Naître en France, retour sur quarante ans d'évolution ». *Sages-Femmes* 19, nº 6 (1 novembre 2020): 12-17.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Santé publique France. *L'état de santé de la population en France: rapport 2017*. Éditions Dicom : 17-015., 2017.
Downe, Soo, Gillian Ml Gyte, Hannah G Dahlen, et Mandisa Singata. « Routine Vaginal Examinations for Assessing Progress of Labour to Improve Outcomes for Women and

Babies at Term ». Édité par Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 juillet 2013, 1-36.

DREES, et DGS. « Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population ». Sources et méthodes, 2014.

Dupuy, Renée-Pierre, et Rafi Kojayan. « Les 1 000 premiers jours, là où tout commence ». *Perinatalite* Vol. 13, nº 2 (5 juillet 2021): 55-57.

Eddy, Brandon, Von Poll, Jason Whiting, et Marcia Clevesy. « Forgotten fathers: Postpartum depression in men ». *Journal of Family Issues* 40, nº 8 (2019): 1001-17.

Euro-peristat Project. « European Perinatal Health Report. Core Indicators of the Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2015 », novembre 2018.

Goldberg, Marcel, Maria Melchior, Annette Leclerc, et France Lert. « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé ». *Sciences sociales et santé* 20, nº 4 (2002): 75-128.

INSERM. « Photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015 », novembre 2018.

INSERM, et DREES. « Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010 », 2017.

INSERM, et Santé Publique France. « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010-2012 », 2017.

———. « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 », janvier 2021.

Jouannic, A., S Serfaty, C Moreira, M Pedrero, A Gonzales, J-P. Coulomb, J-L. Siffroi, et J-M. Benifla. « Taux de mortinatalité en France : un indicateur de santé publique fiable au xxi e siècle ? » *Revue de Médecine Périnatale* 7; 1, nº 7; 1 (1 mars 2015): 28.

Kwast, Barbara E. « Maternal mortality: the magnitude and the causes ». *Midwifery* 7, nº 1 (1 mars 1991): 4-7.

O'hara, Michael W, et Annette M Swain. « Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis ». *International review of psychiatry* 8, nº 1 (1996): 37-54.

Paulson, James F, et Sharnail D Bazemore. « Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis ». *Jama* 303, nº 19 (2010): 1961-69.

Roegiers, Luc. « Regard critique sur le Rapport « Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence » ». *Perinatalite* Vol. 13, nº 2 (5 juillet 2021): 58-62.

Rumeau-Rouquette, Claude. « L'effet des politiques publiques sur les résultats périnatals en France ». *Santé, Société et Solidarité* 3, nº 1 (2004): 57-68.

Santé Publique France, et INSERM. « Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements », 2022.

Serfaty, A. « L'histoire des réponses des pouvoirs publics dans le domaine de la santé périnatale en France (1945–2014) ». *Revue de médecine périnatale* 6, nº 4 (1 décembre 2014): 216-24.

Serfaty, A., et G. Bréart. « Construction des connaissances, politique de santé en périnatalité et état de santé périnatale ». *Revue de médecine périnatale* 6, nº 4 (décembre 2014): 210-15.

Vilain, Annick, Jeanne Fresson, et Sylvie Rey. « Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019 ». *Etudes et Résultats, DREES*, nº 1199 (juillet 2021): 8.

Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett. *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*. Modernités. Paris: Belin, 1999.

Berthiaud, Emmanuelle. « « Attendre Un Enfant » : Vécu et Représentations de La Grossesse Aux XVIIIe et XIXe Siècles (France), Thèse de Doctorat D'Histoire Moderne et Contemporaine, Sous La Direction de S. Beauvalet, UPJV, Amiens, 2011, 2. t, 1230 p. »

———. « La santé maternelle et infantile (Europe, XVIe-XIXe siècles) : état des lieux historiographique et bibliographique ». *Annales de demographie historique* n° 139, nº 1 (2020): 27-90.

———. « Le vécu de la grossesse aux XVIIIe et XIXe siècles en France ». *Histoire, médecine et santé*, nº 2 (1 novembre 2012): 93-108.

Cesbron, Paul, et Yvonne Knibiehler. *La naissance en Occident*. La cause des bébés. Paris: Albin Michel, 2004.

Charrier, Philippe, et Gaëlle Clavandier. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin, 2013.

Derosas, Renzo. « Suspicious Deaths: Household Composition, Infant Neglect, and Child Care in Nineteenth-Century Venice ». *Annales de Démographie Historique*, nº 123 (2012): 95-126.

Faure, Olivier. « Scarlett BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Naître à l'hôpital au XIXe siècle, collection Modernités, Paris, Belin, 1999, 432 p. » *Cahiers d'histoire*, nº 44-3 (1 septembre 1999).

Gélis, Jacques. *La sage-femme ou le médecin: une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard, 1988.

———. *L'arbre et le fruit: la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris: Fayard, 1984.

Knibiehler, Yvonne. *Accoucher: femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Rennes: Ecole nationale de la santé publique, 2007.

———. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. 4e éd. mise à jour. Que sais-je ?, N° 3539. Paris: PUF, 2017.

———. « Une migration décisive ». *Spirale* n° 54, nº 2 (1 juillet 2010): 39-45.

Knibiehler, Yvonne, Francoise Bourdais, Florence Douguet, et Alain Vilbrod. *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. 2e édition. Métiers Santé Social. Rennes Cedex: Presses de l`EHESP, av. du Pr. Léon-Bernard, 2016.

Laget, Mireille. « La naissance aux siècles classiques: Pratique des accouchements et attitudes collectives en France aux XVIIe et XVIIIe siècles ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 32, nº 5 (1977): 958-92.

Morel, Marie-France. *La naissance au risque de la mort: d'hier à aujourd'hui : [ouvrage issu du 6e colloque éponyme de la Société d'histoire de la naissance*. Édité par Société d'histoire de la naissance, 2021.

———. « Morts des mères, morts des nouveau-nés : histoire et représentations (XVIe-XXe siècle) ». In *La naissance au risque de la mort*, édité par Marie-France Morel, 15-48. Érès, 2021

Phan, Marie-Claude. « Les déclarations de grossesse en France (XVIe-XVIIIe siècles) : essai institutionnel ». *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine* 22, nº 1 (1975): 61-88.

Rollet, Catherine. « Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Naître à l'hôpital au XIXe siècle, 1999 ». *Annales de Démographie Historique* 2000, nº 2 (2001): 201-2.

Sage-Pranchère, Nathalie. « Étude comparée de deux projets de cours d'accouchement à la fin du XVIIIe siècle ». *Histoire, économie & société* 28e année, nº 2 (1 janvier 2010): 37-58.

———. « La mort apparente du nouveau-né dans la littérature médicale (France, 1760-1900) ». *Annales de démographie historique*, nº 123 (2012): 127-48.

Schlumbohm, Jürgen. « Comment l'obstétrique est devenue une science ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 143 (2002): 18-30.
Thébaud, Françoise. « Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement ». *Spirale* n° 54, nº 2 (1 juillet 2010): 31-37.
———. « Le mouvement nataliste dans la France de l'entre-deux-guerres : l'Alliance Nationale pour l'accroissement de la population française ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine / Société d'histoire moderne*, avril 1985, 276-301.
———. *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Hors collection. Lyon: Presses universitaires de Lyon, 1986.
Topçu, Sezin. « Adopting an 'Unlearner' Technology? Knowledge Battles over Pharmaceutical Pain Relief in Childbirth in Post-1968 France ». *Reproductive Biomedicine & Society Online* 13 (août 2021): 1-13.
———. « Obstétrique, (non)violence et féminisme ». *Cahiers du Genre* 71, nº 2 (2021): 81-106.
Ville, Isabelle, et Lynda Lotte. « Les politiques de prévention des handicaps à la naissance en France : regards historiques ». *Recherches familiales*, nº 12 (8 juin 2015): 27-41.

Philosophie du soin et éthique

Brugère, Fabienne. *L'éthique du « care »*. Vol. 4e éd. Que sais-je ? Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2021.
Candilis-Huisman, Drina, et Michel Dugnat. *Introduction – Bébé sapiens, un abord transdisciplinaire…*. ERES, 2017.
Canguilhem, Georges. « Le normal et le pathologique ». In *La connaissance de la vie*, 155-69. Paris: J. Vrin, 1998.
Déchaux, Jean-Hugues. « L'hypothèse du « bébé sur mesure » ». *Revue francaise des affaires sociales*, nº 3 (25 octobre 2017): 193-212.
———. « Un bébé presque parfait ». *La Vie des idées*, 5 juin 2018.
Lalau, Jean-Daniel. « Le *cure* et le *care* ». *Médecine des Maladies Métaboliques* 15, nº 1 (février 2021): 99-103.
Laugier, Sandra. « L'autonomie et le souci du particulier ». In *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances*, par Sandra Laugier, 407-32. édité par Marlène Jouan et Université de Picardie. Paris: Presses universitaires de France, 2009.
Leap, Nicky. « Woman-centred or women-centred care: does it matter? » *British Journal of Midwifery* 17, nº 1 (2009): 12-16.
Morvillers, Jean-Manuel. « Le *care*, le *caring,* le *cure* et le soignant ». *Recherche en soins infirmiers* 122, nº 3 (2015): 77-81.
Tronto, Joan, et Fabienne Brugère. *Le risque ou le care?* Paris: Presses Universitaires de France, 2012.
Tronto, Joan C, Hervé Maury, et Liane Mozère. *Un Monde vulnérable: pour une politique du care*. Paris: Découverte, 2009.

Abbott, Andrew. « 1. Écologies liées : à propos du système des professions ». In *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, édité par Pierre-Michel Menger, 30-48. Colloquium. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2016.

———. « Actualité de la tradition sociologique de Chicago ». Traduit par Mathieu Hauchecorne et Étienne Ollion. *Raisons politiques* 60, nº 4 (2015): 9-43.

———. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1988.

Abbott, Andrew et CoFSS. « « Le monde est un monde d'événements ». Entretien avec Andrew Abbott ». Traduit par Sarah Martin. *Raisons politiques* 60, nº 4 (2015): 45-64.

Anguis, Marie, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput, Quentin Laffeter, Blandine Legendre, Christophe Dixte, et Muriel Barlet. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? », 2021, 74.

Barrier, Jacques, Claire Georges-Tarragano, Barthélemy Saccoman, Frédéric Pierru, et Harold Astre. « Le temps, une dimension indispensable du soin ». In *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, 95-110. Controverses. Rennes: Presses de l'EHESP, 2015.

Boulet, Elsa. « Soline Blanchard et Sophie Pochic (dir.), Quantifier l'égalité professionnelle. Outils politiques et enjeux scientifiques, ». *La Nouvelle Revue du Travail*, nº 21 (31 octobre 2022).

Cavalli, Samuele, et Solène Gouilhers-Hertig. « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? » In *Accompagner la naissance*, 85-106. BSN Press, 2014.

Champy, Florent. « Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France ». *Recherches qualitatives* 36, nº 2 (2017): 153-72.

———. *La sociologie des professions*. Paris: PUF, 2012.

———. « Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique ? La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales ». In *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, édité par Claire Georges-Tarragano, 165-79. Controverses. Rennes: Presses de l'EHESP, 2015.

Charvolin, Véronique. « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Véronique Charvolin ». *TRANSVERSALES*, nº 9 (octobre 2016).

Dagnaud, Monique, et Dominique Mehl. « Les gynécologues 2 : Une profession influente ». *Sociologie du Travail* 30, nº 2 (1988): 287-300.

Damamme, Dominique. « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme ». *Genèses. Sciences sociales et histoire* 3, nº 1 (1991): 31-54.

Demazière, Didier, et Charles Gadéa. Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis. Recherches. Paris: La Découverte, 2009.

Derrendinger, Isabelle. « "Redonnons du sens aux métiers de la santé, donnons enfin de l'attractivité au métier de sage-femme" ». *Le Monde (site web)*, 2 août 2022.

Freidson, Eliot. *La profession médicale*. Traduit par Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud. Médecine et sociétés. Paris: Payot (1984), 1970.

