

rapport

La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension

Mai 2021

Directeur de publication: Pr Emmanuel Touzé
Secrétaire générale, responsable de la coordination éditoriale: Agnès Bocognano
Chargée de mission statistique : Mathilde Pichot-Utrera
Chargée d'études documentaires: Valérie Evans
Création graphique et maquettage: NDBD
Diffusion: ONDPS
Éditeur: DICOM
Dépôt légal: 2021
ISBN : 978-2-11-162744-4 • **ISSN électronique:** en cours




Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé



Adresse postale: 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél.: 01 40 56 89 36 – Courriel: drees-ondps@sante.gouv.fr

Les reproductions de textes ou tableaux sont autorisées à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).



La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension

Mai 2021

Présentation de l'ONDPS

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a été créé par décret du 19 juin 2003 auprès du ministre chargé de la santé pour analyser les enjeux en termes de santé publique de l'évolution de la démographie des professions de santé. Il s'agit d'une instance de concertation et d'analyse, présidée par une personnalité nommée pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, et regroupant un Conseil national d'orientation et les comités régionaux de l'ONDPS (dits CRONDPS).

Pour fonctionner cette instance s'appuie sur un secrétariat général composé d'une secrétaire générale, d'une chargée de mission, d'une chargée d'études documentaires, rattaché à la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère.

Sa composition : au Conseil national d'orientation siègent

Les administrations centrales chargées:

- de la politique de santé (DGS, DGOS, DSS, DREES);
- du handicap et de la dépendance (DGCS, CNSA);
- de la formation des professionnels de santé (DGESIP);

Ainsi que :

- la CNAMTS;
- le représentant du Collège des DG-ARS;
- le représentant des Régions de France;
- le représentant des usagers (France Assos Santé).

Les représentants des différentes professions de santé:

- les 7 Ordres professionnels (ONCD, CNOM, CNOMK, CNOPP, CNOP, CNOSF, ONI);
- les représentants des formateurs des professions médicales et de pharmacie (CPU, doyens des facultés de médecine, de pharmacie, d'odontologie et des enseignants en maïeutique-CNEMa et CNGE-CA);
- les représentants des étudiants et des internes de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (ANEMF, ANEPF, ANESF, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, ISNI, SNIO, UNECD, la Fage);
- les représentants des écoles paramédicales et des étudiants paramédicaux (ANDEP);
- le représentant de la CNCM;
- trois personnalités qualifiées.

Dans les comités régionaux de l'ONDPS, on retrouve des représentations similaires:

- ARS, représentants des conseils de l'Ordre, du conseil régional, des fédérations hospitalières (dont la FHF, FEHAP, FHP), des unions régionales des professionnels de santé, des usagers, les observatoires régionaux de santé (ORS)...

Pour la formation:

- le Recteur de région;

- un représentant des Universités ayant un secteur santé;
- les directeurs d'UFR (médecine, pharmacie, odontologie) et les directrices d'écoles de maïeutique;
- les représentants des étudiants et des internes des professions de santé.

Ses missions :

- rassembler des données harmonisées relatives à la démographie des professionnels de santé;
- définir le cadrage et apporter l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins;
- proposer au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision;
- réaliser des études et travaux permettant d'évaluer, en lien avec les besoins de santé exprimés au niveau de chaque région, les perspectives en matière démographique et de formation propres à la région, ainsi que les conditions d'exercice, en particulier pluri-professionnel, permettant un meilleur accès aux soins;
- assurer le secrétariat de la conférence nationale.

Pour en savoir plus sur l'ONDPS : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Présentation du LABERS

Le Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS) est une équipe d'accueil (EA 3149) qui développe la recherche en sociologie au sein de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO) et de l'Université de Bretagne-Sud (UBS). Il fédère les travaux de recherche fondamentale et appliquée des sociologues de ces deux universités et des chercheurs en Sciences humaines et sociales qui se reconnaissent dans ses démarches. Parmi les trois axes qui structurent les recherches menées au LABERS, l'axe Santé-société réalise des études qui portent sur l'organisation des configurations de production de la santé impliquant des malades-usagers, leur entourage et des professionnels.

Florence Douguet, sociologue, est maître de conférences à l'UBS de Lorient. Alain Vilbrod, sociologue, est professeur émérite à l'UBO de Brest. Tous deux sont chercheurs au LABERS et auteurs ou co-auteurs de nombreux ouvrages portant sur les professions de santé et de l'action sociale.

1. « Les sages-femmes : une profession en mutation », ONDPS, Ministère chargé de la santé, mai 2016
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf

Avant-propos

La prise en charge de la santé des femmes en France a connu d'importants tournants depuis la fin du XX^e siècle, notamment sur la procréation, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), le dépistage, le traitement et la prévention des cancers ainsi que la prise en charge des pathologies obstétricales et des naissances.

La Stratégie nationale de santé annoncée en 2017 comporte un volet spécifique sur la santé des femmes, axé sur la prévention via une meilleure éducation à la santé sexuelle, une offre accessible pour les IVG et une prévention accrue des cancers du sein et du col de l'utérus. Ces priorités sont en continuité de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui a développé l'offre d'IVG de proximité, supprimé le délai minimal de réflexion, amélioré l'accès à la contraception et renforcé la prévention à destination de l'entourage des femmes enceintes.

Dans le même temps, les professionnels de santé s'occupant de la prise en charge de la santé des femmes connaissent des modifications de leurs conditions d'exercice. Le nombre de gynécologues médicaux ne cesse de diminuer. Les compétences des sages-femmes ont été élargies au-delà de la grossesse depuis 2009, en renforçant leur rôle en matière de prévention et de prise en charge des femmes et des enfants : prescription des IVG par voie médicamenteuse et vaccination de l'entourage de la mère et du nouveau-né. Enfin, dans le cadre de la réforme du 3^e cycle des études médicales, la maquette de formation des médecins généralistes impose un stage de 6 mois en santé de la femme.

C'est dans ce contexte qu'en 2017, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a reçu la mission, de la part de la ministre de la santé Agnès Buzyn, de lancer une étude sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Pour l'ONDPS, et dans la continuité de son rapport de 2016 sur les sages-femmes¹, l'un des enjeux a été de voir dans quelle mesure peut s'effectuer une coopération entre les différents professionnels de santé contribuant à la prise en charge de la santé des femmes. L'une des particularités de la prise en charge de la santé des femmes tient à la pluralité des acteurs, dont les compétences sont pour partie bien différentes mais aussi pour partie communes et qui, de fait, comme le soulignent les auteurs du rapport, se superposent. De telles situations de superposition se retrouvent, assez

naturellement, pour d'autres types de prise en charge. Mais l'intensité des tensions entre professionnels de la santé des femmes soulève la question des formes de coopération possibles.

C'est dans cet objectif que l'ONDPS a confié au Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS) qui développe la recherche en sociologie au sein de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO) et de l'Université de Bretagne-Sud (UBS), une étude sur les relations entre ces différents professionnels, à partir des enseignements de l'histoire et de l'analyse sociologique. Force est de constater que le dialogue est difficile entre les représentants des différentes professions : médecine générale, gynécologie médicale et obstétrique, maïeutique.

Ce rapport présente le résultat de leur étude et vise à mieux appréhender les pratiques de coopération, de délégation, les habitudes de travail mais aussi les résistances à cette coopération.

Emmanuel Touzé, Président de l'ONDPS

La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension

Mai 2021

Florence Douguet
Alain Vilbrod



Synthèse

Le présent ouvrage porte sur tout ce qui favorise ou tempère une entente entre professionnels de santé dévolus à la santé des femmes en matière de gynécologie et d'obstétrique. Nous avons retenu quatre métiers, à savoir les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux, les médecins généralistes et les sages-femmes, et leur mode d'exercice, en institutions hospitalières publiques ou privées, en libéral, sans oublier tout le lot de pratiques mixtes.

Au fil de cette étude, nous avons pris un premier parti : nous dire que jamais les acteurs d'aujourd'hui ne peuvent faire table rase du passé. Le mort saisit toujours peu ou prou le vif ; les héritages, qu'on le veuille ou non, sont toujours rémanents, et l'histoire longue des relations entre sages-femmes et médecins porte en elle une force de rappel parfois insoupçonnée et peut aussi avoir une vertu explicative des *hiatus* présents qui, c'est un fait, sont assez nombreux.

Ainsi, nous nous sommes d'abord attachés à restituer les enseignements de l'histoire et de ses avancées qui ne souffrent pas vraiment discussion. Qu'apprend-on alors ? De toute éternité, entre solidarité et confiance accordée, des femmes ont gagné en expérience pour assister leurs congénères en couches, pour les aider lors de la mise au monde de leur enfant, pour les soutenir, pour prendre soin d'elles et de leurs nouveau-nés. Dénommées « bonne-mère », « mère-sage », « mère-matronne », « sage-femme », « femme qui aide » ou encore « commère » ou « mère-mitaine », ces femmes possèdent un savoir qui va traverser les siècles, et qui d'ailleurs régulièrement se transmettra de mère en fille. Sauf exception, point d'hommes présents dans ces moments et dans ces lieux où le gynécée est à son affaire. Il y a là ainsi un espace, un temps où la gent masculine, non sans persifler parfois, ne domine pas la situation, est tenue à l'écart, où le prêtre lui-même – dans un contexte où la religion est pourtant omniprésente et omnipotente – est prié de rester sur le seuil. Ce n'est que dans les cas extrêmes qu'ils peuvent être appelés ; le chirurgien-barbier quand il n'y a quasi plus d'espoir ou quand il va falloir extraire un fœtus sans vie, même si on peste contre sa barbarie ; le curé du village quand il faut prestement délivrer les sacrements, puisqu'il est impensable de laisser aller dans l'au-delà un petit être sans qu'il soit baptisé. L'emprise des hommes se fait pour autant sentir peu à peu au mitan du XVIII^e siècle – pas vraiment avant – quand la chape du religieux se fendille et que la curiosité pour les choses du corps s'aiguise. La médecine progresse dès lors, même si les médecins, quant à eux, dédaignent plutôt l'enfantement et, plus largement, les maladies des femmes. Les chirurgiens, qui se débarrassent peu à peu des barbiers et autres rebouteux, par contre, ne dédaignent pas le sang

(les médecins ne touchent jamais les plaies et n'opèrent jamais) et savent se rendre utiles sur les champs de bataille. Ce sont eux qui enfoncent le premier coin dans le monopole des matrones, forcent la pudeur, inventent et manient le forceps qui sauve des vies, en se gardant bien d'autoriser quiconque n'est pas des leurs à en faire usage. Ce sont eux que les puissants courtisent quand il s'agit de sauver une future tête couronnée (ou un enfant naturel qui arrange) grâce à leur talent d'accoucheur. Ce sont eux aussi qui, indubitablement, font avancer les connaissances médicales en la matière. Des luttes épiques se déroulent alors entre chirurgiens et médecins pour le droit d'intervenir sur les corps, à l'heure où on se préoccupe de la diminution de la population et du manque à venir de bras armés. Les matrones font indubitablement les frais de ces luttes. Elles ont bon dos en somme. On les relègue, on les instruit certes, plutôt *a minima*, en inventant le métier de sage-femme jurée, mais peu à peu elles passent sous la coupe d'hommes de l'art prompts à vilipender leurs anciennes manières de faire et, de toute façon, la limite de leurs savoirs. Si, à l'aube du XIX^e siècle, les chirurgiens seront admis dans le corps médical et entreranno par la grande porte dans les hôpitaux, les sages-femmes n'auront droit qu'à la petite porte de service. Ce n'est pas un vain mot de parler à cet égard de domination masculine. Ceci étant, l'histoire n'est pas linéaire. Ici et là, les matrones ne baisseront pas la garde avant les années 1900-1920 et, sous leurs auspices, l'accouchement à domicile perdurera dans les villages, là où, en ville, les maternités n'auront pourtant plus si mauvaise presse, une fois jugulée la grande faucheuse que pouvait être la fièvre puerpérale. Les sages-femmes dûment diplômées ne se laisseront pas instrumentaliser, et de ce point de vue, leur combativité, leur capacité à faire corps sont aussi inscrites dans tout ce qu'elles recueillent de leurs aînées.

Reste toutefois, et c'est tout l'intérêt du détour par l'histoire, bien des précieux enseignements. Il y a là toutes les traces de la progressive relégation des sages-femmes et de toutes celles qui les ont précédées. Les traces aussi de l'habileté des chirurgiens et des médecins à capter leurs savoirs d'expérience puis à le confisquer, en s'appuyant opportunément sur des édiles politiques, eux aussi à la manœuvre. Les traces enfin de bien des formes de résistance et de luttes dans un domaine où tout n'est donc pas rose. Bon gré mal gré, les hommes et les femmes d'aujourd'hui endossent ces héritages. La médicalisation de l'accouchement par exemple puise dans des racines qui vont profond, la teneur des interactions d'aujourd'hui n'est intelligible que rapportée à cette histoire rémanente, à ce passé qui ne cesse d'affleurer. Pour autant, tout est affaire de processus; jamais un état de fait, à un moment donné, ne restera immuable. Les relations nouées entre gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes,

les compétences mutuellement reconnues, les points de friction comme les opportunes alliances ne cessent de se redessiner. En historicisant le présent, nous avons, de la sorte, proposé une intelligibilité nouvelle à ce qui aujourd'hui fait problème. Nous avons en quelque sorte dressé le décor de la scène où vont se mouvoir et interagir les protagonistes du présent que nous allons convoquer. Même frais émoulus, leurs habits ne sont pas neufs, ils ont déjà pris le pli. Leurs habitudes de considérer ou non leurs partenaires de travail leur ont été transmises par leurs pairs avec la force de l'évidence, leur *habitus* parle à travers eux en intégrant notamment, du côté des médecins, une position dominante sur le mode de l'allant de soi et du ça va sans dire. À voir ce qu'ils font de tous ces héritages...

Au fil de la seconde partie de notre étude, nous avons alors souligné en quoi tout ce qui est au fondement du fait professionnel traverse les débats, les tensions, les oppositions entre médecins et sages-femmes. C'est en cela que les uns, les unes et les autres sont des héritiers qui, sous des formes à peine renouvelées, tendent à rééditer des antiennes sur l'intérêt, ici de garder la haute main sur les choses de la gynécologie et de l'obstétrique, là de ne pas s'en tenir à une place encore souvent vécue comme seconde et à gagner en compétences.

Les suspicions de ne pas être à la hauteur, les remises en cause, par les médecins, les gynécologues surtout, de l'élargissement des actes autorisés aux sages-femmes rappellent en quoi la profession de médecin est un modèle du genre. Ce n'est pas incident qu'elle apparaisse, aux yeux de tous les chercheurs occidentaux intéressés par la question, comme exemplaire, comme cas de figure accompli de métiers unis à la cause et toujours très offensifs dès lors qu'une entame se dessine qui menacerait leur « pré carré ». Jamais cependant il n'y a unanimité, et un certain nombre de généralistes ou spécialistes mettent en avant une collaboration sans nuages, saluent le savoir-faire des sages-femmes, leur technicité et voient d'un bon œil l'extension de leurs compétences, l'élargissement des actes qui leur sont reconnus, quitte d'ailleurs à avoir une petite idée sur ce qui pourrait encore leur être confié. Pour autant, ils sont minoritaires. Bien sûr les choses bougent, les points de vue évoluent, mais chez les médecins, la rhétorique du risque demeure, les arguments convoquant la formation incomplète, parce que bien courte, les bévues indéniables des sages-femmes, etc., resurgissent souvent.

Force est pourtant de constater que l'on connaît mal la réalité de ce qui fonde toutes ces réserves émises, tous ces doutes sur leurs aptitudes. Comme souvent, probablement que le plus difficile n'est pas de trouver

1. Chantry Anne et al.,
*Rapport d'étude sur
la qualité des soins
prodigués en maisons
de naissance
en France, CNRS-
AUDIPOG-INSERM,
novembre 2019, p.3.*

la bonne réponse, mais de poser la bonne question... De fait, il y a très peu d'exemples d'actes autorisés pour lesquels il serait avéré que les sages-femmes touchent là à leurs limites, actes qu'il aurait mieux valu ne pas leur confier. Très peu d'exemples aussi où une phase expérimentale dûment évaluée précéderait l'attribution d'actes nouveaux. La plupart du temps, les études manquent à l'appui. Se fourvoient-elles, et si oui dans quelle mesure, en matière de prescription de contraceptifs ? Rencontrent-elles plus de difficultés que les médecins dans la réalisation de frottis, dans la pose de stérilets ou dans la réalisation d'avortements médicamenteux ? Maintes autres questions peuvent toujours être posées, y compris d'ailleurs concernant les dangers de l'accouchement à domicile. Dans les faits, on demeure dans le flou, faute notamment d'études scientifiques éprouvées. Ce n'est pas qu'elles soient difficiles à instruire ; c'est plutôt qu'avec la force de l'évidence, on croit connaître la réponse, que ce serait vraiment perdre son temps d'aller y voir. Un seul contre-exemple récent peut être cité : l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance¹. Elle est positive, et sans doute a-t-elle été vécue comme encombrante par plus d'un... Pour le reste, c'est affaire de convictions plus que de connaissances.

Pour autant, au fil des dernières décennies, les sages-femmes ont vu leur espace professionnel s'élargir. Les enquêtes nationales périnatales montrent que tendanciellement, ces compétences nouvelles sont effectivement mises en œuvre par les plus jeunes. Certaines font l'unanimité, tel l'entretien périnatal précoce, d'autres passent mal. Ce qu'il convient de souligner ici, c'est que ce sont avant toute chose des décisions politiques qui ont été prises, qui ont ici tranché des différends en leur faveur, là au contraire ont plutôt pris fait et cause pour les médecins, en s'attendant toujours, on le suppose, aux réactions que cela ne manquerait pas de susciter chez celles et ceux qui s'estimeraient lésés.

Une première vision d'ensemble nous a permis de mettre en évidence en quoi, de nos jours, les rôles des différents professionnels mobilisés dans le domaine de la périnatalité et de la santé des femmes sont loin d'être univoques. Les prérogatives des un.e.s et des autres ne sont jamais totalement exclusives, les compétences tendent à se chevaucher et à brouiller les frontières qui permettent de circonscrire les différentes professions. Ainsi, la gynécologie-obstétrique inclut la réalisation d'actes non-chirurgicaux qui sont également dévolus à la gynécologie médicale. Dans ces conditions, la tentation est grande, pour ces deux segments professionnels, de s'inscrire dans une logique d'hyper spécialisation dans le but de faire valoir leurs activités respectives et de tracer les lignes délimitant leur territoire en propre. Les médecins généralistes disposent aussi de compétences

communes avec les gynécologues médicaux et obstétriciens. Cependant, leur niveau d'implication dans la réalisation d'actes relevant de la gynécologie et de l'obstétrique demeure très variable et dépend de plusieurs paramètres tenant à leur formation (initiale et/ou continue), à leur appétence pour ces spécialités ou encore à la configuration de leur cabinet (lieu d'implantation, exercice en solo ou collectif...). Enfin, les sages-femmes, dont les compétences ont été largement étendues ces dernières années, effectuent des actes susceptibles d'être réalisés par d'autres professionnels du domaine de la périnatalité (gynécologues, puéricultrices) et plus largement, par d'autres acteurs du champ de la santé pris dans son ensemble (radiologues-échographistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, médecins généralistes...). L'existence d'une certaine « perméabilité » entre les quatre professions étudiées contribue alors à compliquer et à rendre plus délicates leurs interactions.

Celles-ci ne sont par ailleurs intelligibles que rapportées à un contexte démographique contrasté selon les métiers, que nous avons rappelé. Les gynécologues-obstétriciens, depuis 10 ans, connaissent une croissance de leurs effectifs. Ce qui est en cause renvoie plutôt à leur inégale implantation sur le territoire hexagonal, avec de plus en plus de zones quasi-délaissées. Les gynécologues médicaux (moyenne d'âge : 61 ans), après la fermeture de la formation en 1984, voient une sérieuse diminution de leur effectif mais avec le rétablissement de la discipline en 2003 et la croissance du nombre d'internes formés la tendance devrait s'inverser. Les hommes ont déserté le métier il y a déjà bien longtemps et les femmes qui s'y adonnent encore vont vers des activités ciblées (PMA, etc.) réduisant grandement le spectre de leurs interventions. Les médecins généralistes, avec des effectifs stables, à l'heure d'une demande accrue de soins de la part d'une population vieillissante, se regroupent et veillent à ne pas reproduire ce que leurs aînés ont connu en termes d'accaparement à la tâche, la féminisation pouvant aller de pair avec ces nouvelles aspirations. Côté sages-femmes, la croissance se poursuit depuis au moins trente ans. Les installations en libéral en particulier connaissent un envol qui ne va pas sans poser problème, avec des phénomènes de concurrence par exemple qui peuvent être source de conflits entre elles.

Ce faisant, nous nous sommes arrêtés sur les interactions entre les différents groupes professionnels considérés, en débutant par les interactions entre sages-femmes et gynécologues. De fait, elles ne sont pas aisées à caractériser en quelques traits qui se voudraient synthétiques et tranchés. Déjà les relations sont contrastées selon qu'il s'agit de gynécologues médicaux ou de gynécologues-obstétriciens. Les premiers, les premières surtout puisque

le métier de gynécologue médical est très féminisé, sont sur la défensive et très critiques vis-à-vis des sages-femmes qui à leurs yeux empiètent allègrement sur leurs compétences sans en avoir les connaissances suffisantes, en matière de gynécologie notamment, y compris à l'adresse de femmes ménopausées. Du côté des gynécologues-obstétriciens, leurs points de vue sont beaucoup fonction du contexte démographique dans lequel ils se trouvent. Quand ils ne peuvent plus faire face à la demande, il leur est toujours possible de baisser la garde. On s'aperçoit bien alors que la frontière entre dystocie et eutocie, l'interprétation de ce qu'est un accouchement à « bas risque », etc., sont labiles et sujettes à interprétation. Dans tous les cas, ils sont maîtres du jeu et *de facto* contraignent les sages-femmes à s'en remettre à leurs décisions, les amenant à exercer un métier « à cheval entre plusieurs chaises ».

Les relations entre sages-femmes libérales et médecins généralistes, de leur côté, sont assez nettement concurrentielles lorsque les premières proposent des suivis de grossesses et gynécologiques que les seconds réalisent déjà auprès des femmes de leur propre patientèle. Des récriminations d'ordre financier, autour de la rémunération des actes notamment, peuvent alors venir exacerber ces tensions. Des relations plus apaisées se font jour lorsque les deux professionnels se connaissent personnellement et sont bien informés de leurs compétences respectives. Par ailleurs, des effets d'âge et d'ancienneté sont patents du côté des médecins généralistes : les plus jeunes seraient plus ouverts à la collaboration avec les sages-femmes ; ceux qui se situent en fin de carrière le seraient moins dans la mesure où ils consacrent une part, souvent plus importante, de leur exercice à la gynéco-obstétrique. Les coopérations entre les deux professions reposent moins sur les « nouvelles » compétences des sages-femmes (consultation de contraception et de suivi gynécologique, interruption médicamenteuse de grossesse...) que sur leurs compétences que l'on dira « traditionnelles » (préparation à la naissance, rééducation périnéale...). Les généralistes ne se montrent pas aussi critiques que les gynécologues à l'égard du travail mené par les sages-femmes, si ce n'est qu'ils sont parfois dubitatifs quant à leur capacité à repérer, chez une patiente, un problème de santé situé hors de la sphère gynécologique. Il n'en demeure pas moins que les uns et les autres restent très partagés à propos de l'élargissement de leurs compétences. Certains praticiens pensent que les attributions des sages-femmes doivent se limiter très strictement au domaine de la physiologie ; d'autres estiment, à l'inverse, que le champ de compétences des sages-femmes devrait encore être étendu au domaine de la pathologie.

Plus qu'avec les sages-femmes, c'est avec les gynécologues – hospitaliers surtout – que les médecins généralistes sont amenés à travailler dès lors qu'ils suspectent une pathologie chez l'une de leurs patientes. La plupart d'entre eux préfèrent également adresser, dès le début de leur grossesse, les femmes enceintes vers leurs confrères spécialistes. D'autres généralistes expriment le sentiment d'être, ni plus ni moins, « évincés » de la surveillance des grossesses non pathologiques (qu'ils sont pourtant habilités à suivre) et dénoncent les pratiques de « captation » de leurs patientes enceintes par des gynécologues ou des maternités bien repérés sur le territoire. De leur côté, les spécialistes peuvent – au regard des risques encourus – se montrer très critiques à l'égard des aptitudes des généralistes en matière de gynécologie et d'obstétrique. À leurs yeux, le généraliste compétent est celui qui sollicite l'avis des spécialistes, se forme auprès d'eux et sait leur passer le relais le moment venu. Certains généralistes, se sentant disqualifiés et discrédités, finissent alors par abandonner ces activités.

Pour finir ce premier tour d'horizon des interactions entre ces professionnels, nous avons repéré en quoi chacun des quatre métiers ici mobilisés délègue à des porte-parole le soin de défendre leurs causes. Syndicats plutôt corporatistes, ordres veillant au grain, multiples sociétés savantes tantôt s'allient, tantôt s'opposent et se font fort de représenter les intérêts de ces métiers. Il n'est pas interdit de s'interroger sur leur représentativité, mais le fait est que les rouages de l'État ont besoin de ces interlocuteurs et participent de fait à les créditer. Ils ne vont pas toujours dans le sens de l'apaisement des tensions entre ces quatre métiers et leurs prises de position souvent très tranchées ne reflètent pas toujours ce que pensent, ce que mettent en œuvre au quotidien ceux et celles qui y adhèrent, par obligation parfois (l'Ordre des médecins par exemple), sans grande conviction bien souvent.

Rapport



Sommaire

Avant-propos	6
Synthèse.....	11
Rapport.....	19
Sommaire	20
Préambule	22
Introduction.....	32
 Partie 1. L'histoire longue des relations entre médecins et sages-femmes.....	 38
1. L'accouchement, longtemps affaire exclusive des femmes	39
2. L'avènement des chirurgiens accoucheurs	47
3. Le tournant de 1803 et ses suites	54
4. La naissance des obstétriciens et la professionnalisation des sages-femmes dans la seconde moitié du XIX ^e siècle.....	57
5. Le renforcement de la profession obstétricale et l'affaiblissement des sages-femmes (du tournant du XIX ^e siècle à la Seconde Guerre mondiale).....	61
6. La mise sous tutelle des sages-femmes par les obstétriciens (de la Libération aux années 1980).....	66
 Partie 2. Coopérations et tensions entre médecins et sages-femmes	 72
 1. L'autonomie des gynécologues, pierre d'angle de leur domination	 73
1.1. Des gynécologues à la manœuvre face aux représentants de l'État	74
1.2. Segmentation et déploiement de la profession.....	77
1.3. Le risque contre la routine	80
 2. Les professions médicales de la santé des femmes: quelles définitions?	 85
2.1. Gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux: des frontières poreuses.....	86
2.2. Médecins généralistes: des compétences en gynécologie et obstétrique diversement mises en œuvre	89
2.3. Les sages-femmes: des compétences en extension, des pratiques diversifiées	92

3. De quelques traits saillants en matière de démographie des quatre professions étudiées	95
3.1. Les gynécologues-obstétriciens	96
3.2. Les gynécologues médicaux	99
3.3. Les médecins généralistes	101
3.4. Les sages-femmes	103
4. Les interactions entre gynécologues et sages-femmes	107
4.1. Affaire d'offre et de demande	109
4.2. Dystocie et eutocie : une frontière pas si nettement tracée	112
4.3. Enjeux et limites de l'autonomie des sages-femmes hospitalières	120
4.4. « Le travail d'une sage-femme, c'est vraiment de savoir appeler »	128
4.5. Les linéaments de la confiance entre professionnels	134
4.6. Les nouvelles compétences des sages-femmes libérales au prisme des gynécologues	140
5. Les interactions entre médecins généralistes et sages-femmes	147
5.1. Quand des cabinets de sages-femmes s'implantent à proximité de cabinets de médecine générale : entre méfiance et bon accueil	148
5.2. Entraves et leviers à la collaboration entre les deux professions	152
5.3. Quels liens entre généralistes et sages-femmes ?	156
6. Les interactions entre médecins généralistes et gynécologues	162
6.1. Une difficile articulation : entre adressage et détournement des patientes	162
6.2. Des échanges limités et compliqués, freins à la coopération	168
6.3. Des gynécologues dominants, des généralistes dominés ?	173
7. Le face-à-face des organisations représentatives	177
7.1. Affaire de représentativité	181
7.2. L'extension contestée des compétences des sages-femmes	185
7.2.1. « Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme »	186
7.2.2. Les maisons de naissance	188
Conclusion	194
Annexes	198
1. Note méthodologique	199
2. Bibliographie	202

1. Rey Alain (dir.),
Le Robert, dictionnaire
historique de la langue
française, Paris,
Le Robert, vol. 1, p. 1119,
édition de 1998.

2. Birh Alain
et de Pfefferkorn
Roland (dir.),
Dictionnaire des
inégalités, Paris,
Armand Colin,
2014, p. 116.

Préambule

Il n'est sans doute pas inutile, en préambule aux deux parties de notre étude, de préciser quelque peu le point de vue que nous adoptons afin de restituer ce qu'il peut en être des relations entre les différents professionnels amenés à intervenir et à interagir d'une manière ou d'une autre concernant les soins de gynécologie et d'obstétrique. Ainsi, allons-nous exposer notre positionnement théorique, affaire ni plus ni moins de concepts et de références sur lesquelles nous comptons nous appuyer.

Ce positionnement conditionne le regard porté, les faits à retenir et à analyser, les explications émises portant sur les enjeux des échanges entre gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes. C'est aussi manière de rappeler en quoi notre point de vue (qui est la vue que l'on a d'un point...) exclut un parti pris et ne se veut donc pas partisan. Nous évoquerons des questions de domination voire de luttes, des effets de concurrence, d'alliance, etc., mais ce sont là, à nos yeux, des manières de voir très ordinaires, au plus près de ce qui se déroule au quotidien, nonobstant des représentations qui souvent édulcorent, prennent des formes et des précautions langagières qui s'évertuent de ne pas appeler un chat un chat. Le terme « domination » et ses diverses déclinaisons auxquelles nous ferons appel ne signifient bien entendu pas coup de force, fêrle et main de fer. Si violence il y a, elle est, sauf cas d'espèce, toute symbolique ; mais c'est bien affaire de prépondérance, de prédominance, de points de vue souverains, de devenir, d'être et de rester « maître » si l'on s'en tient à son étymologie¹. Ainsi, au sens sociologique, « la domination est un des termes qui permet de décrire des rapports sociaux inégalitaires entre les groupes [...] ou entre des individus : la domination met l'accent sur le pouvoir exercé par un groupe sur un autre. Elle peut être matérielle, institutionnelle ou symbolique, visible ou invisible, directe ou indirecte »².

Comme tout « terrain » où évoluent différents corps professionnels dont les compétences, les prérogatives, etc., ne sont jamais gravées dans le marbre, celui de la gynécologie est traversé par de nombreuses dynamiques. Le contraire serait étonnant, voire suspect. Des femmes, des hommes, forts de leurs savoirs, de leurs convictions, de leurs engagements, de leurs expériences, donnent d'eux-mêmes, défendent leur cause, brêtaillent au besoin pour faire valoir ce qui est, selon eux, le vrai et le juste, le meilleur service à rendre à leurs patientes. Il y a, entre eux, des accords et des désaccords, des tensions et des coopérations, des formes de défiance ou au contraire d'alliance et de confiance. La vie en somme, dès lors que vont devoir œuvrer

3. Noiriél Gérard, *État, nation et immigration*, Paris, Belin, 2001, p. 61.

ensemble des professionnels qui ne sont pas issus des mêmes horizons, qui n'ont pas reçu la même formation, qui possiblement se sentent dans leur bon droit pour se placer au-dessus du lot ou pour revendiquer une place et un rang différent de celui qui est le leur présentement.

Notre objectif est d'observer, d'expliquer, d'analyser, sans prendre parti, sans fausse naïveté non plus. Pourquoi en serait-il autrement ? Chaque corps professionnel se pose en s'opposant, et à la limite fait exister des concurrents voire des adversaires pour se rassembler et faire ainsi cause commune dans ses rangs.

Pour rapporter la teneur et la profondeur aussi des relations entre ces différents professionnels, nous allons tout d'abord repérer quelques enseignements de l'histoire et avancer ici quelle est notre approche. À la suite, nous situerons en quoi les avancées sociologiques qui doivent beaucoup au courant interactionniste nous permettent de comprendre tout ce lot d'interférences, de frictions, d'alliances et de mésalliances qui est l'ordinaire des gens de métier qui se côtoient, se jaugent et se jugent, s'apprécient ou se déprécient et bon gré mal gré négocient, interagissent et communément cherchent à soigner au mieux femmes et enfants qui passent entre leurs mains. Enfin, nous préciserons ce que ce « courant » de la sociologie apporte comme éclairage en matière de dynamique des professions médicales et paramédicales, puisque c'est là justement un domaine où, depuis les travaux pionniers d'il y a presque un siècle jusqu'à ceux d'aujourd'hui, nombre de chercheurs éprouvés ont livré de précieux enseignements.

Affaire d'histoire d'abord ou plutôt de sociohistoire, puisque nous nous situons délibérément à la croisée de l'une et l'autre discipline. Ce qu'il importe de préciser ici, quand bien même ce serait des évidences, c'est que le passé conditionne le présent, c'est que la connaissance du passé éclaire les situations présentes³. Sauf à verser dans on ne sait quel essentialisme, il convient de restituer les fils invisibles qui demeurent tendus et qui relient ce qu'il en est des relations des hommes entre eux aujourd'hui à un passé qui demeure toujours peu ou prou présent. Les configurations des acteurs en ce début des années 2020 sont redevables à ceux qui les ont précédés. En ce sens, on ne peut que faire nôtre ce qu'a pu écrire sur le sujet Robert Castel : « Je pars du constat, ou du présupposé, que le présent n'est pas seulement le contemporain. Il en résulte qu'une sorte d'histoire du présent serait possible, qui consisterait à réactiver le passé présent dans le présent. Ou, pour le dire autrement, le présent est sans doute innovation, mais aussi héritage. C'est d'ailleurs une proposition d'esprit braudélien : Le présent n'est-il pas plus qu'à moitié la proie d'un passé obstiné à survivre, et le

4. Castel Robert,
« Configurations
historiques
et problématisation
du présent »,
Legenrehumain, n° 1,
2000, p. 173.

5. Buton François,
« Portrait du politiste
en socio-historien :
la "socio-histoire"
dans les sciences
politiques », dans
F. Buton et N. Mariot
(dir.), *Pratiques
et méthodes de la socio-
histoire*, Paris, PUF,
2009, p. 35.

6. Chapoulie Jean-
Michel, « Sur l'analyse
sociologique
des groupes
professionnels », *Revue
française de sociologie*,
n° 14, 1973, p. 103.

7. Bloch Marc,
*Apologie pour l'histoire
ou Métier d'historien*,
Paris, Ed. Étienne Bloch,
1993, p. 47.

8. Élias Norbert,
La société de cour,
Paris, Flammarion,
1985, p. 152-153.

passé, par ses règles, ses différences et ses ressemblances, la clé indispensable de toute compréhension sérieuse du présent? Cette référence à un "héritage" est cependant ambiguë. Elle risque d'induire la représentation de "données" préconstituées, d'invariants historiques, de règles, d'institutions, etc., qui constitueraient comme des morceaux de passé incrustés dans le présent. Pour éviter cette tentation substantialiste (à moins que ce soit pour la contourner) je propose de partir de la notion de configuration problématique. Une configuration problématique est une situation qui fait aujourd'hui problème, qui mobilise l'attention et suscite une réponse »⁴.

Ce qui fait aujourd'hui problème, en l'occurrence en matière d'interactions entre ces professionnels, ne sont pas choses factuelles, ponctuelles, épi-phénoménales, résultats d'une conjoncture qu'on voudrait saisir, qu'elle serait déjà emportée par le courant. Il y a bien une genèse, des héritages et des héritiers, une historicité; et ce passé du présent se doit d'être saisi, tel « le mort qui saisit le vif ». Cela n'exclut pas d'ailleurs de porter attention aussi au « passé du passé »⁵, à savoir tout ce qui était à un moment possible et qui n'est pas advenu, telles des occasions manquées pour que par exemple, un corps professionnel ait tenté d'imposer son savoir, ses pratiques et a échoué... Dans tous les cas, « on ne saurait étudier les professions en faisant abstraction de leur histoire, sans se condamner à ne rendre compte de leur mode d'exercice dans la réalité sociale que par l'intermédiaire de variables comme les caractères de la division technique du travail »⁶.

Au travers des enseignements de l'histoire, on va de la sorte apporter de l'épaisseur, de la profondeur de champ, afin de saisir le rôle que le passé joue dans le présent. « L'incompréhension du présent, écrivait Marc Bloch, naît fatalement de l'ignorance du passé »⁷. Parce qu'il y a bien des survivances, des racines, des forces de rappel, et il se trouve que justement la sociohistoire se préoccupe particulièrement des questions d'interactions, de relations entre individus et entre groupes constitués. Elle les conçoit d'évidence en termes de relations de pouvoir et de compétition. Ce prisme nous intéresse bien entendu : matrones, sages-femmes, médecins de campagne, chirurgiens, gynécologues... toutes et tous ont été engagés à un moment donné ou à un autre dans des relations de pouvoir, employées ici dans le sens foucauldien des possibilités que se sont données les hommes, dans l'histoire, pour orienter les conduites d'autrui. Norbert Elias retient volontiers la métaphore du jeu de cartes⁸. Tous les individus qui s'engagent dans une même « partie » créent une configuration d'individus liés entre eux parce qu'ils poursuivent le même but : gagner la partie, vaincre l'adversaire. Rapports de force, relation de pouvoir... tout cela a pu prendre des

9. Noiriel Gérard,
*Introduction
à la socio-histoire,*
Paris, La Découverte,
2008, p. 6.

formes feutrées, euphémisées, policées ou au contraire de luttes à couteaux tirés, mais on est là sans nul doute au plus près des enjeux qui traversent tout ce qui a pu se tramer, quand bien même au quotidien les manières conventionnelles de se tenir et d'échanger ne versaient pas, et ne versent toujours pas dans la confrontation directe, la polémique ou l'esclandre. Mais il n'empêche, il y a bien compétition entre corps professionnels, et ce n'est en rien nouveau ni original. Cela se vit et s'est vécu au quotidien, dans la confrontation des pratiques, des manières de faire, par exemple dans les façons de considérer les parturientes, de pratiquer des accouchements, etc. Ces « négociations », ces « configurations problématiques » qu'évoque Robert Castel se sont toujours jouées et continuent à se dérouler à coups d'arguments, et il importe alors de saisir ce qui a été écrit, ce qui a été prononcé par les différents protagonistes. Les prises de position, au sens littéral du terme, passent toujours par des prises de paroles, par des exposés qui en l'occurrence laissent des traces, toujours précieuses pour l'historien.

Puisque, on l'a compris, nous porterons intérêt aux enjeux de pouvoir, aux effets de domination, aux formes d'imposition de ce qu'il convient de dire et de faire en matière de mise au monde des enfants notamment, nous nous attarderons quelque peu sur les arguments mis en avant par les uns et par les autres pour légitimer leur juste place, d'autant plus si elle est dominante. Les médecins, les gynécologues en particulier, ont acquis, de haute lutte on le verra, une position de surplomb, quand bien même elle a été contestée et continue à l'être. Rien n'est figé, mais le fait est que l'on a là affaire à des hommes (surtout) et à des femmes qui sont parvenus, pour reprendre Gérard Noiriel, « à détenir le privilège de définir les identités, les problèmes, les normes du monde social ainsi que les enjeux que doivent prendre en considération tous les acteurs de la société. C'est la raison pour laquelle les questions de nomination, de désignation et de catégorisation sont au cœur des préoccupations de la sociohistoire »⁹. Comment s'y sont-ils pris ? Comment ont-ils légitimé leur domination ? À quel moment ? Il y aura là quelques rappels utiles, puisque, nous l'avons dit, les luttes pour les classements, pour obtenir le « pouvoir symbolique » au sens bourdieusien du terme, les confrontations pour emporter la mise, tout cela s'inscrit dans une histoire que les acteurs d'aujourd'hui endossent bel et bien et qu'ils actualisent sur la forme plus que sur le fond.

Qu'en a-t-il été alors dans la France de l'Ancien Régime, puis au fil d'un XVIII^e siècle où bien des choses basculent, des confrontations, notamment entre sages-femmes et médecins ? Comment les règles de l'obstétrique se sont-elles imposées ? Comment ont évolué les relations entre gens de différents métiers ? Comment, là aussi, les positions dominantes

10. *Ibid.*, p. 46.

et dominées se sont sédimentées, au point que l'ordre des choses d'aujourd'hui, avec notamment une médicalisation très poussée de l'accouchement qui apparaît aller de soi, peine à être remise en question ? Comme nous y invite la sociohistoire, nous porterons assurément intérêt à ce qu'ont pu argumenter les tenants de la profession médicale, mais aussi à ce qui a été mis en avant par celles qui ont perdu bien du pouvoir et, durant un temps du moins, ont bien dû se soumettre. Nous pensons évidemment ici aux sages-femmes. Aujourd'hui comme hier, il existe des porte-parole. Leurs arguments sont à bien saisir et nous les restituerons donc : « Ceux qui détiennent le privilège de parler à la place des autres contribuent à faire exister les groupes en les nommant sur la place publique, en définissant les “problèmes” dont tout le monde doit parler, en fournissant le stock d'arguments légitimes dans lequel les dominés devront puiser pour exprimer leurs protestations »¹⁰. Là encore c'est affaire de pouvoir et, on le constatera aisément, aussi péremptoirs et datées que puissent apparaître par exemple des prises de position de la part de telle ou telle organisation professionnelle, de gynécologues par exemple, qui font aujourd'hui l'actualité, les arguments sont des antiennes depuis longtemps entendues et qui s'inscrivent à plein dans une histoire rémanente, qu'il s'agit pour autant de toujours contextualiser. En effet, rien de ce qui se trame entre les protagonistes ne peut être délié de son contexte économique, social et politique.

Ce faisant, nous ne ferons pas véritablement œuvre d'historiens. Nous n'en avons pas le loisir et des compétences seraient à acquérir, qui demanderaient du temps. Et puis surtout cette histoire est déjà bien constituée. Nous pourrions certes apporter un regard critique sur ce qui a pu être dit et écrit, mais il s'agira plus de saisir en quoi tel ou tel article ou ouvrage peut apparaître aujourd'hui un peu « dépassé ». En effet, faut-il même le rappeler, l'histoire s'inscrit au présent et elle toujours surdéterminée par l'époque où elle a été produite. La focale retenue, les éléments soulignés, les faits considérés comme bien illustratifs sont toujours liés à des préoccupations présentes. Il en va d'hier comme d'aujourd'hui, et ce n'est pas incident évidemment que nous posons notre regard sur la profondeur historique des effets de pouvoir et de domination à l'heure où se jouent, entre les corps professionnels sur lesquels nous nous penchons, de fortes questions sur leur capacité à coopérer, à déléguer, etc. Il y a donc déjà une matière historique établie et surtout une périodisation qui semble faire l'unanimité. Nous la reprendrons à notre compte, quitte, en toute logique, à souligner des points qui, il y a 20 ou 30 ans pouvaient apparaître anodins et aussi à enrichir par des apports récents ce qui continue à faire référence, puisque l'histoire épique des relations entre les différents métiers de la périnatalité et de l'obstétrique n'est jamais close. C'est donc un processus et non pas

11. Baszanger Isabelle,
« Les chantiers de
l'interactionnisme
américain » dans
A. Strauss, *La trame
de la négociation*,
Paris, L'Harmattan,
1992, p. 14.

12. Hughes Everett C.,
Le regard sociologique.
*Essais choisis. Textes
rassemblés et présentés
par J.-M. Chapoulie,*
Paris, Éditions de
l'EHESS, 1996, p. 99.

un état qu'il importe de saisir. Nous l'avons dit, toute une part des compétences, au sens du droit de pratiquer tel ou tel acte, n'est pas l'exclusivité d'un corps professionnel donné, et si à côté il y a des prérogatives réservées par exemple aux gynécologues ou aux médecins de ville, en matière de prescription notamment, bien des évolutions sont possibles et les récentes « montées en compétences » des sages-femmes, les expérimentations de maisons de naissance, le droit de pratiquer sans ordonnance des avortements médicamenteux, etc., le démontrent amplement.

Affaire d'approche interactionniste ensuite. La grille de lecture offerte par les avancées de cette sociologie venue d'Outre Atlantique a l'intérêt de se pencher spécialement sur « le produit du commerce des hommes, c'est-à-dire des rencontres entre les groupes, de leur travail, de leurs négociations, des conflits et leurs issues, des processus de connaissances et d'apprentissage »¹¹. Parmi ces groupes, ceux qui œuvrent à se constituer en profession à part entière ont été l'objet, depuis longtemps, d'une attention particulière, et la profession médicale notamment a été au cœur de maints travaux qui aujourd'hui encore font référence. Nous nous y appuyerons volontiers.

Les tenants de l'interactionnisme se sont ainsi intéressés au processus à l'issue duquel un corps de métier se constitue et parvient, souvent de haute lutte, à s'imposer en délimitant un « pré carré », un domaine réservé, en clôturant un segment du marché du travail où il va devenir hégémonique, avec tous les profits sociaux associés. Celles et ceux qui ainsi disposent de la licence exclusive de pratiquer certaines activités, certains actes, « s'ils ont le sens de la solidarité et de leur propre position, revendiquent un mandat pour définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail »¹². Ériger cette clôture, cette « chasse gardée » en somme, est le fruit de tout un processus qui a nom « professionnalisation ». En France, de fait, peu de métiers sont parvenus à s'imposer ainsi et à faire exception au principe de la libre concurrence. En effet, cela suppose une intense activité menée sur plusieurs fronts. Sans s'y étendre outre mesure, et puisque la profession médicale en est, pour ainsi dire, l'archétype, repérons simplement quelques-unes des conditions de cette enclosure.

Les tenants d'une profession établie s'évertuent toujours de diffuser tout un ensemble d'arguments moraux, aujourd'hui à forte connotation éthique, sur le fait qu'il en va de l'intérêt public que telle ou telle forme d'exercice soit réservée à ses seuls membres. Il faut gagner à sa cause, être crédité, et il y a donc tout un travail de ce que l'on appellerait présentement de « lobbying », non seulement auprès de l'opinion publique prise à témoin,

13. Bourdoncle
Raymond, « La
professionnalisation
des enseignants :
analyses sociologiques
anglaises et
américaines », *Revue
française de pédagogie*,
n° 94, 1991, p. 73.

mais aussi, et surtout, auprès des instances, étatiques souvent, qui vont garantir que c'est là un domaine protégé qui leur sera réservé. Pharmaciens, notaires, architectes, etc. plaident leur cause, protestent au besoin contre les entames, mettent en avant non seulement leurs indépassables compétences, mais aussi les garanties morales sur tout ce qui touche par exemple au secret professionnel bien gardé, au respect sourcilieux des règles de l'art, à la fidélité aux principes déontologiques qui régissent leur exercice.

Une profession, *via* des représentants autorisés, veille aussi à entretenir la rareté, au risque sinon que le titre se démonétise. C'est là un exercice pour autant on ne peut plus délicat puisqu'il ne s'agirait pas que les effectifs fondent au point qu'il ne resterait qu'un dernier carré trop faible pour veiller aux frontières et pour pouvoir satisfaire une demande, qui pourrait alors se tourner vers d'autres offres de service. On pense ici à la situation démographique des gynécologues médicaux par exemple, mais ce fut aussi, il y a quelques années, les alarmes tirées par les sages-femmes.

De manière aussi très ordinaire, une profession veille à organiser à sa mesure la formation et à en avoir la mainmise. Quel que soit le domaine, d'évidence c'est affaire d'apprentissage de techniques souvent très sophistiquées, mais bien entendu que ce n'est pas que cela, tant s'en faut. C'est aussi affaire de rituel d'appartenance, d'initiation, au sens plein du terme, et de conversion identitaire. Incorporer l'art et la manière de s'y prendre passe aussi par tous les conseils reçus des aînés, des « séniors », en matière de tour de main, de gestion des aléas voire des « trucs et des astuces », des gestes à savoir, des postures à adopter, même s'ils ne sont inscrits dans aucun manuel. C'est aussi au fil de la formation, longue idéalement, que les uns et les autres vont intégrer le fait qu'ils seront autonomes dans bien des décisions à prendre et personnellement responsables de leurs actes devant leurs pairs. Finalement ce qui importe, c'est l'incorporation d'un esprit de corps « de la tête aux pieds pourrait-on dire »¹³ et de formes de distinction pour que les impétrants, peu à peu en arrivent à se définir tout entier par leur statut, et ce au sein d'un cercle bien délimité qui fait autorité.

C'est la confraternité qui fait l'unité de la profession établie et il s'agit donc d'affilier tous les membres et de les contraindre à la fidélité. Les Ordres professionnels ont cette mission. Gardiens du temple, ils veillent aux tentatives de remise en cause du monopole et font la police à l'interne, quitte à théâtraliser quelques exclusions au nom de règles déontologiques codifiées et intransigeantes. L'Ordre des médecins est ici assez exemplaire et sert encore de modèle, mais il en va aussi de divers syndicats professionnels. On retrouve ici les avancées de Georg Simmel pour

14. Dubar Claude et Tripier Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 1989, p. 97.

15. Béguin François, « Buzyn et Schiappa critiquent les propos anti-IVG du président d'un syndicat de gynécologues », *Le Monde*, 12 septembre 2018.

16. Simmel Georg, cité par C. Dubar et P. Tripier, *Sociologie des professions*, op. cit., p. 97.

17. Tomasi di Lampedusa Giuseppe, *Le Guépard*, Paris, Le Seuil, 2007, p. 34.

18. Hughes Everett C., cité par C. Dubar, « Les travailleurs sociaux, un groupe professionnel ? » dans A. Vilbrod (dir.), *L'identité incertaine des travailleurs sociaux*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 19.

qui « les professions modernes constituent des formes de socialisation qui diffèrent des anciennes communautés ou confréries parce qu'elles impliquent une sociabilité nouvelle, interactive et intériorisée, volontaire et émergente et non plus imposée et subie. C'est le partage de ces attitudes, conduites et normes, par ajustement mutuel, qui constitue l'esprit collectif d'un groupe et non pas son intégration à un ordre préétabli. L'ordre émerge des interactions et se reproduit par intériorisation dans les personnalités des membres »¹⁴. On pourrait croire que souvent des porte-parole connus et reconnus émergent au nom des Ordres ou d'autres organisations professionnelles et occupent « la scène médiatique ». Cela peut arriver, à l'instar récemment de Bertrand de Rochambeau, Président du Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France, et sa prise de position sur l'avortement, très vite désapprouvée par ses confrères, mais sans doute est-ce plutôt un incident de parcours vite corrigé¹⁵. Georg Simmel le précise en maniant un certain paradoxe : « plus les personnes sont anonymes et impersonnelles, plus elles pourront se substituer les unes aux autres et plus elles pourront assurer au groupe une conservation ininterrompue »¹⁶.

Enfin, mais sans nul doute il y a-t-il d'autres traits significatifs, une profession organise autour d'elle des affidés, des aides, des assistants, des auxiliaires, des « paras » en définissant, en vertu de son mandat, les comportements et les conditions de travail de ces autres personnes concernées par son activité. Ces gens de métier qui donc gravitent autour de ces professionnels patentés seront idéalement à leur main, sinon même créés à leur instigation, formés par eux et mis à leur service à partir de tâches déléguées, prescrites et contrôlées. Le processus de professionnalisation est par définition en perpétuel mouvement. De nouvelles compétences sont engrangées, des mutations techniques requièrent des adaptations, des segmentations peuvent intervenir et une profession peut se scinder, se segmenter tout en maintenant l'essentiel pour que, à l'instar du héros du livre *Le Guépard* de Giuseppe Tomasi « Si nous voulons que tout reste tel que c'est, il faut que tout change »¹⁷. Des tâches auparavant apanage de professionnels patentés peuvent perdre de leur prestige, se voir dévalorisées et confiées à des métiers subalternes et subordonnés, qui eux-mêmes délèguent le « bas travail », d'aucuns disent le « sale-boulot » pour traduire l'expression « *dirty work* » d'Everett Hughes¹⁸, à l'instar des missions passant des médecins aux infirmières et des infirmières aux aides-soignantes. Rien n'est figé, mais tendent toujours à demeurer des positions de dominants et de dominés, quand bien même interviennent des recompositions rendues nécessaires par l'avancée des technologies, les exigences des profanes, les injonctions des politiques, etc.

19. Freidson Eliot,
La profession médicale,
Paris, Payot, 1984, p. 91.

Point n'est besoin sans doute d'insister. En filigrane aux observations précédentes, on pressent vite en quoi la profession médicale rassemble nombre de traits voire peut servir de modèle à tout ce qui est susceptible de qualifier une profession « à part entière ». De fait, nombre de sociologues de renom, inspirés par ladite « École de Chicago » ont retenu comme illustration même, le cas des médecins, et l'ouvrage « *La profession médicale* », d'Eliot Freidson demeure une référence. Ainsi pourrait-on reprendre point par point les traits caractéristiques d'une profession et y accoler tout ce qui qualifie assez exemplairement le processus de professionnalisation à l'issue duquel les médecins ont acquis, non sans mal, une position d'autorité et d'exclusivité fort prestigieuse. Il leur a fallu bannir des métiers rivaux (rebouteux, officiers de santé, etc.), renvoyer des légions de religieuses rétives aux ordres, peu férues d'asepsie et n'obéissant qu'à leurs mères supérieures, délégitimer des pratiques ancestrales de soin, créer ni plus ni moins *ex nihilo* le métier d'infirmière, etc. Il leur a fallu aussi emporter l'adhésion : « dans le cas de la profession, la polarisation sur le service procède du crédit que lui fait le public, crédit qu'elle a gagné grâce aux efforts de ses dirigeants pour persuader la société de lui accorder et de lui conserver son autonomie »¹⁹.

Au fil des décennies, la profession médicale n'a eu de cesse de se fragmenter, de se segmenter et ce processus se poursuit. Des spécialisations n'ont guère tardé à poindre, compte tenu de méthodes nouvelles de soins, de nouvelles techniques, avec à la clé des hiérarchisations plus ou moins explicites. Différents modes d'exercice cohabitent aussi. Chez les gynécologues, il y a ceux qui effectuent des accouchements et ceux qui ne le font pas, ceux qui exercent en libéral et ceux qui optent pour des cliniques privées ou des maternités publiques, sans oublier les pratiques mixtes. Il y a aussi ceux qui vont se spécialiser, dans l'échographie par exemple. Derrière la façade unitaire, il y a des concurrences, des formes de domination, entre spécialistes et généralistes par exemple, des « écoles », des effets de mandarinat, etc. Pour autant l'essentiel demeure, à savoir des positions dominantes et une profession qui sait faire taire les divisions, s'agréger et faire cause commune, dès lors qu'il faut serrer les rangs, par exemple concernant le libre choix du lieu de son installation. Pour Eliot Freidson, le métier d'infirmière, au même titre que les autres métiers paramédicaux, est nécessairement voué à la subordination en matière d'autonomie et de responsabilité : « un métier paramédical peut atteindre le degré d'autonomie d'une profession à condition de contrôler un domaine d'activité disjoint, qui peut être isolé du champ global de la médecine et où la pratique n'exige pas le contact quotidien avec les médecins ni le recours à leur autorité. Il y a très peu de métiers paramédicaux à l'heure actuelle, pour ne pas dire

20. *Ibid.*, p. 79.

aucun, qui occupent de tels secteurs potentiellement indépendants »²⁰. Son ouvrage est paru aux États-Unis en 1970. Les lignes ont bougé depuis et en France le métier d'infirmière est engagé dans un processus d'autonomisation. Il reste toutefois assez largement dominé et si les infirmières, les infirmiers donnent des ordres à quelques-uns, à quelques-unes, dans un processus de délégation, elles et ils en reçoivent aussi, là où les médecins en donnent à tout le monde et n'en reçoivent pour ainsi dire de personne. Il est prématuré de prédire alors ce qu'il en sera des dites « infirmières en pratique avancée » sauf à constater que pour l'heure les médecins semblent bien en faire leur affaire.

Reste le cas des sages-femmes, cas singulier à plus d'un titre puisque le métier préexiste à celui de gynécologue par exemple et que, au moins « sur le papier », il s'agit bien d'une profession médicale et non paramédicale, avec un droit de prescription, un Ordre professionnel à la manœuvre, etc. Les femmes, les quelques hommes maïeuticiens rassemblent aussi une part des traits de ce qui fait la profession. Une part seulement, et c'est justement ce qui semble bien faire problème. Des inégalités ressortent prestement et c'est tout un contexte, toute une histoire du métier et des relations avec les médecins qu'il importe de bien saisir pour comprendre ce qu'il peut en être de la teneur présente des interactions, dès lors que s'établissent *de facto* des formes de coopération, de délégation, de confiance réciproque accordée ou non... Toute une histoire qui puise loin et qui va faire l'objet de la première partie de notre étude, histoire pour aujourd'hui, avec le regard d'aujourd'hui, avec la conviction qu'elle demeure matricielle.

21. *Cour des comptes, « Les maternités, Cahier 1, analyse générale », Rapport au parlement, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2014, p. 45.*

22. *Source : INSERM, DREES, Enquête nationale périnatale, Rapport 2016-2017.*

Introduction

Gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes et sages-femmes sont amenés à accompagner des femmes enceintes, à intervenir lors des accouchements et à assurer le suivi médical de la mère et de son jeune enfant. Par ailleurs, ces professionnels reçoivent régulièrement à leur cabinet des femmes de tous les âges dans le cadre de consultations de prévention, de contraception, de suivi et de soins gynécologiques. À leurs côtés sont aussi possiblement présents d'autres professionnels, tels que les pédiatres, les anesthésistes, les infirmières (généralistes ou spécialisées en anesthésie ou en puériculture), les échographistes, les aides-soignantes; mais ici nous nous cantonnerons aux premiers métiers cités.

Les compétences de ces professionnels sont en partie différentes, et bien des formes de coopération sont possibles, mais il existe aussi des compétences communes qui, de fait, se superposent; avec des patientes qui tantôt optent alors pour un suivi chez « leur gynécologue », chez « leur médecin traitant » ou chez « leur sage-femme ». Le fait que les femmes choisissent d'aller plutôt vers tel ou tel professionnel tient à bien des facteurs, mais parmi eux, de manière très prosaïque, la facilité d'obtenir rapidement un rendez-vous paraît entrer assez largement en ligne de compte. En effet, la situation démographique de chacune de ces professions, leur inégale répartition sur le territoire national ne sont pas pour rien dans les glissements de patientèle que l'on peut observer.

Le métier de gynécologue en exercice de ville, c'est un fait, n'attire plus du tout. Pour le moment, les effectifs demeurent assez élevés quoiqu'inégalement répartis sur le territoire français, mais un rapide coup d'œil aux pyramides des âges²¹ suffit à saisir le problème: il n'y a quasiment plus de gynécologues médicaux de moins de 55 ans qui travaillent hors établissement et seulement quelque 500 gynécologues-obstétriciens ont moins de 50 ans. Dans un tel contexte, les médecins généralistes et plus encore, les sages-femmes libérales, occupent une place de plus en plus importante dans le suivi des grossesses. En 2003, 15 % des femmes enceintes étaient suivies par au moins un médecin généraliste, elles étaient 19 % en 2016. Dans le même temps, la part de femmes enceintes ayant consulté une sage-femme libérale est passée de 3 à 25 %²². Prescription de contraceptifs, pose de stérilets ou d'implants, visites de routine, quel que soit l'âge de la patiente, frottis, etc., tendent aussi à être de plus en plus du ressort des sages-femmes, libérales en particulier. Sauf cas d'espèce, ce sont bien vers

23. *Cour des comptes, op. cit., p. 47. À noter cependant que la proportion de médecins, toutes spécialités confondues, détenteurs d'un diplôme étranger diminue d'année en année depuis le début des années 2010 : 16 % des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre détenaient un diplôme étranger contre 26 % en 2010.*
Source : Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale. Situation au 1^{er} janvier 2018*, p. 45.

elles que se tournent désormais les femmes. Les obstacles à la reconnaissance de leurs nouvelles compétences se lèvent donc au fur et à mesure que les gynécologues, mais aussi, dans certaines zones peu attrayantes, les médecins généralistes baissent la garde, faute de successeurs.

Au sein des maternités, la situation est quelque peu différente. Le repli des gynécologues, mais aussi des anesthésistes est moins net, grâce notamment à la présence de médecins étrangers: 14,8 % chez les gynécologues-obstétriciens en 2012, contre 7,9 % toutes spécialités confondues²³. Pour autant, entre 2007 et 2012, la diminution était déjà de -8,5 % pour les premiers et de -7,4 % pour les seconds, là où les sages-femmes voyaient leurs effectifs progresser de 10,2 % et ceux des infirmières spécialisées en puériculture bondir de 59,3 %; et cette tendance se poursuit depuis. Ces évolutions démographiques inversées conduisent à un ajustement contraint des rôles en faveur des sages-femmes, ceci dans un contexte de recherche d'équilibre financier pour les hôpitaux. Dans les cliniques privées, écrit encore la Cour des comptes, « il serait souhaitable de mieux articuler les rôles de ces professionnels de santé pour définir le partage optimal du suivi et de la prise en charge des patientes, autorisant notamment une plus grande disponibilité des gynécologues-obstétriciens pour les accouchements pathologiques ». De fait, année après année, les uns cèdent du terrain, les autres en gagnent.

C'est dans ce contexte aujourd'hui bien connu que la teneur même des interactions entre ces différents professionnels de santé doit être appréhendée. C'est un sujet d'importance, au moment où le Plan Ma Santé 2022 vise explicitement une meilleure coopération, notamment chez les professionnels qui sont dédiés prioritairement à la santé des femmes, afin qu'ils disposent de davantage de temps pour soigner leurs patientes, quitte à être formés autrement.

Là où potentiellement des coopérations, des formes de relais, un partage des informations, etc., pourraient se renforcer, au bénéfice de leur patientèle respective, il apparaît pour autant que bien souvent les relations entre ces professionnels restent empreintes de distance, voire de méfiance et que nombre d'obstacles ne sont pas levés. Cela semble être notamment le cas en secteur libéral, en ce qui concerne par exemple les relations entre sages-femmes et gynécologues, indubitablement placées sous le signe de bien des tensions. Il est pour autant assez malaisé de faire la part des choses. Ainsi, la vision polémologique qui tend parfois à prendre le dessus, du côté notamment de la scène médiatique, mérite d'être confrontée à ce qui se déroule réellement quand l'ensemble de ces professionnels sont amenés

24. Berland Yuon, Rapport « Transfert des compétences », ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, octobre 2003.

25. Bourguell Yann, « Les grandes lignes d'une réforme », Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 70, 2010, p. 14-15.

26. Cour des comptes, « La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », Rapport public annuel 2012, p. 414.

27. Une maison desanté est un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux généralistes et un autre professionnel des soins de santé de premier recours, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, pédicures-podologues, diététiciens... Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les concerne. Un pôle de santé est un regroupement de professionnels de santé ayant différents modes d'exercice. Sur le territoire défini, le pôle de santé peut développer des activités de soins de premier recours, voire de second recours, des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire » [source: <https://www.avecsante.fr/definitions-etlegislations/lexique/>]. Il est à préciser que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a mis fin à l'appellation « pôles de santé » : il est désormais question de maisons de santé « uni-sites » ou « pluri-sites ».

nécessairement à échanger, à se transmettre des informations, voire à solliciter entre eux des interventions, des éclairages sur tel ou tel diagnostic, dilemme, etc.

Partenariat, collaboration, délégation de tâches, transfert de compétences... À la suite du Rapport Berland de 2003²⁴, quelques premières expérimentations ont été lancées sur les évolutions possibles des contours des métiers de la santé et sur les modalités de transfert et/ou de délégation de tâches et de compétences de la profession médicale vers d'autres professions de santé²⁵. Elles n'ont pas concerné, c'est un fait, les métiers de la périnatalité, de la gynécologie et plus largement, de la santé des femmes. Pourtant, nombre de rapports réitèrent depuis quelques années la nécessité d'améliorer la coordination entre les différents professionnels²⁶. Assurément, cela passe par une meilleure articulation des rôles et des compétences des différents acteurs impliqués dans ce domaine, notamment afin d'éviter des prises en charge « fractionnées ». D'une façon plus générale, les pouvoirs publics incitent les professionnels de santé libéraux à s'engager dans des modes d'exercice groupé et pluridisciplinaire, tels que les maisons desanté et les pôles de santé pluriprofessionnels²⁷. Ainsi, des sages-femmes ont-elles fait le choix de rejoindre ces nouvelles structures dans l'espoir d'y travailler de manière moins isolée. Pour autant, la cohabitation dans une maison de santé ou l'intégration dans un pôle commun ne paraît pas conduire nécessairement à accroître les échanges et les collaborations entre les différents professionnels intervenant dans les parcours de soins périnataux. Si l'on observe quelquefois l'existence d'une certaine complémentarité entre les uns et les autres, l'instauration de véritables coopérations interprofessionnelles autour de patientes communes s'avère assez exceptionnelle. Aisein des maternités, les interactions entre gynécologues et sages-femmes ne semblent évoluer aussi que lentement, avec des situations très contrastées, que ce soit au sein des hôpitaux publics ou des cliniques privées. Les différentes étapes de la mise au monde des enfants, de la grossesse au « point d'orgue » qu'est l'accouchement en passant par l'accompagnement de la mère et de son nouveau-né, continuent à être considérées comme potentiellement risquées. La forte médicalisation des actes afférents à ces parcours de soins s'exprime à travers la mise en place de protocoles standardisés et centrés sur la sécurité. Cette technisation, qui attribue la part belle aux interventions des gynécologues, fait cependant l'objet de critiques de la part de nombreux professionnels de la naissance – souvent des sages-femmes – mais aussi de patientes, éventuellement regroupées en associations. Ainsi, l'introduction de pratiques moins médicalisées dans les maternités connaît actuellement un fort

28. « Pour répondre aux "violences obstétricales", un label pour les maternités "bienveillantes", *Le Monde*, 18 octobre 2019.

29. Gélis Jacques, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e-XIX^e siècle*, Paris, Fayard, 1984; *La sage-femme et le médecin*, Paris, Fayard, 1988.

engouement²⁸ en répondant à ce souhait de développer une approche dite plus « physiologique » voire « naturelle » de la naissance.

C'est dans ce contexte marqué par bien des évolutions qu'il convient de saisir la teneur réelle des relations qu'entretiennent gynécologues, médecins et sages-femmes.

Pour ce faire, nous avons procédé en deux temps. Tout d'abord, et ce sera le premier volet de notre étude, nous nous proposons de restituer, par un détour historique, combien la situation présente est redevable à des décennies voire à des siècles de tensions liées à l'évincement progressif des matrones et des sages-femmes par des chirurgiens puis par des médecins, qui vont se spécialiser dans l'accouchement. Il s'agit bien là d'héritages rémanents sans le rappel desquels tout ce qu'il peut en être présentement des interactions entre ces professionnels n'est guère intelligible. Ce premier volet ne sera donc pas conçu comme un détour obligé et un peu rhétorique, mais comme un cadrage sociohistorique susceptible d'informer ce qu'il peut en être des enjeux actuels, entre alliances et tensions, des interactions entre les différents professionnels du secteur de la périnatalité, de l'accompagnement des femmes enceintes jusqu'au suivi des jeunes mères et de leurs enfants, et également des femmes plus âgées, dans le cadre d'un suivi gynécologique, de rééducation périnéale, etc. Ce qui sera ainsi mis en avant aura pour ambition de situer en quoi les interactions d'aujourd'hui, que l'on sait sujettes à discussions voire à oppositions, peuvent être mieux comprises et analysées dès lors qu'on les restitue dans une histoire longue, avec ici et là des points de rupture, des événements qui ont fait date, un partage des tâches et des compétences qui demeure en mouvement, mais à partir d'un socle bien ancré, bien sédimenté encore.

Nous nous centrerons largement ici sur l'histoire de la naissance. Elle est assez abondante même s'il y a lieu, justement, de faire la part du bon grain et de l'ivraie. Ici, les avancées de Jacques Gélis sont incontournables, si l'on pense par exemple à un titre à plein dans le sujet tel que « *La sage-femme ou le médecin* »²⁹, mais avant lui déjà, des ouvrages pionniers ont ouvert la voie à l'exploration des enjeux entre tous celles et ceux qui, avant même l'âge de la clinique, vont interagir lors des accouchements. L'enfantement dans la France de l'Ancien Régime continue à être étudié et des travaux bien utiles sont encore produits, notamment sur le tournant du milieu et de la fin du XVIII^e siècle, quand s'ébauche une médicalisation de l'accouchement qui peu à peu relègue la matrone au profit des femmes instruites et en ce sens, dites « sages ». On connaît bien désormais le rôle de personnalités (Madame du Coudray, Louise Bourgeois, etc.) et la manière dont

des chirurgiens accoucheurs supplanteront bientôt ces femmes d'expérience tendanciellement reléguées. C'est là aussi une histoire qui se prête à l'image, avec des ouvrages inégaux, mais qui, à l'occasion, se saisissent aussi des jeux de pouvoir autour de la femme enceinte et du berceau.

L'avènement de l'obstétrique est aussi bien documenté et plusieurs études n'ont pas manqué de s'arrêter sur ce qu'il a pu en être des interactions entre médecins et sages-femmes, du XVIII^e voire du XVII^e siècle jusqu'à une période récente. Il n'est guère étonnant par ailleurs que les historiens, et surtout les historiennes des femmes, se soient penchés sur tout ce lot de tensions, de conflits de légitimité entre des sages-femmes premières dans la place et des hommes qui entendent leur faire la leçon. Un certain nombre d'études très précises ont ainsi instruit les rapports de genre et les effets de domination qui sont bel et bien matriciels, et sans la prise en compte desquels on ne saisisait qu'une partie seulement de ce qui se joue encore aujourd'hui autour des métiers de la naissance. Les études sociohistoriques sur les métiers du « faire naître » continuent d'ailleurs à être produites et, depuis une dizaine d'années, des recherches sont menées soit sur des périodes bien déterminées soit sur des espaces géographiques bien délimités. Souvent bien documentées à partir de sources originales, elles laissent entrevoir dans le vif du sujet comment les interactions entre sages-femmes et médecins gynécologues ont souvent été sous le signe des tentations hégémoniques de ces derniers, appelant en réaction des contre-feux plus ou moins efficaces de professionnelles qui auront de moins en moins voix au chapitre. Se dessinent aussi de hauts lieux d'expansion et de luttes, qui partent semble-t-il des régions de l'Est, sous l'influence de pays frontaliers où des lignes d'opposition ont anticipé ce qui se passera ensuite dans l'Hexagone.