———. *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago press, 2001.
———. « The Changing Nature of Professional Control ». *Annual Review of Sociology* 10 (1984): 1-20.
Georges-Tarragano, Claire, Harold Astre, et Frédéric Pierru. *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Controverses. Rennes: Presses de l'EHESP, s. d.
Hardy, Anne-Chantal. « La formation de l'objet du travail médical ». *Travail et Emploi*, nº 141 (1 janvier 2015): 9-24.
Hughes, Everett C. « Division du travail et rôle social ». In *Le regard sociologique*, 61-68. Recherches d'histoire et de sciences sociales 70. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (1996), 1956.
Lefaucheur, Nadine. « La résistible création des accoucheurs des hôpitaux ». *Sociologie du Travail* 30, nº 2 (1988): 323-52.
Menger, Pierre-Michel, éd. *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Colloquium. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2016.
Milburn, Philip. « La compétence relationnelle: maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle: Avocats et médiateurs ». *Revue française de sociologie* 43, nº 1 (2002): 47-72.
Parsons, Talcott. « Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne ». In *Médecine, maladie et société,* édité par Claudine Herzlich, traduit par François Bourricaud, 169-89. Paris: Mouton (1970), 1951.
Perrenoud, Patricia. « Relations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes : un commentaire ». In *Accompagner la naissance*, 107-14. BSN Press, 2014.
Pigenet, Michel. « Les relations de services : pratiques et points de vue d'acteurs ». *Le Mouvement Social* 216, nº 3 (2006): 3.
Pinell, Patrice. « Champ médical et processus de spécialisation ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157, nº 1-2 (2005): 4-36.
Robinson, Sarah. « Midwives, obstetricians and general practitioners: the need for role clarification ». *Midwifery* 1, nº 2 (1 juin 1985): 102-13.
Saint-Arnaud, Louise, Marie Papineau, et Anne Marché-Paillé. « Des femmes au travail pour des femmes en travail : une enquête de psychodynamique du travail avec des sages-femmes ». *Travailler*, nº 25 (10 mars 2011): 61-72.
Schepens, Florent. « Monde professionnel, places et ordre négocié ». *Revue des sciences sociales*, nº 62 (14 novembre 2019): 22-31.
Schön, Donald A. *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Les Editions logiques, 1994.
Schweyer, François-Xavier. « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste ». *Sciences Sociales et Santé* 14, nº 3 (1996): 67-102.
Spendlove, Zoey. « Risk and boundary work in contemporary maternity care: tensions and consequences ». *Health, Risk & Society* 20, nº 1/2 (2 mars 2018): 63-80.
Strauss, Anselm. *La trame de la négociation*. Vol. 10. Paris: L'Harmattan, 1992.

Rapports sociaux, catégorisations

Ancian, Julie. « Grossesses sous contraintes ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 236-237, nº 1 (29 avril 2021): 40-53.

Azria, E. « Inégalités sociales en santé périnatale ». *Archives de Pédiatrie*, Néonatologie, 22, nº 10 (1 octobre 2015): 1078-85.

Azria, Élie. « Précarité sociale et risque périnatal, Social precarity and perinatal risk ». *Enfances & Psy*, nº 67 (12 octobre 2015): 13-31.

Bercot, Régine. « La décision inscrite dans un rapport social de soin. Commentaire ». *Sciences sociales et santé* 30, nº 2 (15 novembre 2012): 29-34.

Bernard, Olivier. « Inégalité sociale de santé et périnatalité : évolution de la place de la pmi ». *Spirale* N° 78, nº 2 (5 juillet 2016): 45-52.

Blum, Pauline, et Elsa Favier. « Des trajectoires maternelles sinueuses. Des femmes des classes supérieures à l'épreuve de la psychiatrie ». *Genre, sexualité & société*, nº 16 (20 décembre 2016).

Boulet, Elsa. « Avant que l'enfant paraisse: La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination ». *Genèses* n° 111, nº 2 (4 juillet 2018): 30-49.

———. « « C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse ». *Terrains/Théories*, nº 16 (20 décembre 2022).

Bourdieu, Pierre. *La distinction: critique sociale du jugement*. Le Sens commun. Paris: Éditions de Minuit, 1979.

Gelly, Maud, Paula Cristofalo, et Clélia Gasquet-Blanchard. « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 236-237, nº 1 (29 avril 2021): 72-91.

Gelly, Maud, Audrey Mariette, et Laure Pitti. « Santé critique ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 236-237, nº 1 (29 avril 2021): 4-19.

Gelly, Maud, et Laure Pitti. « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins ». *Agone*, nº 58 (29 juin 2016): 7-18.

Groot, Nynke de, Angélica A. Venekamp, Hanneke W. Torij, Mijke P. Lambregtse-Van den Berg, et Gouke J. Bonsel. « Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management ». *Midwifery* 40 (1 septembre 2016): 153-61.

Hardy, Anne-Chantal, Maud Jourdain, Benoite Catimel, Lucille Clautour, et Jean-Paul Canévet. « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux ». *Recherches familiales* n° 12, nº 1 (8 juin 2015): 57-70.

Lang, Thierry, Michelle Kelly-Irving, Sébastien Lamy, Benoit Lepage, et Cyrille Delpierre. « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? » *Santé Publique* 28, nº 2 (8 juin 2016): 169-79.

Nacu, Alexandra. « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes / What is the use of "culturalism" ? Medical practices and the categorization of "migrant women" in three maternities in Île-de-France region ». *Sociologie du Travail* 53, nº 1 (2011): 109-30.

Paillet, Anne. « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins ». *Actes de la recherche en sciences sociales* N° 236-237, nº 1 (29 avril 2021): 20-39.

Prud'Homme, Dorothée. « Du « soin global » au traitement discriminatoire ». *Terrains & travaux*, nº 29 (12 décembre 2016): 85-104.

Sauvegrain, Priscille. « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins ». *Revue européenne des migrations internationales* 28, nº 2 (1 juin 2012): 81-100.

Sen, Amartya, et Paul Chemla. *Repenser l'inégalité*. Nouvelle éd. L'histoire immédiate. Paris: Éd. du Seuil, 2012.
Virole-Zajde, Louise. « Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France ». *Genre, sexualité & société*, nº 16 (20 décembre 2016).
Walentowitz, Saskia. « La vie sociale du fœtus. Regards anthropologiques ». *Spirale* no 36, nº 4 (2005): 125-41.

Risque et suivi de grossesse

Apter, Gisèle. « L'environnement ou les gènes, l'environnement et les épigènes ». In *Bébé sapiens*, 111-20. ERES, 2017.
Aune, Ingvild, et Anders Möller. « 'I want a choice, but I don't want to decide'—A qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies ». *Midwifery* 28, nº 1 (1 février 2012): 14-23.
Ballif, Edmée. « Des grossesses entre « trouille folle» et « bulle de bonheur ». Le discours du risque de professionnelles de l'accompagnement des grossesses ». In *Accompagner la naissance*, 115-32. A contrario Campus. Bangkok: BSN Press, 2014.
Burton-Jeangros, Claudine. « Surveillance of Risks in Everyday Life: The Agency of Pregnant Women and Its Limitations ». *Social Theory & Health* 9, nº 4 (1 novembre 2011): 419-36.
Burton-Jeangros, Claudine, Samuele Cavalli, Solène Gouilhers, et Raphaël Hammer. « Between tolerable uncertainty and unacceptable risks: how health professionals and pregnant women think about the probabilities generated by prenatal screening ». *Health, Risk & Society* 15, nº 2 (avril 2013): 144-61.
Burton-Jeangros, Claudine, Raphaël Hammer, et Irène Maffi. « Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance ». In *Accompagner la naissance*, 5-30. BSN Press, 2014.
Bussières, Eve-Line, George M. Tarabulsy, Jessica Pearson, Réjean Tessier, Jean-Claude Forest, et Yves Giguère. « Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies ». *Developmental Review* 36 (1 juin 2015): 179-99.
Carricaburu, Danièle. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition ». *Sociologie et sociétés* 39, nº 1 (2007): 123-44.
———. « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique ». In *Risque et pratiques médicales*, 35-47. Recherche, santé, social. Rennes: Presses de l'EHESP, 2010.
Champenois-Rousseau, Bénédicte. « La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie ». In *Risque et pratiques médicales*, édité par Danièle Carricaburu, Michel Castra, et Patrice Cohen, 49-63. Rennes: Presses de l'EHESP, 2010.
CNEOF. « Rapport et recommandations - Révisions 17 octobre 2022 ». Conférence Nationale d'Echographie Obstétrical et Foetale, 17 octobre 2023.
———. « Rapport et recommandations 19 octobre 2022 ». Conférence Nationale d'Echographie Obstétrical et Foetale, 19 octobre 2022.
Coussons-Read, Mary E. « Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways ». *Obstetric Medicine* 6, nº 2 (juin 2013): 52-57.
Coxon, Kirstie. « Risk in pregnancy and birth: are we talking to ourselves? » *Health, Risk & Society* 16, nº 6 (18 août 2014): 481-93.
Coxon, Kirstie, Caroline Homer, Andrew Bisits, Jane Sandall, et Debra Bick. « Reconceptualising risk in childbirth ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 1-5.

Coxon, Kirstie, Jane Sandall, et Naomi J. Fulop. « To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions ». *Health, Risk & Society* 16, nº 1 (janvier 2014): 51-67.

Coxon, Kirstie, Mandie Scamell, et Andy Alaszewski. « Risk, pregnancy and childbirth: What do we currently know and what do we need to know? An editorial ». *Health, Risk & Society* 14, nº 6 (septembre 2012): 503-10.

Dahl, Bente, Kristiina Heinonen, et Terese Elisabet Bondas. « From Midwife-Dominated to Midwifery-Led Antenatal Care: A Meta-Ethnography ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, nº 23 (janvier 2020): 8946.

Desprès, Caroline. « Les femmes enceintes face aux incertitudes de la grossesse ». In *Risque et pratiques médicales*, édité par Danièle Carricaburu, Michel Castra, et Patrice Cohen, 139-44. Rennes: Presses de l'EHESP, 2010.

Entringer, Sonja, Claudia Buss, et Pathik D. Wadhwa. « Prenatal Stress, Development, Health and Disease Risk: A Psychobiological Perspective-2015 Curt Richter Award Paper ». *Psychoneuroendocrinology* 62 (décembre 2015): 366-75.

Field, Peggy Anne. « Parents' reactions to maternity care ». *Midwifery* 1, nº 1 (1 mars 1985): 37-46.

Fillion, Emmanuelle. « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? » *Sciences sociales et santé* 30, nº 2 (15 novembre 2012): 5-28.

Gitsels-van der Wal, Janneke T., Linda Martin, Judith Manniën, Pieternel Verhoeven, Eileen K. Hutton, et Hans S. Reinders. « A qualitative study on how Muslim women of Moroccan descent approach antenatal anomaly screening ». *Midwifery* 31, nº 3 (1 mars 2015): e43-49.

Glover, Vivette. « Maternal Depression, Anxiety and Stress during Pregnancy and Child Outcome; What Needs to Be Done ». *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 28, nº 1 (janvier 2014): 25-35.

Hallgrimsdottir, Helga Kristin, et Bryan Eric Benner. « 'Knowledge is power': risk and the moral responsibilities of the expectant mother at the turn of the twentieth century ». *Health, Risk & Society* 16, nº 1 (2 janvier 2014): 7-21.

Hammer, Raphaël P., et Claudine Burton-Jeangros. « Tensions around Risks in Pregnancy: A Typology of Women's Experiences of Surveillance Medicine ». *Social Science & Medicine* 93 (septembre 2013): 55-63.

Haute Autorité de Santé. « Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal ». Haute Autorité de Santé, janvier 2024.

———. « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » Haute Autorité de Santé, 2006.

———. « Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Continuité du suivi des femmes enceintes ». Haute Autorité de Santé, 1 avril 2020.

———. « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », 2016, 39.

Hepper, Peter G. « Diagnosing handicap using the behaviour of the fetus ». *Midwifery* 6, nº 4 (1 décembre 1990): 193-200.

Issenhuth-Scharly, Ghislaine. « Chapitre 5. Les fondements de la responsabilité médicale en droit français interrogés par l'arrêt "Perruche" ». In *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*, édité par Dominique Manaï-Wehrli, Claudine Burton-Jeangros, Claudine, et Bernice Elger, 139-68. Berne: Stämpfli, 2010.

Jouk, Pierre-Simon. « Quel est l'impact du diagnostic prénatal sur les représentations de l'enfant à naître ? » *Contraste*, nº 26 (2007): 81-118.

Larsson, Emelie. « (De)politicising pregnancy-related risk: gender and power in media reporting of a maternity ward closure ». *Health, Risk & Society* 20, nº 5/6 (8 septembre 2018): 227-40.

Lee, Suzanne, Susan Ayers, et Des Holden. « A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies ». *Midwifery* 30, nº 4 (1 avril 2014): 403-11.