À l'issue de ce premier volet, sera ainsi restitué tout un contexte sans lequel on ne peut pas comprendre tout ce qui actuellement se joue entre gynécologues médicaux et obstétriciens que l'on sait démographiquement à la baisse, médecins généralistes en pleine mutation et sages-femmes dont la montée en compétences suscite bien des réactions.


Le second volet de notre étude, consacré là au temps présent, empruntera les chemins tracés par la sociologie des professions, cadrage théorique qui restera en filigrane puisqu'il est à notre sens bien opératoire pour rendre compte de tout ce qui aujourd'hui aboutit à des échanges, des confrontations, des conflits parfois entre représentants accrédités des diverses professions de santé à la manœuvre. Il s'agira donc ici de réaliser un état des lieux qui comprendra, sans nécessairement s'y étendre, des rappels

démographiques, une photographie des organisations en présence et un repérage des évolutions juridiques encadrant ces groupes professionnels. Ceci fait, nous prendrons la mesure de ce qui se joue au plus près du terrain, entre complémentarité et concurrence. Ici, nous nous baserons sur nos précédentes publications surtout sur les quelque 180 entretiens que nous avons conduits entre 2010 et 2018 auprès de différents professionnels et usagers du secteur de la périnatalité. Nous sommes par ailleurs, en 2020, allés à la rencontre de gynécologues et de médecins généralistes. Nous avons tenu compte des différents cadres de travail entre secteur public et secteur privé, maternités de différents niveaux (**Encadré 1**), exercice libéral, etc.

Ce faisant, nous proposons une analyse des enjeux qui président aux formes de complémentarité et de coopération ou au contraire de relations inexistantes ou tendues entre ces professionnels amenés de toute façon à se côtoyer, à l'heure où bien des changements récents ont fait évoluer la donne, en lien par exemple avec les nouvelles compétences accordées aux sages-femmes.

ENCADRÉ 1 Les niveaux de maternités

« Deux décrets du 9 octobre 1998 ont introduit de nouvelles normes de sécurité pour les maternités, relatives aux personnels et aux locaux, et de nouvelles règles d'organisation. Quatre types de maternités ont été définis, qui correspondent à trois niveaux de spécialisation des soins pour les nouveau-nés. Les maternités de type 1 accueillent les grossesses sans problème identifié. Celles qui disposent d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique sont de type 2A ou de type 3B selon l'absence ou la présence de lits dédiés aux soins intensifs en néonatalogie. Les maternités de type 3 prennent en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie. Des réseaux de santé en périnatalité sont chargés de coordonner les maternités entre elles, notamment pour l'organisation des transferts ».



1. L'histoire longue des relations entre médecins et sages-femmes

30. Morin Christine, Leymarie Marie-Christine, « Évolution de la formation des sages-femmes », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 440, 2014, p. 28.

31. Gélis Jacques, *L'arbre et le fruit*, op. cit., p. 13.

32. Berthiaud Emmanuelle, « Accoucher à la maison aux XVIII^e et XIX^e siècles. Les préparatifs et le vécu féminin », dans M.-F. Morel (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Érès, 2016, p. 49.

33. Gutierrez Hector, Houdaille Jacques, « La mortalité maternelle en France au XVIII^e siècle », *Population*, n° 6, 1983, p. 988.

34. Boutouyrie Scarlett, Renard Jacques, « Des sages-femmes qui sauvent les mères ? », *Histoire, économie et société*, n° 2, 1994, p. 278.

Au risque de se fourvoyer et de porter un jugement de contemporain sur la manière dont pouvaient être vécus la grossesse et l'accouchement au fil des siècles passés, il convient d'emblée de souligner en quoi l'histoire des femmes en couches et, à leurs côtés, des hommes et des femmes qui vont les assister au moment de la mise au monde de leur enfant, croise invariablement l'histoire des mentalités. La considération accordée à la parturiente, la place même du nouveau-né, les soins prodigués à l'une et à l'autre méritent toujours d'être mis en phase avec ce qu'il pouvait en être du statut de l'individu et de l'importance qu'un nouvel être avait pour la communauté qui l'accueillait en son sein. Pour autant, il s'agit là d'une histoire assez largement parcellaire : les témoignages de l'immense majorité des premières intéressées sont inexistantes jusqu'à une période relativement récente, et il en va aussi de toutes celles qui vont les assister, et que l'on nommera durant des siècles des « ventrères », des « ventrières »³⁰ ou des « leveuses ». Fort peu d'écrits donc, si ce n'est ceux des lettrés, qui ne reflètent que bien partiellement la réalité des ressentis et aussi, bien entendu, des manières de faire et d'être de ces gynécées entourant au mieux, des siècles durant, celle des leurs qui allait accoucher. En ce sens « le passé des campagnes est rempli de trous noirs qu'il n'est pas aisé de combler, et l'histoire de la naissance dans les sociétés rurales est une histoire en creux, dont il faut constamment écouter les silences »³¹. Difficile dans ce cas de poser des jalons historiques précis, sauf à dire qu'il semble bien qu'il faille attendre les années 1730-1750 pour que de réels changements se fassent jour ; et encore, bien des disparités sur lesquelles nous reviendrons incitent à la prudence et il n'y a guère de mutations avant le XIX^e siècle, mais plutôt une lente évolution des mœurs, des rites et des pratiques concernant l'accouchement.

1. L'accouchement, longtemps affaire exclusive des femmes

Sans nul doute que la grossesse est vécue depuis des temps ancestraux plutôt sous le signe de l'angoisse, tant elle peut être fatale aux femmes qui accouchent. « La grande épreuve »³² peut mal tourner sans que l'on ait véritablement les moyens d'éviter le pire, malgré toutes les pratiques, entre onguent et magie, pour conjurer le sort, pour déjouer la « nature des choses » sur laquelle on a bien peu d'emprise. Dans la France rurale de la première moitié du XVIII^e siècle, environ 6 % des mères meurent encore en couches³³, en sachant que la descendance est d'environ de 5 à 6 enfants par femme et qu'à chaque naissance, c'est entre 0,8 % et 1 % des mères qui perdent la vie³⁴. Hémorragies aux causes multiples au moment de l'accouchement ; un peu plus tard, fièvre puerpérale et autres formes

35. Bardet Jean-Pierre et al., « La mortalité maternelle autrefois : une étude comparée (de la France de l'Ouest à l'Utah) », *Annales de démographie historique*, 1981, p. 41

36. Plessix René, « La mortalité à Mamers de Louis XIV à Napoléon III », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, n° 3, 1983, p. 469.

37. Morel Marie-France, « La mort d'un bébé au fil de l'histoire », *Spirale*, n° 31, 2004, p. 16.

38. Gélis Jacques, « Préface » dans L. Dion et al., *Enfanter dans la France d'Ancien Régime*, Arras, Artois Presses Universités, 2017, p. 7

39. Gélis Jacques, *L'arbre et le fruit*, op. cit., p. 172.

septicémiques sont de grandes faucheuses, avec une surmortalité plus élevée chez les primipares³⁵.

Quant aux enfants, au XVIII^e siècle, seul un sur trois atteint l'âge d'un an, avec de grands écarts selon les régions³⁶, et la mise en nourrice, très en vogue alors dans les villes, aboutit au décès de pas moins des deux tiers des enfants ainsi confiés. La mort de ce nouveau-né ne laisse certes pas indifférent, mais sa disparition, entre douleur et chagrin partagés et ritualisés par la communauté, est vécue avec fatalisme et résignation³⁷. La survie, la vie elle-même, compte moins qu'aujourd'hui, et ce qui importe le plus, c'est la lignée dont chacun est un maillon. Ainsi attribuera-t-on par exemple au nouveau-né le prénom de celui qui a disparu précocement, et qu'on oubliera quelque peu, quitte à se faire une raison sur cette bouche en moins à nourrir. De toute façon, il était malingre et considéré dès sa naissance comme perdu. Dieu l'a repris pour son bien et pour en faire un saint. Importait par contre le fait impérieux qu'il soit baptisé, et dans les familles, le souvenir des morts lourd à porter était celui de ces nouveau-nés que l'on n'avait pas eu le temps d'ondoyer. Inhumées dans un coin de champs ou dans quelques sanctuaires à répit, leurs âmes errantes pouvaient être le ferment de rituels empreints de magie et guère prisées par l'Église, mais qui sinon risqueraient de laisser dans le tourment perpétuel des parents accablés. Sauver les âmes donc importait à la limite plus que sauver les corps.

De nos jours, l'accouchement est une affaire privée et intime, associant éventuellement un père maladroit et peut-être mal à l'aise aux côtés des professionnels aguerris qui en font leur affaire, le plus souvent au sein de maternités hospitalières suréquipées. Nous sommes alors à mille lieues de pratiques ancestrales, affaire de femmes exclusivement. Ici, la venue au monde d'un enfant est confiée avant tout à ces ventrières, bientôt dénommées matrones, qui sont de « maîtresses femmes » qui ont appris par l'expérience renouvelée, qui passe à leurs yeux pour intuitive, ce qu'il convient de faire. Cette matrone est du village et, parce qu'elle connaît tous les secrets de famille des membres de la communauté, on sait louer aussi sa discrétion. Elle est une accoucheuse, mais souvent elle est aussi bien plus que cela : « la dépositaire d'une culture au féminin dans la société rurale traditionnelle »³⁸. Son savoir est empirique au diable, mais elle est avant tout secourable. Appelée dès les premières douleurs, elle n'est pas seule, tant s'en faut, au moment de l'accouchement. En effet, il s'agit là d'un acte public et les parentes, les voisines, les amies entourent aussi la parturiente³⁹ et ne sont pas les dernières à apporter une brassée de paille fraîche à étaler devant l'âtre au-dessous d'un drap ou d'une couverture. Ce partage de l'événement est une chose naturelle, tel un élan irrésistible,

40. *Laget Mireille, Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique, Paris, Le Seuil, 1982, p. 119.*

41. *Gélis Jacques, L'arbre et le fruit, op. cit., p. 180.*

42. *Berthiaud Emmanuelle, Enceinte, Paris, La Martinière, 2013, p. 14.*

43. *Morel Marie-France, « Histoire de la naissance en France (xvii-xx^e siècle) », Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 61-62, 2007, p. 22.*

44. *Verdier Yvonne, Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière, Paris, Gallimard, 1979.*

45. *Charvolin Véronique, « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes », Transversales, 2016, p. 3.*

et on sait bien que quand son tour viendra ou quand déjà on a eu l'occasion d'accoucher, les autres étaient là⁴⁰. Rien d'intéressé et de calculé à cela: c'est force d'évidence, ce cœur qui parle, cette solidarité qui ne se paye pas de mots, cet accueil d'un nouveau maillon. C'est aussi parce que durant cette période très longue, l'enfant, tout autant qu'à ses seuls parents, appartient au réseau serré des relations propre à la communauté villageoise qui veillera sur lui.

La matrone est le plus souvent assez âgée, et fréquemment veuve donc. À l'aube de la Révolution, une seule matrone sur cinq a moins de 50 ans et deux sur cinq ont plus de 60 ans⁴¹. C'est dire en quoi elles sont censées détenir cette sagesse que les plus jeunes n'ont pas encore acquise. Ce qu'elle apporte avec elle se résume à bien peu de choses: un bon couteau voire une paire de ciseaux, du fil de lin pour la ligature, rien de plus dans la plupart des cas. L'entourage a préparé la pièce, quitte à la surchauffer et a fait bouillir l'eau. « Bonne-mère », « mère-sage », « mère-matrone », « sage-femme » ou encore « commère » ou « mère-mitaine », les mots pour la nommer sont mouvants mais ce qu'ils recouvrent vient bien du fond des temps, comme l'est aussi son tour de main, souvent transmis oralement de mère en fille. C'est aussi affaire de confiance, qui se gagne par des accouchements réussis, et qui se perd par des bévues répétées. On n'attend pas d'elle nécessairement toute cette sollicitude et ce réconfort qui aujourd'hui va de soi. Les femmes qui enfantent savent qu'elles vont souffrir, que peut-être elles devront se résigner à perdre leur nouveau-né; elles savent qu'elles sont aussi en danger, mais leur douleur – on parlera de « mal joli » – et leur résignation sont pleinement intégrées, fût-ce au péril de leur vie. Elles doivent faire la preuve de leur capacité à enfanter: « la grossesse et l'accouchement constituent d'ailleurs une étape incontournable qui donne accès au monde des adultes: une femme n'est admise comme telle qu'après avoir procréé, sinon, même mariée, elle est toujours regardée comme une fille »⁴².

Attendue dans la maisonnée, qui devient alors ce lieu mi-privé mi-public, ouvert au voisinage sinon à l'étable chez les plus pauvres⁴³ où il n'y a pas d'autre source de chaleur qu'animale, la « femme qui aide », – une nomination qui s'étendra encore jusqu'aux portes du xx^e siècle⁴⁴ – peut avoir d'ailleurs bien d'autres rôles dévolus dans la communauté. C'est elle aussi qui régulièrement sera chargée de la toilette des morts. Son savoir « pour faire passer », les rites qu'elle a appris à mettre en œuvre font d'ailleurs possiblement d'elle une personne un peu à part. Elle a affaire en effet au sexe et à tous ses tabous, et à ce sang vaginal de la délivrance réputé longtemps impur⁴⁵. Jusqu'au xix^e siècle, elle sera aussi de la cérémonie purificatrice

46. Leroy Fernand, *Histoire de naître*, Paris, De Bœck, 2002, p. 96.

47. Laget Mireille, *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, op. cit., p. 134.

48. Guillou Anne, *Les femmes, la terre, l'argent*, Brasparts, Éditions Beltan, 1990, p. 71.

des relevailles, 40 jours après l'accouchement⁴⁶, exorcisant le mauvais sang et symbolisant le retour des femmes ayant accouché dans le commun des gens du village et dans ses activités habituelles. Elle sait aussi prodiguer des soins aux communs des mortels et souvent elle connaît le secret de bien des potions qui font d'elle une guérisseuse renommée. Le cas échéant, elle peut s'acquitter aussi des vèlages.

Dans tous les cas, lors de l'accouchement, les hommes n'ont pas de place : « Elles sont entre elles pour une célébration qui le concerne et où elles s'estiment les seules compétentes. Elles rejettent intuitivement ce qui est étranger, masculin, technicien. Nous pouvons deviner que, dans la chambre des couches, les brouilles s'estompent. Chacune veut par ses attitudes valoriser sa présence et sa proximité à la famille »⁴⁷. La matrone, ainsi entourée et secondée, assiste et guide, prodigue certes conseils et exhortations, aide et assistance, mais avant tout elle attend que la nature fasse son ouvrage, que l'enfant naisse au monde et ni plus ni moins que « la femme s'accouche » – encore une expression qui persistera jusqu'au milieu du XIX^e siècle, avec des variations régionales bien entendu. En Bretagne, on dira durablement qu'elle « fait son tour » (*Ober he zro*)⁴⁸ –. La moindre de leur qualité n'est pas la patience. En effet, le plus souvent, soit la nature fait bien les choses et il n'y a pas lieu de se précipiter, soit, signe du destin, il y aura des complications « contre nature » et sans grand recours. Pour tout cela, on lui offrira le gîte et le couvert, rien de plus ou presque, si ce n'est un menu dédommagement en nature. Ce serait de toute façon faire offense d'en attendre plus.

Il y a des exceptions bien sûr, mais elles sont rares ou cantonnées à telle ou telle région. Ici le mari pourra être admis et on fera appel à sa force au besoin. Ne met-il pas au monde des veaux et des poulains ? Ailleurs, symboliquement, on recouvrira le nouveau-né d'un vêtement appartenant au père, un couvre-chef par exemple. Ailleurs encore, une jeune fille fera là son initiation. Reste, au-delà de ces variations toujours possibles, un fond commun qui traverse tous les pays de l'Occident jusqu'aux XVI^e - XVII^e siècles, avec bien des linéaments d'ailleurs jusqu'à la Première Guerre mondiale. Les communautés villageoises, soudées pour vaincre l'adversité, de la sorte donnaient le tempo ; la solidarité n'allait pas sans la veille de tous les comportements du voisinage. On avait un œil sur le linge étendu à sécher et l'annonce des menstrues qui ne viennent plus, avant que d'être pris d'un élan quand s'annonce une naissance dans le hameau. C'était bien affaire de contrôle social, mais rien de cet enveloppement n'était ordinairement vécu comme oppressif. L'ordre des choses était ainsi de toute éternité et rien véritablement ne présageait des changements à venir.

49. Gélis Jacques,
« Sages-femmes
et accoucheurs :
l'obstétrique populaire
aux XVII^e et XVIII^e siècles »,
Annales. Économies,
sociétés, civilisations,
n° 5, 1977, p. 935.

50. Montazeau Odile,
Bethuys Jeanne,
Histoire de la formation
des sages-femmes
en France, Université
Médicale Virtuelle,
2011-2012, p. 8.

51. Federici Silvia,
Caliban et la sorcière,
Paris, Éditions
Entremonde, 2014,
p. 181.

52. Gélis Jacques,
« Le corps, l'Église
et le sacré », dans
A. Corbin, J.-J. Courtin,
G. Vigarello (dir),
Histoire du corps, vol. 1,
Paris, Le Seuil, 2005,
p. 104.

Dans cet univers où tout se savait, où les rumeurs allaient bon train et les réputations promptes à se faire et à se défaire, les matrones n'agissaient pas toutes à leur guise. Dans des siècles où la foi guidait tous les comportements, c'est le curé qui était son tuteur moral et il n'était jamais très loin. Le seigneur du lieu non plus d'ailleurs, quand il s'agissait d'adouber une nouvelle matrone, mais, selon les régions, ce pouvait être plutôt affaire de l'assemblée des femmes du village, là où, plus loin, le choix de lui conférer une telle charge ne revenait qu'aux hommes⁴⁹. Quelle que soit la façon de la reconnaître, la perception qu'on avait d'elle n'allait pour autant pas sans une certaine ambivalence. N'était-elle pas l'héritière des prêtresses, des druidesses, des ramasseuses des temps anciens et de leurs secrets pour guérir, mais aussi pour jeter des sorts ? Et puis, plus que toutes, elles en savaient long sur « ce corps poreux, fragile, vulnérable de la femme, ouvert aux maléfices sataniques »⁵⁰. Certes, peu à peu, à partir de la fin du XV^e siècle, le corps humain se désacralise et on commence à l'explorer, mais les pratiques magiques aux relents de paganisme et, ce faisant, bien des rites ancestraux demeurent vivaces et agacent pour le moins les curés qui en ont vent. Et tout cela se déroule, ne l'oublions pas, avec en arrière fond, l'héritage de la faute d'Ève, associée au péché originel et à la malédiction divine, avec un enfantement, symbole de pénitence et de rachat.

La Contre-Réforme vient, dès les premières décennies du XVI^e siècle, accentuer la méfiance des prêtres vis-à-vis de nombre de ces matrones qui souvent leur échappent encore. Déjà quelques soupçons pouvaient peser sur elles, entre pratiques abortives, complicité d'infanticides, accouchements cachés et abandons d'enfants conçus hors mariage. C'est ainsi qu'il faut comprendre l'édit royal de 1556 obligeant désormais les femmes à faire enregistrer leur grossesse⁵¹. À l'heure du Concile de Trente, l'Église catholique cherche à tout prix à sauver les âmes et à lutter contre le protestantisme qui chaque jour gagne de nouveaux fidèles. Cette défiance vis-à-vis de l'Église réformée est particulièrement sensible pour tout ce qui touche au corps et cela aura son importance : comme le rappelle utilement Jacques Gélis, « à la différence de la femme catholique, passive et dépendante, qui place son sort entre les mains de la Vierge ou d'un saint, la femme protestante s'affirme donc comme une personne, capable d'agir sur le cours des choses. Chez les protestants, le corps n'est pas méprisable ; il mérite même qu'on le préserve, qu'on le sauve si besoin est »⁵². Signe d'une évolution des mentalités, la foi protestante, créée par les hommes pour les hommes, ne professe pas le même rapport au corps que la foi catholique. On verra un peu plus loin les incidences que cela aura bientôt : les accoucheurs seront bien mieux admis en terre huguenote et avec eux des hommes de médecine qui n'ont pas dit leur dernier mot...

53. Gélis Jacques,
L'arbre et le fruit,
op. cit., p. 495.

54. Ariès Philippe,
*L'enfant et la vie
familiale sous
l'Ancien régime*, Paris,
Gallimard, 1961, p. 1x.

Pour l'heure, côté catholicité, éminemment majoritaire dans la plupart des régions de la France de l'époque, il faut donc instruire toutes les matrones à l'art de l'ondolement, y compris *in utero* s'il le faut, puisque le baptême importe plus que de sauver les vies. Les guerres de Religion (1562-1598) s'annoncent, et dans les contrées sensibles à la Réforme, les matrones sont parmi les premières visées quand il s'agira d'extirper des pratiques en tout point condamnables. Des milliers d'entre elles seront aussi diabolisées et quand va s'abattre la grande vague de répression de la sorcellerie, elles seront la cible privilégiée des inquisiteurs. Des légions d'entre elles seront ainsi condamnées au bûcher. Accusées de tous les maux, leur mise à l'index symbolise aussi plus largement, du côté de la catholicité, la défiance envers les femmes, ferment d'impureté.

L'obsession du baptême va se poursuivre tout au long du xvii^e siècle et les accoucheuses seront de plus en plus étroitement surveillées. En 1680, Louis XIV va interdire aux protestantes d'exercer une telle fonction et celles qui sont catholiques vont peu à peu devoir passer sous les fourches caudines d'une juridiction qui va ou non les agréer et les assermenter. Ce sera certes pour que les petits protestants n'échappent pas au giron de l'Église, mais aussi pour que ces matrones que l'on dira « jurés » deviennent ni plus ni moins des agents de surveillance des mœurs : « À partir de 1660, "la matrone jurée de communauté" devint l'une des pièces maîtresses de la reconquête catholique dans les campagnes. La lutte contre la Religion prétendue réformée passait désormais par la sage-femme »⁵³. La révocation de l'Édit de Nantes, en 1685, renforcera encore les pressions qui pèsent sur elles. Avaient-elles le choix ? Bientôt elles seront chargées de surveiller les femmes en couches, de déclarer la naissance des enfants illégitimes, de toujours révéler le nom de la mère voire de s'assurer de leur virginité avant le mariage. À la fin du xvii^e siècle, pour ainsi dire chaque communauté villageoise possède une matrone jurée. Comme l'écrit Philippe Ariès, « un temps viendra, au xvii^e siècle, où la sage-femme, cette sorcière blanche récupérée par les pouvoirs, aura mission de protéger l'enfant »⁵⁴. Cette « protection » s'entend contre les soupçons d'avortement, d'infanticide, etc., mais aussi bien entendu en termes d'élevage dans la foi catholique. On ne tardera guère à la nommer uniquement « sage-femme », pour justement la distinguer des matrones indociles que l'on n'hésitera pas à vouer aux gémonies. La sagesse en question signifie bien aussi la soumission à l'autorité du prêtre, mais aussi à celle d'autres personnages qui vont se faire fort de les encadrer. Et c'est ici qu'entrent en scène des chirurgiens qui en quelque sorte vont profiter de l'aubaine, quitte à s'allier aux curés, et bientôt aux pouvoirs civils, pour les habiliter, mais aussi pour les dominer.

55. Achauer Lucia,
« Histoire(s)
de la naissance.
L'observation
obstétricale au
18^e siècle »,
Dix-huitième siècle,
n° 47, 2015, p. 162.

56. Gélis Jacques,
« La formation des
accoucheurs et des
sages-femmes aux
xvii^e et xviii^e siècles ».
Évolution d'un
matériel et d'une
pédagogie », *Annales
de Démographie
Historique*, 1977, p. 154.

57. Pilorget Julie,
« "Comment
meraleresse se
doit de contenir
en ladite science".
Le statut de sage-
femme à Amiens à la
fin du Moyen-Âge »
dans L. Dion et al.,
op. cit., p. 28.

Ces chirurgiens, qui souvent étaient aussi barbiers, apparaissent à la fin du xii^e siècle. Pour autant, ils sont hommes des villes bien plus que des campagnes et leurs savoirs, bien empiriques, sont avant tout expérimentiels et fruit le cas échéant de leur compagnonnage. Les champs de bataille sont aussi leur terrain d'apprentissage et leur permettent par ailleurs d'approcher les gens de pouvoir. Peu à peu, ils s'instruisent dans les livres, mais cela reste des connaissances abstraites et singulièrement datées puisque si dans ces cercles, on lit en latin les traités d'Hippocrate ou de Galien, fort peu de choses de ce qui reste une rhétorique sont transférées dans l'art d'opérer, de réduire des fractures ou de panser des plaies. Ce n'est alors qu'en toute dernière extrémité qu'ici et là on va faire appel à eux pour des accouchements et qu'ils vont pouvoir pénétrer dans la chambre de gésine. Ce pourra être pour délivrer les femmes dont le fœtus est mort; plus rarement, quand après 3 ou 4 jours de travail, une parturiente dont l'enfant à naître se présente mal, implore, toute honte bue, qu'on le fasse venir, souvent de très loin. C'est de toute façon chose rare tant la morale religieuse imprime sa marque et rend inaccessible ou presque à la gent masculine le corps des femmes en couches: malgré leurs possibles velléités, « le ventre de la femme est opaque et inatteignable »⁵⁵. Dans tous les cas, ce chirurgien arrive alors avec ses instruments et sa brutalité souvent indigne. Quand il n'arrive pas trop tard, il opère souvent à l'aveugle tant certaines parties du corps féminin sont interdites à son regard. Quelques-uns, dans les villes, et à Paris notamment, gagnent toutefois en compétence et en réputation. Sans être jamais très nombreux avant le début du xvii^e siècle, ils représentent en quelque sorte l'envers des sages-femmes. À leur pratique sans théorie répond chez eux la théorie sans la pratique⁵⁶. Ainsi, les sages-femmes, jusqu'aux années 1720-1730, ne sont guère contestées et demeurent quasi les seules interlocutrices de la femme enceinte et accouchant. Pour autant, certains s'initient voire s'aguerrissent. Leurs épouses, voire leurs filles, devenues sages-femmes, peuvent les renseigner et les inciter à se dire qu'il y a là quelque grain à moudre⁵⁷. D'autres encore peuvent leur livrer des récits édifiants de leur art de faire, mais sont aussi curieuses d'entendre en retour quelque écho des avancées de la science masculine qui devient un peu moins érudite et spéculative qu'auparavant. Ailleurs, ils ne se privent pas de critiquer ces sages-femmes malhabiles, mais leurs piques n'ont que peu de portée puisque, sauf exception, ils sont exclus de cet univers de femmes; univers de femmes que les hommes raillent volontiers puisque ce qui se dit et ce qui se fait leur échappent. Mépris amusé ou lourd d'arrière-pensées, ainsi parleront-ils d'elles en termes de « caqueteuses », de babillardes » et le mot de « commère », à l'étymologie pourtant explicite, deviendra bientôt péjoratif.

Nous sommes alors au tournant du XVIII^e siècle. Des luttes ici et là se profilent entre les sages-femmes dûment jurées et les matrones « de charité ». Les premières peu à peu gagnent la confiance des femmes et ne se privent pas de critiquer l'obscurantisme des secondes. Il est vrai que leurs savoirs s'améliorent, même si rares et cantonnées aux grandes villes sont celles qui ont pu bénéficier d'un enseignement à « l'office des accouchés de Paris », à l'Hôtel Dieu, créé en 1630 et seule institution de ce genre en France, à former des sages-femmes dans ce qui est l'ancêtre de nos maternités. On les dira assermentées et elles seront ainsi chargées d'examiner les filles forcées; on les dira aussi pensionnées ou gagées dès lors que des autorités municipales vont chercher à s'attacher les plus réputées adroites et précautionneuses d'entre elles, en leur versant un pécule en échange de leurs bons et loyaux services. Insensiblement alors, la fonction attire des plus jeunes, filles de notables en particulier, d'autant plus quand le « mystère qui entoure leur science » leur vaut estime et honnêtes rétributions. En 1692, un édit royal va même jusqu'à vouloir réglementer la profession de sage-femme. Insensiblement, il y a là aussi le signe de mentalités qui évoluent, avec des femmes qui refusent la fatalité, qui ne veulent plus s'en remettre au destin et qui aspirent à être assistées par des sages-femmes qui pourront les tirer le cas échéant d'un mauvais pas. Le corps, le leur notamment, se désacralise au fur et à mesure que la morale religieuse s'affaiblit. Entre invention de l'enfance et avènement de la famille moderne, le début du XVIII^e siècle marque l'amorce de changements profonds qui vont affecter l'ensemble de la société.

Dans un premier temps, l'accréditation de sages-femmes jurées passe par le curé. Prestement cependant les autorités laïques vont prendre les devants et, dans les villes, vont s'allier aux chirurgiens pour habilitier les sages-femmes. À cette condition seulement, elles pourront être pensionnées. Cette présence des hommes ne fait pas encore d'eux des accoucheurs, ou du moins que très rarement, et ce ne sont donc pas des praticiens qui ainsi en imposent, mais le fait qu'ils sont habilités à les agréer marque leur entrée progressive dans un univers sur lequel ils discouaient peut-être, mais sans y avoir accès. Si en France c'était là chose nouvelle, par contre, dans les villes du Nord de l'Europe, gagnées par la Réforme bien avant la France, c'est déjà pratique assez ordinaire depuis le début du XVI^e siècle, et c'est donc par l'Est et le Nord de la France que cette primauté des chirurgiens qui entendent donner de la voix dans un domaine jusqu'alors exclusivement affaire de femmes gagne du terrain. Strasbourg (qui passe à la France en 1681), depuis au moins trois siècles est une ville phare en matière de progrès des sciences médicales et en particulier de l'obstétrique et c'est toujours vrai aujourd'hui. Cela remonte à loin puisqu'elle sera alors « par sa

58. Havé Paul-André, « Le XVIII^e siècle, un "âge d'or" de l'obstétrique à Strasbourg ou de l'émulation et de la concurrence de deux écoles d'accouchement », *Histoire des sciences médicales*, tome LII, n° 2, 2018, p. 183.

59. Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin*, op. cit., p. 32.

60. Schlumbohm Jürgen, « Comment l'obstétrique est devenue une science », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002, p. 30.

géographie et par son histoire, une interface du transfert des savoirs entre espaces français et germaniques »⁵⁸.

2. L'avènement des chirurgiens accoucheurs

Dans la France de l'Ancien Régime, ce sont les corporations et les guildes qui regroupent les gens de métier et elles seules ont droit de cité dans le commerce des biens et des services. Très hiérarchisées et codifiées, leur puissance et leur rayonnement en font des pièces maîtresses dans la vie politique et économique des villes où elles se regroupent sous la bannière de leur saint patron. Du côté des chirurgiens, depuis le XIII^e siècle, il s'agit de la confrérie de Saint Côme. Ceux-ci sont en butte depuis des décennies à l'hostilité des médecins et de leur propre confrérie, issus des facultés, portant haut leur sceau d'argent et s'estimant au-dessus du lot, qui s'interdisent le contact du sang, mais règnent en maîtres sur tout ce qui a trait aux soins et aux potions à administrer aux souffrants. De la seconde moitié du XVII^e siècle aux années 1730, les luttes entre ces deux corps de métier sont intenses, et le pouvoir royal est hésitant à trancher les conflits. D'un côté, les médecins obtiennent la dissolution de l'Ordre de Saint Côme en 1660, mais Louis XIV n'est pas le dernier à faire appel à leur savoir, tout empirique qu'il soit encore, malgré nombre d'avancées. Il est vrai qu'ils savent se parer du prestige de quelques figures emblématiques, tel Ambroise Paré, et du succès d'une petite opération sur la personne même du roi, là où les médecins étaient impuissants. Révélateur est le fait qu'il fasse appel en 1663 à un chirurgien pour l'accouchement de sa maîtresse, la duchesse de La Vallière. Cela n'est nullement le point de départ de la reconnaissance du savoir-faire des chirurgiens en la matière, mais bien plutôt le signe que dans le milieu des possédants, souvent issus de la noblesse, on sait reconnaître chez certains d'entre eux, à partir de 1650 environ, des compétences nouvelles dans l'art de mettre au monde.

Quelques-uns de ces chirurgiens ont commencé à s'intéresser aux accouchements au début du XVI^e siècle, mais la mise sous leur tutelle des sages-femmes date de la fin du XVII^e siècle. Déjà ils étaient restés muets quand nombre d'entre elles étaient accusées de sorcellerie. En les obligeant à se regrouper sous leur bannière, à prendre leur enseigne⁵⁹ – et à faire aussi de saint Côme leur patron – se profilent bien des enjeux. Dans la plupart des cas, ils n'aspirent pas spécialement à les remplacer, sauf s'il s'agit d'assister des femmes de milieu très aisé⁶⁰, et de toute façon, non seulement les chambres de couches leur sont généralement inaccessibles, mais ils sont

61. Montazeau Odile,
Bethuys Jeanne,
op. cit., p. 12.

fort peu nombreux. Par contre, en sélectionnant les sages-femmes dignes de foi à leurs yeux, en les agréant, ils sont en train d'asseoir leurs positions, au moment où eux-mêmes sont contestés sinon méprisés par les médecins. Leur lente arrivée dans une sphère traditionnellement réservée aux femmes est tout d'abord discursive. Ils en imposent par leur autorité narrative et leur supervision assurée, quitte à puiser avant tout dans ce qu'ils ont appris indirectement par les sages-femmes ou les matrones. Ils en imposent aussi par leur entregent, par les positions en vue qui sont les leurs dans les cités marchandes, et ce, même si leurs savoirs ne sont guère plus avancés que celui des sages-femmes jurées que désormais ils vont ou non reconnaître dignes d'exercer sous leur contrôle. Il y a des exceptions certes, et parfois de bonnes ententes entre médecins et chirurgiens, voire des hommes qui se signalent par leur double appartenance⁶¹, mais les rivalités sont monnaie courante. En s'octroyant le pouvoir de nommer et d'agréer les sages-femmes, ils tentent de damer le pion à des médecins souvent drapés dans leur suffisance et qui ne prendront conscience que trop tard que cette stratégie est assez redoutable puisqu'il s'agit ni plus ni moins de s'arroger le pouvoir sur le corps des femmes et leurs « maladies », qui auparavant n'intéressaient guère ni les uns ni les autres. En somme, on l'aura compris, ces sages-femmes font les frais de la rivalité entre deux corps professionnels. En imposant leur jugement, en affirmant de la sorte leur supériorité et leur savoir savant, les chirurgiens sont bel et bien en train d'entrouvrir la porte des chambres de couches où l'homme était jusqu'alors mal venu, sauf quand la cause était quasi désespérée.