———. « How women with high risk pregnancies perceive interactions with healthcare professionals when discussing place of birth: A qualitative study ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 42-48.

———. « Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 49-54.

Levy, Valerie. « Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the processes involved when women make informed choices during pregnancy ». *Midwifery* 15, nº 2 (1 juin 1999): 109-19.

Manaï-Wehrli, Dominique, Claudine Burton-Jeangros, et Bernice Elger. *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*. Berne: Stämpfli, 2010.

Mavel, Alain, et J Jahier. *Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique: termes usuels d'hier et d'aujourd'hui*. Paris: Arnette, 1990.

McDonald, Sarah D., Clea A. Machold, Laura Marshall, et Dawn Kingston. « Documentation of guideline adherence in antenatal records across maternal weight categories: a chart review ». *BMC Pregnancy & Childbirth* 14, nº 1 (juillet 2014): 1-15.

Mitchell, Mary, et Stuart McClean. « Pregnancy, risk perception and use of complementary and alternative medicine ». *Health, Risk & Society* 16, nº 1 (2 janvier 2014): 101-16.

Monk, Catherine, Claudia Lugo-Candelas, et Caroline Trumpff. « Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and Pathways ». *Annual Review of Clinical Psychology* 15 (7 mai 2019): 317-44.

Payne, Janet M., Rochelle E. Watkins, Heather M. Jones, Tracy Reibel, Raewyn Mutch, Amanda Wilkins, Julie Whitlock, et Carol Bower. « Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. » *BMC Pregnancy & Childbirth* 14, nº 1 (novembre 2014): 1-26.

Perrenoud, Patricia. « Naissance et évolution des pratiques : entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition ». In *Accompagner la naissance*, par Claudine Burton-Jeangros, 133-54. A contrario Campus. Bangkok: BSN Press, 2014.

Philpott, Lloyd Frank, Patricia Leahy-Warren, Serena FitzGerald, et Eileen Savage. « Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review ». *Midwifery* 55 (1 décembre 2017): 113-27.

Plested, Mariamni, et Mavis Kirkham. « Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 29-34.

Posthumus, A. G., E. Birnie, M. J. van Veen, E. A. P. Steegers, et G. J. Bonsel. « An antenatal prediction model for adverse birth outcomes in an urban population: The contribution of medical and non-medical risks ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 78-86.

Preis, Heidi, Miri Gozlan, Uzi Dan, et Yael Benyamini. « A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices ». *Midwifery* 63 (1 août 2018): 46-51.

Roegiers, Luc. « Diagnostic prénatal : Un fœtus « bon pour le service » ? » In *La grossesse incertaine*, P.U.F., 157-92. Le fil rouge. Presses Universitaires de France, 2003.

———. « Surveillance obstétricale : Une grossesse à rixe ? » In *La grossesse incertaine*, P.U.F., 249-300. Le fil rouge. Presses Universitaires de France, 2003.

Rollans, Mellanie, Virginia Schmied, Lynn Kemp, et Tanya Meade. « 'We Just Ask Some Questions…' the Process of Antenatal Psychosocial Assessment by Midwives ». *Midwifery* 29, nº 8 (1 août 2013): 935-42.

Rothman, Barbara Katz. « Pregnancy, birth and risk: an introduction ». *Health, Risk & Society* 16, nº 1 (2 janvier 2014): 1-6.

Saftner, Melissa A., Carrie Neerland, et Melissa D. Avery. « Enhancing women's confidence for physiologic birth: Maternity care providers' perspectives ». *Midwifery* 53 (1 octobre 2017): 28-34.

Scamell, Mandie. « The fear factor of risk – clinical governance and midwifery talk and practice in the UK ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 14-20.

———. « The Swan Effect in Midwifery Talk and Practice: A Tension between Normality and the Language of Risk ». *Sociology of Health & Illness* 33, nº 7 (2011): 987-1001.

Scamell, Mandie, et Mary Stewart. « Time, risk and midwife practice: the vaginal examination ». *Health, Risk & Society* 16, nº 1 (janvier 2014): 84-100.

Sheridan, Eamonn, John Wright, Neil Small, Peter C Corry, Sam Oddie, Catherine Whibley, Emily S Petherick, Teena Malik, Nicole Pawson, et Patricia A McKinney. « Risk factors for congenital anomaly in a multiethnic birth cohort: an analysis of the Born in Bradford study ». *The Lancet* 382, nº 9901 (2013): 1350-59.

Skinner, Joan, et Robyn Maude. « The tensions of uncertainty: Midwives managing risk in and of their practice ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 35-41.

Stahl, Katja, et Vanora Hundley. « Risk and risk assessment in pregnancy – do we scare because we care? » *Midwifery* 19, nº 4 (1 décembre 2003): 298-309.

Van den Bergh, Bea R. H., Marion I. van den Heuvel, Marius Lahti, Marijke Braeken, Susanne R. de Rooij, Sonja Entringer, Dirk Hoyer, et al. « Prenatal Developmental Origins of Behavior and Mental Health: The Influence of Maternal Stress in Pregnancy ». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 117 (octobre 2020): 26-64.

Van Wagner, Vicki. « Risk talk: Using evidence without increasing fear ». *Midwifery*, Reconceptualising Risk in Childbirth, 38 (1 juillet 2016): 21-28.

Vassy, Carine, et Bénédicte Champenois-Rousseau. « Comment le risque devient une évidence : praticiens, femmes enceintes et dépistage prénatal de la trisomie 21 ». *Socio-anthropologie*, nº 29 (15 juin 2014): 121-36.

Villar, José, Guillermo Carroli, Dina Khan-Neelofur, Gilda GP Piaggio, et A. Metin Gülmezoglu. « Patterns of Routine Antenatal Care for Low-risk Pregnancy ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 4 (2001): 36.

Vozari, Anne-Sophie. « « Si maman va bien, bébé va bien. » La gestion des risques psychiques autour de la naissance ». *Recherches familiales* n° 12, nº 1 (8 juin 2015): 153-63.

Warren, Lucie, Jaynie Rance, et Billie Hunter. « Eat Well Keep Active: Qualitative findings from a feasibility and acceptability study of a brief midwife led intervention to facilitate healthful dietary and physical activity behaviours in pregnant women ». *Midwifery*, Maternal Obesity, 49 (1 juin 2017): 117-23.

Wright, Diane, Jan. Pincombe, et Lois McKellar. « Exploring Routine Hospital Antenatal Care Consultations — An Ethnographic Study ». *Women and Birth* 31, nº 3 (1 juin 2018): e162-69.

Santé, institution et organisation des soins

Belorgey, Nicolas. *L'hôpital sous pression enquête sur le "nouveau management public*. Paris: La Découverte, 2010.

———. « Nouvelle gestion publique et professions hospitalières ». *Saúde e Sociedade* 27 (septembre 2018): 670-81.

Bertillot, Hugo. « Quand l'évaluation modifie les institutions. Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité ». *LIEPP Policy Brief*, nº 20 (septembre 2015).

Carricaburu, Danièle, et Marie Ménoret. *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*. Collection U Sociologie. Paris: Colin, 2004.

Castel, Patrick, et Magali Robelet. « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques ». *Journal de gestion et d'économie médicales* 27, nº 3 (2009): 98.

Davoudian, Christine. *La grossesse, une histoire hors normes réflexions des artisans de PMI et d'ailleurs*. Toulouse: Érès, 2014.

Djaoui, Elian, et Françoise Corvazier. « Chapitre 1. Une généalogie ». In *L'institution PMI*, 21-34. Politiques et interventions sociales. Rennes: Presses de l'EHESP, 2018.

———. « Chapitre 2. Un état des lieux ». In *L'institution PMI*, 35-48. Politiques et interventions sociales. Rennes: Presses de l'EHESP, 2018.

———. « Chapitre 4. La PMI dans les politiques publiques ». In *L'institution PMI*, 65-78. Politiques et interventions sociales. Rennes: Presses de l'EHESP, 2018.

Dormont, Brigitte, et Frédéric Pierru. « La tarification à l'activité (T2A) à la française ». *Revue française d'administration publique* 174, nº 2 (2020): 487-97.

Hatem, M., J. Sandall, D. Devane, H. Soltani, et S. Gates. « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane ». *Pratiques et Organisation des Soins* 40, nº 4 (1 décembre 2011): 267-74.

Peneff, Jean. *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*. Paris: Métailié, 1992.

Pierru, Frédéric. « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 194 (1 octobre 2012): 32-51.

Pierru, Frédéric, et Anne Gervais. « Les contresens et les sens interdits du néomanagement ». In *Santé : urgence*, édité par André Grimaldi et Frédéric Pierru, 129-44. Paris: Odile Jacob, 2020.

Pinell, Patrice. « Champ médical et processus de spécialisation ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 156-157 (2005): 4-36.

Puech, Francis. « Le temps, les temporalités et l'état de l'organisation des soins en périnatalité en France ». *Perinatalite* Vol. 11, nº 2 (2019): 73-77.

Rinck, Séverine. « Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive de Aaron V. Cicourel, textes réunis et présentés par Pierre Bourdien et Yves Wînkin, Seuil, 2002 ». *Quaderni* 50, nº 1 (2003): 291-93.

Thiaudière, Claude. « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale ». *Regards sociologiques*, nº 29 (2004): 23-34.

Sociologie du risque

Asselt, Marjolein B. A. van, et Ortwin Renn. « Risk governance ». *Journal of Risk Research* 14, nº 4 (1 avril 2011): 431-49.

Beck, Ulrich. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion, 2008.
Carricaburu, Danièle, Michel Castra, et Patrice Cohen. *Risque et pratiques médicales*, s. d.
Castel, Robert. « De la dangerosité au risque ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 47, nº 1 (1983): 119-27.
Chadwick, Rachelle Joy, et Don Foster. « Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk ». *Health, Risk & Society* 16, nº 1 (janvier 2014): 68-83.
Dargelos, Bertrand. « Une spécialisation impossible ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 156-157 (2005): 52-71.
Gilbert, Claude. « De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention ». *Communication langages* N° 176, nº 2 (2013): 65-78.
———. « La fabrique des risques ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 114, nº 1 (2003): 55-72.
———. « Les risques collectifs : objet d'une rencontre problématique entre chercheurs et acteurs ». *Sociologies pratiques* n° 16, nº 1 (1 mars 2008): 81-93.
Gilbert, Claude, et Pierre Lascoumes. « Les politiques des risques en europe ». *Revue internationale de politique comparee* Vol. 10, nº 2 (2003): 151-60.
Gilbert, Claude, et Laurence Raphaël. « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? » *Les Tribunes de la sante* n° 32, nº 3 (23 novembre 2011): 55-60.
Hudson, Barbara. « Justice in the risk society: challenging and re-affirming'justice'in late modernity », 2003.
Langeard, Chloé, et Guy Minguet. « Standardisation des mesures du risque pathologique et individualisation de la prise en charge ». *Terrains & travaux*, nº 28 (12 septembre 2016): 109-30.
Le Breton, David. *Sociologie du risque*. Que sais-je. Paris: Presses Universitaires de France, 2017.
Lupton, Deborah. « 'Precious cargo': foetal subjects, risk and reproductive citizenship ». *Critical Public Health* 22, nº 3 (septembre 2012): 329-40.
———. « Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective ». *Health, Risk & Society* 15, nº 8 (décembre 2013): 634-47.
———. « Risk and Governmentality ». In *The Sociology of Risk and Gambling Reader*, édité par James Cosgrave. Routledge, 2013.
———. *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge University Press, 1999.
———. « Risk and the ontology of pregnant embodiment ». In *Risk and Sociocultural theory: New Directions and Perspectives*, 59, 1999.
———. « Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health ». *International Journal of Health Services* 23, nº 3 (juillet 1993): 425-35.
Lupton, Deborah A. « 'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development ». *Health, Risk & Society* 13, nº 7/8 (octobre 2011): 637-51.
Peretti-Watel, Patrick. « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque ». *Revue française de sociologie* 45, nº 1 (2004): 103-32.
———. *Sociologie du risque*. Paris: A. Colin, 2003.
Renn, Ortwin. *Risk Governance : Coping with Uncertainty in a Complex World*. Routledge, 2017.
Rothstein, Henry, Michael Huber, et George Gaskell. « A theory of risk colonization: The spiralling regulatory logics of societal and institutional risk ». *Economy and Society* 35, nº 1 (1 février 2006): 91-112.

Akrich, Madeleine. « Comment décrire les objets techniques ? » *Techniques & Culture. Revue semestrielle d'anthropologie des techniques*, nº 54-55 (30 juin 2010): 205-19.

———. « Comment la naissance vient aux femmes ». In *Colloque de la Société d'Histoire de la Naissance : La naissance : une histoire au présent, Marseille*. France, 2012.

———. « La description des objets techniques ». In *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*, édité par Michel Callon et Bruno Latour, 159-78. Sciences sociales. Paris: Presses des Mines, 2013.

———. « La péridurale, un choix douloureux ». *Cahiers du Genre* 25 (1999): 16.

Akrich, Madeleine, Delphine Gardey, Ilana Löwy, et Antoine Picon. « Corps, genres, techniques, identités ». *M.U.R.S*, nº 57-58 (2008): 70-90.

Akrich, Madeleine, et Bernike Pasveer. *Comment la naissance vient aux femmes.* Le Seuil. Les empêcheurs de penser en rond., 1996.

———. « De la conception à la naissance. Comparaison France / Pays-Basdes réseaux et des pratiques obstétriques », s. d.

———. « Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives ». *Body & Society* 10, nº 2-3 (juin 2004): 63-84.

———. « La Sécurité de La Naissance En France et Aux Pays-Bas: Coordonner Par La Technique Ou Par l'organisation? » *Revue Française d'administration Publique*, nº 76 (juin 1996): 575-84.

———. « Le travail obstétrical: corps et pratiques médicales dans l'accouchement », 2006, 24.

Carricaburu, Danièle. « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public ». *Sociologie du Travail* 47, nº 2 (1 avril 2005): 245-62.

Champenois-Rousseau, Bénédicte. « Éthique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal ». Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2003.

Champenois-Rousseau, Bénédicte, et Carine Vassy. « Les échographistes face au dépistage prénatal de la trisomie 21. Le difficile arbitrage entre excellence professionnelle et éthique du consentement ». *Sciences sociales et santé* 30, nº 4 (2012): 39-63.

Davis-Floyd, Robbie. « The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 (2001): S5-23.

Déchamp-Le Roux, Catherine. « Les conséquences de la technicisation de la grossesse ». *Revue des politiques sociales et familiales* 72, nº 1 (2003): 91-97.

Jacques, Béatrice. « Quand la technique échappe aux médecins ». In *Que sont parents et bébés devenus ?*, par Jacques Besson et Mireille Galtier, 123. Les Dossiers de Spirale. Toulouse: Érès, 2010.

Jordan, Brigitte. « Authoritative knowledge and its construction ». *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*, 1997, 55-79.

Krams, Anne. « Technique et gestion des grossesses à risque élevé ». *Culture technique*, 1983.

Löwy, Ilana. *Tangled diagnoses: prenatal testing, women, and risk*. Chicago: The University of Chicago Press, 2018.

Roberts, Julie. *The Visualised Foetus: A Cultural and Political Analysis of Ultrasound Imagery*. Routledge, 2016.

Seror, Valérie. « Les moteurs de la généralisation du dépistage de la trisomie 21 en France : quelle est la place des femmes enceintes ? » *Sciences sociales et santé* 29, nº 3 (2011): 33-39.

Topçu, Sezin, et Patrick Brown. « The Impact of Technology on Pregnancy and Childbirth: Creating and Managing Obstetrical Risk in Different Cultural and Socio-Economic Contexts ». *Health, Risk & Society* 21, nº 3-4 (19 mai 2019): 89-99.

Vassy, Carine. « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France ». *Sciences sociales et sante* Vol. 29, nº 3 (2011): 5-32.

———. « From a Genetic Innovation to Mass Health Programmes: The Diffusion of Down's Syndrome Prenatal Screening and Diagnostic Techniques in France ». *Social Science & Medicine* 63, nº 8 (1 octobre 2006): 2041-51.

———. « How Prenatal Diagnosis Became Acceptable in France ». *Trends in Biotechnology* 23, nº 5 (1 mai 2005): 246-49.

———. « Questions éthiques sur le dépistage prénatal de la trisomie 21 ». *Contraste* N° 50, nº 2 (5 décembre 2019): 105-14.

Vassy, Carine, et Bénédicte Champenois-Rousseau. « L'annonce prénatale d'un risque de handicap ». *Contraste* N° 40, nº 2 (17 octobre 2014): 133-44.

Vassy, Carine, et Benjamin Derbez. « Chapitre 3. Médicalisations ». In *Introduction à la sociologie de la santé*, 69-99. Cursus. Paris: Armand Colin, 2019.

Vassy, Carine, et Doyna Jaravine. « Trisomie 21 et stigmatisation Expériences de parents ». *Champ psy* N° 68, nº 2 (2015): 53-66.

Vassy, Carine, Sophia Rosman, et Bénédicte Rousseau. « From Policy Making to Service Use. Down's Syndrome Antenatal Screening in England, France and the Netherlands ». *Social Science & Medicine* 106 (1 avril 2014): 67-74.

Thèses et mémoires

Foubert, Camille. « Traiter la "différence" : le tri des patient.es par les personnels hospitaliers en France et au Québec ». These de doctorat, Paris, EHESS, 2020.

Gouilhers-Hertig, Solène. « Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande ». These de doctorat, Université de Genève, 2017.

Le Dû, Maï. « Toucher pour soigner : le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains », 2017.

Pilarski-Pollet, Anne-Sophie. « Le suivi prénatal des grossesses à bas risque : quelle stratégie pour quelle réalité ? Etude dans 18 établissements publics de santé ». Mémoire de diplôme de cadre sage-femme, Université de Bourgogne, 2010.

Romerio, Alice. « Le travail féministe : enquête sur la professionnalisation du militantisme féministe au Planning familial ». These de doctorat, Paris 8, 2019.

Sauvegrain, Priscille. « Différence de traitement et traitements différientiels : les trajectoires de soins des femmes "africaines" en maternité publique ». These de doctorat, Paris 7, 2010.

St-Amant, Stéphanie. « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale ». Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal, 2013.

Thomas, Catherine. « Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée ». These de doctorat, Université de la Réunion, 2016.

Vozari, Anne-Sophie. « Le souci des mères : ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité ». These de doctorat, Paris, EHESS, 2021.

ANNEXES

Annexe I : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des sages-femmes et Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), associées aux valorisations conventionnelles (pour la métropole, actualisation février 2024)

Les actes et cotations des sages-femmes en NGAP et CCAM en métropole

En orange les modifications liés à l'avenant 7 applicable au 22/02/2024

Actes en NGAP	Tarif (€)	Codes
Consultation/ Visite	26,50	C+MSF/V+MSF
Téléconsultation	25,00	TCG
Lettre clé des actes obstétricaux spécifiques des sages-femmes	3,10	SF
Lettre clé des actes postnataux spécifiques des sages-femmes	3,10	SP
Lettre clé des actes à distance des sages-femmes	2,80	TFS
Téléexpertise sage-femme requerante / sage-femme requise	10,00/20,00	RQD/TE2
Première consultation de contraception et de prévention des jeunes (avant 26 ans)	47,50	CCP
Bilan prénatal de prévention	39,06	SF 12.6
1ère préparation à la naissance et à la parentalité en individuel/couple	46,50	SF 15
Préparation à la naissance et à la parentalité en individuel	37,20	SF 12
Préparation à la naissance et à la parentalité (2 à 3 p/couples)	35,96	SF 11.6
Préparation à la naissance et à la parentalité (4 à 6 p/couples)	18,60	SF 6
Surveillance grossesse patho avant 24SA[1]	27,90	SF 9
Après 24SA, grossesse unique/multiple[1]	48,36/70,06	SF 15.6/SF 22.6
Monitoring grossesse simple/multiple	38,75/60,45	SF 12.5/SF 19.5
Forfait d'astreinte hebdomadaire pour accouchement en plateau technique	80,00	FA
Surveillance du travail pour accouchement en maison de naissance	300,00	2FMN
Surveillance du post-partum pour accouchement en maison de naissance	150,00	1FMN
2 premiers forfaits journalier de surveillance à domicile pour la mère et l'enfant unique/multiple (4 premiers en cas de sortie entre J0 et J1)	51,15/71,30	SF 16.5/SF 23
Forfaits journalier suivants de surveillance à domicile pour la mère et l'enfant unique/multiple	37,20/52,70	SF12/SF17
1ere visite post-partum précoce[2] 2 1ere visite post-partum ultra-précoce[3]	+ 25 + 30	+DSP +MS
EPNP au cabinet/à domicile	37,20/43,40	SP 12/SP 14
Séances postnatales en individuel	27,90	SP9
Séances postnatales (2 à 3 p/couples)	21,70	SP7
Séances postnatales (4 à 6 p/couples)	18,60	SP6
Rééducation périnéale	23,25	SF 7.5
Bilan de prévention aux âges clés de la vie	30,00	RDV
Majoration pour soins d'urgence le dimanche et férié (étendu au samedi après 12h pour les actes obstétricaux urgents)	21,00	F
Majoration pour soins d'urgence entre 20h-00h et 06-08h	35	N
Majoration pour soins d'urgence entre 00h-6h	40	MM
Majoration pour soins non programmé régulé par le SAS	15	SNP

[1] Nécessite une prescription du médecin
[2] Si sortie précoce avant 72h pour un accouchement voie basse /96h si césarienne.
[3] En cas de sortie le jour de l'accouchement.

Frais de déplacement NGAP/CCAM	Tarif (€)	Codes
Indemnité forfaitaire ou majoration pour déplacement médicalement justifié	4,00/ 10,00	IF/MD[4]
Indemnités kilométriques en plaine	0,61	IK
Indemnités kilométriques en montagne	0,91	IKM
Indemnités kilométriques à pied ou à ski	4,57	IK

[4] Le MD ne peut pas être associé à F, N et MM ; il faut alors le remplacer par MDD 22,60 le dimanche et jour férié, MDN 38,50 de 20h à 00h et de 6h à 8h et MDI 43,50 de 00h à 6h.

Actes en CCAM	Tarif (€)	Codes
Pose d'implant	17,99	QZLA004
Ablation ou changement d'implant	41,80	QZGA002
Pose d'un DIU	38,40	JKLD001
Changement d'un DIU	38,40	JKKD001
Prélèvement cervico-vaginal	12,46	JKHD001
Echographie du petit bassin [...] surveillance de l'ovulation	37,80	ZCQM007
Echographie-doppler [...] surveillance de l'ovulation	42,25	ZCQM009
Échographie [...] avant 11 SA	35,65	JNQM001
Echographie [...] uni-embryonnaire au 1er trimestre	61,47	JQQM010
Echographie [...] multi-embryonnaire au 1er trimestre	71,57	JQQM015
Echographie [...] unifœtale au 2e trimestre	100,20	JQQM018
Echographie [...] multifœtale au 2e trimestre	154,09	JQQM019
Echographie [...] unifœtale au 3e trimestre	100,20	JQQM016
Echographie [...] multi foetale au 3e trimestre	154,09	JQQM017
Échographie d'une grossesse unifœtale [...] avec échographie-doppler [...] pour souffrance fœtale	92,19	JQQM002
Échographie d'une grossesse multifœtale [...] avec échographie-doppler [...] pour souffrance fœtale	133,81	JQQM007
Échographie de surveillance de la croissance fœtale	46,15	JQQM001
Échographie de surveillance de la croissance [...] des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus	75,60	JQQM003
Mesure [...] du col [...] par échographie par voie vaginale	33,44	JQQJ037
Échographie-doppler transcutanée et échographie-doppler par voie rectale et/ou vaginale (par voie cavitaire) du petit bassin (pelvis) féminin	69,93	ZCQJ001
Echographie-doppler du petit bassin (pelvis) féminin, par voie rectale et/ou vaginale (par voie cavitaire)	69,93	ZCQJ002
Échographie du petit bassin (pelvis) féminin, par voie rectale et/ou vaginale (par voie cavitaire)	52,45	ZCQJ003
Échographie transcutanée avec échographie par voie rectale et/ ou vaginale (par voie cavitaire) du petit bassin (pelvis) féminin	56,70	ZCQJ006
Echographie transcutanée du petit bassin (pelvis) féminin	52,45	ZCQM003