Ce sont donc avant tout des enjeux de pouvoir et de domination qui président à l'extension du droit de juger qu'ils s'octroient. Concomitamment la science anatomique évolue certes, mais leurs pratiques toutefois ne progressent que fort lentement. La survie des enfants et celle de leur mère ne s'améliore pas vraiment avant le milieu du XVIII^e siècle. Ce qui présentement nous apparaît comme des règles élémentaires d'hygiène, comme se laver les mains par exemple, ne sont pas du tout dans les mœurs et dans la plupart des cas, les chirurgiens ne font pas plus de miracles que les sages-femmes. Celles-ci ne se privent d'ailleurs pas de dénoncer à l'occasion leur précipitation ou leur brutalité, leur mauvaise assurance aussi lors de la délivrance et de l'examen du placenta, mais elles ne sont guère entendues. Leurs paroles ne sont pas audibles : elles ne savent pas s'exprimer dans les canons attendus, elles ne savent pas vraiment écrire pour la plupart, et puis ce sont des femmes en ces temps où, s'il faut bien reconnaître leur expertise de toute éternité, dans le même temps, elles dérangent et dissonent. Il n'y a pas à l'époque de considération pour les femmes savantes, hormis les intrigues de cour chères à Molière. Les matrones, qui dans les

62. Laget Mireille, « L'naissance aux siècles classiques. Pratique des accouchements et attitudes collectives en France aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles », *Annales. Économie, sociétés, civilisations*, n° 5, 1977, p. 977.

63. Rabier Christelle, « La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au ^{xviii}^e siècle », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, n° 3, 2010, p. 679-711.

64. Ther G r aldine, « La représentation des sages-femmes dans les *Factums de la fin de l'Ancien Régime* », dans L. Dion et al., *Enfanter dans la France d'Ancien Régime*, op. cit., p. 81- 95.

65. Carol Anne, « L'examen gynécologique en France, ^{xviii}^e - ^{xix}^e siècles », dans P. Bourdelais et O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé, ^{xviii}^e - ^{xix}^e siècles*, Paris, Belin, 2005, p. 54.

66. Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, Renard Jacques, op. cit., p. 285.

campagnes continuent très largement à officier, sont ainsi abondamment décriées puisqu'insoumises et les sages-femmes disqualifiées au fur et à mesure que les hommes en imposent et les perçoivent comme de possibles concurrentes. Parfois les curés interviennent encore, par exemple pour protester contre le non-agrément par les chirurgiens de telle ou telle matrone qui leur était précieuse, mais insensiblement ils doivent se replier. Les autorités municipales sont de moins en moins de leur côté et mieux vaut qu'ils se rendent à leurs arguments. Nous sommes alors dans une période où le pouvoir religieux, selon les régions, tend déjà à décrocher. Bientôt on demandera explicitement aux sages-femmes de faire appel aux chirurgiens quand l'accouchement se présente « contre nature » et de plus en plus souvent d'ailleurs les textes de serments leur en feront obligation « et l'on devine déjà une subordination au corps chirurgical que l'avenir ne démentira pas »⁶².

Les chirurgiens, dans les années 1740, prennent peu à peu leurs distances avec « la barberie »⁶³. Pour certains d'entre eux, devenir accoucheurs, sans pour autant abandonner leurs autres interventions, est bien un moyen d'occuper un terrain délaissé par les médecins – aujourd'hui on dirait « une niche » – et prometteur à tout point de vue. De fait, une confrérie se forme, s'informe au-delà des frontières, et fait aussi progresser les savoirs. Sans nul doute que l'invention en Angleterre du forceps, et bientôt son amélioration, à l'adaptant notamment à la courbe pelvienne, a grandement participé à asseoir la réputation de ces chirurgiens accoucheurs. Déjà ils disposaient d'instruments, mais il s'agissait de tire-têtes, de perforateurs et autres crochets symboles de mort et d'extraction de fœtus d pec s⁶⁴. Là il s'agit d'un instrument qui peut sauver des vies. Prestement, ils s'en réservent strictement l'usage et, de fait, ils apprennent les gestes appropriés et dans les villes cela se sait. Leur clientèle urbaine n'en est pas moins effrayée à la vue de ces outils en fer ou bientôt en acier, mais elle doit se rendre à l'évidence : ces instruments peuvent faire des miracles. En arrière-fond, il y a bien la conquête d'une dignité scientifique que les médecins leur déniaient, manière aussi de se dédouaner des charlatans auxquels on les associait volontiers⁶⁵. Les chirurgiens évidemment ont tout intérêt à vanter l'usage de ce forceps et donc en amont à s'estimer souverain dans l'art du diagnostic de l'accouchement, dans l'autorité interprétative de la situation. C'est ainsi que cet accouchement, désormais présenté comme source de tous les dangers, se m dicalise⁶⁶... Encore et toujours, ils sont peu nombreux, mais grande est leur ambition, et leur science fait tache d'huile auprès de femmes qui ne se résignent plus à s'en remettre à l'inéluctable destin. Ils s'instaurent ainsi en représentant de la science, en s'emparant

67. Gélis Jacques,
L'arbre et le fruit,
op. cit., p. 212.

68. Laget Mireille,
Naissances.
L'accouchement avant
l'âge de la clinique,
op. cit., p. 132.

69. Gélis Jacques,
La sage-femme ou le
médecin, op. cit., p. 45.

insensiblement du domaine de la naissance, contre les obscures traditions dont les sages-femmes, à leurs yeux, ne se sont pas vraiment défaits.

Ce sont eux aussi qui, par voie de conséquence, vont exiger des femmes de nouvelles postures d'accouchement. Venues des pays germaniques par Strasbourg et l'Alsace, des chaises spécialement conçues puis l'adoption de la position allongée leur facilitent la tâche puisque littéralement les parturientes sont désormais « à hauteur d'homme » là où auparavant l'accoucheur opérait au ras du sol, accroupi ou allongé⁶⁷. C'est alors toute une nouvelle génération de chirurgiens intéressés qui arrivent entre 1730 et 1750 sur le devant de la scène, tous prêts à damer le pion aux médecins toujours dans leur superbe. Ni plus ni moins, ils sont en train d'inventer une nouvelle science, masculine cela va de soi, l'obstétrique – étymologiquement « se tenir debout » – et d'en faire leur capital.

Pour autant, leurs instruments continuent à effrayer plus d'une, tant ils sont symboles de déchirure voire de mort annoncée de l'enfant à naître. Il faudra quelques décennies pour que les peurs s'estompent. En attendant, leur terrain d'exercice peut être les hôpitaux qui, à Paris notamment, accueillent des femmes qui n'ont pas d'autres recours. La plupart du temps, ce sont des dites filles mères et des pauvresses qui n'ont pas à dire mot. L'asepsie est encore inconnue et ces hôpitaux ont, à juste raison, bien mauvaise réputation. Les imprudences sont énormes et avant 1780, les ongles noirs, les mains sales, les instruments peu ou pas nettoyés participent à des épidémies de fièvre puerpérale qui peuvent faire des ravages en quelques jours, et cela durera jusqu'à quasi la fin du XIX^e siècle. Pour autant, là est le lieu à partir duquel leur science va rayonner, y compris en formant de nouveaux confrères disposant de ces femmes « dont la misère est telle qu'elles n'en souffrent pas dans leur pudeur », car rien n'est plus dégradant que d'accoucher loin des siens, devant des étrangers qui font de la souffrance un objet d'observation⁶⁸. Aux côtés de ces accoucheurs, parfois on retrouve des sages-femmes, mais elles ont rôle d'assistance. Quelquefois ils forment couple, mais on sait bien de quel côté est la primauté du geste et de la leçon donnée. En 1730, sont publiés les « statuts et règlements pour les chirurgiens de province ». Cet édit fixe précisément les règles auxquelles vont devoir se soumettre les sages-femmes pour s'installer, en passant d'abord un examen devant des chirurgiens. Ici et là, les médecins chercheront à en saboter l'application, mais c'est combat d'arrière-garde⁶⁹. Quelques décennies encore et les chirurgiens accoucheurs auront définitivement gagné la partie. Les grandes villes puis les villes moyennes les voient aussi évincer les sages-femmes jurées et avoir pignon sur rue. Dans les campagnes, où vivent la majeure partie des habitants, c'est autre chose : l'évolution des

70. *Pouvoir « lever des hommes » est une préoccupation qui apparaît aussi à cette période, au moment où on ne peut plus compter sur les seuls mercenaires ou gens d'armes. Charrier Philippe et Clavandier Gaëlle, Sociologie de la naissance, Paris, Armand Colin, 2013, p. 30.*

71. *Laget Mireille, Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique, op.cit., p. 62.*

pratiques est très lente, les sages-femmes et les matrones ont peu accès à ces progrès citadins et les mentalités ne se modifient pas sensiblement.

Au mitan du XVIII^e siècle, la curiosité pour les choses du corps s'aiguise là où, quelques décennies plus tôt, il était rabaissé. Les cabinets de curiosité sont à la mode et ils incluent de plus en plus des objets en rapport avec l'anatomie. À l'occasion, ce peut être des fœtus malformés, des mannequins en bois ou en cire et autres planches révélant les mystères de l'organisme. Assurément, les connaissances médicales progressent et du côté des accoucheurs, on commence timidement à prêter attention aux règles d'hygiène. Quand ils sont convoqués au chevet d'une parturiente, il n'est pas rare qu'ils fassent sortir, à leur grand dam, toutes celles qui entourent la femme en couches, matrones comprises, et ils demandent à ce que l'on aère la chambre avant que d'officier. Le fait est qu'ils gagnent en savoir-faire dans les cas difficiles et manient habilement les forceps. Les écrits qui circulent entre eux et, ce faisant, la narration des cas rencontrés, participent à enrichir leur science. Ce sont eux qui commandent et qui ont autorité, y compris sur les femmes qu'ils accouchent et dont ils attendent qu'elles se conforment à leurs directives. C'est du moins ce à quoi ils aspirent, puisque ces progrès ne bénéficient guère aux campagnes où vit la grande majorité de la population. Là aussi pourtant les mentalités évoluent, et au moins apprend-on qu'il n'y a pas de fatalité, que l'on y peut quelque chose pour sauver une mère voire cet enfant auquel nouvellement on tend à s'attacher. On entend dire aussi qu'à la ville il y a des chirurgiens secourables et ce qui était vécu comme inéluctable et sans emprise aucune, apparaît désormais possiblement à portée, pourvu qu'on en ait les moyens et que l'on puisse faire se déplacer l'homme de l'art.

Ce mitan d'un siècle qui va connaître bien des bouleversements voit aussi apparaître des préoccupations très nouvelles concernant l'état de la population. C'est l'avènement ce que l'on dira « le populationnisme » et concomitamment la hantise dans la dégénérescence de la race. Sans être nouvelle, cette hantise-là se rappelle ainsi au moment où on estime y pouvoir quelque chose. Le « il n'y a richesse ni force que d'hommes » est un vieux dicton, mais il devient véritablement une doctrine politique et économique; fiscale et militaire accessoirement⁷⁰, qu'en ce milieu du XVIII^e siècle, quand on découvre que l'on a prise sur la protection de la population et sur sa croissance. La science du dénombrement est encore balbutiante et du côté des puissants « l'intérêt pour la peuplade »⁷¹ va de pair avec la conviction que la France est en pleine décadence et bientôt va même manquer de bras. Rien n'est plus faux en fait, puisque pour bien des raisons, la mortalité tend à baisser depuis les années 1740, mais l'heure est à une idéologie

72. Petitncolas Jacques,
« Le mannequin de Madame Du Coudray ou comment former les accoucheuses au XVIII^e siècle », *La revue du praticien*, n° 56, 2006, p. 227.

73. Leroy Fernand,
Histoire de naître,
op. cit., p. 204.

74. Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin*, op. cit., p. 128.

à laquelle se rallie d'ailleurs la catholicité: il faut encourager la procréation, juguler la mortalité en couches, sauver les nourrissons. Haro alors sur les matrones et sur tout ce lot de sages-femmes au savoir d'un autre temps qui sont largement responsables de ce que l'on va nommer « le massacre des Innocents », en référence à l'Évangile selon Saint Mathieu. Ministres en tête, intendants des Provinces dûment missionnés, c'est bien l'État qui va prendre les rênes d'une mission salvatrice: former de véritables sages-femmes dignes de ce nom.

Il y en avait déjà eu de fort renommées, telle Louise Bourgeois au service de Catherine de Médicis, mais Angélique du Coudray va marquer les esprits au fil des quelque 25 années (1759-1783) durant lesquelles elle va se démener pour instruire dans tout le royaume des sages-femmes enfin formées à la mesure de ce qu'on attend d'elles. Cette personnalité est connue pour la méthode qu'elle va initier, en mettant au point un mannequin d'osier recouvert de tissus qui servira à initier aux gestes de la mise au monde pas moins de 200 accoucheurs démonstrateurs, des hommes à cinq exceptions près, capables à leur tour de faire fabriquer « la machine de du Coudray »⁷² et de former des sages-femmes que l'on veut désormais jeunes et instruites. Des planches anatomiques et des manuels abordables et abondamment illustrés vont aussi être mis en circulation pour toutes celles qui ne maîtrisent que peu la lecture afin, à tout le moins, de « parler à leurs yeux ». L'étendue de ses tournées est impressionnante. Elle pousse partout ses feux, y compris à l'École vétérinaire d'Alfort, et trouve son public. Certes, ici et là, des médecins se sentant dépassés par les événements et « doublés » par des chirurgiens avisés montent quelques cabales⁷³ et au départ les chirurgiens eux-mêmes pouvaient être virulents dans leurs critiques vis-à-vis de cette femme bien prétentieuse, mais son initiative, soutenue au sommet de l'État royal, est couronnée de succès. Bientôt, ces chirurgiens démonstrateurs vont former à leur tour pas moins de 10 000 à 12 000 sages-femmes. « En retenant le principe d'un cours spécial destiné aux praticiens dans chacune des grandes villes où elle séjournait, M^{me} du Coudray leur ouvrait la porte. Mais pouvait-elle faire autrement? Les institutions, c'est l'évidence, ont joué contre les sages-femmes »⁷⁴. Leur « domestication » est concomitante à leur professionnalisation, mais tout cela s'accomplit sous la houlette de chirurgiens accoucheurs qui ont su tirer tous les bénéfices de l'apostolat de cette sage-femme hors du commun. Ardents propagandistes de leurs savoirs, ils ont le soutien des intendants et des argentiers communaux qui, tous acquis à la cause populationniste, versent leur écot à la diffusion de méthodes de manipulation obstétrique simples, mais relativement efficaces. S'il le faut, des sages-femmes méritantes sont

75. *Ibid.*, p. 218.

76. Gutierrez Hector, Houdaille Jacques, *op. cit.*, p. 978

77. Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, Renard Jacques, *op. cit.*, p. 282.

78. Lilti Antoine, « L'héritage des Lumières », *Les grands dossiers des sciences humaines*, n° 56, 2019, p. 76.

79. Schlumbohm Jürgen, *op. cit.*, p. 24.

leurs répétitrices et le fait est que, dans les campagnes même, la grossesse et l'accouchement ainsi se spécifient et se médicalisent.

En quoi les femmes ont-elles bénéficié de ce processus? Le moins que l'on puisse dire, c'est que les effets n'ont pas été très tangibles. « À comparer l'évolution démographique des paroisses où ont continué à exercer des matrones sans formation et des sages-femmes dûment formées, les résultats ne sont pas très probants, ce qui ne peut surprendre. D'abord, parce qu'en procédant ainsi, on suppose que les matrones accouchaient forcément mal, ce qui n'a rien d'évident. Ensuite, parce qu'il n'est jamais certain que dans les paroisses avec sages-femmes, les matrones n'aient pas continué à pratiquer. Enfin et surtout, parce que l'accouchement et la naissance ne peuvent être pensés exclusivement en termes d'efficacité médicale »⁷⁵. De fait, la mortalité maternelle passe de 12,9 pour 1 000 naissances dans les années 1700-1749 à 11,1 pour mille entre 1750 et 1789⁷⁶, mais les raisons de cette baisse tiennent à de multiples facteurs. Il semble bien que la formation des sages-femmes ait eu un impact sur la diminution de la mortalité maternelle du premier jour, lors des manœuvres d'accouchement donc, mais les infections postnatales feront encore des ravages durant quasiment un siècle⁷⁷. Ce qui est certain par contre, c'est que les chirurgiens accoucheurs se sont imposés et ont placé sous leur subordination des sages-femmes aux ordres, au risque sinon d'être vilipendées.

Nous sommes alors au dit « Siècle des Lumières ». Si à l'aube de la Révolution, des femmes se distinguent, à l'instar d'Olympe de Gouges, et revendiquent des droits dont elles sont privées de toute éternité, deux ou trois décennies auparavant, les philosophes qui font le lit des révoltes à venir ne se distinguent pas vraiment par leur esprit éclairé sur la question. Nombre d'entre eux font montre de bien des préjugés, fort éloignés des images univoques synonymes d'émancipation et de tolérance volontiers associées à ce moment de l'histoire de la pensée⁷⁸. Du Jean-Jacques Rousseau de *L'Émile* en passant par Charles-Louis de Montesquieu ou par les articles de *l'Encyclopédie* de Denis Diderot, courent encore et toujours les dichotomies culture/nature, activité/passivité, raisonnement/intuition, de pair avec hommes/femmes⁷⁹: « La recherche des vérités abstraites et spéculatives, des principes, des axiomes dans les sciences, tout ce qui tend à généraliser les idées n'est point du ressort des femmes, leurs études doivent se rapporter toutes à la pratique; c'est à elles à faire l'application des principes que l'homme a trouvés et c'est à elles de faire les observations qui mènent l'homme à l'établissement des principes » écrit ainsi Jean-Jacques Rousseau dans *Julie ou la Nouvelle Héloïse*. Rien ne vient remettre ainsi en question le bien-fondé de la prise en charge de

80. Gargam Adeline, « Un nouveau critère d'évaluation du "genre" en obstétrique : les opuscules d'accouchement écrits par les femmes au XVIII^e siècle (1677-1800) », dans L. Dion et al., op. cit., p. 51.

81. Gélis Jacques, « Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles », op. cit., p. 930.

82. Pinell Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, n° 50-2, 2009, p. 316.

la grossesse et de l'enfantement par les hommes de science bien établis dans leur territoire androcentré⁸⁰ et ne manquant pas une occasion d'accuser de toutes les exactions ces « matrones sans lumière »⁸¹, qui plus est demeurées sous le giron de l'Église. Ainsi faut-il comprendre tous les efforts pour former aux bases de l'obstétrique des sages-femmes sous l'influence d'accoucheurs faisant autorité. L'idéologie populationniste demeure aussi, alors que peu à peu les familles à intervalles courts marquent le pas. Il est vrai que du côté des femmes et de leurs époux, on hésite moins à « tromper la nature », quitte alors à porter une attention plus tendre à chacun de ses enfants, ce qui est plutôt nouveau, mais dans l'air du temps, à la ville surtout.

Les années 1780 voient cependant les efforts en termes de formation des accoucheurs instructeurs et des sages-femmes marquer le pas. L'heure est aux premiers soubresauts annonçant 1789 dans un contexte de crise économique et de disette. La Révolution survient, et avec elle en 1791, l'abolition des corporations à la suite de la Loi Le Chapelier. S'en est fini donc notamment de la corporation de saint Côme. Pour autant, les effets délétères de la désorganisation des choses de la médecine apparaissent très vite, alors que l'on en reste très largement aux croyances dans la dépopulation de la France et aux grandes peurs que cela suscite. Dès 1795, la construction à Paris, Montpellier et Strasbourg de trois écoles publiques de santé annonce le ressaisissement de l'État et sa volonté d'intervenir à plein dans la formation de ses gens de métier.

3. Le tournant de 1803 et ses suites

La loi de l'an XI (1803) et les décrets qui suivront jusqu'en 1810 vont à la suite mettre bon ordre. D'abord sont réunis en une seule profession les métiers de médecin et de chirurgien. C'est là une victoire sans précédent de ces derniers qui entrent par la grande porte dans le sérail de la médecine toute puissante. À cette profession unique est désormais reconnu le monopole de cette pratique. Débute alors toute la dynamique de constitution des spécialités cliniques « comme processus d'extension par différenciation du champ médical (...). Chaque spécialité émergente construisait son domaine et trouvait ses limites en fonction des rapports de force avec les autres spécialités déjà existantes ou en voie de constitution »⁸². L'entrée des accoucheurs issus du métier de chirurgien du XVIII^e siècle dans les hôpitaux est pour autant semée d'embûches. En effet, entre-temps, des médecins dûment patentés se sont spécialisés dans la chirurgie eux aussi.

83. Carol Anne,
« Sage-femme
ou gynécologue ?
M. A. Boivin (1773-
1841) », *Clio. Femmes,
genre, histoire*, n° 33,
2011, p. 238.

À l'occasion, ils interviennent dans les accouchements « compliqués » et n'entendent pas nécessairement laisser place à ces hommes qui ne sont pas vraiment à leurs yeux des confrères accomplis et adoubés.

Cette même loi fixe les règles des conditions d'apprentissage et d'exercice du métier de sage-femme, réitérant au passage l'obligation de faire appel aux médecins accoucheurs – on ne parlera de gynécologues qu'au ^{xx}e siècle – pour les accouchements « difficiles ». La clinique hospitalière devient incontournable et c'est au sein même des maternités, peu à peu nommées comme telles, que les écoles de sages-femmes vont trouver place. En principe, chaque département doit être pourvu d'une telle école annexée et ce sont les préfets qui veillent au grain puisque la formation des accoucheuses est du ressort du ministère de l'Intérieur et non pas de l'Université. L'école « phare » demeure celle de Paris, créée par Jean Chaptal en 1802 et installée à Port-Royal en 1814. C'est de là avant tout que vont sortir les sages-femmes placées à la direction des écoles départementales, sous la tutelle toutefois des chirurgiens chefs accoucheurs des maternités attenantes. Ces écoles ne sont pas toutes équivalentes ; en effet elles forment, selon, des sages-femmes de première ou de seconde classe. Les premières, titulaires du brevet élémentaire, créé en 1833, peuvent exercer dans toute la France là où les secondes, qui n'ont que le certificat d'études, qui date de 1866, sont cantonnées au département où elles se sont inscrites, et il en ira ainsi jusqu'en 1916. Toutes se voient par contre attribuer le monopole de la mise au monde, qu'elles aient ou non à leurs côtés des accoucheurs qui les supervisent. Cette partition servira de modèle puisque bientôt il en ira de même des herboristes et des pharmaciens. Au passage sera précisé le fait que désormais seuls les médecins peuvent prescrire des soins et des médicaments.

L'organisation contemporaine du métier de sage-femme est ainsi à rapporter à ces premières années de la Révolution et du Directoire. Quelque 30 000 sages-femmes vont, entre 1800 et 1850, sortir dûment diplômées de ces écoles qui seront inégalement déployées sur tout le territoire national, 4 500 étant issues de Port-Royal, modèle du genre en termes de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement⁸³.

Reste à examiner ce qu'il a pu en être des prolongements de toute cette organisation planifiée et centralisée. De fait, dans un contexte où nombre de femmes aspirent à être entre de bonnes mains et ne sont plus du tout prêtes à endurer ce que leurs aînées ont pu connaître et à craindre pour leur vie et pour celle de leur enfant, l'obstétrique a progressé incontestablement. Parturientes, de milieux souvent des plus modestes, à disposition

84. Sage-Pranchère Nathalie, « Au cœur des familles. Les matrones auprès des mères au ^{xix}^e siècle », dans M. F. Morel (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, op. cit., p. 97.

85. Coulon-Arpin Madeleine, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au ^{xx}^e siècle*, Paris, Éditions Roger Dacosta, 1982, p. 83.

86. Morel Marie-France, « Histoire de la naissance en France (^{xvii}^e-^{xx}^e siècle) », op. cit., p. 25.

87. Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin*, op. cit., p. 491.

dans les maternités et sages-femmes auxiliaires à portée, les médecins accoucheurs ont fait avancer la clinique. L'invention de nouveaux instruments va participer, dans la première moitié du ^{xix}^e siècle, à renforcer encore, s'il le fallait, leur professionnalisation. Ainsi en sera-t-il par exemple du spéculum en 1820. Pour autant, une large dichotomie va durablement subsister entre les villes bien dotées et les campagnes qui souvent passent à côté de toutes ces innovations. « La femme qui aide », nous l'avons mentionnée, continue à officier jusqu'à l'aube du ^{xx}^e siècle, et avec elle des sages-femmes sans diplôme. Les écoles de toute façon ne peuvent pas placer partout leurs élèves et il faut dire aussi que la confiance accordée de longue date à une matrone peut s'opposer au crédit apporté à une professionnelle étrangère à la communauté, fut-elle munie d'instruments. Ici et là, on évoquera l'urgence et l'hôpital aura longtemps encore mauvaise presse puisque les épidémies y sévissent toujours. Et puis « l'étrangère a de surcroît le tort de rompre avec toutes les exigences morales de la population. Elle est "de mœurs très faciles" et le curé soutient que si elle demandait un certificat de bonne chrétienne, elle ne l'obtiendrait pas »⁸⁴. Bien des méfiances ne sont donc pas levées, et tout au long de la première moitié du ^{xix}^e siècle, on peut ainsi relever la litanie des critiques adressées par les accoucheurs à ces matrones qui perpétuent des pratiques singulièrement obscures à leurs yeux. À lire maints témoignages, les sages-femmes diplômées, insensiblement, prennent pour autant leurs marques. Aux côtés d'autres professionnelles, telles bientôt les infirmières visiteuses, elles participeront à l'extension du savoir médical et de ses généralistes, voire de ses spécialistes, jamais très loin. Ici et là, elles peuvent toutefois ni plus ni moins faire fonction de médecins de campagne et ce sont elles aussi qui vont participer au développement de la vaccination, de la variole en premier lieu. Certes, en principe, elles n'ont plus droit aux instruments, depuis la Loi de Ventôse an xi⁸⁵, mais Jean-Louis Baudelocque lui-même n'était pas dupe : dans les campagnes notamment, il n'était pas si rare qu'elles aient un forceps dans leur trousse⁸⁶.

Pour autant, désormais sous tutelle, « le destin de la sage-femme fut scellé il y a deux siècles, lorsque l'accoucheur se révéla capable de répondre à la demande de soins des populations ; le praticien sut faire jouer alors en sa faveur la volonté populationniste de l'État, en profitant d'un climat qui n'était favorable ni aux femmes ni aux accoucheuses »⁸⁷.

88. Il arrivait cependant que les rôles féminins et masculins s'inversent et que les hommes s'occupent des accouchements : « Au XIX^e siècle, le forgeron détenteur de secrets sait tout aussi bien mettre bas les bêtes du village et procéder au "martelage" des femmes en gésine. Pour les ruraux habitués à vivre au milieu des bêtes de tels comportements sont naturels ». Gélis Jacques, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e-XIX^e siècle*, op. cit., p. 177.

89. Verdier Yvonne, « La femme-qui-aide et la laveuse », *L'Homme*, vol. XVI, n° 2-3, 1976, p. 103-128.

90. Lageat Yannick et Garlan Yvon, *Plumeur-Bodou, chronique d'une ancienne commune trégoroise entre l'Ancien Régime et la révolution spatiale*, Lannion, Association de recherche sur le passé, 1994, p. 143.

91. Berthiaud Emmanuelle, « Accoucher à la maison aux XVIII^e et XIX^e siècles. Les préparatifs et le vécu féminin », op. cit.

92. Morel Marie-France, « Introduction » dans M.-F. Morel (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, op. cit., p. 7-18.

93. Fillaut Thierry, Hontebeyrie Juliette, « Accoucher à domicile : de l'obligation à l'option », *Revue du Praticien*, 2013, p. 1326-1329.

94. Knibiehler Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, PUF, 2000, p. 71.

95. Leroy Fernand, op. cit.

96. Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999, p. 5.

4. La naissance des obstétriciens et la professionnalisation des sages-femmes dans la seconde moitié du XIX^e siècle

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, il était habituel que les femmes donnent naissance à domicile, dans l'univers familial de leur habitation, avec l'assistance d'un entourage féminin profane (parentes, amies, voisines...) ⁸⁸ et l'aide, plus ou moins experte, d'une matrone, d'une « femme qui aide-à-faire les bébés » ⁸⁹. Les sages-femmes étaient en moyenne au nombre de 37 pour 100 000 habitants en France, mais selon les départements, les écarts pouvaient être assez considérables. Ainsi, dans les Côtes-du-Nord, en 1893, elles n'étaient que 8 pour 100 000 habitants. « Autant dire que c'était une matrone (*an amiégez*) qui, dépourvue de tout diplôme, exerçait habituellement cet art difficile. Chaque village, chaque hameau ayant sa "bonne mère" ou "mère-sage" au savoir empirique. Lorsqu'à la matrone désintéressée succéderait une sage-femme professionnelle, cette évolution sera souvent mal acceptée par une société rurale qui considère que l'accouchement, acte naturel, doit échapper à tout rapport avec l'argent » ⁹⁰. En ville, ces matrones étaient également présentes auprès des parturientes issues des milieux populaires. Plus souvent qu'à la campagne, les accouchements pouvaient être réalisés par des soignants formés, en l'occurrence des sages-femmes, ou plus exceptionnellement par des chirurgiens accoucheurs, désormais médecins, qui avaient la préférence des femmes appartenant à la grande bourgeoisie et à l'aristocratie ⁹¹.

Il faudra attendre 1952 pour que le nombre de naissances en milieu hospitalier dépasse celui des naissances à domicile ⁹². Jusqu'au début du XX^e siècle, rares étaient donc les femmes qui accouchaient dans les maternités hospitalières dont la fréquentation était réservée, comme nous l'avons mentionné, aux « pauvresses », aux « filles-mères », mais aussi aux prostituées ⁹³. Au XIX^e siècle, souligne Yvonne Knibiehler, « il restait indécis, inconvenant, qu'un enfant naisse ailleurs que sous le toit paternel » ⁹⁴. Souffrant d'une mauvaise réputation associée à l'image d'un lieu d'asile réservé aux femmes les plus démunies, la maternité hospitalière s'avère aussi être, à l'époque, un lieu plus dangereux que ne l'est le domicile pour les accouchées et leurs nouveau-nés. Les épidémies de fièvre puerpérale ⁹⁵, dont la fréquence augmente considérablement au XIX^e siècle, seront à l'origine de très nombreux décès maternels au sein des établissements hospitaliers. « La mortalité y était effroyable, avoisinant les 5 % en période normale et pouvant dépasser les 20 % en période épidémique, alors que le risque encouru à domicile n'était que de 1 % » ⁹⁶. Même la célèbre Maternité de Port-Royal, pourtant érigée en établissement modèle au XIX^e siècle

97. *Ibid.*, p. 222.

98. Morel Marie-France, « Histoire de la naissance en France (XVII^e – XX^e siècle) », *op. cit.*

99. Thébaud Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1986, p. 62.

100. Lefaucheur Nadine, « La résistible création des accoucheurs des hôpitaux », *Sociologie du travail*, n° 2, 1988, p. 323-352.

101. Knibiehler Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, *op. cit.*

en raison notamment de la qualité de la formation qui y était dispensée, n'échappe pas aux épisodes de fièvre puerpérale. Au cours du XIX^e siècle, celle-ci s'est retrouvée au centre de débats mobilisant les sociétés médicales; certains de leurs représentants allant jusqu'à réclamer sa fermeture, car « si elle n'est pas le seul service d'accouchement à enregistrer une aussi forte mortalité, elle accueille chaque année un nombre considérable de femmes enceintes et surtout on a voulu en faire une institution pilote »⁹⁷.

Il faudra attendre la fin du XIX^e siècle et les découvertes de Louis Pasteur pour que les personnels hospitaliers prennent conscience qu'ils sont à l'origine de la transmission de la maladie puerpérale, faute de précautions prises en matière d'hygiène (lavage des mains, nettoyage du matériel, changement du linge, etc.)⁹⁸. Passant d'un examen gynécologique à l'autre, d'un accouchement à l'autre, sans aucune mesure particulière, sages-femmes et médecins accoucheurs étaient les principaux agents de la contagion des femmes dans les maternités. Au vu de cette réalité, la « maternité d'avant Pasteur » était bien, selon l'expression de Françoise Thébaud, « une maternité-mouroir »⁹⁹. En outre, les maternités du XIX^e siècle et leurs salles d'accouchement étaient dans un état déplorable; le personnel y était peu nombreux et encore insuffisamment formé. Dans la plupart de ces services, les soins obstétricaux étaient laissés à des internes inexpérimentés qui, en cas d'échec, faisaient appel aux chirurgiens hospitaliers. Ceux-ci étaient bien des médecins qui s'étaient spécialisés¹⁰⁰. Dans un tel contexte, les accoucheurs, qui y étaient entrés en devenant aussi médecins de plein droit, dans le cadre de la loi de 1803, ne réunissaient pas les conditions nécessaires à la pleine reconnaissance de leurs compétences et à la mise en valeur de leurs progrès dans le domaine obstétrical, ce qui leur importait on ne peut plus, puisqu'en arrière-fond il y avait bien des concurrences possibles avec ces chirurgiens déjà dans la place. De fait, les choses vont évoluer en leur faveur à la fin du XIX^e siècle.

Au cours des décennies 1870-1890, les hôpitaux – à commencer par ceux de la capitale – adoptent et mettent en œuvre les principes d'asepsie, d'antisepsie, de stérilisation et d'isolement des malades issus des travaux de Louis Pasteur et du chirurgien britannique Joseph Lister. Le déploiement de ces nouvelles pratiques d'hygiène au sein des maternités permet d'éradiquer la fièvre puerpérale et de réduire considérablement la mortalité maternelle, laquelle n'était plus que de 2 % en 1920¹⁰¹. Ces nouvelles pratiques contribuent également à la diminution de la mortalité infantile liée aux maladies infectieuses. Dans ce contexte épidémiologique nettement plus favorable, les accoucheurs des hôpitaux vont pouvoir développer et parfaire leurs pratiques dans le champ de l'obstétrique. Ainsi, ces médecins

102. Rollet Catherine, « Les prématurés au XIX^e siècle » dans M.-F. Morel et C. Rollet (dir.), *Des bébés et des hommes. Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel, 2000, p. 199.

103. Lefaucheur Nadine, *op. cit.*

104. *Ibid.*

105. *Ibid.*, p. 348.

perfectionnent la technique de la césarienne – laquelle était jusqu’ici à l’origine d’une mortalité maternelle élevée – et améliorent l’usage du forceps pour extraire les nouveau-nés lors des accouchements difficiles. La prise en charge des nouveau-nés fragiles connaît aussi des avancées notables après les découvertes pasteuriennes. Ces mêmes médecins mettent au point de nouvelles techniques spécifiquement destinées aux prématurés. De tels soins « répondent à trois sortes de préoccupations: prévenir le refroidissement; assurer une alimentation adéquate; protéger le prématuré de toute infection »¹⁰². De leur côté, les chirurgiens hospitaliers réalisent des progrès majeurs dans le domaine de la gynécologie opératoire (ovariotomies, opérations de grossesses extra-utérines, etc.)¹⁰³.