Actes en CCAM	Tarif (€)	Codes
Accouchement céphalique unique [...] chez une primipare	376,20	JQGD010+K
Accouchement céphalique unique [...] chez une multipare	376,20	JQGD012+K
Accouchement unique par le siège [...] chez une primipare	385,44	JQGD004+K
Accouchement unique par le siège [...] chez une multipare	462,53	JQGD001+K
Accouchement unique par le siège [...] avec petite extraction, chez une primipare	512,35	JQGD003+K
Accouchement unique par le siège [...] avec petite extraction, chez une multipare	424,32	JQGD008+K
Accouchement multiple [...] chez une primipare	567,17	JQGD002+K
Accouchement multiple [...] chez une multipare	501,60	JQGD007+K
Surveillance du travail par un praticien différent de celui qui réalise l'extraction	112,00	JQQP099
Acupuncture	18,00	QZRB001
Aspiration intratrachéale d'un nouveau-né à la naissance, en présence d'un liquide amniotique méconial ; avec ou sans intubation trachéale	0,00	GEJD001
Ventilation manuelle d'un nouveau-né à la naissance, au masque facial	0,00	GLLD018
Ventilation manuelle d'un nouveau-né à la naissance, au masque facial, avec administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté	0,00	GLLD016
Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée sans oxygénothérapie.	0,00	ZZEP004
Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée avec oxygénothérapie	0,00	ZZEP002
Majoration pour soins d'urgence le dimanche et férié	19,06	F
Majoration pour soins d'urgence entre 20h-00h	35	P
Majoration pour soins d'urgence entre 00h-8h	40	S
Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet	26,88	M
Accouchement : Majoration supplémentaire le dimanche et férié	20,94	YYYY603
Accouchement : Majoration supplémentaire entre 20h-00h	15	YYYY740
Accouchement : Majoration supplémentaire entre 00h-08h	40	YYYY285

Actes du forfait IVG (01/03/24)	Tarif (€)	Codes
Consultation de recueil de consentement et consultation de contrôle sans échographie de contrôle ultérieure	26,50	IC
Consultation de recueil de consentement et consultation de contrôle sans échographie de contrôle ultérieure en téléconsultation	25,00	JC
Vérification échographique pré IVG	35,65	IPE
Forfait consultations de ville	74,00	FHV
Forfait médicaments de ville avant 7SA	83,57	FMV
Forfait médicaments de ville après 7SA	96,53	FMV
Contrôles de contrôle avec échographie de contrôle ultérieure	30,24	IVE

Source : site de l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF), consultable sur : https://www.onssf.org/images/cotations/grille-de-synthese-des-tarifs-032024-metropole.pdf (consulté le 01/08/2024)

Annexe II : Courriel adressé à la direction du CH de Grandeville pour accéder au « terrain »

Extrait du journal de terrain : courriel adressé à la direction de Centre Hospitalier A, janvier 2017

A l'attention de Monsieur le Directeur,

Bonjour Monsieur le Directeur,

Comme nous l'avons évoqué la semaine dernière, je suis actuellement en première année de doctorat, à l'Ecole doctorale de droit et science politique de Montpellier et j'effectue ma recherche au laboratoire du CEPEL. L'objet de ma thèse, qui est dirigée par Monsieur François Buton, sociologue politiste, directeur de recherche au CNRS, HDR, porte sur la grossesse et ses risques. Mon étude cherche à appréhender quelles sont les pratiques des sages-femmes et leurs interactions avec les parturientes, en matière de prévention, et plus particulièrement des facteurs de risques environnementaux et comportementaux, durant la période prénatale (voici le lien de mon objet enregistré sur thèse.fr*: http://www.theses.fr/s165320).*

Pour y parvenir, le design retenu, est une étude qualitative, à l'aide de l'observation directe durant les consultations sages-femmes, effectuées durant la période prénatale (suivi mensuel et échographique) et de la réalisation d'entretien auprès des sages-femmes, qui auront accepté de m'accueillir lors de leur consultation.

Les lieux où sont réalisés l'étude et l'identité des professionnelles seront anonymisés.

J'ai présenté ma recherche à Messieurs et Mesdames les chefs de service et de Pôle, qui y sont favorables. Je m'adresse donc à vous, afin d'obtenir votre autorisation, en vue de débuter mon étude de terrain à partir de la semaine prochaine.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information et je vous prie, Monsieur, de recevoir l'expression de mes respectueuses salutations.

Annexe III : Protocole de recherche





ECOLE DOCTORALE 461
DROIT ET SCIENCE POLITIQUE

ANNE-SOPHIE PILARSKI POLLET
01/04/17

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Titre de la Thèse en français

La grossesse et ses risques. Une sociologie de la transformation des pratiques en maïeutique.

Résumé du projet de thèse

En France, tout au long du XIXe siècle, l'Etat a légiféré sur la formation des sages-femmes (Sage-Pranchère and Bardet, 2017), et a construit cette profession médicale comme un agent de santé publique incontournable auprès des femmes et des nouveau-nés (Sage-Pranchère, 2014).

La sage-femme de ce début du XXIe siècle, dont les compétences continuent à s'élargir, se positionne désormais comme un acteur de soins primaires, dans la prise en charge de la santé génésique des femmes en bonne santé. La prévention reste une part majeure de son exercice.

Dans un contexte où l'on insiste sur la multiplication des risques et des facteurs de risques, environnementaux ou comportementaux (Peretti-Watel and Moatti, 2009), cette recherche a pour objet d'étudier les pratiques des sages- femmes en matière de prévention, comment ces professionnelles appréhendent les risques (Tronto and Brugère, 2012) et dans quelle mesure les préjugés sur l'origine sociale de leur patiente ou encore leur propre milieu social influencent leurs pratiques.

Design de l'étude

Il s'agit essentiellement de réaliser une étude sociologique qualitative.
Tout d'abord, sur le terrain, des observations ethnographiques seront réalisées, afin de percevoir les pratiques des sages-femmes en consultation prénatale (suivi prénatal, surveillance échographique, entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité), et l'interaction qui existe entre ces professionnels de santé et les femmes.

Ensuite, des entretiens semi-directifs seront conduits avec les sages-femmes ayant accepté de participer à la première étape de l'étude.

La population étudiée sera constituée de sages-femmes exerçant dans le sud de la France, des secteurs public, territorial et libéral, sur la période de mars 2017 à décembre 2018. Les lieux d'exercice et l'identité des professionnelles seront totalement anonymisés.

Mots clés en français

Sage-femme, santé génésique, politique de prévention, risques, care, milieu social

Références

- Peretti-Watel, P. and Moatti, J.-P. (2009) *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Seuil : La République des idées (La république des idées).
- Sage-Pranchère, N. S. (2014) 'L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIXe siècle)', *Annales de démographie historique*, (127), pp. 181–208.
- Sage-Pranchère, N. and Bardet, J.-P. (2017) *L'école des sages-femmes : naissance d'un corps professionnel : 1786-1917*. Tours : Presses universitaires François Rabelais.
- Tronto, J. and Brugère, F. (2012) *Le risque ou le care ?* Paris : Presses Universitaires de France.

Annexe IV : Courrier d'autorisation du CH de Grandeville

[redacted]

DIRECTION

[redacted]

[redacted] le 23 février 2017

Le Directeur

à

Madame Anne-Sophie POLLET

Envoi par courriel :
anne-sophie.pollet@umontpellier.fr

OBJET : Doctorat de sociologie / étude de terrain
V/ Réf: votre courriel du 20 janvier 2017
N/Réf. : [redacted]
Dossier suivi par : [redacted]

Madame,

J'ai l'honneur de faire suite à votre courriel en date du 20 janvier 2017 dans lequel vous demandez l'autorisation d'effectuer dans le cadre de votre doctorat en sociologie, votre étude de terrain dans l'unité de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de [redacted]

Au regard des avis favorables de M[redacted] le Docteur [redacted] chef du pôle Mère-Enfant et de M[redacted] le Docteur [redacted] responsable du CAC gynécologie-obstétriques, je vous autorise à mener votre étude de terrain au sein de l'établissement.

Lors de votre étude de terrain vous serez placée sous la responsabilité de M[redacted] le Docteur [redacted], responsable de l'unité et de M[redacted], Cadre Supérieur de Santé.

Je vous invite à vous rapprocher de M[redacted] le Docteur [redacted] de M[redacted] le Docteur [redacted] et de M[redacted] afin de définir les modalités de votre intervention.

Je vous remercie de bien vouloir nous faire parvenir une copie de votre protocole.

Je vous rappelle que lors de votre étude de terrain, vous vous engagez à se soumettre aux conditions de fonctionnement du Centre Hospitalier de [redacted], définies par son règlement intérieur.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Bien Cordialement

Le Directeur par intérim

Le Chef de Cabinet,

P/o

[redacted]

Copie de cette lettre
- M[redacted] le Docteur [redacted] Président de CME
- M[redacted] le Docteur [redacted] Chef du pôle mère – enfant
- M[redacted] le Docteur [redacted] responsable CAC, gynécologie-obstétrique
- M[redacted] Cadre supérieur de santé, pôle mère-enfant
- M[redacted] Directrice des soins
- M[redacted] Directeur des ressources humaines et du dialogue social
- Monsieur François Buton, Directeur de Recherche CNRS

Toute correspondance doit être adressée à Monsieur le Directeur – Centre Hospitalier de [redacted] – [redacted] – [redacted]

Annexe V : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN V1

RELATION

- Comment décririez-vous les femmes / les couples qui viennent ici / dans votre cabinet, en consultation prénatale ?

Relance : si vous deviez placer les femmes / les couples que vous accueillez dans 5 groupes (ou 4 ou 6, ou le nombre que vous voulez), quels seraient ces groupes ?

- J'aimerais que vous me décriviez les consultations (/ entretiens / séances PNP) que vous préférez.
- Et celles que vous aimez le moins ?

Relance : dans votre pratique de surveillance et de prévention, quelles sont les situations qui vous mettent mal à l'aise ? Au contraire, quelles sont celles où la consultation vous semble particulièrement facile ? Dans quel cas trouvez-vous la consultation plus intéressante ? Qu'est-ce qui peut vous énervez lors de la consultation ? Quelles sont les situations de consultation / d'entretien qui vous font le plus plaisir ? Dans quels cas vous sentez-vous le plus utile ?

- Si vous deviez former et apprendre votre travail à un étudiant, comment décririez-vous une bonne consultation prénatale (/ un bon entretien / une bonne séance de PNP) ? Et une mauvaise ?
- Depuis le début de votre exercice, comment votre pratique en suivi prénatal s'est-elle transformée ?
- Pour vous, quand on parle de prévention, de risque et de facteur de risque, de quoi parle-t-on ?

Relance : graduation des risques ? risques / facteurs de risque identiques pour toutes les femmes ? utilisation des recommandations de la HAS pour identifier les risques ?

- Comment adaptez-vous la consultation (/ l'entretien / la séance) selon les femmes / les couples que vous avez en face de vous ?

Relances : recherche des risques / facteurs de risque, environnementaux / comportementaux, explications sur les traitements, les examens prescrits, conseils préventifs

- Qu'est-ce qui vous fait penser que la femme en face de vous a compris tout ce que vous lui avez dit ?
- Comment percevez-vous le poids du médico-légal dans votre exercice ?
- Quelles sont les parties de votre travail que vous n'aimez pas du tout faire ?
- Dans les pratiques de travail de vos collègues (pas forcément sur le même lieu de travail), qu'est-ce que vous n'aimez pas ?
- Quelles sont selon vous, les qualités et compétences les plus importantes pour faire ce travail de suivi de grossesse ?
- À quel rythme se succèdent les consultations (/ les entretiens / les séances de PNP) dans le cadre du suivi prénatal ?

Relances : durée habituelle d'une consultation, d'un entretien, d'une séance PNP, durée souhaitable, nombre de consultation par demi-journée

GRILLE D'ENTRETIEN V1

CARRIERE / TRAJECTOIRE

- Qu'est-ce qui vous a amené à travailler à l'hôpital / en PMI / en libéral ? Avez-vous eu un autre mode d'exercice auparavant ?
- Depuis combien de temps exercez-vous la profession de SF ?
- Depuis quand faites-vous du suivi prénatal ? Quelles autres activités avez-vous exercées ?
- Comment ont évolué vos revenus depuis que vous avez commencé à travailler ? (Demander à quel âge)
- Revenus actuels :
- Êtes-vous propriétaire ou bien locataire de votre logement ?
- Comment conciliez-vous vos horaires et conditions de travail et votre vie hors du travail ?
- Comment est-ce que ça pourrait se passer mieux au travail ?
- Qu'envisagez-vous pour la suite de votre vie professionnelle ?
- Comment se sont déroulées vos études ? (Ville, école/université, durée des études, sujet de mémoire si mémoire réalisé)
- Quels diplômes ou formations avez-vous suivi après votre diplôme d'État ?
- Si c'était à refaire, pensez-vous que vous suivriez la même carrière ? Est-ce que vous choisiriez la même discipline ?
- Où êtes-vous né ? Et vos parents ? quelle est / était leur profession ?
- Vivez-vous en couple ? Quelle est la profession de votre conjoint ? Quelles études a suivi votre compagnon ?
- Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ?

Relance : selon l'âge, quelles études suivent-ils ? / quelle profession exercèrent-ils ?

- Quelle est la pratique religieuse dans la famille ?
- Que pensent vos proches (famille, amis) de votre travail ?
- Avez-vous le sentiment de vous en sortir mieux ou aussi bien que vos parents ? Et par rapport à vos frères et sœurs ?

GRILLE D'ENTRETIEN V2

RELATION

- Comment décririez-vous les femmes / les couples qui viennent ici / dans votre cabinet, en consultation prénatale ?

Relance : si vous deviez placer les femmes / les couples que vous accueillez dans des groupes (4 ou 6, ou le nombre que vous voulez), quels seraient ces groupes ?

- J'aimerais que vous me décriviez les consultations (/ entretiens / séances PNP) que vous préférez.
- Et celles que vous aimez le moins ?

Relance : dans votre pratique de surveillance et de prévention, quelles sont les situations qui vous mettent mal à l'aise ? Au contraire, quelles sont celles où la consultation vous semble particulièrement facile ? Dans quel cas trouvez-vous la consultation plus intéressante ? Qu'est-ce qui peut vous énervez lors de la consultation ? Quelles sont les situations de consultation / d'entretien qui vous font le plus plaisir ? Dans quels cas vous sentez-vous le plus utile ?

- Si vous deviez former et apprendre votre travail à un étudiant, comment décririez-vous une bonne consultation prénatale (/ un bon entretien / une bonne séance de PNP) ? Et une mauvaise ?
- Depuis le début de votre exercice, comment votre pratique en suivi prénatal s'est-elle transformée ?
- Pour vous, quand on parle de prévention, de risque et de facteur de risque, de quoi parle-t-on ?

Relance : graduation des risques ? risques / facteurs de risque identiques pour toutes les femmes ? utilisation des recommandations de la HAS/ protocoles de service pour identifier les risques ?

- Comment adaptez-vous la consultation (/ l'entretien / la séance) selon les femmes / les couples que vous avez en face de vous ?

Relances : recherche des risques / facteurs de risque, environnementaux / comportementaux, explications sur les traitements, les examens prescrits, conseils préventifs

- Qu'est-ce qui vous fait penser que la femme en face de vous a compris tout ce que vous lui avez dit ?
- Comment percevez-vous le poids du médico-légal dans votre exercice ?
- Quelles sont les parties de votre travail que vous n'aimez pas du tout faire ?
- Dans les pratiques de travail de vos collègues (pas forcément sur le même lieu de travail), qu'est-ce que vous n'aimez pas ?
- Quelles sont selon vous, les qualités et compétences les plus importantes pour faire ce travail de suivi de grossesse ?
- À quel rythme se succèdent les consultations (/ les entretiens / les séances de PNP) dans le cadre du suivi prénatal ?

Relances : durée habituelle d'une consultation, d'un entretien, d'une séance PNP, durée souhaitable, nombre de consultation par demi-journée

GRILLE D'ENTRETIEN V2

CARRIERE / TRAJECTOIRE

- Qu'est-ce qui vous a amené à travailler à l'hôpital / en PMI / en libéral ? Avez-vous eu un autre mode d'exercice auparavant ?
- Depuis combien de temps exercez-vous la profession de SF ?
- Depuis quand faites-vous du suivi prénatal ? Quelles autres activités avez-vous exercées ?
- Comment ont évolué vos revenus depuis que vous avez commencé à travailler ? (Demander à quel âge)
- Revenus actuels :
- Êtes-vous propriétaire ou bien locataire de votre logement ?
- Comment conciliez-vous vos horaires et conditions de travail et votre vie hors du travail ?
- Comment est-ce que ça pourrait se passer mieux au travail ?
- Qu'envisagez-vous pour la suite de votre vie professionnelle ?
- Comment se sont déroulées vos études ? (Ville, école/université, durée des études, sujet de mémoire si mémoire réalisé)
- Quels diplômes ou formations avez-vous suivi après votre diplôme d'État ?
- Si c'était à refaire, pensez-vous que vous suivriez la même carrière ? Est-ce que vous choisiriez la même discipline ?
- Où êtes-vous né ? Et vos parents ? quelle est / était leur profession ?
- Vivez-vous en couple ? Quelle est la profession de votre conjoint ? Quelles études a suivi votre compagnon ?
- Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ?

Relance : selon l'âge, quelles études suivent-ils ? / quelle profession exercèrent-ils ?

Est-ce que le fait d'avoir eu un/des enfants a modifié votre pratique professionnelle ? Comment ? Est-ce que vous parlez de votre propre expérience avec les patientes ?

- Quelle est la pratique religieuse dans la famille ?
- Êtes ou avez-vous été impliquée dans une association ? quelle est votre orientation politique ?
- Que pensent vos proches (famille, amis) de votre travail ?
- Avez-vous le sentiment de vous en sortir mieux ou aussi bien que vos parents ? Et par rapport à vos frères et sœurs ?

GRILLE D'ENTRETIEN V3

RELATION

- Comment décririez-vous les femmes / les couples qui viennent ici / dans votre cabinet, en consultation prénatale ? *(profil/attentes)*

Relance : si vous deviez placer les femmes / les couples que vous accueillez dans des groupes (4 ou 6, ou le nombre que vous voulez), quels seraient ces groupes ?

- J'aimerais que vous me décriviez les consultations (/ entretiens / séances PNP) que vous préférez.
- Et celles que vous aimez le moins ?

Relance : dans votre pratique de surveillance et de prévention, quelles sont les situations qui vous mettent mal à l'aise ? Au contraire, quelles sont celles où la consultation vous semble particulièrement facile ? Dans quel cas trouvez-vous la consultation plus intéressante ? Qu'est-ce qui peut vous énervez lors de la consultation ? Quelles sont les situations de consultation / d'entretien qui vous font le plus plaisir ? Dans quels cas vous sentez-vous le plus utile ?

- Si vous devez former et apprendre votre travail à un étudiant, comment décririez-vous une bonne consultation prénatale (/ un bon entretien / une bonne séance de PNP) ? Et une mauvaise ?
- Depuis le début de votre exercice, comment votre pratique en suivi prénatal s'est-elle transformée ?
- Pour vous, quand on parle de prévention, de risque et de facteur de risque, de quoi parle-t-on ?

Relance : graduation des risques ? risques / facteurs de risque identiques pour toutes les femmes ? utilisation des recommandations de la HAS/ protocoles de service pour identifier les risques ?/ Risques à la mode ? / suivi de grossesse trop médicalisé ?

- Comment adaptez-vous la consultation (/ l'entretien / la séance) selon les femmes / les couples que vous avez en face de vous ?

Relances : recherche des risques / facteurs de risque, environnementaux / comportementaux, explications sur les traitements, les examens prescrits, conseils préventifs / babyboom ? quelle influence ?

- Qu'est-ce qui vous fait penser que la femme en face de vous a compris tout ce que vous lui avez dit ?
- Comment percevez-vous le poids du médico-légal dans votre exercice ?
- Autonomie d'exercice ?
- Quelles sont les parties de votre travail que vous n'aimez pas du tout faire ?
- Dans les pratiques de travail de vos collègues (pas forcément sur le même lieu de travail), qu'est-ce que vous n'aimez pas ? *(concurrence ?)*
- Quelles sont selon vous, les qualités et compétences les plus importantes pour faire ce travail de suivi de grossesse ?
- À quel rythme se succèdent les consultations (/ les entretiens / les séances de PNP) dans le cadre du suivi prénatal ?

Relances : durée habituelle d'une consultation, d'un entretien, d'une séance PNP, durée souhaitable, nombre de consultation par demi-journée

GRILLE D'ENTRETIEN V3

CARRIERE / TRAJECTOIRE

- Qu'est-ce qui vous a amené à travailler à l'hôpital / en PMI / en libéral ? Avez-vous eu un autre mode d'exercice auparavant ?
- Depuis combien de temps exercez-vous la profession de SF ? *(date diplôme ?)*
- Depuis quand faites-vous du suivi prénatal ? Quelles autres activités avez-vous exercées ?
- Comment ont évolué vos revenus depuis que vous avez commencé à travailler ? (Demander à quel âge)
- Revenus actuels :
- Êtes-vous propriétaire ou bien locataire de votre logement ?
- Comment conciliez-vous vos horaires et conditions de travail et votre vie hors du travail ?
- Comment est-ce que ça pourrait se passer mieux au travail ?
- Qu'envisagez-vous pour la suite de votre vie professionnelle ?
- Comment se sont déroulées vos études ? (Ville, école/université, durée des études, sujet de mémoire si mémoire réalisé)
- Quels diplômes ou formations avez-vous suivi après votre diplôme d'État ?
- Si c'était à refaire, pensez-vous que vous suivriez la même carrière ? Est-ce que vous choisiriez la même discipline ?
- Où êtes-vous né ? Et vos parents ? quelle est / était leur profession ?
- Vivez-vous en couple ? Quelle est la profession de votre conjoint ? Quelles études a suivi votre compagnon ?
- Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ?

Relance : selon l'âge, quelles études suivent-ils ? / quelle profession exercèrent-ils ?

Est-ce que le fait d'avoir eu un/des enfants a modifié votre pratique professionnelle ? Comment ? Est-ce que vous parlez de votre propre expérience avec les patientes ?

- Quelle est la pratique religieuse dans la famille ?
- Êtes ou avez-vous été impliquée dans une association/ vie associative ? *(syndicat ?)*
- Intérêt pour la politique ? Vote ? Quelle est votre orientation politique ? *(ligne politique précise ?)*
- Que pensent vos proches (famille, amis) de votre travail ?
- Avez-vous le sentiment de vous en sortir mieux ou aussi bien que vos parents ? Et par rapport à vos frères et sœurs ?

Annexe VI : Exemple d'extrait de terrain.

Extrait du journal de terrain. Cas n°2

Contexte

Il s'agit de la deuxième matinée que je passe avec Fabienne. A l'issue de la première demi-journée en sa compagnie, je lui avais demandé si ma présence l'avait gênée : elle m'avait répondu non, car comme je n'intervenais pas, elle avait « presque » oublié que j'étais là.

Dès le début de l'étude, nous avons convenu que je me présenterai moi-même auprès des patientes et que je leur demanderai leur consentement pour observer les consultations. Ce mode opératoire a été utilisé pour toutes les situations.

Observation

Il est 9h42, Fabienne accueille Madame H - qui est la 2e patiente de la matinée - avec un peu plus de 10 minutes de retard. Je me présente et demande l'accord de la patiente pour assister à la consultation. Elle accepte sans me demander de précision. Fabienne entre dans le bureau, suivie de Madame H. Je rentre en dernier et ferme la porte. Je m'installe, comme convenu avec Fabienne, sur une chaise, dans un coin de la pièce, à côté du bureau, ce qui me permet d'observer à la fois la sage-femme et la patiente.

La salle de consultation est composée d'un espace bureau et d'un espace pour l'examen clinique, qui sont séparés par un paravent. L'espace bureau contient bien sûr un bureau, assez grand avec des rangements pour les documents administratifs et autres brochures de prévention, un fauteuil pour la sage-femme et deux chaises pour les usagers. Derrière le paravent se trouve une table d'examen électrique moderne, un appareil d'échographie assez ancien, un tensiomètre et un stéthoscope. Sur une paillasse, à côté du lavabo, se trouvent le petit matériel médical (spéculum, écouvillon, pinces, brosses pour les frottis, milieux de culture, etc.) et un appareil portatif pour écouter les bruits du cœur fœtal. Il y a également un porte manteau et une chaise afin que les femmes puissent se déshabiller, un pèse-personne et une toise.

C'est la première fois que cette patiente voit Fabienne en consultation. Madame H est âgée de 37 ans et est fonctionnaire. Elle est de type caucasien.

Fabienne : « C'est le tout début ? »

Madame H répond qu'elle a vu précédemment un gynécologue-obstétricien de la maternité. Fabienne vérifie le terme de grossesse à partir des informations du dossier papier : elle est à 17 semaines d'aménorrhée[1] (4 mois de grossesse). La sage-femme a également ouvert le dossier informatisé de la patiente sur son poste informatique mais écrit au fur et à mesure le compte rendu de sa consultation sur le dossier papier. Elle m'expliquera par la suite qu'elle préfère écrire ses notes sur le dossier papier puis retranscrire les informations dans le dossier informatisé car sinon, elle perd trop de temps, la connexion internet n'étant pas toujours bonne.