De nombreux écrits évoquent l’année 1882 comme celle de la pleine reconnaissance des médecins accoucheurs. Nadine Lefaucheur¹⁰⁴ s’est attachée à retracer le processus sociohistorique qui a conduit, au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle, à l’admission définitive de ce qui va constituer alors un nouveau corps professionnel à part entière, les médecins obstétriciens, indépendants en cela du groupe – jusqu’ici dominant – des chirurgiens. Quelques internes des hôpitaux de Paris formés à l’école de la Maternité de Port-Royal – Pierre Budin et Adolphe Pinard entre autres – sont parvenus par un jeu d’alliances sociales, scientifiques et politiques, à imposer et institutionnaliser la médecine obstétricale à l’hôpital. Après s’être débarrassés de la fièvre puerpérale et avoir fait progresser leur art, les accoucheurs vont en effet tenter de conquérir le monopole de la pratique de l’accouchement. Ces médecins rencontreront l’hostilité des chirurgiens soucieux de conserver leurs prérogatives dans le domaine de l’accouchement et celui de la gynécologie opératoire; ils réussiront néanmoins à obtenir par un arrêté daté du 26 décembre 1881, la création de services spécialisés d’accouchement dirigés par des accoucheurs recrutés par un concours spécial. Le premier concours sera organisé dès l’année suivante, en mai 1882; quatre accoucheurs – dont Pierre Budin et Adolphe Pinard – y seront admis et prendront la direction de services spécialisés au sein d’établissements parisiens. Dans ce nouveau contexte, les services et les lits dédiés à l’accouchement se multiplient et la mauvaise réputation des maternités publiques commence à s’estomper. Cependant, si les accoucheurs se sont emparés de tout ce qui a trait à l’accouchement lui-même, le champ de la gynécologie leur a par contre échappé et demeure donc entre les mains des chirurgiens: « la division des services hospitaliers en services de médecine générale, de chirurgie et d’accouchement, fait que les “maladies des femmes”, et même les parturientes ou accouchées malades, relèvent des services de médecine générale et que les opérations gynécologiques non obstétricales restent du ressort des services de chirurgie et de leurs titulaires »¹⁰⁵.

106. Cesbron Pierre, Kniebiehler Yvonne, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004, p. 141.

107. Sage-Pranchère Nathalie, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e) », *Annales de démographie historique*, 2014, n° 127, p. 182.

108. *Ibid.*, p. 201.

109. Faure Olivier, « Des médecins aux malades : tendances récentes en histoire sociale de la santé », dans M. Lagrée et F. Lebrun (dir.), *Pour l'histoire de la médecine. Autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Rennes, PUR, p. 53-69.

110. Sage-Pranchère Nathalie, *L'École des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel, 1786-1917*, Tours, Presses universitaires François Rabelais, 2017, p. 264.

111. *Ibid.*, p. 126.

Pour échapper à la confiscation de la gynécologie par les chirurgiens et étendre leurs activités au-delà du « cercle infiniment restreint de l'utérus et de ses annexes »¹⁰⁶, les obstétriciens les mieux dotés en capitaux économiques et sociaux iront exercer la gynécologie dans des cliniques privées; les autres s'orienteront vers la pratique d'une médecine sociale alliant connaissances scientifiques et action sociale, et préfigurant la future Protection maternelle et infantile (PMI).

En dépit de l'avènement du corps des accoucheurs et, ce faisant, de la mainmise de ces médecins sur l'enseignement, le XIX^e siècle fut, pour plusieurs raisons, favorable aux sages-femmes. Tout d'abord, leur formation s'est développée et améliorée tout au long du siècle. Quelque 70 000 sages-femmes au total ont été formées et diplômées au cours de cette période¹⁰⁷. Leurs effectifs ont également progressé: « Dans les années 1890, les sages-femmes représentent la moitié du personnel médical français (14 000 praticiennes), et dépassent en nombre les médecins et officiers de santé réunis (13 000) »¹⁰⁸. Dans les campagnes et les zones dépourvues de médecins, les sages-femmes sont alors souvent les uniques représentantes du monde soignant¹⁰⁹. En outre, le flou demeure encore durant ce siècle quant au partage des tâches entre accoucheurs et sages-femmes. Après la loi de l'an XI (1803) qui oblige les sages-femmes à appeler un médecin en cas d'accouchement difficile, délimitant ainsi leur rôle à l'accouchement « naturel », la Loi Chevaudier du 30 novembre 1892 rappelle leur interdiction d'administrer des médicaments et de recourir aux instruments, réservés aux seuls médecins. Une telle réitération laisse à penser qu'il pouvait en aller différemment. De fait, l'usage du forceps par les sages-femmes faisait l'objet d'une certaine tolérance, tant de la part des médecins que des autorités administratives, que ce soit en maternité (celle de Port-Royal par exemple) ou à domicile, en milieu urbain ou rural. Cette même loi de 1892 autorise officiellement la sage-femme à pratiquer les vaccinations et revaccinations varioliques et à déclarer aux autorités administratives – au même titre que les médecins et les officiers de santé – les maladies contagieuses qu'elles sont amenées à diagnostiquer. À cet égard, la sage-femme fait figure d'« agent de santé publique »¹¹⁰ au service d'une politique étatique de surveillance et de prophylaxie sociale et sanitaire. La loi de 1892 prévoit aussi de punir l'usurpation du titre de sage-femme par les mêmes peines que celles qui s'appliquent à l'usurpation des titres de médecin et d'officier de santé. Une telle mesure contribue à marginaliser les matrones et à en limiter la concurrence. L'évolution de la loi témoigne ainsi de la place, désormais centrale, occupée par les sages-femmes diplômées dans « l'encadrement obstétrical du pays »¹¹¹. Par ailleurs, si la profession est toujours divisée en deux classes, il n'en demeure pas moins que les unes

112. *Ibid.*

113. Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, *op. cit.*

114. Sage-Pranchère Nathalie, « L'appel à la sage-femme... », *op. cit.*, p. 200.

115. Thébaud Françoise, « Être sage-femme entre les deux guerres : une profession en crise », Pénélope. Pour l'Histoire des Femmes, 1981, n° 5, p. 76-79.

et les autres ont le sentiment d'appartenir au même groupe professionnel. Formées sur les mêmes bases, souvent dans les mêmes écoles, les sages-femmes de 1^{re} classe et de 2^e classe partagent les mêmes tâches, tandis que les officiers de santé ont, au même moment, un champ de connaissances et d'activités plus limité que celui de leurs collègues docteurs en médecine. L'unification de la profession, réclamée par les sages-femmes elles-mêmes, sera consacrée par la loi du 5 août 1916 et entraînera la disparition rapide des professionnelles de seconde classe. Enfin, à côté des sages-femmes indépendantes, les sages-femmes rémunérées par des fonds publics ne cesseront de prendre de l'importance tout au long du XIX^e siècle¹¹². D'abord rattachées aux bureaux de bienfaisance, des sages-femmes cantonales seront chargées de dispenser des soins aux femmes enceintes indigentes. Ici, la loi de 5 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite remplacera les anciens bureaux de bienfaisance par des bureaux d'assistance qui emploieront des sages-femmes chargées de soigner à domicile les femmes en couche. Un autre corps de professionnelles, celui des sages-femmes agréées par l'Assistance publique, sera par ailleurs créé en 1866, avec comme objectif la réduction de la mortalité puerpérale dans les hôpitaux parisiens¹¹³. Ces sages-femmes, qui sont choisies par l'administration sur proposition des directeurs d'hôpitaux, vont accueillir à leur propre domicile des femmes enceintes. Ce système bien singulier de placement montrera immédiatement son efficacité : la mortalité maternelle s'avérera bien plus faible chez les sages-femmes agréées que dans les maternités hospitalières. Nathalie Sage-Pranchère écrit, au sujet des sages-femmes agréées des hôpitaux et des sages-femmes cantonales des bureaux de bienfaisance, que « le principe d'assistance préside de la même façon aux deux fonctions et, au début du XX^e siècle, elles sont volontiers considérées comme de quasi-fonctionnaires »¹¹⁴.

Cependant, avec le tournant du siècle, la situation de la profession et des différents segments qui la composent ne sera plus aussi favorable.

5. Le renforcement de la profession obstétricale et l'affaiblissement des sages-femmes (du tournant du XIX^e siècle à la Seconde Guerre mondiale)

À la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, l'exercice libéral de la profession de sage-femme commence à décliner sous l'effet du développement et de la médicalisation des maternités hospitalières. La profession connaîtra alors une chute de ses effectifs jusqu'à l'entre-deux-guerres¹¹⁵. Faute d'un

116. Charvolin
Véronique, *op. cit.*

117. Dubesset Mathilde,
« Les mutations
d'une identité
professionnelle. Le cas
de sages-femmes des
années 1920-1950
à Saint-Étienne »,
Bulletin du Centre
Pierre Léon d'histoire
économique et sociale,
n° 2-3, 1995, p. 40.

118. Thébaud Françoise,
« Être sage-femme... »,
op. cit.

119. La baisse de la
natalité s'est amorcée
dès la fin du XIX^e siècle.

120. Celle-ci recouvre
des pratiques telles que
le célibat, le mariage
tardif, l'allaitement
maternel prolongé, la
chambre à part...
cf. : Kniebiehler Yvonne,
Histoire des mères...,
op. cit., p. 69.

121. Morel Marie-
France, « Histoire de
la naissance en France
(XVII^e -XX^e siècle) »,
op. cit., p. 26.

122. Cesbron Pierre,
Kniebiehler Yvonne,
op. cit.

123. Lauillonnière
Jacqueline, « Rôles
respectifs de
la sage-Femme
et du médecin dans
l'accompagnement de
la grossesse et dans
l'accueil du nouveau-
né », Les Dossiers de
l'Obstétrique, n° 27,
1999, p. 16.

124. Thébaud Françoise,
Quand nos grands-
mères donnaient la vie,
op. cit.

niveau d'activité et de revenus suffisants, une partie de la profession va alors être tentée de se tourner vers la réalisation d'avortements clandestins¹¹⁶, de déclenchement de « fausses couches » – c'est le terme souvent employé alors – sans être dupe quant à l'origine de « l'accident »¹¹⁷. Bien que la pratique soit encore tolérée au cours de cette période, celle-ci nuit beaucoup à la réputation des sages-femmes et leur fait perdre de la clientèle. Quelques années plus tard, les lois de 1920-1923, en assimilant l'avortement à un crime, auront des conséquences bien plus lourdes pour ces « faiseuses d'anges » (poursuites, condamnations, etc.). Entre les deux guerres, les associations de sages-femmes s'efforceront de contrebalancer cette image négative de la profession, en mettant en avant son rôle « social » (promotion de la maternité et de la famille, éducation morale des femmes, lutte contre l'avortement et l'abandon des enfants, promotion de l'allaitement maternel,...), ceci dans l'objectif de répondre aux préoccupations en matière de dénatalité¹¹⁸.

La France traverse, en effet, une crise démographique majeure durant l'entre-deux-guerres. Avec l'hécatombe de 1914-1918, le pays non seulement s'est dépeuplé mais, à la suite, la natalité diminue fortement¹¹⁹, du fait de la prévention des naissances¹²⁰ et de la progression des pratiques contraceptives et abortives. Il y aura même des années où le nombre de décès dépassera celui des naissances¹²¹. Pour inciter les femmes à retrouver le chemin des berceaux et assurer ainsi l'avenir de la Patrie, l'État va être amené à déployer de nouvelles mesures. Ainsi, l'instauration d'un repos obligatoire postnatal de 4 semaines, qui date de 1909, mais qui était non indemnisé, le sera à partir de 1913 et une prime d'allaitement sera aussi instaurée¹²². En 1930, la loi sur les Assurances sociales pour les salariés prévoit la gratuité de la surveillance de la grossesse lorsque celle-ci est assurée par des dispensaires ou des hôpitaux, voire, sous certaines conditions, par des médecins privés. Il en va de même de la prise en charge intégrale de l'accouchement si celui-ci a lieu en établissement. De la même façon, les allocations familiales, mises en place en 1932, ne sont versées qu'à la condition que l'assurée sociale déclare sa grossesse et se soumette, avec son nouveau-né, à plusieurs examens pré et postnataux : « Cette surveillance organisée et rendue obligatoire pour l'obtention des allocations familiales fut le point de départ d'un détournement des grossesses vers les médecins, puisque la déclaration de celle-ci devait se faire après un examen obstétrical et gynécologique que la sage-femme ne pouvait pratiquer »¹²³. Toutes ces mesures publiques incitent – et c'était bien le but recherché – les femmes à se tourner vers les maternités et à délaisser progressivement l'accouchement à domicile. De fait, à Paris, la part des accouchements réalisés en maternité double entre 1920 et 1939¹²⁴. Cette situation pénalise

125. *Ibid.*

126. Cesbron Pierre,
Knibiehler Yvonne,
op. cit., p. 135.

127. Knibiehler Yvonne,
Histoire des mères...,
op. cit.

128. Morel Françoise,
« Histoire de la
naissance en France »,
op. cit., p. 26.

129. Fillaut Thierry,
Hontebeyrie Juliette,
op. cit.

130. Jacques Béatrice,
« De la matrone à
l'obstétricien : quel
partage des rôles pour
les professionnels ? »,
La Santé de l'homme,
n° 391, 2007, p. 20-22.

assurément les sages-femmes indépendantes et les prive d'une partie de leur clientèle¹²⁵.

Entre les deux guerres, les maternités se modernisent, deviennent plus confortables et offrent davantage d'efficacité et de sécurité. De fait, leur réputation s'améliore par rapport au siècle précédent, changement qui leur permet de s'ouvrir à une clientèle plus large : « la proportion des pauvresses et des filles mères se réduit au profit d'autres catégories : domestiques, ouvrières, petites commerçantes, vendeuses, employées »¹²⁶. Dans ce nouveau contexte, la naissance passe sous la coupe des médecins, et les sages-femmes libérales – tout au moins celles qui ne s'orientent pas vers la pratique de l'avortement – entrent dans les maternités publiques ou privées, où elles exercent en tant que salariées de second rang¹²⁷. Pour autant, la maternité n'est pas encore le lieu d'accouchement de toutes les Françaises. Compte tenu de l'absence d'établissements hospitaliers et de consultations spécialisées dans le monde rural et les petites villes, l'accouchement à domicile y est encore courant. Il n'a pas non plus disparu en ville ; le choix des lieux d'accouchement dépend de paramètres géographiques et territoriaux ainsi que de critères plus sociaux et culturels : « Dans l'entre-deux-guerres, il n'y a pas de consensus sur le lieu idéal de l'accouchement (...). On observe en fait la coexistence de deux pratiques, la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchant plus volontiers à la maison, et les classes populaires urbaines, plutôt en milieu hospitalier »¹²⁸. Les deux pratiques ont leurs partisans et leurs opposants. Les sages-femmes sont, dans leur majorité, très attachées à l'accouchement à domicile ; la maternité ne devant, selon elles, accueillir que des accouchements difficiles. De leur côté, les médecins sont plus partagés ; certains penchent en faveur de l'accouchement systématique en maternité, d'autres sont plus nuancés et estiment que le recours à l'hôpital doit se limiter à certains cas (logement inadapté, accouchement pathologique), mais ces derniers finiront par se ranger à l'opinion des premiers¹²⁹.

De plus en plus présente auprès des futures et jeunes mères, la médecine étend également ses compétences et prérogatives sur la prise en charge du nouveau-né et des jeunes enfants¹³⁰. La pédiatrie, instituée comme spécialité médicale dès 1872, et la puériculture, nouvelle spécialité paramédicale instaurée par les pédiatres, connaissent leur consécration en 1942 avec la création de la Protection maternelle et infantile (PMI). Dans l'entre-deux-guerres, les maternités deviennent alors l'un des axes majeurs de la PMI, avec l'ajout de consultations pour les femmes et leurs nourrissons dotées de services sociaux. Le suivi de grossesse et la réalisation de l'accouchement relevant désormais d'actes médicaux,

131. Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, *op. cit.*

132. Thébaud Françoise, « Être sage-femme entre les deux guerres... », *op. cit.*

133. Vilbrod Alain, « Territoires arpentés, territoires imposés : Les assistantes sociales des années 1950 au travail » dans *Regards étonnés, Mélanges offerts au professeur Gaël Milin*, Brest, Éditions du CRBC, 2004, p. 119-130.

134. Morel Marie-France, « Histoire de la naissance... », *op. cit.*, p. 26.

135. Thébaud Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie*, *op. cit.*, p. 172.

l'élevage des enfants (soins, alimentation...) doit également être soumis à des règles scientifiques. La puériculture est, au cours de cette période, l'autre face de l'emprise médicale sur la maternité; le pouvoir des médecins s'imposant de façon particulièrement autoritaire sur les mères et leurs jeunes enfants.

Dans les années 1930, la profession de sage-femme entre alors dans une période de crise. Le recrutement des sages-femmes agréées de l'Assistance publique cesse en 1917 et la fonction disparaît en 1935, car si le système fonctionnait bien, il était plus coûteux que celui des accouchements à l'hôpital. Priorité sera donc donnée aux services hospitaliers¹³¹. Cette crise est liée à la diminution des accouchements à domicile, à la multiplication des maternités et bien évidemment à la concurrence des médecins accoucheurs, mais aussi à celle d'autres personnels médicaux, paramédicaux et sociaux¹³². Les médecins de famille, de ville ou de campagne, pratiquent de plus en plus d'accouchements, ceci malgré une formation assez sommaire en obstétrique. Par ailleurs, le diplôme d'État infirmier est institué en 1922 et revalorise le métier sous deux formes d'exercice : infirmière hospitalière et infirmière visiteuse. L'École de puériculture de la faculté de médecine de Paris et le diplôme de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile sont créés en 1920 – sous l'impulsion d'Adolphe Pinard – et en 1932, le diplôme d'assistante sociale se met en place. Dans ces conditions, les sages-femmes se retrouvent en concurrence avec ces nouvelles professionnelles pour les visites à domicile; et en concurrence avec les médecins accoucheurs et les médecins généralistes pour l'accouchement. Le nombre de médecins augmente d'ailleurs durant l'entre-deux-guerres et ils bénéficient du téléphone, d'une voiture, du droit de prescrire des médicaments que n'ont pas les sages-femmes¹³³. En outre, la loi sur les Assurances sociales leur réserve les consultations agréées; et dans les maternités, c'est bien le médecin accoucheur qui détient le pouvoir. Enfin, durant cette période, les matrones non formées et non diplômées sont encore présentes auprès de la population féminine : « En 1937, 500 cantons sur 2200 sont dépourvus de sages-femmes instruites; comme au XVIII^e siècle, des matrones formées sur le tas, plus ou moins expertes, sont seules pour assister les femmes en couches »¹³⁴. Les sages-femmes perdent alors progressivement leur indépendance, sont reléguées – comme bon nombre d'autres soignantes – à des tâches subalternes associées à la féminité et se retrouvent soumises à l'autorité du corps médical : « Femme ne rime pas avec science, mais avec pratique et dévouement, dans un rapport de soumission à l'homme médecin; qu'elle soit en blanc (l'infirmière); en bleu (l'assistante sociale) ou en rose (blouse à raies blanches et roses et voile rose pour la sage-femme) »¹³⁵.

136. Gabe Mélanie, *Accoucher en France. De la Libération aux années 1960*, Paris, L'Harmattan, 2012.

137. Dubesset Mathilde, *op. cit.*, p. 39.

138. Knibielher Yvonne avec Douquet F. et Vilbrod A., *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XIX^e*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, p. 32.

139. Morin Christine, Leymarie Marie-Christine, *op. cit.*

140. Gabe Mélanie, *op. cit.*

141. Knibielher Yvonne avec Douquet F. et Vilbrod A., *Accoucher...*, *op. cit.*, p. 32.

142. *Ibid.*, p. 30.

Un peu plus tard, sous l'Occupation, les sages-femmes indépendantes seront fortement sollicitées par la population en raison de l'indisponibilité des médecins et du faible nombre d'infirmières. Au cours de cette période, elles pratiquent des accouchements à domicile dans des conditions difficiles tout en dispensant des soins infirmiers généraux¹³⁶. Dans leur trousse, il y a donc non seulement les pinces pour le cordon, l'*Ergotil* en cas d'hémorragie, le stéthoscope, « le forceps simple, pour le dernier petit coup qui manque quand la femme ne veut pas finir de pousser »¹³⁷, et ce malgré le fait qu'en principe elles n'ont pas le droit d'utiliser un tel instrument, mais fréquemment d'autres instruments encore, pas forcément dédiés aux seules femmes en couches. L'Ordre des sages-femmes sera créé, en même temps que l'Ordre des médecins en 1940, sous le gouvernement de Vichy, afin de promouvoir famille, travail et patrie; l'un et l'autre seront abolis et remplacés par de nouvelles instances à la Libération¹³⁸. La formation des sages-femmes évolue aussi durant la Seconde Guerre; la loi du 17 mai 1943 structure les études conduisant à la délivrance du diplôme d'État de sage-femme en posant les fondements de l'organisation actuelle de la profession¹³⁹. La formation entre dans un cadre universitaire et place les écoles de sages-femmes sous la responsabilité des doyens des facultés de médecine. La possession du brevet élémentaire est désormais requise pour intégrer les études de sage-femme dont la durée passe de 2 à 3 ans. La première année, commune à celle des infirmières, est consacrée aux soins généraux; la seconde année et la troisième année sont spécifiques et portent sur l'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie¹⁴⁰. La loi définit aussi la profession de sage-femme comme un corps médical spécialisé, tout en affirmant son caractère éminemment genré, puisque « pour être une sage-femme, il est essentiel d'être une femme »¹⁴¹.

Les premières décennies du XIX^e siècle auront ainsi été propices à la médicalisation de la naissance, en raison du développement des maternités et des spécialités médicales (pédiatrie, obstétrique) conjugué à l'intervention croissante de l'État providence dans ce domaine, à travers la mise en œuvre de politiques sociales et sanitaires et de mesures natalistes et familiales. À cet égard, les objectifs des pouvoirs publics convergeaient bien avec ceux du corps médical. Néanmoins, ce mouvement de médicalisation aura été défavorable aux sages-femmes, lesquelles ne sont plus « perçues que comme des auxiliaires dociles »¹⁴². Au cours de la période suivante, le secteur la naissance connaîtra d'autres évolutions qui contribueront encore à recomposer le champ de ces professions.

143. Cesbron Pierre,
Knibiehler Yvonne,
op. cit.

144. Knibiehler Yvonne
avec Douguet F. et
Vilbrod A., *op. cit.*, p. 38.

145. Morel Marie-
France, « Histoire de la
naissance en France
(XVII^e - XX^e siècle) »,
op. cit.

6. La mise sous tutelle des sages-femmes par les obstétriciens (de la Libération aux années 1980)

Au lendemain de la Libération, les cliniques privées connaissent un essor sans précédent sous l'effet conjugué du baby-boom et de la mise en place de la Sécurité sociale. Moins vêtustes que les maternités publiques, les femmes espèrent y être mieux accueillies ce qui, en réalité, est rarement le cas. Dans les années 1950-1960, les parturientes sont nombreuses et les personnels débordés, voire surmenés, les traitent, semble-t-il, avec bien peu d'égards. Certaines sages-femmes tendent à adopter les pratiques brutales et peu respectueuses des médecins obstétriciens à l'égard des accouchées¹⁴³. Dans les établissements privés à but lucratif, les maternités sont placées sous le contrôle « d'un grand patron gynécologue-obstétricien doué d'un pouvoir quasi absolu »¹⁴⁴. Dans ces maternités, les sages-femmes assurent seules l'accompagnement du travail des parturientes; les médecins n'intervenant – sauf exception – qu'au moment de la naissance, afin d'être rémunérés pour la réalisation de l'accouchement. Dans ces conditions, les compétences des sages-femmes se trouvent dépréciées. Au cours des années 1980, ces cliniques mettront l'accent, non plus seulement sur la sécurité des naissances, mais aussi sur la qualité de l'accueil des patientes, qualité qui auparavant leur faisait défaut.

Les trois décennies faisant suite à la Libération seront ponctuées d'innovations et d'avancées techniques qui contribueront à faire évoluer les pratiques et les soins dans le domaine de la naissance. Au début des années 1950, le docteur Fernand Lamaze, met au point la méthode de l'accouchement sans douleur en s'inspirant des travaux de médecins soviétiques. Au départ, cette nouvelle technique se heurte à l'opposition de médecins catholiques conservateurs (la méthode sera toutefois approuvée par le Pape en 1956) ainsi qu'aux réticences d'hommes politiques, lesquels se méfient d'une technique en provenance de l'URSS, et de gestionnaires d'institutions sanitaires qui estiment, quant à eux, la méthode trop coûteuse. Une fois ces réserves levées, l'accouchement sans douleur se généralise rapidement dans le courant des années 1950. Ainsi, dès les années 1960, l'Assurance Maladie prend en charge six séances incluant la préparation à l'accouchement sans douleur, puis huit séances dans les années 1970¹⁴⁵. Au début, les médecins obstétriciens se sont investis dans cette pratique novatrice, avant de la déléguer aux sages-femmes; la préparation à l'accouchement sera alors intégrée dans le programme de leur formation initiale à partir de 1961. Finissant par considérer la méthode comme insuffisamment scientifique, les médecins s'en détourneront au profit de la péridurale

146. Hughes Everett C.,
Le regard sociologique,
op.cit., p. 65.

147. Knibielher Yvonne
avec Douguet F. et
Vilbrod A., *op.cit.*, p. 36.

148. Morel Marie-
France, « *Histoire de
la naissance en France
(XVII^e - XX^e siècle)* »,
op.cit.

149. Fillaut Thierry,
Hontebeyrie Juliette,
op.cit., p. 1327.

150. Knibielher Yvonne
avec Douguet F. et
Vilbrod A., *op.cit.*, p. 62.

à la fin des années 1970. Sur ce point, 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 »¹⁴⁶.

Au cours des années 1960 et 1970, d'autres techniques feront leur apparition: monitoring, échographie, amniocentèse, transfusion sanguine *in utero*, analgésie péridurale, traitement de la stérilité, assistance à la procréation, prise en charge des grossesses à risque... Tous ces progrès ont eu pour conséquence de médicaliser plus encore la naissance. Les médecins – dont le nombre ne cesse d'augmenter – refusent de plus en plus souvent d'accoucher les femmes à leur domicile: la sécurité de l'accouchement n'est, à leurs yeux, garantit qu'en milieu hospitalier. Il est vrai que les taux de mortalité maternelle et infantile continuent de décroître durant cette période; cependant « autant ou plus qu'à l'intervention des médecins, ces progrès sont dus à l'amélioration rapide des conditions de vie »¹⁴⁷. Les femmes elles-mêmes privilégient de plus en plus l'hôpital parce que l'accouchement y est pris en charge – sans avance de frais – par l'Assurance Maladie. L'accouchement à domicile fait alors figure de pratique dépassée et risquée¹⁴⁸. Aussi, l'accouchement en maternité gagne rapidement du terrain au cours de ces années: « en 1963, 88 % des naissances enregistrées dans le pays étaient survenues dans une maternité publique ou une clinique privée; en 1955, ce n'était encore le cas que de 65 % d'entre elles »¹⁴⁹. Dans le même temps, la profession d'obstétricien, jusqu'ici mal considérée dans le champ médical, car jugée peu technique et scientifique, se trouve revalorisée en raison des progrès accomplis. Considérant l'accouchement à domicile comme une pratique dangereuse, le corps médical se montre hostile à l'égard des sages-femmes libérales qui le pratiquent. Defait, ces dernières sont de moins en moins sollicitées par les parturientes pour la réalisation de tels accouchements. Le suivi des grossesses était alors massivement assuré par des médecins, puisqu'à cette époque, seuls eux pouvaient établir les déclarations de grossesse. Il ne restait aux sages-femmes uniquement que la préparation à la naissance et la rééducation périnéale, soins qui étaient encore mal remboursés par la Sécurité sociale. Logiquement, les effectifs de sages-femmes libérales diminuent et ces dernières n'ont pas d'autres choix que de réaliser des soins infirmiers pour gagner leur vie: « au 1^{er} janvier 1967, 70 % des libérales ne faisaient plus que des soins infirmiers »¹⁵⁰.

151. Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007.

152. Thébaud Françoise, « Introduction », dans M. Gabe, *Accoucher en France. De la Libération aux années 1960*, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 12.

153. Knibielher Yvonne avec Douquet F. et Vilbrod A., *op. cit.*, p. 48.

154. Carricaburu Danièle, « Les sages-femmes face l'innovation technique », dans P. Aïach, D. Fassin, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1995, p. 292-293.

Les conditions sont ainsi réunies pour conduire au renforcement de la tutelle des médecins sur les sages-femmes. Jusqu'ici, les sages-femmes libérales bénéficiaient d'une certaine autonomie, dans la mesure où elles réalisaient les accouchements seules à domicile, sans la présence d'un médecin. Dans les maternités, les sages-femmes salariées – de plus en plus nombreuses – sont toutes placées sous l'autorité des médecins obstétriciens. La loi vient d'ailleurs rappeler que la profession de sage-femme est certes une profession médicale, mais à compétence dite « limitée ». En effet, ces professionnelles sont soumises aux prescriptions des médecins et leur domaine d'activité reste – comme cela était déjà le cas au siècle précédent – limité à l'accouchement normal. L'accouchement pathologique est, quant à lui, le domaine réservé des médecins¹⁵¹. À propos de la situation des sages-femmes dans les années 1960, Françoise Thébaud écrit que : « les modalités du métier de sage-femme traduisent la division sexuelle du marché de l'emploi et la hiérarchie des tâches. À cet égard, les photographies de promotion d'élèves sages-femmes sont tout à fait significatives d'un métier qui met en œuvre des compétences, demande à ses professionnelles disponibilité, mais qui, à l'hôpital, où le médecin obstétricien règne en maître reste subordonné »¹⁵². La mise sous tutelle des sages-femmes par le corps médical sera également perceptible dans le domaine de la formation, puisqu'à partir de 1973, les écoles de sages-femmes seront placées sous la direction d'un gynécologue obstétricien.

Au cours de cette période, le champ médical de la périnatalité se recompose et cela ne sera pas sans effets pour ce qui est de la profession de sage-femme. De fait, durant les années 1950 et 1960, la pédiatrie réalise d'importants progrès ; un nouveau segment professionnel émerge, celui des « néonatalogues » spécialistes du nouveau-né. Ces médecins, écrit Yvonne Knibiehler, « ont accès à la salle de naissance et y introduisent leurs auxiliaires préférées qui sont des puéricultrices, et non des sages-femmes »¹⁵³. En 1955, est créé le certificat d'enseignement spécialisé (CES) en gynécologie-obstétrique, qui sépare le corps des gynécologues en deux segments : d'une part, les médecins qui font de l'obstétrique et peuvent effectuer des actes chirurgicaux ; d'autre part, les praticiens qui se consacrent à la gynécologie dite « médicale ». En 1983, 66 % de gynécologues émargent à la première catégorie ; 34 % à la seconde¹⁵⁴. Au cours des années 1980, un autre segment médical fait son entrée dans le domaine de l'accouchement normal, celui des anesthésistes, grâce à la généralisation de l'analgésie péridurale. À ce propos, Danièle Carricaburu souligne que « la péridurale a des incidences directes sur la pratique professionnelle des sages-femmes puisqu'elle a induit une deuxième tutelle médicale, qu'elle entraîne une redistribution des tâches au sein des salles de travail et qu'elle

155. *Ibid.*, p. 305-306.

156. Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, op. cit.

157. Jacques Béatrice, « Les politiques de maternité et leurs effets depuis 1972 », dans M.-F. Morel et C. Rollet, op. cit., p. 343-357.

158. Le nombre de gynécologues-obstétriciens a été multiplié par trois entre 1970 et 1984. Cf. Carricaburu Danièle, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », op. cit. p. 292.

159. Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, op. cit., p. 49-50.

modifie la façon dont les tâches sont effectuées, ainsi que le contrôle exercé par les sages-femmes »¹⁵⁵. Ainsi cette pratique relève moins du champ de compétences des sages-femmes et tend à réduire la portée de la préparation à la naissance. Il est également à noter que, dans les années 1980, les médecins généralistes perdent leurs prérogatives en matière de suivi de grossesse, les obstétriciens – après être parvenus à écarter les chirurgiens de l'accouchement au XIX^e siècle – obtiennent donc ni plus ni moins le monopole de la naissance¹⁵⁶.

Une autre évolution majeure fut celle apportée par la mise en œuvre du premier Plan de périnatalité 1970-1976¹⁵⁷. Celui-ci est issu de deux constats inquiétants aux yeux de l'État: un taux de fécondité en baisse continue et de mauvais résultats en termes de santé périnatale. Ce plan comporte deux axes: le suivi de grossesse avec quatre consultations obligatoires et la sécurisation des naissances. Les principales mesures visent le renforcement des moyens techniques dans les maternités (meilleurs équipements, développement de la réanimation des nouveau-nés, ouverture de services de néonatalogie); l'effort de formation des professionnels (création d'un enseignement de médecine périnatale, augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens¹⁵⁸); et la disponibilité assurée de façon continue de ces professionnels. Le Plan de périnatalité 1970-1976 mettra aussi l'accent sur la nécessité de repérer précocement les femmes enceintes ayant des grossesses à risque afin de les orienter vers de grands centres spécialisés. Durant la décennie 1970, d'importants fonds publics seront de la sorte destinés à la naissance. La préoccupation de l'État pour la périnatalité revient bien à renforcer la place du corps des gynécologues-obstétriciens dans le domaine de la santé publique. Les décideurs font en effet appel à l'expertise de ces médecins pour orienter la politique périnatale du pays et « cette proximité nouvelle avec les pouvoirs publics permet aux gynécologues-obstétriciens d'étendre leur pouvoir et surtout de décider seuls de l'orientation de la discipline. L'influent Collègue national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF), créé dans les années 1970 par le professeur Jacques Varangot, qui rassemble plus de cinq cents membres, dont les personnalités les plus éminentes de l'obstétrique, est régulièrement consulté par le Ministère de [la] Santé »¹⁵⁹. L'un des textes réglementaires les plus importants résultant de cette alliance entre politiques et corps médical sera le décret du 3 mars 1972 qui vient renforcer les exigences d'équipement dans les maternités privées. Ce décret conduira à la fermeture de nombre de petites maternités, qui ne disposaient pas des moyens nécessaires pour atteindre les normes fixées par les pouvoirs publics. Souvent de statut privé, inaugurées en grand nombre au moment du baby-boom alors que régresse l'accouchement à domicile (45 % en 1952, 14 % en 1962),

160. Knibielher Yvonne, *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, p. 59-63

161. Thébaud Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie*, op.cit. p. 172.

162. Knibielher Yvonne avec F. Douguet F. et A. Vilbrod, op.cit., p. 38.

163. Morin Christine, Leymarie Marie-Christine, op.cit.

164. Knibielher Yvonne avec Douguet F. et Vilbrod A., op.cit.

165. Ibid.

166. Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin*, op.cit., p. 191.

ces cliniques voyaient un médecin accoucheur, souvent fondateur de l'établissement, régner en maître¹⁶⁰. Pour autant, accaparé par son cabinet de ville et appelé qu'au moment de l'expulsion, il laissait assez largement au quotidien les rênes à des sages-femmes qui de fait assumaient la responsabilité des salles de travail¹⁶¹ et ni plus ni moins « tenaient » ces petites maternités¹⁶².