Fabienne commence son interrogatoire en demandant quelles sont la gestité (nombre de grossesse déjà débutée) et la parité (nombre d'enfant). Madame H attend son 2e enfant.

Fabienne poursuit par les antécédents médicaux puis obstétricaux afin de savoir comment se sont déroulés la grossesse et l'accouchement précédent. Madame Huit parle du petit poids de naissance de son premier enfant, alors qu'elle a accouché à terme. Fabienne approfondit cet antécédent pour essayer d'en connaître l'origine.

Madame H : « Je ne fais que pleurer… »

La patiente évoque spontanément les difficultés de couple qu'elle a rencontré avec son ancien compagnon, père de son premier enfant. Fabienne écoute silencieusement et demande ensuite comment cela se passe maintenant pour cette grossesse. Madame H répond qu'elle a un nouveau compagnon et que *« ça va bien. »*

Fabienne fait le récapitulatif de l'anamnèse. Madame H demande alors si pour les autres consultations, elle a rendez-vous avec un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Fabienne répond simplement qu'elle va vérifier. Elle poursuit la consultation en demandant à la patiente si elle a fait des examens biologiques.

Madame H : « J'ai ramené mes bilans, et je crois que j'ai une infection. »

[1] Aménorrhée signifie « absence de rège le ». Les professionnels de santé de la périnatalité (médecins et sages-femmes) utilisent ce terme pour dater la grossesse et se repérer sur le calendrier de suivi car il donne une indication de temps beaucoup plus précise que la date présumée de la fécondation.

Fabienne confirme en regardant le bilan que la patiente a une infection urinaire. Elle demande à la patiente si elle en a déjà eu auparavant, mais celle-ci ne sait pas, a priori non. Dans le dossier papier, Fabienne trouve la copie d'une ordonnance d'antibiotique réalisée 2 jours auparavant par un gynécologue-obstétricien, sans donner de précision à Madame Huit. Elle continue de regarder les bilans biologiques et demande si la patiente a déjà eu un diabète gestationnel.

Madame H : « Non… vous me faites peur ! »

Fabienne lui indique qu'il faudrait faire une consultation avec une diététicienne.

Madame H : *« Ah, alors comme pour ma première grossesse ! Je suis gourmande… »*

Fabienne regarde à présent les sérologies : la patiente est immunisée contre la rubéole mais pas contre la toxoplasmose. Celle-ci demande : *« Il faudra que je fasse une prise de sang tous les mois ? »*

Fabienne acquiesce et poursuit en demandant quand a été réalisé le dernier frottis cervico-utérin. Madame H répond qu'elle en a fait un l'année dernière avec un gynécologue-obstétricien libéral.

La sage-femme continue en demandant combien de poids a pris la patiente jusqu'à présent ; celle-ci répond : *« 5 kg. »*

Fabienne : « 5 kg, déjà ! »

La patiente ne répond pas. Fabienne demande à présent à Madame H si elle prend des vitamines ou de l'acide folique[1] et si elle a une anémie. La patiente répond par la négative. Tout en continuant de regarder le dossier, Fabienne trouve « ferritine[2] à vérifier ». Elle rédige une ordonnance informatisée, l'imprime et dit :

« Je sors l'ordonnance pour la toxoplasmose et les urines[3]*.*

- Il y a une seule ordonnance ou plusieurs ?

- Une seule pour toute la grossesse. (Fabienne remet l'ordonnance à Madame Huit).

- A faire tous les mois ? Je commence maintenant ?

- Non, il faut vérifier la dernière date. Faites-moi penser à vous faire la photocopie de l'ordonnance d'antibiotique pour votre infection urinaire. »

La sage-femme trouve à présent dans le dossier le résultat du risque calculé dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 et dit à Madame H qu'elle n'est pas dans un groupe à risque. Celle-ci sourit.

Cette première partie de la consultation a duré 15 minutes.

Fabienne indique ensuite à la patiente qu'elle va l'examiner. Elles se lèvent toutes les deux et vont dernière le paravent où se trouve la table d'examen ainsi que tout le matériel nécessaire à la consultation. Je reste assise à côté du bureau, ce qui me permet de continuer d'écouter la consultation, tout en respectant la pudeur de la patiente. Madame H demande :

« Je me déshabille ?

- Non, je vais regarder le ventre. »

Pendant que la patiente s'installe sur la table d'examen, Fabienne lui demande si on a examiné ses seins, si un contrôle a été fait par le gynécologue-obstétricien qu'elle a vu précédemment. La patiente répond négativement. J'entends que la sage-femme mesure la pression artérielle : elle donne le résultat et demande si c'est la tension habituelle ; la patiente confirme. Fabienne demande ensuite si Madame H a des douleurs – non –. Celle-ci demande à la sage-femme si elle va remplir la déclaration de grossesse. Fabienne répond affirmativement et l'interroge ensuite sur son travail, si elle fait beaucoup de trajet – oui –, si elle porte des charges, si :

« Ça va ? ça se passe bien ?

- Oui, en général. » répond la patiente.

La sage-femme utilise ensuite l'appareil d'échographie pour écouter les bruits du cœur du fœtus. La patiente soupire joyeusement *« Humm… »* lorsque Fabienne lui montre l'activité cardiaque du fœtus sur le

[1] La prise d'acide folique (sous forme de comprimé) est recommandée dans le cadre de la prévention des anomalies de fermeture du tube neural durant le premier trimestre de grossesse (jusqu'à 10 – 12 semaines d'aménorrhée).

[2] Le dosage de la ferritine dans le sang est réalisé pour évaluer les réserves en fer et permet donc de dépister précocement une carence en fer (qui peut entrainer une anémie) ou de suivre la remontée lorsqu'un traitement par supplémentation ferrique est en place.

[3] La recherche de sucre (glycosurie) et de protéine (protéinurie) est un examen obligatoire à faire tous les mois durant la grossesse.

moniteur de l'échographe. La sage-femme enchaine ensuite les questions sur l'insertion du placenta à l'échographie du 1er trimestre, sur la prise d'un traitement, de médicaments, sur la consommation de tabac actuelle et avant la grossesse. Madame H répond qu'elle fume une cigarette le soir et qu'elle culpabilise. Fabienne ne répond pas et termine l'examen qui a duré 8 minutes.

Fabienne et la patiente reviennent au bureau. La sage-femme retrouve dans le dossier papier la déclaration de grossesse qui avait déjà été remplie, ainsi qu'une ordonnance d'acide folique. Sur un ton sec, un peu agressif, Fabienne dit, tout en montrant l'ordonnance :

« Mais je vous ai posé la question… (Fabienne regarde fixement la patiente en montrant l'ordonnance d'acide folique).

- *Ah oui, mais je n'en prends plus… On ne s'est pas compris. »* rétorque la patiente.

Sur son visage, je vois de la surprise et un certain malaise. Madame H regarde Fabienne qui écrit sur le dossier papier en silence. Lorsque la sage-femme a terminé, elle demande à la patiente si elle a des questions. Madame H répond par la négative.

Fabienne invite la patiente à la suivre au secrétariat pour faire la photocopie de l'ordonnance d'antibiotique et faire le point sur les prochains rendez-vous. Nous sortons toutes les trois du bureau de consultation.

Au secrétariat, Fabienne sollicite une des secrétaires pour lui demander quels rendez-vous sont programmés et avec qui. Elle fait modifier le rendez-vous de l'entretien prénatal précoce[1] qui était prévu avec une autre sage-femme. Elle demande également de fixer un rendez-vous avec la diététicienne. Pendant que la secrétaire et la patiente planifient cette consultation « diet », Fabienne va faire la photocopie de l'ordonnance. Je l'accompagne. Elle me demande si je partage son avis sur le fait que l'entretien prénatal précoce doit aussi être réalisé si possible par la sage-femme qui fait le suivi médical. J'acquiesce.

Nous retournons auprès de la patiente, dans le hall d'entrée des consultations. Fabienne remet l'ordonnance pour le traitement de l'infection urinaire et salue la patiente.

La consultation s'achève ainsi à 10h22, elle a duré 40 minutes (au lieu de 30 minutes), dont 8 minutes consacrées à l'examen clinique.

Fabienne apparaît assez distante, concentrée durant les temps de l'interrogatoire, de constitution du dossier, de rédaction des ordonnances et parle davantage durant l'examen clinique.

A la fin de la vacation de consultation, Fabienne me demande mon avis sur le suivi prénatal, s'agissant des consultations médicales et des échographies. Elle s'interroge sur le fait que si toutes les consultations soient faites uniquement par des sages-femmes et que les trois échographies soient réalisées par la même personne soit un problème. Elle poursuit en expliquant qu'elle avait l'habitude auparavant d'avoir l'avis d'un gynécologue-obstétricien au cours des suivis qu'elles effectuaient et que c'était rassurant pour elle d'avoir un avis « médical ». Elle me demande s'il existe un texte dans la législation à ce propos. Je lui réponds en lui posant la question si son avis est aussi médical. Fabienne sourit et répond : *« oui, c'est vrai »*. Je lui dis ensuite que si la grossesse est à bas risque, le suivi relève entre autres de la compétence des sages-femmes et qu'il n'est donc pas nécessaire d'avoir recours à un spécialiste ou un gynécologue-obstétricien, d'après ce que j'ai lu dans la législation ou encore les recommandations professionnelles.

[1] L'entretien prénatal précoce est un entretien, individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin. Il est conseillé de le programmer dès le début de la grossesse, à partir du 4e mois. Il est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et est obligatoire depuis 2020.

Annexe VII : Caractéristiques des sages-femmes

Pseudonyme	Lieu	Année de naissance	Age à la fin du terrain (en 2019)	tranche d'âge	temps complet/ partiel	salaire net	Année Diplôme	ancienneté SF (en 2019)	ancienneté en suivi de grossesse	Catégorie d'unité urbaine du lieu d'exercice	statut marital	PCS conjoint	PCS père	PCS mère	nombre d'enfant	enfant 1	enfant 2	enfant 3	enfant 4	vote	religion
Eliane	PMI	1956	63	60-65	100%	3200	1978	41	13	grande ville	mariée	ouvriers	ouvriers	autres personnes sans activité professionnelle	2	professions intermédiaires	employés	/	/	gauche	catholique
Lydie	PMI	1957	62	60-65	100%	3200	1979	40	8	grande ville	mariée	professions intermédiaires	ouvriers	employés	2	cadres et professions intellectuelles supérieures	employés	/	/	gauche mais vote centre ou droite depuis quelques années	catholique
Gabrielle	CHA	1958	61	60-65	50%	1400	1982	37	4	grande ville	en couple	cadres et professions intellectuelles supérieures	cadres et professions intellectuelles supérieures	employés	1	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	/	gauche mais vote à droite	catholique
Martine	libérale	1961	58	55-59	100%	1500	1984	35	22 (libérale) / 3	métropole	en couple	cadres et professions intellectuelles supérieures	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2	autres personnes sans activité professionnelle	cadres et professions intellectuelles supérieures	/	/	droite	catholique
Isabelle	CHB	1962	57	55-59	100%	3000	1984	35	2	métropole	célibataire	/	ouvriers	autres personnes sans activité professionnelle	0	/	/	/	/	centre droit	catholique
Caroline	CHB	1963	56	55-59	100%	3000	1993	26	6	métropole	mariée	professions intermédiaires	professions intermédiaires	employés	2	autres personnes sans activité professionnelle	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	gauche	catholique / athée
Sylvie	libérale	1964	55	55-59	100%	1000-1500	1989	30	4	bourg (village)	en couple	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	professions intermédiaires	professions intermédiaires	2	professions intermédiaires supérieures	employés	/	/	droite/centre/gauche	catholique
Fabienne	CHA	1966	53	50-54	100%	2900	1989	30	5	grande ville	mariée	professions intermédiaires	professions intermédiaires	autres personnes sans activité professionnelle	2	cadres et professions intellectuelles supérieures	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	gauche	catholique
Chantal	CHB	1966	53	50-54	100%	3000	1989	30	10	métropole	mariée	professions intermédiaires	professions intermédiaires	professions intermédiaires	2	professions intermédiaires	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	gauche	catholique
Samira	CHA	1965	54	50-54	100%	2800	1990	29	3	grande ville	célibataire	/	employés	ouvrier	2	professions intermédiaires	employés	/	/	gauche parfois droite	musulmane
Noelge	libérale	1971	48	45-49	100%	1500-2000	1993	26	8	petite ville	mariée	professions intermédiaires	cadres et professions intellectuelles supérieures	employé	4	cadres et professions intellectuelles supérieures	autres personnes sans activité professionnelle	autres personnes sans activité professionnelle	autres personnes sans activité professionnelle	gauche	catholique
Eléonore	CHB	1971	48	45-49	50%	1300	1994	25	6	métropole	mariée	professions intermédiaires	cadres et professions intellectuelles supérieures	autres personnes sans activité professionnelle	3	cadres et professions intellectuelles supérieures	cadres et professions intellectuelles supérieures	autres personnes sans activité professionnelle	/	centre	protestante
Delphine	libérale	1970	49	45-49	100%	2400-2600	1995	24	11	petite ville	mariée	autres personnes sans activité professionnelle	professions intermédiaires	employés	3	professions intermédiaires	ouvriers	autres personnes sans activité professionnelle	/	gauche/vert/extrême gauche	catholique
Vanessa	CHB	1978	41	40-44	80%	2200	2003	16	2	métropole	mariée	cadres et professions intellectuelles supérieures	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	professions intermédiaires	2	autres personnes sans activité professionnelle	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	centre	catholique
Géraldine	CHB	1979	40	40-44	80%	2200	2003	16	11	métropole	en couple	cadres et professions intellectuelles supérieures	professions intermédiaires	employés	0	/	/	/	/	pas de réponse	catholique
Solène	CHB	1980	38	35-39	80%	2200	2003	16	10	métropole	en couple	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	ouvriers	professions intermédiaires	1	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	/	extrême gauche	aucune
Laetitia	CHB	1983	36	35-39	100%	2400	2006	13	4	métropole	mariée	cadres et professions intellectuelles supérieures	cadres et professions intellectuelles supérieures	employés	2	autres personnes sans activité professionnelle	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	centre	catholique
Axelle	libérale	1980	39	35-39	100%	1600	2006	13	10	grande ville	en couple	cadres et professions intellectuelles supérieures	cadres et professions intellectuelles supérieures	autres personnes sans activité professionnelle	2	autres personnes sans activité professionnelle	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	droite	aucune
Pauline	libérale	1987	32	30-34	100%	1800	2011	8	7	métropole	mariée	cadres et professions intellectuelles supérieures	artisan commerçant	artisan commerçant	1	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	/	centre	catholique
Julie	libérale	1989	30	30-34	100%	1600-1700	2013	6	6	grande ville	en couple	agriculteurs	cadres et professions intellectuelles supérieures	professions intermédiaires	1	autres personnes sans activité professionnelle	/	/	/	centre	protestante
Chloé	CHA	1989	30	30-34	100%	1800	2015	4	3	grande ville	en couple	ouvriers	cadres et professions intellectuelles supérieures	employés	0	/	/	/	/	droite	catholique