Malgré tout, la profession de sage-femme connaîtra quelques évolutions favorables durant cette période, à commencer par l'amélioration de sa formation. En 1973, avec la création des écoles d'infirmières, la première année de formation des sages-femmes sera séparée de celle des infirmières et des assistantes sociales. Au cours de la décennie suivante, la loi du 19 mai 1982 autorise, sous l'effet d'une directive européenne portant sur l'égalité des sexes, l'accès de la formation aux hommes. En 1983, le niveau d'accès à la formation est relevé au baccalauréat et en 1985, un décret allonge la durée des études, qui passe alors de 3 à 4 ans¹⁶³.

Dans les années 1970, un nouveau segment émerge au sein de la profession et rend possible l'exercice du métier au sein de la fonction publique territoriale. Le décret du 5 mai 1975 adjoint aux médecins, infirmières et puéricultrices des services de la Protection maternelle et infantile, des sages-femmes chargées de prévention¹⁶⁴. Enfin, durant les années 1980, la profession commence à voir son champ de compétences s'étendre. La loi du 19 mai 1982, promulguée par Jack Ralite, alors ministre communiste sous le gouvernement de François Mitterrand, a fait entrer de nouveaux actes obstétricaux dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et en a amélioré la rémunération (consultations pré et postnatales, réfection d'épisiotomie, préparation à la naissance, rééducation périnéale)¹⁶⁵. Cette loi élargira aussi le droit de prescription des sages-femmes à l'ensemble des examens de routine et en 1986, la profession sera autorisée à réaliser des échographies.

En conclusion à son ouvrage de référence *La sage-femme ou le médecin*, Jacques Gélis écrivait sans doute un peu hâtivement en 1988 : « La sage-femme est aujourd'hui une espèce en voie de disparition. Qui s'intéresse à elle ? Qui parle d'elle ? Qui l'écoute ? La sage-femme libérale paraît appartenir au passé. La sage-femme hospitalière est cantonnée dans les seconds rôles, alors que l'essentiel du travail repose souvent sur elle »¹⁶⁶. Si, sur ce dernier point, la domination des médecins est sans doute toujours effective, pour ce qui est des sages-femmes libérales, sa vision des choses est clairement démentie. D'ailleurs, à partir des années 1980 déjà, la tendance s'était inversée : la profession attirait de plus en plus

167. Jacques Béatrice,
*Sociologie de
l'accouchement, op. cit.*

168. ONDPS (2016),
« Démographie et
activité des sages-
femmes. Des évolutions
importantes depuis
vingt ans, des
perspectives très
préoccupantes »,
op. cit., p. 31.

169. Jolivet Marcel,
*Pour une science
sociale à travers
champs, Paris, Éditions
Arguments, 2001, p. 71.*

170. Castel Robert,
Haroche Claudine,
*Propriété privée,
propriété sociale,
propriété de soi, Paris,
Fayard, 2001, p. 12.*

de candidates et ses effectifs – en chute continue depuis de nombreuses années – progressaient¹⁶⁷. Cette tendance se confirmera au cours des décennies suivantes: « En vingt ans [entre 1994 et 2014], l'effectif des sages-femmes en activité a augmenté de + 70 % dont + 26 % dans les dix dernières années »¹⁶⁸.

Mais on arrive là à une période bien récente. Si, selon Marcel Jolivet, « les historiens sont des sociologues du passé et les sociologues des historiens du présent »¹⁶⁹, le temps est venu, dans notre seconde partie, d'historiciser le présent et de chauffer nos lunettes de sociologues. Le temps est venu, ce faisant, d'aller en particulier à la rencontre des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes pour prendre la juste mesure des interactions entre ces professionnels. Ainsi pourrions-nous identifier les points de frictions et les accords afin d'analyser ce qui se joue aujourd'hui en termes de coopération ou de concurrence au sein de ces métiers dédiés au soin des femmes.

Déjà, le détour par l'histoire nous a renseignés sur l'épaisseur généalogique de ces interactions, de ces antagonismes il faut bien le dire, qui puisent profond. On saisit alors tout l'intérêt qu'il y a eu, au fil de cette première partie de notre étude, à « problématiser des questions contemporaines sur le long terme » comme nous y invitait invariablement Robert Castel¹⁷⁰.



2. Coopérations et tensions entre médecins et sages-femmes

1. L'autonomie des gynécologues, pierre d'angle de leur domination

Au fil du préambule, nous avons repéré les différentes lignes de force qui qualifient ce qu'est une profession que l'on dira « établie ». Nous avons souligné, ce faisant, tout le lot d'interactions qui sont en jeu dès lors qu'entrent inévitablement en ligne de compte des effets de concurrence, de domination, de délégation de telle ou telle tâche considérée comme moins noble et pouvant être confiée à des métiers subalternes et subordonnés, éventuellement créés *ex nihilo*. Ainsi en a-t-il été du métier d'infirmière par exemple. Nous nous sommes aussi arrêtés dans ce même préambule sur la profession médicale, qui représente incontestablement une figure assez idéale typique d'une profession accomplie. Pour autant, nous ne sommes pas entrés dans les détails. Le détour par l'histoire qui a suivi a dressé le nécessaire décor, entre profondeur généalogique et repérage des points de friction et des tensions entre métiers cherchant à établir sinon un monopole, du moins une position princeps en matière de périnatalité. Ainsi avons-nous dépeint la montée en puissance des gynécologues face aux matrones, aux sages-femmes, mais aussi à des chirurgiens qui un temps les toisaient volontiers.

Présentement, il va s'agir d'observer et d'analyser tout ce qui aujourd'hui prolonge cette histoire, la renouvelle et dans le même temps l'inscrit dans tous ces héritages amplement soulignés. Pour autant, il n'est pas inutile au préalable d'approfondir quelque peu notre « vision des choses », manière aussi de contextualiser tout ce qui va suivre concernant le champ de la périnatalité et ses acteurs. Nous débuterons par quelques rappels concernant la dynamique des professions, explicitement centrée cette fois sur les relations entre médecins gynécologues – c'est d'eux dont nous partirons –, médecins généralistes et sages-femmes, et ce, en nous appuyant d'ores et déjà sur les propos recueillis lors des entretiens que nous avons menés auprès d'hommes et des femmes émargeant à ce premier métier, qu'ils ou qu'elles travaillent en cabinet libéral, dans une clinique privée ou au sein d'une maternité publique.

Le point nodal de toutes les caractéristiques d'une profession reconnue est son autonomie. Idéalement, celles et ceux qui appartiennent à une profession, de fait « digne de ce nom » disposent de positions assurées et de larges marges de manœuvre liées au monopole d'une expertise légitime sur un segment de pratiques où ils sont les seuls à être pleinement habilités. De là découle leur pouvoir sur des métiers annexes. Contrôle du droit d'entrée,

171. Lascoumes Pierre,
« Normes juridiques
et mise en œuvre des
politiques publiques »,
L'Année sociologique,
n° 40, 1990, p. 50.

172. Durkheim Émile,
*La division du travail
social*, Paris, PUF, 1978,
p. xxxiii.

police à l'interne, haute main sur la logique des carrières, etc., nous avons relevé tout cela. Reste à souligner encore quelques traits d'importance.

1.1. Des gynécologues à la manœuvre face aux représentants de l'État

Aucune profession ne peut occuper la place incontournable qui est la sienne sans l'accord de l'État. Dans un système libéral, cela est d'autant plus vrai qu'il s'agit alors de se voir reconnaître un statut dérogatoire à la libre concurrence. L'enclosure n'est d'ailleurs jamais acquise une fois pour toutes et il faudra aux membres patentés d'une profession s'assurer en permanence que l'accord tacite ou explicite à ainsi bénéficier d'un domaine réservé a toujours force de loi. Ici, il convient avant toute chose de signaler que l'État n'est pas univoque, tout de hauteur, insensible aux pressions, rigide dans son fonctionnement autant que désincarné et inexpugnable. L'État agit par des individus tout sauf passifs et ses administrations ont des compétences particulières, avec le droit comme instrument, droit défini comme « un système de potentialités à partir duquel se déploient des activités spécifiques de mobilisation des règles »¹⁷¹. Au-delà des hommes politiques qui l'incarnent, ses hauts fonctionnaires nouent bien des relations avec les segments de la société civile qu'ils administrent, et ce qu'il importe, c'est de saisir, selon le mot de Pierre Lascoumes, « le droit, moins comme il s'énonce que comme il est agi ». Dans les faits, les négociations, les « arrangements » avec les administrés, personnes physiques ou morales qui sont leurs interlocuteurs, peuvent aller bon train. La constellation des relations nouées avec ceux-ci renvoie de fait à ce qu'énonçait Émile Durkheim quand il évoquait les groupes professionnels: « Une nation ne peut se maintenir que si entre l'État et les particuliers s'intercale toute une série de groupes secondaires qui soient assez proches des individus pour les attirer fortement dans leur sphère d'influence et les entraîner dans le torrent général de la vie sociale »¹⁷². Ainsi il y a-t-il toujours peu ou prou, en matière de périnatalité comme pour d'autres domaines, une sorte d'économie mixte entre l'État et les groupes intermédiaires, voire avec des personnalités de renom « ayant l'oreille » du ministère de la Santé. Que l'on évoque des passerelles, des relais mi-publics, mi-privés, l'affaire est entendue: les interactions, les transactions sont patentées entre deux sphères qui s'interpénètrent, qui s'alimentent, qui s'influencent mutuellement, d'où l'usage régulier, pour qualifier ces interrelations électives et sélectionnées, du terme de « réseau ». Des relations transitives se déploient au fil de « passages réticulaires » entre hauts fonctionnaires et « représentants » du secteur dont ils ont la charge. « L'une des fonctions les plus importantes

173. Muller Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 7^e éd., 2008, p. 50-51.

174. Dagnaud Monique, Mehl Dominique, « Les gynécologues 1 : une profession sous influence », *Sociologie du travail*, n° 2-30, 1988, p. 271-285.
Dagnaud Monique, Mehl Dominique, « Les gynécologues 2 : une profession influente », *Sociologie du travail*, n° 2-30, 1988, p. 287-300.

175. *Ibid.*, p. 289.

176. « Le décret du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement, dit "décret Dienesch", fixait des normes applicables aux locaux, aux personnels et à l'organisation des maternités privées. Des normes similaires ont été imposées par circulaire aux maternités publiques ». *Cour des comptes, Les maternités*, op. cit., p. 19.

177. Grégoire Roger, *Pour une politique de santé. Rapports présentés à Robert Boulin*, Paris, ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale / La Documentation française, 1971.

178. Lucas Isabelle, *La régulation du système de santé. Le cas du domaine mère-enfant*, Rapport MIRE/CRAP, 1998, p. 16.

179. *Ibid.*, p. 290.

180. Ruchat Martine et Vilbrod Alain, Roland Assathiany, *un fonctionnaire militant*, Paris, L'Harmattan, 2011, p. 169-183.

181. *Le Plan Périnatalité 2005-2007 est fortement inspiré du rapport rédigé en 2003*

des réseaux de politiques publiques, écrit Pierre Muller, est d'être le lieu où se construisent les diagnostics et les solutions qui vont déboucher sur la décision politique; les réseaux sont des lieux de production du sens des politiques publiques »¹⁷³. L'auteur parle aussi de « communauté épistémique ».

Reste alors une question que l'on ne peut ici qu'entrouvrir : comment les gynécologues ont-ils opéré et opèrent-ils toujours pour influencer les politiques publiques en matière de périnatalité, de façon à orienter des choix, à peser sur des décisions revenant à leur accorder une position dominante ? Il y a plus de 20 ans déjà, dans deux articles inauguraux publiés à la suite et portant sur le métier de gynécologue, Monique Dagnaud et Dominique Mehl¹⁷⁴ évoquaient leurs initiatives, parlant même d'un effacement de l'État¹⁷⁵. Pour ces auteurs, l'influence qu'ont pu avoir les médecins se retrouve dans les mesures du décret dit « Dienesch » de 1972¹⁷⁶ et dans le premier Plan Périnatalité lancé en 1972¹⁷⁷, en mettant l'accent sur « l'insécurité médicale des maternités » et en promouvant leur forte médicalisation¹⁷⁸.

Ces mesures, écrivent ces deux auteurs, « ont été entièrement inspirées par les préoccupations du milieu professionnel » justifiant une demande récurrente de fermeture de petites maternités, souvent « tenues » par des sages-femmes. Selon les auteurs, « dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, l'État n'élabore pas de projet propre. Les orientations qu'il préconise lui sont dictées soit par la société civile soit par les professionnels eux-mêmes. La complicité qui unit les décideurs politico-administratifs et les gynécologues, entretenue par les nombreux médecins qui peuplent le bureau maternité du ministère de la Santé tient à l'étendue du pouvoir professionnel que les médecins ont su constituer »¹⁷⁹. Sans doute faudrait-il y regarder à deux fois, et probablement découvrirait-on de hauts fonctionnaires pas si captifs, et des relations réticulaires assez subtiles entre les uns et les autres protagonistes, mais pour autant, c'est là chose assez ordinaire¹⁸⁰. Par l'intermédiaire de porte-parole autorisés, de sociétés ou de groupements influents, les gynécologues savent peser sur les décisions politiques¹⁸¹, surtout quand choix il doit y avoir en période de récession économique. Ainsi en va-t-il par exemple, selon le propos de l'un des gynécologues rencontrés, Benoît (GO libéral), du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) dont il est membre, « un gros collège, très important, très écouté des autorités ». Tout le travail de légitimation d'une profession, de stabilisation de son espace réservé, de reconnaissance de son savoir incontournable passe par ce qu'Andrew Abbott nomme des « juridictions »¹⁸² : « Les professions, en concurrence

par trois gynécologues-obstétriciens de renom, les professeurs Gérard Bréart, Francis Puech et Jean-Christophe Rozé : *Mission « Périnatalité »*. Vingt propositions pour une politique périnatale, Rapport effectué à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

182. Abbott Andrew, « Écologies liées : à propos du système des professions » dans P.-M Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 2003, p. 29.

183. *Ibid.*, p. 37.

184. En 2020, à l'Assemblée nationale, 34 députés et 33 sénateurs (dont 9 femmes) sont médecins, 2 députées sont sages-femmes.

185. Abbott Andrew, *op. cit.*, p. 43-44.

186. *Ibid.*, p. 31.

187. Chevallier Jacques, « For intérieur et contraintes institutionnelles », dans *Association française de sciences politiques/ Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie* (éd.), *Le For intérieur*, Paris, PUF, 1995, p. 525.

188. Lecorps Philippe et Paturet Jean-Bernard, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 1999, p. 139.

189. Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle, *La prise en charge gynécologique en Nouvelle-Aquitaine. Rapport d'étude*

les unes avec les autres, aspirent à se développer, s'emparant de telle ou telle sphère de travail qu'elles transforment ensuite en juridiction au moyen de savoirs professionnels et de revendications destinées à obtenir une légitimité auprès des pouvoirs publics », d'où, souligne Andrew Abbott, « les nombreux liens entre le monde médical et le monde politique »¹⁸³, qu'il convient sans doute de rechercher aussi dans la place des médecins ayant des fonctions électives¹⁸⁴ et inscrits donc à la charnière de deux systèmes écologiques¹⁸⁵, celui de leur profession et celui de l'État, ainsi reliés et « connectés » en quelque sorte, *via* ce qu'Andrew Abbott nomme « une coalition »¹⁸⁶. Pour autant, aussi fluides et transitives que puissent être ces relations, les représentants de l'État peuvent être possiblement confrontés à d'autres groupes de pression et ce qu'ils ordonnent et régulent est le fruit de toutes ces influences plurielles voire concurrentes. Les dirigeants des caisses d'Assurance Maladie qui contrôlent les dépenses de santé, les porte-parole d'autres groupes professionnels qui n'entendent pas être relégués et oubliés, les divers groupements d'usagers savent aussi donner de la voix. Les arbitrages tiennent compte des arguments des uns et des autres et des rapports de force, toujours plus ou moins mouvants. En matière de périnatalité, l'Ordre des sages-femmes par exemple n'est pas inactif, des regroupements de femmes militantes, tel le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), peuvent aussi peser sur les décisions. Hauts fonctionnaires et personnalités politiques disposent du droit, possiblement l'interprètent puisqu'il ne dit jamais tout, cherchent des compromis et ne sont donc pas aussi captifs qu'on pourrait le penser, ne sont pas « une cire molle dans laquelle s'inscrirait identiquement l'empreinte de l'institution »¹⁸⁷.

En imposant sa vision des choses, ses analyses et ses solutions, son expertise en somme, un groupe professionnel légitime sa place princeps¹⁸⁸. La concurrence, toujours plus ou moins vécue comme une tentative d'empiètement voire comme une menace, stimule la construction de sa juridiction¹⁸⁹ et lui donne forme. Au passage, les artisans de ce processus font en sorte que soient entérinées une division du travail et des relations de subordination et de délégation à sa mesure. Tel est bien le cas des gynécologues vis-à-vis des sages-femmes qui, dans cette perspective systémique, sont parvenus à un partage des tâches, dans le cadre des maternités surtout, entre alliance et complémentarité, fondé certes sur la coexistence, mais avec des médecins qui gardent le monopole de la juridiction, qui décident donc des conduites à tenir, et des sages-femmes qui vont « devoir d'abord gagner leur confiance »¹⁹⁰. Ce n'est pas pour autant que n'existent pas des tensions, mais elles sont possiblement plus vives, on le verra, du côté des interactions entre gynécologues libéraux et sages-femmes libérales.

qualitative menée auprès de médecins gynécologues, de médecins généralistes et de sages-femmes, Rapport d'étude, URPS Médecins libéraux, Nouvelle-Aquitaine, 2019, p. 8.

190. Cavalli Samuele et Gouilhers Hertig Solène, « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? », dans C. Burton-Jeangros et al., *Accompagner la naissance*, Lausanne, BSN Press, 2014, p. 102.

191. Pinell Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 2005, p. 7.

192. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, *Formation et « fabrique » des spécialistes*, Séance du 15 décembre 2016, p. 6.

193. Menger Pierre-Michel, *La différence, la concurrence et la disproportion. Sociologie du travail créateur*, Paris, Collège de France/Fayard, 2014, p. 56.

1.2. Segmentation et déploiement de la profession

L'autonomie a partie liée aussi avec la latitude que possède une profession pour se spécialiser, par le biais de multiples segmentations (gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux par exemple), quitte aussi à créer régulièrement de nouveaux sous-espaces, de nouvelles subdivisions, de nouvelles valences (spécialistes en chirurgie des cancers gynécologiques, en échographie, en endométriose, en PMA, etc.)¹⁹¹.

Cette dynamique tient d'évidence à l'avancée des connaissances, à la diffusion de techniques de plus en plus pointues, mais inséparablement, c'est aussi affaire de développement de pratiques réservées, qui excluent de facto les non-initiés tant la science avance vite. C'est manière, pour cette profession médicale, d'étendre son assise et de déployer son emprise sur un large domaine ainsi préservé. Être spécialiste et reconnu comme tel, c'est être en mesure de concentrer ses pratiques sur des activités cliniques délimitées et c'est aussi, concomitamment, disposer d'un groupe homogène de patients – de patientes en l'occurrence – qui s'en remettent aux médecins spécialistes et qui vont leur permettre d'exercer et de s'exercer ; ni plus ni moins de faire de la médecine et de progresser. Ainsi par exemple Estelle, (GO en CHU) a-t-elle choisi de se spécialiser dans le diagnostic et la prise en charge des cancers utérins. Dans le cadre du développement personnel continu (DPC), obligatoire depuis 2013, et afin de valider et de faire valoir cette compétence particulière, elle a suivi une formation mise en place par la Société française de colposcopie et pathologie cervico-vaginale (SFPCPV) et se doit de réaliser au minimum par an 50 interventions sur le volet diagnostic et autant sur le volet thérapeutique. En effet, la formation de base ne saurait suffire et c'est de manière proprement expérientielle que les compétences s'entretiennent, s'actualisent, que les uns et les autres en somme « gardent la main », mais aussi restent à même de produire de nouvelles connaissances¹⁹². « On ne devient bon que lorsque l'on fait les choses souvent » (Charles, GO libéral). D'une manière ou d'une autre, tous les gynécologues rencontrés en conviennent : « Quand vous arrêtez de faire certains actes, on ne va pas reprendre. Ce n'est pas qu'on perd la main, c'est qu'il y en a qui font mieux que vous, et c'est tout » (Benoît, GO libéral). De fait, la valeur formatrice des actes de travail est variable et « exercer un métier enviable, écrit Pierre-Michel Menger, offre souvent la capacité de choisir les cas et les problèmes à traiter, à maximiser le potentiel formateur du travail en diminuant la routine »¹⁹³. « Lire une mammographie, ça prend des années. C'est une formation qui se fait au fil de l'eau dans les études de gynéco, parce que vous voyez des tonnes et des tonnes de mammos. Vous avez des staffs

pluridisciplinaires, avec des radiologues qui vous font apprendre, parce que c'est beaucoup, beaucoup d'expérience » (Christian, GO hospitalier).

La logique des trajectoires professionnelles tient au fait de pouvoir librement choisir de se spécialiser selon ses affinités, de délaisser certains actes, de se concentrer sur d'autres, en général plus motivants, plus exigeants et exaltants aussi, même si plus risqués: « *L'examen des seins... c'est notre ADN, l'annonce des cancers* » (Élisabeth, GO libérale). Irène (GO, hospitalière) travaille pour l'heure essentiellement dans une maternité de niveau 1 et ce n'est qu'à un cinquième de son temps qu'elle est affectée dans la maternité d'un CHU. Elle va bientôt rejoindre une « grosse maternité » de niveau 2B, de façon à se spécialiser en chirurgie, notamment celle des cancers pelviens et utérins: « *Je trouve que je n'ai pas assez d'activité, que je suis jeune, que j'ai envie de faire des choses et parce que je me dis que si je ne fais pas assez de choses, je vais perdre mes réflexes. En termes de variété, en termes de gravité aussi. Donc je vais perdre mes réflexes et je serai moins réactive* ». Déjà, au CHU, elle a infléchi ses pratiques : « *Je ne fais plus d'échographies gynécologiques, donc plus de suivi de grossesse. Je fais des échographies obstétricales, mais plus dans le cadre de l'accouchement. En faisant des consultations de ce type-là, on va recruter de l'activité chirurgicale sur le long terme. Donc c'est un choix aussi. En fait, on devient tous hyper spécialisés. Dans cette spécialité gynécologie-obstétrique, on est tous spécialisés* ». De là, la méfiance souvent exprimée vis-à-vis des « petites maternités »: « *Techniquement, on est bon que dans ce que l'on fait relativement souvent. Donc, s'il y a très peu de naissances, et comme en plus les naissances, ce n'est pas une maladie, donc comme en général ça se passe bien, le jour où il y a un problème, on ne sait pas faire* » (Aurélien, GO hospitalier). « *J'étais dans une clinique qui faisait très peu d'accouchements, donc je me suis dit que ce n'était pas un bon choix, parce que c'était une toute petite clinique et que je me plaisais à être sur le pont (...). J'avais été en CHU, initié même à l'échelon national. Ce qui m'avait permis de décrire déjà la sémiologie puis la pathologie; enfin un vrai bonheur!* » (Charles, GO hospitalier). Ce processus de spécialisation, de compartimentation vaut pour les gynécologues-obstétriciens mais aussi pour les gynécologues médicaux. Celles et ceux – celles surtout – fraîchement diplômés boudent l'installation en libéral et optent plutôt pour une spécialisation dans le cadre hospitalier, au grand dam d'ailleurs de leurs aînés qui ne trouvent pas de successeurs pour leur cabinet: « *Je pense que le moindre nombre de gynécos et l'augmentation de diplômés de sages-femmes qui vont en libéral font que, de fait, ça fait vase communicant. Les jeunes qui font gynéco médicale, elles ne veulent pas s'installer pour l'instant. Moi, je suis confrontée au problème, comme mes collègues qui sont partis ou qui vont partir en retraite. Ils ne*

194. Dagnaud
Monique, Mehl
Dominique, op. cit.,
p. 297.

195. Contre une
infection à HPV soit
le virus à papillome
humain.

trouvent pas de successeurs, des successeurs gratuits. Finalement, c'est une spécialité hospitalière nouvelle en quelque sorte(...). Elles sont passées beaucoup par les services de PMA ou endocrino, et en cancéro » (Catherine, GM libérale). Pour les gynécologues médicaux, se spécialiser, notamment dans les problèmes d'infertilité, est aussi une manière de redéployer ses 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.

Là est l'art d'exercer la médecine, la gynécologie en l'occurrence, en se spécialisant, en ayant ainsi matière, entre confrères, à échanger, à recevoir et à rendre ; à être reconnu, à être habilité. Lesdits « staffs », qui inaugurent classiquement le début de journée dans les maternités, sont ces moments au cours desquels chacun passe en revue les situations, les événements survenus, les problèmes rencontrés, au cours des accouchements par exemple. Ils sont d'autant plus enrichissants que l'on évoque des difficultés, des dilemmes, des « cas » où il a fallu éprouver sa technicité. Chacun peut aussi mettre en avant « son orientation », sa spécialisation et apporter sa contribution singulière. Il en va aussi des dites RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) auxquelles peuvent être aussi conviés d'ailleurs des libéraux : « *Les RCP sont beaucoup plus gratifiantes sur un plan professionnel, pour vraiment se mettre à niveau* » (Élisabeth, GO libérale). Ces RCP sont aussi bien évidemment des espaces de socialisation entre confrères : « *Quand je suis arrivé sur S., il y avait une assez grande rivalité entre les gynécos, on ne se connaissait pas. Le fait d'avoir fait des RCP – ça a été long d'ailleurs – le fait d'avoir été ensemble aux réunions interdisciplinaires de l'hôpital fait que non seulement on s'est mieux rencontrés, mais on est devenus des amis. Quand on se voit toutes les semaines et qu'on partage des choses, ça change tout* » (Diane, GM libérale).

C'est ainsi qu'au « coude à coude »¹⁹⁴, lors des stages d'abord, au fil aussi de toutes ces occasions offertes pour échanger sur son exercice, et également lors des formations complémentaires (diplôme universitaire-DU, etc.), des symposiums et autres congrès entre pairs, que les médecins gynécologues gagnent en compétence certes, mais aussi affirment leur identité, leur singularité, leur estime réciproque.

Parmi leurs multiples activités, grossesses et accouchements occupent une place pivot, historique pour ainsi dire, puisque c'est à partir de là que les gynécologues ont peu à peu étendu leurs interventions en matière de santé des femmes, de la contraception des jeunes femmes voire des vaccins HPV¹⁹⁵ des préadolescentes jusqu'aux troubles de la ménopause et aux hystérectomies des femmes plus âgées. Qu'en est-il ici de l'accouchement

196. Hardy Anne-Chantal, « La formation de l'objet du travail. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique », *Travail et Emploi*, n° 141, 2015, p. 20.

spontané, physiologique et que l'on dira eutocique? De fait, il cadre mal avec la science médicale qui est celle des gynécologues formés, comme tout médecin, pour traiter les défaillances du corps et les pathologies. Cet accouchement-là peut d'ailleurs demeurer quelque peu énigmatique à leurs yeux. Anne-Chantal Hardy, une fois rappelé le fait que des internes peuvent apprendre à pratiquer des césariennes sans jamais avoir auparavant réalisé d'accouchements physiologiques, relève « qu'en dernier lieu, et quasiment au registre des apprentissages annexes, ils vont voir comment ça se passe "spontanément". Ils n'agissent pas ou peu dans ce cas, car dans les grands hôpitaux, les étudiantes sages-femmes ne leur laissent pas volontiers la place. Cela peut les conduire à considérer l'accouchement physiologique comme un "non-événement", avec lequel ils doivent se familiariser comme on se socialise à un environnement professionnel »¹⁹⁶. Plus généralement, selon nombre d'entre eux, il n'y a pas *stricto sensu* de « grossesse normale », pas plus que d'accouchement « naturel ». Rien de plus logique : ladite médicalisation est leur ordinaire, et ce qui n'en relève pas renvoie sinon à une sorte d'impensé, du moins à un événement vis-à-vis duquel se positionner ne va pas de soi : « *Après, on est des médecins, on est censés faire de la pathologie, ce qu'on fait de plus en plus. Ça, c'est le côté sympa du métier, c'est qu'on fait énormément de pathologies* » (Élisabeth, GO libérale). De là viendra évidemment le hiatus avec les sages-femmes, gardiennes de ce temple-là.

1.3. Le risque contre la routine

La pierre de touche des gynécologues est la notion de risque. Il n'y a pas, il ne peut y avoir d'accouchement sans risque ; risques liés à la grossesse, qu'il va s'agir d'identifier et de prévenir, risques liés à la mise au monde qui peut toujours réserver de mauvaises surprises : un accouchement, selon eux, ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance. C'est là un leitmotiv que, d'une manière ou d'une autre, la plupart des médecins gynécologues que nous avons rencontrés ont énoncé au fil de ce qui peut s'apparenter à une « mise en drame ». « *Notre métier, c'est d'être là à attendre que la tuile nous tombe sur la tête et de pouvoir intervenir immédiatement. Par contre, plus on intervient rapidement quand il y a un problème, moins le problème est grave* » (Aurélien, GO hospitalier). « *Vous avez une hémorragie de la délivrance, vous avez un bébé qui vous claque sous les doigts. En mort maternelle ou bébé, il y a toujours un truc qui apparaîtrait. Il y aura toujours... c'est ce qui fait aussi la beauté du métier. Un pépin peut arriver à tout instant et ça peut aller très vite. Bon, je n'ai jamais eu d'urgence dans la minute, mais on a une urgence dans les cinq minutes,*

197. Hardy Anne-Chantal, « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, n° 1-12, 2005, p. 60.

198. Carricaburu Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, n° 47, 2005, p. 247.

199. Castel Robert, *La montée des incertitudes*, Paris, Le Seuil, 2009.

200. Giddens Anthony, *Modernity and Self-Identity*, Stanford, Stanford University Press, 1991, p. 244.

201. Peretti-Watel Patrick, « La culture du risque, ses marqueurs et ses paradoxes », *Revue économique*, n° 56, 2005, p. 372-373.

dix minutes où il faut agir. Il y a toujours un risque et il y aura toujours un risque, je pense » (Benoît, GO libéral).

L'essence même de leur métier tient au fait de savoir quand intervenir, pres-tement s'il le faut. Ils savent interpréter les signes, réagir en urgence, quitte à contrarier l'évolution naturelle du travail des femmes en salle d'accouchement, à partir de normes fluctuantes quant à la durée à ne pas dépasser sans le déclencher, quitte aussi à verser dans des gestes opératoires qui ne s'imposent pas voire qui peuvent être délétères. La médicalisation de l'accouchement, ce sont aussi des épisiotomies qui ne sont pas toujours nécessaires, et qui d'ailleurs présentement régressent sans que la santé des femmes en soit affectée, ce sont aussi des césariennes parfois discutables, d'autres actes encore qui se déroulent avec en arrière-fond l'appel à des techniques préconisées au départ pour lesdites grossesses à haut risque et qui tendent à se généraliser. Faut-il renvoyer à une période aujourd'hui révolue cette extension de la médicalisation qui a pu produire un certain nombre d'effets pervers et qui était, selon le mot d'Anne-Chantal Hardy, « à son acmé »¹⁹⁷ au début des années 2000 ? Il est bien délicat de généraliser, et l'autonomie dont jouissent les gynécologues fait que ne serait-ce qu'au sein d'une même maternité, les façons de faire des uns et des autres peuvent d'ailleurs différer, et ce faisant, on y viendra, la teneur même des interactions entre gynécologues et sages-femmes.

L'imprévisibilité, le danger toujours latent, les aléas toujours possibles font certes partie d'une rhétorique d'une « mise en risque »¹⁹⁸ bien ancrée chez nombre de gynécologues, mais elle ne prêche pas dans le désert ; tout au contraire, elle s'inscrit à plein dans une idéologie contemporaine qui place haut les vellétés sécuritaires face à ce que Robert Castel nomme « la montée des incertitudes »¹⁹⁹. « La culture du risque, écrit Anthony Giddens, est un aspect culturel fondamental de la modernité, par lequel la conscience des risques encourus devient un moyen de coloniser le futur »²⁰⁰. Explicitant sa pensée, Patrick Peretti-Watel souligne : « Nous vivons dans une société qui n'est plus orientée vers le passé, mais tournée vers le futur, dans laquelle l'individu a acquis une grande autonomie et se voit exhorté de prendre sa vie en main, en se projetant sans cesse dans l'avenir pour rester attentif aux risques et aux opportunités qu'il recèle, et en s'appuyant pour cela sur des savoirs experts »²⁰¹. Sans nul doute que cela a à voir en effet avec l'individualisation croissante, l'effritement des institutions qui étaient vécues comme protectrices, la défiance vis-à-vis des organisations collectives et pour autant le refus du risque à l'heure du danger ressenti comme permanent. C'est ce risque qu'il s'agit alors de domestiquer, de contrôler, de prévenir en tout point, là où auparavant c'était affaire de destin contre

202. Carricaburu Danièle, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et société*, n° 1-39, 2007, p. 133.

203. Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, op. cit., p. 59.

204. Douquet Florence et Vilbrod Alain, « Une profession à un tournant », dans Y. Kniebeher, *Accoucher*, op. cit., p. 181.

205. Papon Sylvain, « La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse », *INSEE Focus*, n°117, 2018.

lequel on ne pouvait de toute façon pas grand-chose. L'écho rencontré par cette rhétorique n'est donc par réductible à la seule logique de « pathologisation » d'un corps médical qui, après tout, est là dans son rôle, mais son audience tient largement à son inscription dans des aspirations profondes, pour ne pas dire une sensibilité aux menaces et à l'infortune que ne peut venir qu'exacerber l'épidémie virale présente.

Rien d'étonnant donc à ce que la recherche de la pathologie prenne le pas sur la surveillance routinière d'un processus physiologique²⁰² : « *Par déformation professionnelle, je ne vois que les problèmes, mais ça peut aller tellement vite et mal se passer* » (Irène, GO hospitalière). Il n'y a donc pas de pure eutocie, mais au mieux des grossesses à bas risque. Le doute se doit d'être permanent, puisque l'accident peut survenir malgré les précautions prises et la technicisation poussée. « Le normal ne peut être défini qu'après avoir exclu toute présence de pathologies. Le passage du pathologique vers la normalité ne peut se faire qu'après tout un travail médical de dépistage »²⁰³. Les statistiques sur l'effectivité très faible des risques encourus, les constats sur les causes profondes de la mortalité au cours de la grossesse et lors de l'accouchement, et ce faisant les inflexions de différents plans périnataux soulignant des causes souvent bien plus sociales que médicales²⁰⁴, n'inversent en rien la tendance. « 92-93 % des accouchements, vous seriez à la Foire du Trône pendant que ça se passe, ça ne serait pas un problème. Mais il y a un certain nombre d'accouchements, 5-6-7 %, qui véritablement ne se passent pas forcément bien. Soit ça survient dans un ciel serein, soit il y avait des choses auparavant qui n'avaient pas été vues, en tout cas mal estimées, et là, ça peut aller extrêmement vite sur le plan de la catastrophe » (Charles, GO libéral).

De telles représentations apparaissent souvent assez fragiles en termes de nosographie, en lien avec la porosité entre le normal et le pathologique, avec la labilité des définitions de ce qu'est un risque, et aussi compte tenu de la fréquence des accidents que les uns et les autres gynécologues sollicités ont effectivement connus. « *Moi, les accidents dans ma carrière, j'en ai vu cinq, six peut-être* » déclare Charles (GO, libéral), près de 40 ans de carrière, qui peu de temps auparavant évoquait un taux *a priori* donc très majoré. Pour autant, le fait qu'en France, le taux de mortalité des femmes en couches ou lors de la naissance ne soit pas à la hauteur de ce que d'autres pays européens comparables affichent comme indicateurs²⁰⁵ est bien en arrière-fond à leurs propos. Assurément, cette vision d'un accouchement qui sera toujours imprévisible, quoi qu'on y fasse pour réduire le risque, est en phase avec ce qu'entrevoit la grande majorité des femmes qui envisagent d'avoir un enfant ou qui sont enceintes. L'acculturation au discours médical

206. Thomas Catherine,
« L'accompagnement
global par les sages-
femmes. Démédicaliser
la naissance, pour
une autre gestion du
risque », *Anthropologie
et santé*, n° 15, 2017,
p. 4.

207. Coulomb
Laureline, Douguet
Florence, Fillaut
Thierry, Hontebeyrie
Juliette, Vilbrod
Alain, « Généralistes
et sages-femmes
libérales face au risque
alcool chez la femme
enceinte – quand
les représentations
influencent les
pratiques », *Revue
Interrogations ?*,
n° 29, 11 p. [en ligne :
[http://www.revue-
interrogations.org/
Generalistes-et-sages-
femmes/](http://www.revue-interrogations.org/Generalistes-et-sages-femmes/)]

208. Fresson Jeanne,
« Les maternités en
2016 », *Études et
Résultats, DREES*
n° 1031, 2017, p. 3.
Entre 2010 et 2016,
la proportion des
accouchements
dans les maternités
de plus de 3000
accouchements par an
est passée de 18,7 %
à 29 % et celle des
accouchements en
maternité de niveau
3 de 22,3 % à 26,4 %.
INSERM/DREES,
Enquête nationale
périnatale, Rapport
2016, op. cit., p. 50 et
p. 110.

209. Hardy Anne-
Chantal et al.,
« Grossesses à suivre... »,
op. cit., p. 61.

210. Des considérations
financières, liées à la
tarification à l'activité
(T2A) peuvent aussi
entrer en ligne de
compte, y compris du
côté des maternités de
niveau 3 intéressées
par le maintien de
leur volume d'activité
et attentives à la
concurrence d'autres
maternités, y compris
privées. Perron Isabelle,

est un fait²⁰⁶, et toutes les invites, en termes de conduites de prévention, en matière d'alimentation, etc., se chargent de véhiculer des injonctions normatives qui à la fois responsabilisent l'ensemble de femmes concernées et culpabilisent celles qui ne s'y conformeraient pas malgré toutes les mises en garde qui leur sont destinées²⁰⁷.

Faut-il s'étonner alors que la hiérarchisation des maternités selon les risques encourus²⁰⁸ et le principe de proximité retenu en matière de carte sanitaire ne rencontrent que bien imparfaitement ce qui en réalité s'y déroule ? « Si le suivi médical de la grossesse apparaît comme une organisation particulièrement formalisée sur la base de parcours distincts et réglementés, dans la pratique, la diversité des usages montre que les frontières ne sont jamais strictement dessinées et l'enjeu sociétal de la naissance percute souvent les enjeux sanitaires »²⁰⁹. Les grossesses dites « à bas risque » peuvent être suivies dans les maternités de niveau 2 ou 3, en charge respectivement des grossesses à risque modéré et à haut risque, quand ce n'est pas tout simplement l'absence de choix lié à l'existence sur un large territoire d'une seule maternité de niveau 3, de centre hospitalier voire de CHU²¹⁰.

Leurs praticiens peuvent d'ailleurs réaliser une sélection de leur patientèle qui, de fait, accouchera en ces lieux. En effet, la plupart des gynécologues, au-delà de leur spécialisation, assurent des gardes et ont donc affaire à des patientes « lambda ». Si affinités il y a, si ce sont des femmes déjà croisées pour un problème antérieur, etc., ils pourront « suivre leur grossesse », quel que soit le niveau de la maternité où ils travaillent. « Je n'ai pas une grosse patientèle grossesse, mais j'ai quelques patientes que je connais déjà, des gens que j'ai déjà vus pour une complication de leur grossesse d'avant et qui viennent me voir parce que c'est moi qu'elles connaissent. J'avoue que ça me repose de voir des grossesses ! Il y a des patientes avec qui on s'entend bien, des gens avec qui le courant passe bien, qui vont me dire "j'aimerais bien que ce soit avec vous". Quand je peux, c'est aussi sympa d'avoir ce moment agréable avec les patientes. Et si une personne que j'ai suivie a besoin d'avoir une césarienne de façon programmée, évidemment on essaye de s'arranger. On fait ces accouchements-là parce que c'est quand même plus sympa de terminer l'histoire avec la dame » (Émeline, GO hospitalière, spécialisée en oncologie pelvienne et qui, a priori, n'effectue plus d'accouchements hors ses gardes).

Réflexion autour de l'organisation des soins de santé périnatale en France, 20 ans après les décrets de périnatalité de 1998, Mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2018, p. 16.

211. Gauchard Yan, « La maternité du CHU de Nantes refuse des parturientes », *Le Monde*, 13 décembre 2019, p. 13.

212. Roussot Adrien et al., « Typologie des naissances prématurées dans les maternités de niveau inadapté à leur âge gestationnel », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 66, 2018, p. 16.

213. Carricaburu Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail... », *op. cit.*, p. 247.

214. *Op. cit.*, p. 284.

215. Jacques Béatrice, *op. cit.*, p. 60-61.

Puisque fondamentalement le risque se doit d'être perçu comme ne jamais pouvant être écarté, rien ne s'oppose à ce que des femmes aspirent à le réduire en donnant naissance dans un espace le plus sécurisé qu'il soit, au risque de leur saturation²¹¹; rien ne s'oppose non plus à ce que d'autres, rassurées par le niveau de compétences des médecins et privilégiant d'autres critères, accouchent dans des maternités de niveau 1, d'où le constat par exemple qu'une part non négligeable des naissances prématurées (près de 15 %) ont lieu dans des maternités de niveau non adapté à leur âge gestationnel²¹² et que l'on rencontre donc des variations très importantes dans les profils des grossesses entre des maternités de même niveau²¹³.

Dans tous les cas, les gynécologues apparaissent bien comme maîtres à bord. Leur pouvoir passe par leur autonomie décisionnelle vis-à-vis des parturientes, ce que signalaient déjà Monique Dagnaud et Dominique Melh²¹⁴, mais aussi, et nous nous rapprochons de notre sujet, sur les autres professionnels qui œuvrent à leurs côtés ou que tout au moins ils supervisent d'une manière ou d'une autre.

Avant d'y venir, signalons enfin qu'en matière de risque, sont régulièrement convoquées par les gynécologues les tendances à la judiciarisation qui, en quelque sorte, ne leur laissent pas le choix et les obligent à se protéger contre les recours toujours possibles, notamment de parturientes possiblement procédurières à leurs yeux. La médicalisation, que d'aucuns reconnaissent volontiers, serait une façon « de se couvrir » en somme, fut-ce à leur grand dam, contre l'erreur ou la faute qui jamais ne leur sera pardonnée. La pression du médico-légal, l'inacceptabilité du risque encouru²¹⁵ exacerbe le recours à la technique. « *Le médico-légal, ça prend une grosse part de notre travail. Et quand on réfléchit, on réfléchit à ça aussi. Quand on prend en charge les gens maintenant, ça devient un argument pour faire des choses. Et pas qu'un peu. (...) Nous, quand on commence notre carrière on nous dit bien: "vous aurez deux ou trois procès dans votre carrière". En CHU, on a plus de moyens sur place, donc on se sent plus protégé* » (Irène, GO hospitalière). Fantasmées ou non, ces menaces sont aussi en arrière-fond de toutes les interactions qui se déroulent entre les gynécologues et notamment les sages-femmes qu'ils ou qu'elles côtoient.

Évocation des imbrications entre représentants de l'État et gynécologues aspirant à rester maîtres de leur « pré carré » et concomitamment de ce qui pourra être sous-traité, délégué, transféré; relevé de tout ce qu'implique la segmentation, qui n'est pas fragmentation, mais déploiement de spécialisations, rappel du risque convoqué comme épine dorsale de pratiques

216. Schweyer François-Xavier, « La profession de sage-femme. Autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, n° 3-14, 1996, p. 76.

217. Kniebiehler Yvonne, *Accoucher*, op. cit., p. 132.

218. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

professionnelles synonymes de responsabilité engagée, cette mise en contexte s'imposait avant que d'observer et d'analyser ce qui, dans ce cadre, va tenir aux relations que ces gynécologues vont engager avec les sages-femmes, mais aussi, d'une autre manière, avec les médecins généralistes. Les uns et les autres sont au moins partiellement interdépendants et sont nécessairement impliqués dans des négociations. Ils doivent bel et bien s'accorder. Chacun tend à préserver son autonomie. Celle des gynécologues est pour ainsi dire inscrite dans leur identité de métier, celle des médecins généralistes aussi, malgré les leçons qu'il leur faut parfois entendre de leurs confrères spécialistes. Celle des sages-femmes est sans doute plus complexe, mais, on le constatera, elles peuvent déployer bien de stratégies pour, par exemple, rester maîtresses du déroulement d'un accouchement quand, de leur point de vue, l'eutocie va son cours²¹⁶. Profession médicale dite à « compétence limitée », quasi un oxymore, elles tiennent volontiers, dans les maternités, à rester par exemple « arbitres du recours »²¹⁷ et à décider seules d'appeler ou non le médecin. Quand elles travaillent en libéral, leurs compétences tendent à s'étendre et l'encadrement par des normes, par une nomenclature ne dit jamais tout. Concertation, coopération, délégation... à pas comptés, nous nous approchons de ce qui se trame en matière d'interactions entre les gens de ces métiers investis dans le domaine de la périnatalité.

2. Les professions médicales de la santé des femmes : quelles définitions ?

En France, quatre professions médicales sont impliquées dans la prise en charge de la santé des femmes : les médecins généralistes et les sages-femmes, qui constituent des professionnels dits de « premier recours » dans le système de santé ; les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens, professionnels qui forment la « seconde ligne de recours de soins ». Dans le cadre du parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, le médecin généraliste déclaré comme médecin « traitant » par l'assuré doit être son premier interlocuteur. Les consultations de gynécologie et/ou d'obstétrique font cependant l'objet de dispositions particulières. Ces consultations ne sont pas soumises à l'adressage par le médecin traitant : un accès « direct spécifique » est possible pour les motifs suivants : examens cliniques périodiques comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse²¹⁸. Dans ces situations, les femmes peuvent

219. Carricaburu Danièle, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », *op. cit.*, p. 292.

220. Hardy Anne-Chantal, « La formation de l'objet du travail... », *op. cit.*, p. 18.

221. Trossat Fanny, *Partage des compétences dans la pratique gynécologique : opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique*, Thèse de Médecine, Université Lyon 1, 2017, p. 131-132; Loyer Marie, *Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche*, Thèse de Médecine, Université de Caen, 2018, p. 40-42.

222. Rouméas Marie-Annick, *À l'écoute du corps et de la parole des femmes. La pratique quotidienne d'une gynécologue*, Paris, 2006, Éditions Yves Michel, p. 214.

s'adresser au gynécologue de leur choix tout en bénéficiant d'un remboursement optimal de leurs soins par leur caisse d'Assurance Maladie et leur complémentaire santé. L'accès aux sages-femmes relève aussi d'une exception dans le cadre du parcours de soins coordonnés: les patientes n'ont pas à s'acquitter de la majoration du ticket modérateur (qu'elles aient ou non déclaré un médecin traitant).

Quels sont les compétences et les champs d'intervention de chacun de ces acteurs?

2.1. Gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux: des frontières poreuses

Jusqu'à la réforme de l'internat de 1984, le certificat d'études spécialisées (CES) en gynécologie-obstétrique co-existait avec le CES en gynécologie médicale. Le CES de gynécologie-obstétrique a été créé en 1955 dans la continuité du titre d'accoucheur instauré en 1881²¹⁹ et le CES de gynécologie médicale date de 1963. « La France, écrit Anne-Chantal Hardy, est l'un des rares pays à avoir développé dans l'après-guerre une spécialité médicale de gynécologie, séparée de la chirurgie et de l'obstétrique »²²⁰. Sous réserve d'effectuer une année de formation supplémentaire dans un service hospitalier agréé, il était d'ailleurs possible de passer du CES en gynécologie-obstétrique au CES en gynécologie médicale et inversement²²¹. La réforme de 1984 a instauré l'internat obligatoire pour les futurs médecins spécialistes et a remplacé le CES – qui n'était alors qu'une certification – par un nouveau diplôme spécialisé: le diplôme d'études spécialisées (DES): « Moi, je suis diplômée de la faculté de médecine de N. et j'ai passé les internats périphériques de B. Donc, je voulais la double casquette interne, plus, à l'époque, ça n'existe plus, le CES en gynécologie-obstétrique. Le CES. Le CES, voilà. En fait, on avait l'internat validant, plus le diplôme, mais ça n'existe plus, le CES. Il est remplacé par le DES. Oui, après ils ont supprimé les internats périphériques et maintenant, c'est l'internat qualifiant » (Élizabeth, GO libérale); « [J'ai] le DES. Il n'y en a quasiment plus maintenant des CES » (Aurélien, GO hospitalier, diplômé en 2015). La réforme de 1984 a aussi conduit à la suppression de l'ancien CES en gynécologie médicale et à l'intégration de cette spécialité dans le nouveau DES de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale. Cette disparition s'expliquerait par la nécessité d'harmoniser les diplômes français pour permettre la mobilité des médecins à l'échelle européenne mais aussi par la volonté de réduire les dépenses de santé en supprimant « les spécialités qui ne paraissent pas indispensables aux pouvoirs publics »²²².

223. « Parmi ces combattantes, écrit la gynécologue médicale Marie-Annick Rouméas, le docteur Dominique Maluy, gynécologue, organise la défense de la gynécologie médicale. Elle fonde le comité de défense de la gynécologie médicale (CDGM, 19 rue des Gobelins, 75013 Paris), des comités locaux s'organisent, des millions de femmes envoient des pétitions. Grâce à cette mobilisation des femmes, la formation est restaurée ». Ibid, p. 213.

224. Smida Ali, Une approche prospective des métiers de la gynécologie : des évolutions contrastées, des stratégies spécifiques, actes colloque ESSEC, 2009, p. 5.

225. Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) et Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), Organisation de la prise en charge de la santé de la femme : Soins de premier recours, 2011, p. 4.

226. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du 3^e cycle des études de médecine.

227. Les diplômés de 3^e cycle d'études médicales sont répartis dans deux catégories distinctes : d'une part, les diplômés qui s'inscrivent dans la « discipline médicale » (neurologie,

Au terme de vingt années de mobilisation et de contestation²²³, la spécialité de gynécologie médicale a été réhabilitée au début des années 2000. « L'un des arguments avancés par les défenseurs de la gynécologie médicale, écrit Ali Smida, est le rôle que celle-ci joue en tant que maillon indispensable à la santé des femmes à la fois dans le suivi curatif et au niveau de la prévention et du dépistage du cancer de l'utérus et du sein »²²⁴. Ainsi, le décret n° 2003-85 du 30 janvier 2003 est-il venu scinder le DES de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale en deux DES, en l'occurrence celui de « gynécologie-obstétrique » et celui de « gynécologie médicale »²²⁵. L'accès aux DES de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale était, au cours de cette période, conditionné par un classement dit « en rang utile » à l'examen national classant (ENC - concours de l'internat), lequel s'effectuait en 5 années pour la première spécialité, et en 4 années pour la seconde.

Depuis la réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017²²⁶, c'est la réussite aux épreuves classantes nationales (ECN – ancien concours de l'internat) qui conditionne l'accès des étudiants au 3^e cycle ainsi que le choix de leur spécialité. La formation du DES de gynécologie-obstétrique est désormais organisée de façon progressive en 3 phases : phase socle (2 semestres), phase d'approfondissement (6 semestres) et phase de consolidation (2 années). La maquette prévoit une articulation entre des enseignements (dispensés sous différentes formes : e-learning, séminaires, exercices de simulation...) et des stages pratiques (combinant stages en secteur hospitalier dans la spécialité et stages dits « libres »). La formation se compose de 12 semestres (2 en phase socle, 6 en phase d'approfondissement et 1 an en phase de consolidation), soit 6 années au total contre 5 précédemment dont au moins 8 dans la spécialité, au moins 5 dans un lieu de stage avec encadrement universitaire et au moins 3 dans un lieu de stage sans encadrement universitaire. Le cursus de gynécologie médicale est plus court que celui de gynécologie-obstétrique. La formation comprend 8 semestres (2 en phase socle, 4 en phase d'approfondissement et 1 an en phase de consolidation) et articule également enseignements théoriques et pratiques avec des stages, dont au moins 3 dans un lieu de stage avec encadrement universitaire et au moins 2 dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.

La gynécologie médicale est une spécialité qui relève de la discipline dite « médicale »²²⁷. Elle prend en charge les différentes questions gynécologiques au cours des grandes étapes de la vie d'une femme (hors accouchement), des premières règles à la ménopause, dans une visée à la fois préventive et curative. Les actes réalisés par les gynécologues médicaux concernent principalement la contraception, la ménopause et

néphrologie, gériatrie, médecine d'urgence, etc.) et d'autre part, ceux qui émergent à la « discipline chirurgicale » (ophtalmologie, urologie, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, etc.). Cf. Arrêté du 21 avril 2017, op.cit.

228. Terris Caroline, *Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Étude qualitative auprès des patientes*, Thèse de Médecine, Université de Lyon 1, 2016, p. 9-10.

229. Humbert Marlène, *Le suivi de grossesse : quel professionnel choisissent les patientes ? Mémoire de sage-femme*, Université de Limoges, 2012, p. 123.

230. ANESF et ISNAR-IMG, op.cit., p.4.

les traitements hormonaux, le dépistage et le traitement des pathologies et des cancers génitaux et mammaires, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la péro-conception, l'interruption volontaire de grossesse, l'infertilité et l'aide à la conception, les douleurs pelviennes et les troubles de la sexualité²²⁸.

La gynécologie-obstétrique est, sur le plan légal, une spécialité relevant de la discipline dite « chirurgicale ». Cependant, cette spécialité comprend aussi la réalisation d'activités relevant du domaine de la gynécologie médicale. La gynécologie-obstétrique constitue donc, sur le plan de la pratique, une discipline à la fois « médicale » et « chirurgicale ». Sur le versant médical, les actes réalisés concernent la gynécologie médicale (contraception, ménopause), le diagnostic (échographie, surveillance de grossesses), l'obstétrique (accouchements) et la procréation médicalement assistée (PMA). Sur le versant chirurgical, les gynécologues-obstétriciens pratiquent des césariennes, des interventions sur des fibromes et des kystes, réalisent des hystérotomies et des mammectomies, etc.²²⁹ Ainsi, le gynécologue-obstétricien est « à la fois médecin, chirurgien et accoucheur, ce qui lui permet d'assurer, outre ses compétences spécifiques, la prise en charge des femmes à chacune des étapes de leur vie »²³⁰.

De fait, un certain nombre d'actes sont communs aux deux spécialités, parfois sous réserve d'une formation complémentaire pour les actes les plus techniques : « *Je fais pas mal de colposcopies aussi* » (Denise, GO hospitalière) ; « *J'ai le DU de colposcopie de Picardie, Lille et Paris* » (Aude, GMLibérale). D'autres actes sont, en revanche, du ressort exclusif de la gynécologie-obstétrique, à l'instar du suivi des grossesses pathologiques et de la réalisation des accouchements à risque, pour lesquels le gynécologue-obstétricien est le seul professionnel médical habilité à intervenir : « *Quand le bébé se présente par le siège ou si ce sont des jumeaux, dans ces cas-là, l'accouchement c'est moi qui le fais, ce n'est pas la sage-femme* » (Aurélien, GO hospitalier).

Ces dernières années, la pratique des gynécologues-obstétriciens s'est recentrée sur la réalisation d'actes chirurgicaux spécialisés et/ou le traitement de cancers et de pathologies gynécologiques ciblées : « *J'ai monté une consultation spécialisée d'endométriome sur R., avec des techniques chirurgicales* » (Hervé, GO clinique mutualiste) ; « *Moi, je fais plutôt la chirurgie. Principalement, en ce moment, je fais de plus en plus de chirurgie fonctionnelle, c'est-à-dire la prise en charge de prolapsus et je fais de la cancérologie pelvienne principalement* » (Émeline, GO hospitalière). Les gynécologues médicaux ont aussi opté pour une logique de spécialisation, souvent dans

231. Loyer Marie,
op. cit., p. 39-40.

232. Ministère de la Santé et des Sports et al., *Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*, ouvrage issu de la collaboration entre la Mission « Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » au ministère de la Santé et des Sports, confiée au Pr Yves Matillon d'une part, et, d'autre part au Collège national des généralistes enseignants (CNGE), au Conseil national de l'Ordre des-sages-femmes (CNOSF), au Collectif des associations et des syndicats de sages-femmes (CASSF) et au Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), (préfacé par Roselyne Bachelot-Narquin), Paris, Berger-Levrault, novembre 2010, p. 67.

233. Guyomard Héloïse, *État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de littérature*, Thèse de Médecine, Université d'Angers, 2018, p. 21-22.

le domaine du traitement de l'infertilité, de la procréation médicalement assistée ou encore de la cancérologie: « *Au début, c'était beaucoup de grossesses et de contraception. Maintenant la clientèle ayant pris de l'âge avec moi, je dirais qu'il y a pas mal de dépistage de cancers, de bilans de lésions du col utérin et puis le dépistage des cancers du sein et la gestion aussi des cancers* » (Diane, GM libérale); « *Je m'occupe essentiellement d'infertilité* » (Aude, GM libérale).

2.2. Médecins généralistes: des compétences en gynécologie et obstétrique diversement mises en œuvre

Depuis la mise en place du DES de médecine générale en 2004, cette discipline est reconnue comme une spécialité médicale à part entière, au même titre que les autres spécialités, dont la gynécologie²³¹. Ainsi, depuis 2004, tous les étudiants en médecine doivent se présenter aux épreuves classantes nationales – devenues épreuves classantes nationales informatisées (ECN-i) depuis 2016 – à la fin de leur second cycle, et l'internat de médecine est venu remplacer l'ancien résidanat.

Le Référentiel métiers et compétences des médecins généralistes définit la médecine générale comme « une spécialité clinique caractérisée par son contexte de soins primaires et ses propres fondements scientifiques internationalement reconnus. Elle est habituellement le premier contact avec un médecin dans le système de soins, permettant une accessibilité complète aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée »²³².

Dans le cadre de leur exercice, les médecins généralistes sont autorisés à réaliser des actes relevant de la gynécologie et de l'obstétrique. Ils peuvent ainsi effectuer des suivis gynécologiques de routine, diagnostiquer et traiter des pathologies gynécologiques. Une récente revue de la littérature, croisant articles scientifiques et thèses sur le sujet, rapporte que 8 à 23 % des suivis gynécologiques des femmes sont assurés par des médecins généralistes²³³ et que les principaux motifs de consultations gynécologiques en médecine générale concernent par ordre d'importance:

- l'initiation/le renouvellement d'une contraception;
- la prévention du cancer du col de l'utérus;
- les infections génitales basses et symptomatologies pelviennes;
- les pathologies mammaires;

234. DREES/INSERM, Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, octobre 2017, p. 99-100.

235. Ces actes figurent dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) de l'Assurance Maladie propre aux médecins généralistes.

236. Darreyre Antoine, Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions. Étude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité, Thèse de Médecine, Université de Limoges, 2016, p. 24. Alexandre Minkowski était pédiatre à Paris ; il est considéré comme le fondateur de la néonatalogie en France et en Europe. Cf. notice sur le site de l'INSERM : <https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/alexandre-minkowski>

- la gestion d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS);
- les troubles de la sexualité;
- les troubles de la fertilité.

Les médecins généralistes sont également impliqués dans le suivi des grossesses à bas risque. Ainsi, en 2016, 18,5 % des déclarations de grossesses ont été effectuées par un médecin généraliste ; 19,3 % des femmes enceintes ont consulté leur médecin généraliste à la suite de cette déclaration et 6,5 % des femmes ont été suivies, à titre principal, par un médecin généraliste au cours des 6 premiers mois de leur grossesse²³⁴.

Les médecins généralistes peuvent aussi réaliser des accouchements uniques ou multiples, céphaliques ou par le siège, par voie naturelle chez les femmes primipares ou multipares, lesquels sont pris en charge par l'Assurance Maladie²³⁵. Cependant, la pratique de l'accouchement par les médecins généralistes semble aujourd'hui révolue. « En 1970, souligne Antoine Darreyre, A. Minkowski fait une campagne de presse montrant les lésions cérébrales causées par des accouchements non conformes aux connaissances de l'époque ; celle-ci a un très grand impact sur le public et le ministre de la Santé. Elle est à l'origine de l'action périnatalogie et dès 1972 des normes concernant les locaux et plateaux techniques sont mises en place. À la suite de cette meilleure prise en charge, on assiste progressivement à la quasi disparition des accouchements à domicile réalisés par les médecins généralistes. La mortalité périnatale tombe alors à 13/1000 dès 1980 »²³⁶. Installé en 1988, Vincent est le seul médecin généraliste à avoir évoqué la réalisation d'accouchements dans le cadre de sa pratique libérale, ceci au tout début de sa carrière : « *Tout est question d'assurance ; notre RCP [responsabilité civile professionnelle] ne suit plus. Il y a 30 ans, je réalisais des accouchements puisque j'avais appris à les faire lors de mon stage d'externe et de mon stage d'internat en maternité hospitalière. Mais j'ai dû arrêter, tout comme les actes de petite chirurgie d'ailleurs, à la demande de mon assurance. Je pense qu'à l'heure actuelle, plus aucune compagnie n'autorisera un généraliste à faire des accouchements, même s'il est formé en gynéco-obstétrique, compte tenu des risques encourus* ».

Avant la réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017, la maquette de l'internat de médecine générale comprenait six semestres dont un semestre devant inclure soit un stage hospitalier de gynécologie, soit un stage hospitalier de pédiatrie, ainsi qu'un stage en médecine générale de ville. Concernant les stages hospitaliers réalisés dans les services de gynécologie et/ou d'obstétrique, de nombreux établissements n'étaient pas en mesure de proposer des postes pour l'ensemble des étudiants de médecine

237. Timsit Claire, *Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes*, Thèse de Médecine, Université de Montpellier, 2018, p. 19-20.

238. Loyer Marie, *op. cit.*, p. 39-40.

générale: « *Eh ben non justement, je ne suis pas passé en gynéco. Si bien que j'ai demandé une petite formation express auprès de ma gynéco qui travaillait au planning familial quand je me suis installée* » (Lucie, MG, thèse en 1999). Concernant le stage en ambulatoire, l'apprentissage de la pratique en matière de gynécologie et d'obstétrique restait fortement dépendant de l'activité du praticien libéral auprès duquel l'interne réalisait son stage²³⁷. De fait, la formation pratique dans le domaine ne concernait qu'une partie des étudiants en médecine générale. La formation demeurait essentiellement théorique tant en 2^e cycle, avec un module intitulé « de la conception à la naissance » au programme de l'ECN, qu'en 3^e cycle, avec des enseignements théoriques complétés par quelques ateliers pratiques.

Depuis la réforme du 3^e cycle de 2017, la maquette de l'internat de médecine générale prévoit une formation théorique et une formation pratique, l'une et l'autre obligatoires, en gynécologie-obstétrique. La maquette d'ensemble du 3^e cycle conduisant au DES de médecine générale est organisée autour d'une 1^{re} année de phase socle comprenant un semestre d'urgences adultes et un semestre de médecine en ambulatoire chez un praticien libéral et de deux années de phase d'approfondissement incluant un semestre de médecine adulte, un semestre de santé de la femme (avec un stage soit en secteur hospitalier, soit en secteur libéral), un semestre de santé de l'enfant et un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) en libéral²³⁸.

Les résultats du 3^e panel national médecins généralistes libéraux, conduit en 2014-2015 indiquent que 42 % des praticiens interrogés déclarent avoir effectué un stage de gynécologie-obstétrique au cours de leur 2^e cycle uniquement, 19 % au cours de leur 3^e cycle uniquement (résidanat ou internat en fonction de la période de formation) et 12 % au cours des 2^e et 3^e cycles. Ces proportions varient fortement en fonction de l'âge des médecins, lequel reflète la période au cours de laquelle ils ont réalisé leur formation initiale et la place faite à la gynécologie et à l'obstétrique dans le programme suivi. Ainsi, parmi les médecins âgés de moins de 40 ans, 56 % ont effectué un semestre de résidanat ou d'internat dans le secteur de la gynécologie-obstétrique et seuls 9 % n'ont suivi aucun stage universitaire dans ce domaine. Ces mêmes proportions s'établissent respectivement à 26 % et 30 % parmi les praticiens âgés de 60 ans ou plus.

Par ailleurs, les médecins généralistes en activité ont la possibilité de suivre des formations complémentaires diplômantes dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique: diplômes universitaires (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU): « *Moi j'ai fait un DU [gynécologie] mais c'était en*

239. *Buyck Jean-François et al., « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de grossesse », Études et Résultats, DREES n° 977, 2016, p. 3.*

240. *Article 16 de l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.*

241. *Article L4151-1 du Code de la Santé publique (CSP).*

242. *Article L4151-3 du CSP.*

243. *Douquet Florence, Vilbrod Alain, Les sages-femmes libérales, Paris, Seli Arslan, 2017, p. 7-8.*

244. *Un décret du 22 juin 2016 précise que la réalisation de l'examen postnatal peut être effectuée par la sage-femme, en l'absence de situation pathologique, que la grossesse ou l'accouchement aient été eutociques ou non (césarienne par exemple).*

2013. *C'était assez lourd comme DU, parce qu'il y avait deux jours de cours par mois pendant une année scolaire. Deux jours complets avec ma journée complète de stage, à faire dans différents services. Et puis un examen écrit et un mémoire »* (Léa, MG, thèse, en 2012). Les praticiens peuvent aussi actualiser leurs connaissances dans ce domaine par le suivi de formations plus courtes (sessions en présentiel ou à distance, séminaires, soirées...) dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la formation médicale continue (FMC)²³⁹. Comme pour la formation initiale, la DREES constate en 2016 que la part de médecins généralistes ayant suivi de telles formations est plus élevée parmi les praticiens les plus jeunes : 37 % chez ceux âgés de moins de 40 ans, contre 18 % chez ceux de 60 ans ou plus.

2.3. Les sages-femmes : des compétences en extension, des pratiques diversifiées

Les sages-femmes ont la particularité, comparées aux médecins généralistes et aux gynécologues, d'exercer une profession médicale autonome « à compétences définies et réglementées »²⁴⁰, au sens où la loi détermine leur champ d'intervention en fixant la liste des actes qu'elles sont habilitées à réaliser. Ainsi, « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique 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 postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant »²⁴¹. Les compétences des sages-femmes s'exercent principalement dans le champ de la physiologie et du bas risque : « En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse 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 suite de couches pathologiques »²⁴².

Depuis le début des années 2000, les compétences de sages-femmes se sont renforcées dans le domaine obstétrical et périnatal, tout en s'élargissant au domaine de la gynécologie²⁴³. Depuis la publication de la loi de santé publique de 2004, ces professionnelles peuvent suivre en toute autonomie une patiente, depuis la déclaration de la grossesse jusqu'à la réalisation des soins postnatals du nouveau-né et de la mère²⁴⁴. Un arrêté daté du 22 mars 2005 a permis aux sages-femmes de réaliser certaines vaccinations. En lien avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, elles sont autorisées à mener l'entretien prénatal précoce (EPP). Cet entretien vise à réaliser un bilan non seulement médical, mais aussi

245. Décret paru au Journal officiel le 5 mars 2021 et arrêté du 13 mars 2021.

psychosocial de la situation de la future mère et de son environnement, notamment pour repérer les situations de vulnérabilité et adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme comme du couple. Depuis la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les sages-femmes sont habilitées – sous réserve d'être titulaires d'un DIU correspondant – à effectuer des échographies gynécologiques, des actes d'acupuncture et d'ostéopathie, à prescrire des contraceptifs hormonaux, à poser des dispositifs contraceptifs sous-cutanés ou intra-utérins et à mener des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (impliquant la réalisation de frottis cervico-utérins notamment) auprès des femmes en bonne santé, sous réserve de les adresser à un médecin en cas de pathologie. Des sages-femmes peuvent d'ailleurs se spécialiser dans certaines de ces activités : « *En fait, moi je suis échographiste [...] l'échographie représente 60 % de mon activité* » (Gaëlle, SFL en Bretagne); « *Après, j'ai passé en 2013 mon DU d'acupuncture. Tout en étant en garde en maternité, je suis dans une maternité à but non lucratif, de niveau 2B, en même temps, en parallèle, je me suis installée en libéral pour faire des consultations d'acupuncture* » (Frédérique, SFL). Un arrêté daté du 11 octobre 2011 est venu préciser la liste des médicaments que les sages-femmes sont autorisées à prescrire dans cinq « familles thérapeutiques » : les antibiotiques, les contraceptifs, l'homéopathie, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens et les anti-sécrétoires gastriques. Depuis 2012, les sages-femmes sont également autorisées à prescrire des arrêts de travail (qui n'excèdent toutefois pas 15 jours et uniquement en cas de grossesse non-pathologique) et à participer aux activités d'assistance médicale à la procréation. Enfin, la loi du 26 janvier 2016, dite « de modernisation de notre système de santé » a encore étendu leurs compétences à la prescription de substituts nicotiniques ainsi qu'à la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Depuis peu, pour faire face à l'épidémie de la Covid-19, les sages-femmes, y compris les retraitées, les remplaçantes et celles encore en formation en deuxième cycle de maïeutique peuvent prescrire et administrer le vaccin aux femmes et à l'entourage des femmes enceintes et de l'enfant pendant la période postnatale, à toute personne dont la cible prioritaire est éligible, sur prescription d'un médecin²⁴⁵.

Si le travail des sages-femmes salariées au sein des maternités des hôpitaux et des cliniques est principalement axé sur la réalisation de l'accouchement, celui des sages-femmes libérales « exclusives », c'est-à-dire ne travaillant pas en parallèle, à temps partiel, en maternité, n'inclut, quant à lui, presque jamais l'accouchement, à l'exception de celles qui, peu nombreuses au demeurant, pratiquent l'accouchement en plateau technique ou à domicile : « *J'en ai fait pendant 20 ans [accouchements à domicile]*.

246. Douguet Florence, Vilbrod Alain, « Le métier de sage-femme libérale », in *Observatoire national de la démographie des professions de santé, Les sages-femmes : une profession en mutation*, Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, p.123-133.

247. Dans ce cas, la durée de la formation varie de 3 à 5 ans. Blanchard Léna, *Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe*, Mémoire de sage-femme, Université Pierre et Marie Curie, 2016, p. 41.

248. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.

249. Le suivi des nouveau-nés peut être assuré par des pédiatres ou des infirmières puéricultrices; la rééducation périnéale peut être réalisée par des masseurs-kinésithérapeutes.