Annexe VIII : Position sociale relative des sages-femmes

Axelle - 30-39 ans - libérale à Grandeville, plus de 10 ans de carrière, diplôme après 25 ans. Son conjoint exerce une profession de cadre et intellectuelle supérieure. Elle est propriétaire avec son compagnon du complexe où se trouve son cabinet, qui accueille d'autres professionnels du monde sanitaire et social, amenés à prendre en charge les femmes enceintes mais pas exclusivement. Elle a deux enfants scolarisés. Du fait de la catégorie socio-professionnelle de ses parents, elle est originaire de la classe moyenne supérieure.

Caroline - 55-59 ans - CHU de Métroville, plus de 20 ans de carrière, diplôme après 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire et ses deux enfants sont scolarisés. Le métier de ses parents – profession intermédiaire – indique qu'elle est issue de la classe moyenne.

Chantal - 50-54 ans - CHU de Métroville plus de 30 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire, tout comme l'un de ses enfants et ses parents, indiquant qu'elle provient de la classe moyenne.

Chloé - 30-34 ans - CH de Grandeville, moins de 10 ans de carrière, son diplôme après l'âge de 25 ans. Son compagnon est ouvrier. Elle est issue de la classe moyenne supérieure selon la catégorie socio-professionnelle de ses parents.

Delphine - 45-49 ans - libérale à Petiteville, plus de 20 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Propriétaire du centre médical où se trouve son cabinet, elle loue ses locaux à des paramédicaux. Son conjoint est sans activité professionnelle. Un de ses enfants est ouvrier, l'autre exerce une profession intermédiaire et le dernier est scolarisé. Du fait de la profession de ses parents, elle est originaire de la classe moyenne.

Éléonore - 45-49 ans - CHU de Métroville, plus de 20 ans de carrière, diplômée avant 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne supérieure. Deux de ses enfants poursuivent des études qui les amèneront à occuper une profession intellectuelle supérieure et le dernier est scolarisé.

Éliane - 60-65 ans - PMI à Grandeville, plus de 40 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son mari est ouvrier. Elle est elle-même issue de la classe ouvrière du fait de la profession de ses parents. Ses enfants occupent des postes d'employé et de profession intermédiaire.

Fabienne - 50-54 ans - CH de Grandeville, plus de 20 ans de carrière, diplômée avant 25 ans. Son conjoint exerce une profession intermédiaire. Elle provient de la classe moyenne selon la profession de ses parents. Ses enfants sont étudiants et les études de l'un d'entre eux lui permettront d'occuper une profession intellectuelle supérieure.

Gabrielle - 60 et 65 ans - CH de Grandeville, plus de 30 ans de carrière. Son conjoint occupe une fonction de cadres et professions intellectuelles supérieures. Elle est issue de la classe moyenne supérieure selon la profession de ses parents. Son enfant est étudiant.

Géraldine - 40-44 ans - CHU de Métroville, plus de 10 ans de carrière, diplômée avant 25 ans. Son compagnon exerce un métier de cadres et professions intellectuelles supérieures. Elle n'a pas d'enfant. La profession de ses parents indique qu'elle est originaire de la classe moyenne.

Isabelle - 55-59 ans - CHU de Métroville, plus de 30 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle est issue de la classe ouvrier selon la profession de ses parents.

Julie - 30-34 ans - libérale à Grandeville et à Métroville, moins de 10 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Elle est associée dans les deux cabinets où elle travaille. Elle vit en couple avec un agriculteur et a un enfant scolarisé. La profession de ses parents indique qu'elle est originaire de la classe moyenne supérieure.

Laetitia - 35-39 ans - CHU de Métroville, plus de 10 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son mari exerce un métier de cadres et professions intellectuelles supérieures et a deux enfants scolarisés. Elle est issue de la classe moyenne supérieure selon la profession de ses parents.

Lydie - 60-65 ans - PMI à Grandeville, plus de 40 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son mari occupe une profession intermédiaire. Ses deux enfants sont étudiants et elle est originaire de la classe moyenne.

Martine - 55-59 ans - libérale à Métroville, plus de 30 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son compagnon exerce une professions intellectuelles supérieures. Elle est propriétaire de son cabinet. Elle a deux enfants exerçant des professions intermédiaires. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne supérieure.

Nadège - 45-49 ans - libérale à Villepetite, plus de 20 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son mari occupe un poste de cadres et professions intellectuelles supérieures. Elle a quatre enfants scolarisés. Elle est propriétaire de son cabinet où elle travaille seule. Elle est originaire de la classe moyenne selon la profession de ses parents.

Pauline - 30-34 ans - libérale à Métroville, moins de 10 ans de carrière, diplôme avant 25 ans. Son mari exerce des fonctions de cadres et professions intellectuelles supérieures. Son enfant est scolarisé. Elle est associée avec une autre sage-femme libérale qui est propriétaire du cabinet. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne superieure.

Samira - 50-54 ans - CH de Grandeville, plus de 20 ans de carrière, diplôme après 25 ans. Elle vit seule et a deux enfants qui occupent des professions intermédiaires. Elle est issue de la classe moyenne.

Solène - 35-39 ans - CHU de Métroville, plus de 10 ans de carrière, diplômée avant 25 ans. Son compagnon est ouvrier. Elle a un enfant scolarisé. Elle est orignaire de la classe moyenne selon la profession de ses parents.

Sylvie - 55-59 ans - libérale à la maison de santé de Bourg, plus de 30 ans de carrière, diplôme après 25 ans. Son compagnon est chef d'entreprise. Elle a deux enfants étudiants. La profession de ses parents indique qu'elle est issue de la classe moyenne.

Vanessa - 40-44 ans - CHU de Métroville, plus de 10 ans de carrière, diplôme après 25 ans. Son mari occupe un poste de cadres et professions intellectuelles supérieures. Ses deux enfants sont scolarisés. Elle est originaire de la classe moyenne selon la profession de ses parents.

Résumé en français :

Cette investigation sociologique du travail des sages-femmes dans le contexte de la surveillance prénatale en France offre un éclairage sur les mécanismes d'appropriation professionnelle de cette activité. L'approche méthodologique, ancrée dans une perspective multidimensionnelle, conjugue les apports de la sociologie du travail et des professions et de l'action publique « pas le bas », s'appuyant sur une démarche ethnographique multisituée.
L'analyse sociohistorique de la profession depuis le XVIIIe siècle révèle une trajectoire non linéaire, alternant expansion et restriction juridictionnelles. Après une consolidation au XIXe siècle, le XXe voit une érosion des prérogatives au profit des spécialités médicales émergentes. Le début du XXIe siècle amorce une réappropriation de compétences, dans un contexte de tension démographique médicale et de mobilisations collectives. L'identité professionnelle des sages-femmes se caractérise par une position interstitielle entre cure/care et médical/paramédical. La bureaucratisation et le développement de la recherche en maïeutique sont vus comme des stratégies de légitimation. L'étude des interactions sages-femmes/patientes, à travers le concept d'*agency,* montre comment l'évolution professionnelle favorise l'*empowerment* des usagères. La « proximité » émerge comme trait caractéristique, atténuant l'asymétrie expert-profane. L'analyse des pratiques révèle une articulation *cure/care* et une intégration critique du raisonnement probabiliste et de la technicisation. La nature prudentielle de l'activité est soulignée, caractérisée par l'adaptation aux singularités et une gestion fine des risques, positionnant les sages-femmes comme professionnelles de la vulnérabilité plutôt que simples garantes de la physiologie.
Les apports de cette recherche incluent l'analyse de la position spécifique des sages-femmes dans l'écologie professionnelle du système de santé, l'examen de l'extension de leur juridiction, et leur approche nuancée de la technicisation des soins. Cette étude contribue à éclairer les dynamiques de transformation des professions de santé et souligne la pertinence d'appréhender la profession maïeutique comme un prisme analytique des enjeux contemporains de santé publique et de reconfiguration du champ médical.

Titre et résumé en anglais :

The Midwifery Profession or the Art of Measured Risk.

A Sociology of Pregnancy Governance in France.

This sociological investigation of midwives' work in the context of prenatal care in France sheds light on the mechanisms of professional appropriation of this activity. The methodological approach, rooted in a multidimensional perspective, combines contributions from the sociology of work and professions and public action "from below," based on a multi-sited ethnographic approach.
The socio-historical analysis of the profession since the 18th century reveals a non-linear trajectory, alternating between jurisdictional expansion and restriction. After consolidation in the 19th century, the 20th century saw an erosion of prerogatives in favor of emerging medical specialties. The early 21st century marks a reappropriation of competencies, in a context of medical demographic tension and collective mobilizations. The professional identity of midwives is characterized by an interstitial position between cure/care and medical/paramedical. Bureaucratization and the development of research in midwifery are seen as legitimation strategies. The study of midwife-patient interactions, through the concept of agency, shows how professional evolution promotes the empowerment of users. "Proximity" emerges as a characteristic trait, attenuating the expert-lay asymmetry. The analysis of practices reveals an articulation of cure/care and a critical integration of probabilistic reasoning and technicization. The prudential nature of the activity is emphasized, characterized by adaptation to singularities and fine-grained risk management, positioning midwives as professionals of vulnerability rather than mere guardians of physiology.
Contributions of this research include the analysis of the specific position of midwives in the professional ecology of the healthcare system, the examination of the extension of their jurisdiction, and their nuanced approach to the technicization of care. This study aids illuminate the dynamics of transformation in health professions and highlights the relevance of understanding the midwifery profession as an analytical prism for contemporary public health issues and the reconfiguration of the medical field.

Discipline :

Science politique

Mots-clés :

profession maïeutique, surveillance prénatale, professionnalisation, *empowerment,* technicisation, *cure/care*

Intitulé et adresse de la Faculté ou du Laboratoire :

Faculté de Droit et Science Politique de Montpellier
39, rue de l'Université
34060 Montpellier

DOS DE COUVERTURE