J'en ai fait 1680 » (Claire, SFL). L'intervention des sages-femmes libérales se concentre davantage sur la période prénatale et la période postnatale du parcours de soins périnataux. Les activités les plus fréquemment réalisées par ces professionnelles concernent, par ordre d'importance, la préparation à la naissance (en séances collectives et/ou individuelles), la rééducation périnéale, les consultations en lactation et les conseils pour l'allaitement maternel, la réalisation de l'entretien prénatal précoce, les suivis de suites de couches à domicile, la surveillance de grossesses physiologiques, les consultations prénatales, la surveillance de grossesses pathologiques et les visites postnatales²⁴⁶.

La formation des sages-femmes françaises, d'une durée de 5 ans, est l'une des plus longues à l'échelle de l'Europe. Dans quelques pays, la profession est accessible après l'obtention d'un diplôme en soins infirmiers mais dans la majorité des autres – comme c'est le cas en France – la formation est spécifique et distincte de celle d'infirmière²⁴⁷. La formation, qui alterne enseignements théoriques et stages, se structure autour de deux cycles²⁴⁸. Le premier cycle, d'une durée de trois années – soit 6 semestres – est sanctionné par le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (DFGSM) qui confère le grade de licence. Ce premier cycle apporte essentiellement le socle de connaissances théoriques et cliniques nécessaires pour l'entrée en deuxième cycle, lequel repose alors sur une formation approfondie et professionnalisante en sciences maïeutiques. Ce deuxième cycle, d'une durée de deux années – 4 semestres – est validé par le diplôme d'État de sage-femme conférant le grade de master.

Au terme de cette rapide présentation, nous pouvons constater que les distinctions entre ces quatre professions impliquées dans la prise en charge de la santé des femmes sont loin d'être évidentes. Si les gynécologues-obstétriciens disposent de compétences exclusives, dans le domaine chirurgical notamment, d'autres sont partagées avec les gynécologues-médicaux (par exemple, le traitement des pathologies cancéreuses). Dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, les médecins généralistes réalisent aussi des activités qui, pour certaines d'entre elles, le sont également par les gynécologues ou par les sages-femmes (le suivi de grossesses non-pathologiques, la contraception...). Enfin, les sages-femmes n'ont pas de compétences en propre dans la mesure où les actes qu'elles réalisent peuvent l'être par les généralistes et les gynécologues, voire par d'autres professionnels de santé²⁴⁹. Finalement, il est difficile de circonscrire les champs de compétences des uns et des autres et de dessiner clairement les frontières séparant ces différentes professions.

3. De quelques traits saillants en matière de démographie des quatre professions étudiées

Les hommes et les femmes qui émergent à chacune des quatre professions qui ici font l'objet de notre étude sont nécessairement inscrits dans un contexte démographique qui entre en ligne de compte dans la teneur même de leurs interactions. Ce contexte s'avère très contrasté d'une profession à l'autre, voire en fonction des spécialisations ou des modes d'activité des uns et des autres. Ainsi en va-t-il par exemple des gynécologues médicaux dont le nombre est aujourd'hui réduit ou, à l'inverse, des sages-femmes libérales qui, depuis une petite décennie, sont très nombreuses à « poser leur plaque ». Que les premiers – il faudrait sans doute dire aussi les premières puisque cette profession est très majoritairement affaire de femmes – apparaissent plutôt sur la défensive et inquiets de l'extension des compétences des secondes, qu'ils vivent le cas échéant comme des empiètements, n'est guère étonnant. Pas plus que ne l'est d'ailleurs le fait que les secondes, *a contrario*, soient à l'offensive et revendiquent l'élargissement de leurs actes à l'heure où se font sentir les effets de la concurrence entre elles. Tout cela est à comprendre dans ce contexte que chacun, chacune a en tête et se fait fort d'ailleurs de rappeler au fil des entretiens que nous avons menés.

Il n'est donc pas inutile de préciser quelques traits saillants de la situation démographique de ces professions, avant que de se pencher sur la teneur de leurs relations. Le sujet est *a priori* assez inépuisable et on n'en finirait pas, sources les plus récentes à appui, de décrire nombre de variables contribuant à dépeindre, trait après trait, les caractéristiques toujours plus fines de tous ces professionnels. Notre objectif n'est pas là. Nous ne retiendrons que quelques éléments qui interviennent à coup sûr dans les interrelations, voire dans les rapports de force, quand confrontation ouverte ou à bas bruit il peut y avoir. Ainsi allons-nous passer en revue, de manière nécessairement rapide, ce qu'il en est des gynécologues, en distinguant gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux, des médecins généralistes et des sages-femmes, en différenciant les sages-femmes salariées et celles qui exercent en libéral. Là encore, bien des sous-catégorisations seraient possibles, entre gynécologues-obstétriciens qui font ou qui ne font plus de suivis de grossesse et d'accouchements, entre gynécologues médicaux qui se sont spécialisés dans les problèmes d'infertilité, de PMA, et ceux qui s'en tiennent à ce qu'ils considèrent être leur cœur de métier, à savoir le suivi gynécologique des femmes enceintes jusqu'à leur 8^e mois

250. Données 2018.
Source : data.Drees.
Études et statistiques,
disponible en ligne :
[data.drees.solidarites-
sante.gouv.fr](http://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr).

de grossesse, etc. De fait, il n'est pas possible d'être exhaustif et nous en resterons donc à ce qui guide notre recherche.

3.1. Les gynécologues-obstétriciens

Quelque 5 030 gynécologues-obstétriciens sont en activité en 2018, tous modes d'exercice confondus. Entre 2013 et cette année-là, la hausse des effectifs est régulière. Le niveau de 2018 est quasi celui de 1999 (5 092)²⁵⁰. Il y a donc eu une décroissance au fil de la première décennie du xxi^e siècle puis un rattrapage (ils étaient 3 945 en 1990 et 4 657 en 1997). Ceux et celles qui exercent exclusivement en libéral et qui sont salariés représentent à peu près la même proportion (respectivement 36,4 % et 38,2 %). La pratique mixte rassemble 23,3 % des effectifs et les salariés dans d'autres cadres de travail ne sont que 2,1 %.

TABEAU 1 Effectifs des gynécologues-obstétriciens en activité tous modes d'exercices confondus de 2013 à 2018 au 1^{er} janvier de l'année

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Effectifs	4 253	4 392	4 577	4 724	4 869	5 030

Source : RRPS - Traitement DREES.

La profession tend à se féminiser, à l'instar de la majeure partie des professions médicales. Les femmes comptaient pour 43,8 % des effectifs en 2014, pour 47,5 % en 2016 et pour 48,8 % en 2018. Sous peu donc, la parité sera atteinte (les hommes représentent, en France, 54,3 % de l'ensemble des médecins et 54,8 % des seuls spécialistes).

L'âge moyen des gynécologues-obstétriciens est de 48 ans environ (42 ans pour les femmes, 52 ans pour les hommes), mais il existe d'importants écarts entre hommes et femmes selon les classes d'âge. Ainsi les hommes ne représentent pas moins de 84,3 % dans la tranche d'âge des plus de 60 ans, 57,6 % des 45 à 60 ans, mais seulement 27,4 % des moins de 45 ans. La féminisation est déjà clairement à l'œuvre dans le cadre hospitalier : les deux tiers sont des femmes, là où elles ne sont que 42,2 % en exercice libéral exclusif et 40,4 % en exercice mixte. À noter aussi qu'hommes et femmes confondus, 19 % d'entre eux exercent en France avec un diplôme obtenu à l'étranger. « *Même si on a baissé de plus de moitié le nombre de maternités en France, il reste un certain nombre de maternités qui ne*

251. Vergier Noémie, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats, DREES, n° 970, 2016, p. 2.*

252. DREES, « Les établissements de santé », *Panoramas de la DREES, 2019, p. 124.*

253. Observatoire régional de la santé, Pays de la Loire, *Démographie des médecins en Pays de la Loire. Gynécologues médicaux et obstétriciens. Situation 2018 et évolution, p. 3.*

254. DREES, « Portrait des professionnels de santé », *Panoramas de la DREES, 2016, p. 54.*

fonctionnent que par des médecins étrangers ou des médecins mercenaires, parce qu'il manque de gynécologues-obstétriciens français. Le problème, c'est qu'il en manque dans les hôpitaux, qu'on a la pathologie à prendre dans les hôpitaux, donc on n'a pas forcément le temps de voir aussi du suivi de grossesse ou de gynéco' » (Christian, GO hospitalier). Les remplaçants représentent environ 6 %²⁵¹ des gynécologues-obstétriciens.

La densité de ces professionnels tient à l'implantation des maternités (qui sont passées de 1369 en 1975 à 816 en 1995, 700 en 2000 et 498 en 2019)²⁵², mais aussi à la libre installation des cabinets libéraux. Il en résulte des grands écarts selon les régions et, en leur sein, selon les départements. Ainsi la densité est en France métropolitaine de 17,6 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus, mais elle varie entre 13,5 en Corse, 13,9 en Nouvelle-Aquitaine et en Bourgogne Franche-Comté et 21,7 en Île-de-France et même 22,2 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans la région Grand-Est, cette densité est de 19,1, mais dans le département du Bas-Rhin elle est de 29,4 contre 21,6 dans le Haut-Rhin et seulement de 9,4 dans les Ardennes; du simple au triple donc. Dans les Pays-de-la-Loire, la densité moyenne est de 14,9, mais elle oscille entre 7,9 en Mayenne et 17,4 en Maine-et-Loire²⁵³.

Ces différences tiennent en partie à la physionomie démographique des principaux pôles urbains, des départements et des régions, mais en matière d'accessibilité aux gynécologues, d'autres écarts entrent largement en ligne de compte. Quand, pour 100 000 habitants, exercent, en équivalent temps plein, 2,8 de ces spécialistes, le taux varie de 0,9 pour ce qui concerne les communes isolées « hors de l'influence des pôles urbains » à 4,1 pour les communes incluses dans ces pôles. Au-delà de la distance à parcourir pour se rendre chez un gynécologue, densité et accessibilité jouent à plein sur la facilité ou non d'obtenir un rendez-vous dans les semaines voire dans les mois à venir. Les difficultés, de plus, peuvent se cumuler : « L'analyse montre que les difficultés d'accessibilité sont pour une large part cumulative. Ainsi, les zones peu dotées en médecins généralistes sont également peu pourvues en spécialistes en accès direct. Selon les spécialités, c'est 60 % à 80 % de la population dont l'accessibilité aux médecins généralistes est faible qui a également une faible accessibilité aux spécialistes en accès direct ». Toutefois il peut y avoir compensation entre gynécologues et sages-femmes par exemple : « 56 % des personnes ayant une faible accessibilité aux gynécologues ont une accessibilité aux sages-femmes moyenne ou élevée »²⁵⁴.

Le fait est que l'accès rapide à un gynécologue-obstétricien peut relever du parcours du combattant. En libéral, ce sera affaire de quelques

255. Béguin François, « L'inégalité de l'accès aux soins est aussi sociale », *Le Monde*, 12 juin 2019, p. 10.

256. Millien Christelle et al., « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », *Études et Résultats, DREES, n° 1085*, 2018, p. 2.

257. Une convention entre la Sécurité sociale et les médecins fixe les tarifs des prestations médicales des médecins en secteur 1. Ainsi par exemple, en 2020, un médecin généraliste conventionné en secteur 1 doit facturer 25 euros. Les médecins conventionnés en secteur 2 fixent eux-mêmes leurs tarifs : ils sont conventionnés honoraires libres. L'Assurance Maladie rembourse le prix de la consultation sur la base du tarif du secteur 1. On parle alors de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires.

petites semaines à Strasbourg, une des villes de France les mieux dotées, là où à Brest il faudra compter entre 3 ou 4 mois au minimum²⁵⁵. De plus, nombre de ces spécialistes peuvent avoir donné pour consigne à leur secrétariat de ne plus accepter de nouvelles patientes, là où d'autres n'ouvrent leurs possibles rendez-vous à jour fixe que tous les trois mois, sauf à risquer une liste d'attente de 6 à 8 mois voire plus. Cela vaut pour les gynécologues-obstétriciens libéraux, mais aussi pour leurs confrères hospitaliers. « Là, on est en train de lancer la campagne du dépistage pour le frottis; moi, je n'ai toujours pas vu une seule patiente, mais c'est juste parce que les gens n'y ont pas accès. Même les rendez-vous de consultation, ça se remplit en trois jours pour trois mois. Donc il faut tomber au bon moment! » (Émeline, GO hospitalière). Pour autant, bien des dispositifs auxquels adhèrent les gynécologues-obstétriciens libéraux permettent à des femmes chez lesquelles ont été détectées de possibles pathologies, cancéreuses par exemple, d'être reçues par un gynécologue dans le cadre hospitalier dans les quelques jours qui suivent leur première visite²⁵⁶. Nombreux sont ceux aussi qui réservent des plages horaires à des situations urgentes. Il n'en reste pas moins que pour nombre de femmes, l'accès à ces spécialistes représente une vraie difficulté. Tous les gynécologues-obstétriciens rencontrés en conviennent, et les passages de relais vers les médecins généralistes ou vers les sages-femmes s'inscrivent bien dans ce contexte: « La question de l'élargissement des compétences des sages-femmes, elle n'est même pas de savoir de quel œil on le voit. C'est qu'on n'a pas le choix. Aujourd'hui la démographie médicale, elle est telle que l'on ne peut pas assurer le suivi des gens. Si les sages-femmes n'avaient pas la possibilité de faire du suivi gynécologique, c'est sûr qu'il y a beaucoup de gens qui ne seraient pas suivis, qui n'auraient pas de frottis. Aujourd'hui on n'a absolument pas la capacité à absorber le dépistage en population générale, ne serait-ce que des frottis. C'est impossible; c'est impossible. Il y a des dizaines de femmes qui ne sont jamais surveillées et n'ont pas accès, elles n'ont toujours pas accès aux rendez-vous » (Émeline, GO hospitalière). « Moi, je continue à en faire (du suivi gynécologique) dans ma consultation et je ne refuse personne, et s'il y a du suivi à faire, on le fait, dans la mesure où ça ne dépasse pas 25 patients par consult'. Il y a des structures hospitalières qui ont décidé de ne plus le faire. Donc on renvoie sur la ville. Le problème, c'est qu'on renvoie chez des gynécos qui sont moins nombreux et qui refusent les nouveaux cas » (Christian, GO hospitalier).

Signalons enfin que ces difficultés d'accès se doublent de possibles obstacles financiers. En effet, 69 % des gynécologues-obstétriciens sont conventionnés en secteur 2, avec des honoraires libres²⁵⁷. Des variations régionales existent certes, mais la tendance est à ce que rares soient les régions où la part de

258. Observatoire régional de la santé, Pays de la Loire, op. cit., p. 6.

259. Vergier Noémie, op. cit., p. 4.

260. Données 2018. Source : data.Drees. Études et statistiques, disponible en ligne : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

261. ONDPS (2016), op. cit., p. 50-51.

ces spécialistes émergeant au secteur 1 excède le tiers²⁵⁸. À Paris, ils ne sont que 19 % à être conventionnés en secteur 1²⁵⁹.

3.2. Les gynécologues médicaux

Les gynécologues médicaux sont en 2018 au nombre de 2 795²⁶⁰, soit environ la moitié moins que les gynécologues-obstétriciens. Ils étaient 3 600 en 2013, c'est dire l'importante décline de ces dernières années (Tableau 2). 61,4 % d'entre eux exercent exclusivement en libéral. Ils représentaient 68,4 % de l'ensemble en 2013. Ce sont donc eux qui sont partis en retraite sans successeurs. 19,9 % ont une pratique mixte et seulement 12 % sont exclusivement salariés. Enfin 3,9 % exercent dans d'autres cadres.

TABEAU 2 Effectifs des gynécologues médicaux en activité tous modes d'exercices confondus de 2013 à 2018 au 1^{er} janvier de l'année

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Effectifs	3 600	3 481	3 311	3 146	2 978	2 795

Source : RRPS - Traitement DREES.

Du fait de l'interruption de la formation des gynécologues médicaux entre 1984 et 2003, il existe un écart assez considérable entre les professionnels ayant moins de 55 ans et les plus âgés. Les premiers ne représentent que 10,1 % de l'ensemble de la profession et il y a un creux manifeste chez celles et ceux qui ont entre 40 et 54 ans. Ils ne sont que 65 en tout et pour tout. Les gynécologues médicaux de 60 ans et plus pèsent pour 73,2 % des effectifs (contre 19,7 % chez les gynécologues-obstétriciens). La moyenne d'âge, de quelque 61 ans (59 ans pour les femmes et pas moins de 65 ans pour les hommes), est le signe d'une profession en difficulté. Pour autant, on observe un léger regain chez les moins de 40 ans. Ils sont 218, soit plus du triple que celles et ceux de la tranche d'âge des 40-54 ans. Le fait de former désormais environ quatre-vingts gynécologues médicaux chaque année n'aura toutefois pas d'effet majeur. À *numerus clausus* maintenu à ce niveau, compte tenu des départs en retraite, les gynécologues médicaux ne seront plus que 780 en 2030. L'ONDPS estimait en 2016 que « pour retrouver en 2030 l'effectif de gynécologues médicaux hors établissements, à son niveau de 2014 il conviendrait d'ouvrir environ 275 postes dès 2016 et jusqu'à 2026²⁶¹. »

262. En 2016, aux ECN-i, les femmes représentaient 97,1 % des effectifs d'internes pour les postes ouverts en gynécologie médicale. Anguis Marie, « En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Études et Résultats, DREES*, n° 1006, 2017, p. 4. À cette même date, sur 30 spécialités proposées au concours, la gynécologie médicale se classait au 25^e rang. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, « Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la DREES », 2017, p. 32.

263. Motet Laura, « À Aulnay, certaines femmes n'ont pas eu de suivi gynéco depuis six ans », *Le Monde*, 27 décembre 2017.

La profession est désormais affaire de femmes: chez les moins de 54 ans, elles représentent 92,2 % des effectifs²⁶²; c'est dire en quoi les hommes désertent depuis déjà 20 ans au moins ce métier. Au total, environ trois gynécologues médicaux sur quatre sont des femmes (73,6 %). Ce contexte démographique est omniprésent dès lors qu'on aborde avec les uns et les autres leurs interactions avec les gynécologues-obstétriciens et avec les sages-femmes, les premiers pouvant être perçus comme les instigateurs de la suppression de ce cursus dont ils ne se sont jamais vraiment remis, les secondes les bénéficiaires de cette place laissée vacante dans l'accompagnement des femmes. Les propos peuvent même être assez virulents: « *Les sages-femmes, pour moi, c'est une vraie problématique. Je vous explique: ça n'existait pas spécialement, dans mon esprit, sauf que j'avais trouvé incroyable que les sages-femmes hospitalières demandent le titre de praticien. Ça, j'avais trouvé ça vraiment infernal. Et j'avais trouvé absolument lâche que le gouvernement, dans l'ensemble, cède aux sages-femmes sur ce principe-là, et au fond, qu'on en fasse des sous-gynécos. (...) Parce que, du coup, c'est moins cher d'avoir une sage-femme qu'un gynéco. Donc, j'ai trouvé tout ça honteux et c'était une manière de nous monter les unes contre les autres, entre femmes, ce qui arrangeait bien les hommes, puisque ce sont des obstétriciens qui avaient décidé de supprimer les gynécos médicales* » (Aude, GM libérale).

L'accessibilité aux gynécologues médicaux est à l'image de leur faible nombre. Les délais pour obtenir un rendez-vous peuvent être longs, ce qui ne va pas sans susciter quelque inquiétude chez les professionnels eux-mêmes: « *On a l'impression que les sages-femmes, elles sont... Des fois, elles ont l'air de dire qu'elles peuvent faire un peu toute la gynéco. C'est un peu inquiétant. En même temps, comme le nombre de gynécos diminue... Parce que moi, je vais avoir 65 bientôt, j'ai pas mal de collègues qui continuent un peu en retraite, mais il va y avoir... On va manquer de gynécos [médicaux]. Déjà les femmes se plaignent énormément de ne pas avoir de rendez-vous, donc elles vont se tourner vers les sages-femmes. À la limite, c'est mieux que rien; mais bon, ça risque d'altérer la santé des femmes. Je pense que les femmes seront moins bien suivies* » (Catherine, GO libérale). La densité moyenne des gynécologues médicaux est de 9,8 pour 100 00 femmes de 15 ans et plus et les écarts selon les régions vont de 5,5 en Bourgogne-Franche-Comté à 17,5 en Île-de-France. Ici les contrastes sont patents: à Paris on en compte 28,6 mais seulement 4,7 à Colombes, 1 à Montreuil et il n'y a plus aucun gynécologue médical à exercer à Ivry-sur-Seine ou à Aulnay²⁶³. En province aussi, certains départements sont très peu pourvus (l'Indre: 2, l'Eure: 2,8) et au sein de régions entières, on entrevoit le moment où il n'y aura plus du tout de gynécologues médicaux

264. Mandon Maria et al., « Gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale en Basse-Normandie : perspectives démographiques à 15 ans », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, n° 44, 2015, p. 34. ARS Grand Est, « PRS 2017-2022. État de santé de la population et état de l'offre de santé en région Grand-Est, 2017, p. 13.

265. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, « Médecine spécialisée et second recours... », op. cit., p. 10 et [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](#), données 2013 à 2018.

266. Anguis Marie et al., *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les dossiers de la DREES*, n° 76, 2021, p. 12.

267. Bachelet Marion et Auguis Marie, « Les médecins d'ici à 2040 une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats, DREES*, n° 1011, 2017, p. 2.

268. Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, *Les déserts médicaux en Île-de-France*, 2018, p. 14.

269. DREES, « Portrait des professionnels de santé », op. cit., p. 129

270. ARS Grand Est, « PRS 2017-2022. État de santé de la population... », op. cit., p. 7.

en activité²⁶⁴. De fait, plus encore que pour les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux sont implantés dans les grands centres urbains. Des écarts existent aussi selon leur mode de conventionnement. Quelque 41 % d'entre eux sont en secteur 2 et le taux moyen de leur dépassement est alors le plus fort de tous les médecins spécialistes. Nombre de celles et ceux qui émargent au secteur 1 le sont, faute d'avoir pu faire le choix du secteur 2 quand cela était possible ou bien du fait de ne pas avoir pu devenir chef de clinique, qui en était la condition *sine qua non*.

3.3. Les médecins généralistes

En 2021, en France, exercent quelque 94 538 médecins généralistes. Depuis une quinzaine d'années, leurs effectifs ont eu tendance à diminuer : ils étaient 103 020 en 2005²⁶⁵, 100 121 en 2012 et 98 052 en 2018²⁶⁶. La profession se féminise à grands pas, sans exception quel que soit leur statut : 46,5 % des médecins généralistes sont des femmes. Celles qui exercent en libéral ne représentent que 40,2 % des effectifs mais les moins de 40 ans sont 65,3 %, 56,7 % dans la tranche d'âge des 40-49 ans, 46,9 % dans celles des 50-59 ans et seulement 26,1 % chez celles et ceux qui ont 60 ans et plus. Elles sont 42,6 % à avoir un exercice mixte. Le salariat remporte plus leurs suffrages, que ce soit dans le cadre hospitalier (52,5 %) ou dans d'autres cadres (65,5 %). *A priori* cette tendance va aller en s'accroissant²⁶⁷, rajeunissement des effectifs et féminisation allant d'ailleurs de pair avec la réduction de l'amplitude de leurs heures de travail²⁶⁸ : « Les femmes effectuent en moyenne 24 % de consultations et visites en moins que leurs collègues masculins par an »²⁶⁹. Leur durée hebdomadaire de travail n'est pour autant que de 10 % inférieure, notamment du fait que leurs consultations s'avèrent plus longues (19 minutes en moyenne) que celles effectuées par des hommes (17 minutes) ».

Au total, l'âge moyen est de 52,1 ans²⁷⁰ et les médecins généralistes de 50 ans et plus ne représentent pas moins de 60,2 % des effectifs. Les plus de 65 ans sont 13 % de l'ensemble et peuvent donc concilier un statut de retraité et le maintien d'une activité libérale plus ou moins limitée.

Au total, hommes et femmes confondus, ils ne sont pas moins d'un tiers à avoir un statut exclusif de salarié (33,5 %). À noter aussi que les femmes s'avèrent plus intéressées que les hommes par le statut de remplaçante, qui représente la moitié des effectifs des moins de 35 ans, statut qui généralement court sur trois ans environ. C'est du côté des médecins généralistes libéraux que l'on observe une diminution des effectifs

271. Castaigne Sylvie et Lasnier Yann, « Les déserts médicaux », *Les avertissements de la CESE*, 2017, p. 10.

272. Legendre Blandine, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population », *Études et Résultats, DREES*, n° 1144, 2020, p. 2.

273. Cheuillard Guillaume, Mousquès Julien, « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 247, 2020, p. 2.

274. Cheuillard Guillaume, Mousquès Julien, *op. cit.*, p. 7.

275. DREES, « Portrait des professionnels de santé », *Panoramas de la DREES*, *op. cit.*, p. 41.

276. Anguis Marie et al., *op. cit.* p. 16.

277. Legendre Blandine, *op. cit.*, p. 1.

(moins 13 % entre 2007 et 2016²⁷¹ et la tendance se poursuit depuis au rythme de 0,8 % à 1 % par an²⁷²). La contraction du *numerus clausus* des années 1980-1990 explique en grande partie la raréfaction actuelle et à venir des médecins généralistes²⁷³, avec une inversion complète de la pyramide des âges entre 1990 et 2012 et une baisse de l'offre qui se prolongera au moins jusqu'à 2025. Pour nombre d'entre eux, s'ils exercent seuls, trouver un-e remplaçant-e est quasi impossible et avoir un successeur n'est même plus envisageable. « Les quatre-vingt dernières années, on ne cherchait même plus, par ce que j'étais seul. Heureusement, j'ai eu la chance pendant une vingtaine d'années d'être en bon accord avec un de mes collègues voisins, donc on se remplaçait mutuellement. Mais le problème, c'est que ce n'était pas simple parce qu'on n'avait que très peu de vacances et puis dès qu'on se remplaçait, quand on avait fini, on avait énormément de travail. Et puis après, on ne cherchait plus. C'est moche; c'est moche pour les patients, et pour nous » (François, MG, 68 ans, en retraite depuis peu).

Les cadres de travail évoluent aussi, notamment avec l'expansion des maisons de santé pluriprofessionnelles, au nombre de 1300 environ. Bien implantées dans les marges rurales, elles permettent d'amortir la raréfaction de l'offre de soins, attirent les jeunes médecins de moins de 40 ou 45 ans, mais sans véritablement inverser pour autant la tendance à la baisse, du fait des départs à la retraite de nombre de leurs confrères²⁷⁴. Les médecins spécialistes y sont quasi absents, hormis ici et là quelques permanences, et les gynécologues, sauf exception, n'y exercent guère. Par contre, les sages-femmes se révèlent intéressées – nous en évoquerons les raisons – par ce nouveau cadre de travail où elles vont alors côtoyer nécessairement des médecins généralistes. Plus largement, l'exercice en cabinet de groupe est très prisé par les plus jeunes: deux tiers des moins de 40 ans exercent sous cette forme contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans et plus²⁷⁵.

L'évolution de la densité des médecins généralistes est à la baisse et ne serait-ce qu'entre 2015 et 2018, l'accessibilité a diminué de 3,3 %. « La densité de médecins généralistes diminue nettement entre 2012 et 2021, en raison d'une part de la baisse des effectifs de médecins généralistes et, d'autre part, de l'augmentation de la population. Elle passe de 153 médecins généralistes pour 100 00 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 00 habitants en 2021 »²⁷⁶. Des écarts se creusent aussi entre les communes qui déjà étaient sous-dotées et celles qui bénéficiaient d'une couverture plus importante. « Si, en 2015, les 10 % les mieux dotées avaient accès à 2,17 fois plus de consultations que les 10 % les moins bien dotées (rapport interdécile), en 2018, ils ont accès à 2,24 fois moins de consultations »²⁷⁷.

278. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) tient compte de plusieurs paramètres qui permettent de comparer la facilité d'accès à un médecin. La densité de ces derniers est différente selon les régions, selon le type de communes, plus ou moins proches de pôles urbains, etc. On considère que l'impact du type de commune où est installé un médecin généraliste est le double de celui de la région où son cabinet est implanté.

279. Vergier Noémie, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux... », *op. cit.*, p. 3.

280. Observatoire régional de santé d'Île-de-France, *op. cit.*, p. 18.

281. Millien Christelle, Chaput Hélène et Cavillon Marie, *op. cit.*, p. 2.

282. Stamane Anne-Sophie, Bourcier Isabelle, « Médecin traitant, espèce en voie de disparition ? », *Que Choisir ?*, n° 586, 2019, p. 22-23.

283. Pia Anne, « Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », *Études et Résultats, DREES*, n° 1022, 2017, p. 3.

284. Hardy Anne-Chantal, « La formation de l'objet du travail... », *op. cit.*, p. 16.

285. Anguis Marie et al., *op. cit.* p. 29.

286. Les hommes sages-femmes – on dit parfois aussi des maïeuticiens – sont encore plus rares en libéral qu'en maternité. Peu nombreux sont ceux qui ont choisi en premier lieu d'exercer

L'inégale implantation des cabinets libéraux, du fait notamment de la libre installation, processus discuté, mais pour l'heure quasi intouchable, renvoie à des territoires très prisés (façade atlantique, pourtour méditerranéen, Nord-Est de la France) et à d'autres fort peu courus, dans le centre de l'Hexagone notamment. Pour autant, la variabilité de l'accessibilité aux médecins généralistes est bien plus fonction des écarts entre le type de commune que de région²⁷⁸, les pôles urbains étant bien mieux lotis que des communes isolées²⁷⁹. L'Île-de-France fait toutefois exception, avec une des densités des plus fortes de tout l'Hexagone pour Paris, et des plus faibles pour la Seine-Saint-Denis ou l'Essonne²⁸⁰. Finalement, quelque 5,7 millions de Français (8,6 % de la population) résident dans une commune « sous-dense », c'est-à-dire avec une accessibilité des praticiens généralistes inférieure de 30 % au moins à la moyenne nationale. Qu'en est-il alors de la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapidement avec un médecin généraliste ? Les variables retenues diffèrent. Selon une étude diligentée par le DREES, ce n'est qu'affaire en moyenne de 6 jours (et de 2 pour la moitié des demandes) contre 44 jours chez un gynécologue, avec toutefois des écarts aboutissant à ce que 10 % des demandes ne soient honorées que dans un délai d'au moins 11 jours²⁸¹. Pour l'Union des fédérations de consommateurs *Que choisir*, 44 % des médecins généralistes sollicités pour un premier rendez-vous ont indiqué refuser de nouveaux patients²⁸². Dans tous les cas, il y a bien un accès inégal aux médecins généralistes qui renvoie à des écarts selon les lieux de résidence et aussi selon les milieux sociaux notamment, les facteurs se superposant toujours plus ou moins partiellement. Les obstacles sont là, bien plus que dans le coût de la consultation, puisque 9 généralistes sur 10 sont installés en secteur 1²⁸³, du fait notamment pour les jeunes générations de ne quasiment pas avoir été chef de clinique, les postes étant très rares en médecine générale²⁸⁴.

3.4. Les sages-femmes

En 2021, les sages-femmes, tous modes d'exercices confondus, sont au nombre de 23 397²⁸⁵. Le métier est féminin à 97,3 %²⁸⁶. L'âge moyen est de 41,3 ans (contre 49,3 ans pour les médecins). Ce qu'il convient de souligner d'emblée, c'est la forte augmentation globale des effectifs depuis le milieu des années 1980, là où la disparition de la profession semblait quasi inéluctable à la fin des années 1970²⁸⁷, et annoncée comme telle, on s'en souvient, par Jacques Gélis notamment. À la relative stabilité de la natalité depuis 20 ans correspond en effet une augmentation assez impressionnante du nombre de sages-femmes. Entre 1990 et 2010, leur effectif a quasiment doublé et 600 nouvelles professionnelles entrent chaque année sur le marché

ce métier. La plupart du temps, à l'issue des épreuves de fin de première année de médecine, c'était là le seul choix possible pour eux, ce qui ne veut pas dire qu'une fois dans le métier, ils n'y trouveront pas motifs à engagement et plaisir au travail. Cf. Charrier Philippe, « Des hommes dans une profession "traditionnellement" féminine: choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes » dans Y. Claudic-Guichard, D. Kergoat et A. Vilbrod, *L'inversion du genre*, Rennes, PUR, 2008, p. 231-241.

287. Entre 1980 et 1993, l'augmentation des effectifs est de près de 35%. Par contre, sur la même période, la part des sages-femmes libérales diminue de moitié, en passant de 20,9 % à 10,3 %. Schueyter François-Xavier, op. cit., p. 71.

288. Anguis Marie et al., op. cit., p. 31 et annexe I des données.

289. Ibid., p. 46.

290. La « porte d'entrée » la plus courante dans l'exercice libéral consiste à assurer des remplacements, suite à une sollicitation d'une sage-femme libérale, souvent une ancienne collègue hospitalière, qui a pris l'initiative de cet « essai » qui pourra déboucher sur une demande de disponibilité ou d'un emploi à temps partiel là où elle va continuer à travailler encore quelque temps avant de franchir le pas définitivement.

291. DREES, « Les établissements de santé », op. cit., p. 13.

292. ONDPS (2016), contribution ONDPS, op. cit., p. 18-19.

du travail. Rien d'illogique alors à ce que le nombre moyen de naissances par sage-femme ait grandement diminué (de 58 naissances par sage-femme en 1994 à 38 en 2014). Les gains des dernières années ont profité nettement au secteur libéral, qui en 2021 ne représente pas moins de 23,3 % de l'ensemble des sages-femmes, auquel il convient de rajouter les 10,5 % d'entre elles qui concilient statut salarié et travail en libéral. En 2014, les premières ne représentaient que 16,4 % et les secondes 7,2 %. Les sages-femmes salariées des maternités ont vu dans le même temps leurs effectifs s'effriter, faiblement certes, et surtout leur part diminuer entre 2014 (68,8 %) et 2021 (58,5 %)²⁸⁸. Celles qui sont salariées dans d'autres cadres représentent environ 7,6 % et travaillent essentiellement en Protection maternelle et infantile (PMI), et aussi par exemple dans les centres de planification. Dans tous les cas, ce qu'il convient de souligner, c'est la poursuite prévisible d'un essor démographique sans équivalent dans les autres professions médicales. De 23 400 sages-femmes en 2021, on passerait à 26 200 en 2030, 28 600 en 2040 et à pas moins de 29 400 en 2048 avant qu'un léger infléchissement se fasse sentir à la suite: « Entre 2020 et 2050, les effectifs de sages-femmes en activité progressent ainsi de 27 % »²⁸⁹. D'évidence, cet élément est à intégrer dans toute la dynamique de coopération et de concurrence entre ces sages-femmes (augmentation de 19,8 % entre 2012 et 2021), les médecins généralistes (qui connaissent une baisse de 5,6 % de leurs effectifs depuis 2012) et les gynécologues-obstétriciens et médicaux (moins 6,3 % depuis 2012).

Sans surprise, parmi les salariées, on observe quelques écarts en matière de classe d'âge entre celles qui n'ont qu'une activité salariée exclusive en maternité et celles qui exercent aussi par ailleurs en libéral. Dans la tranche d'âge des 30-39 ans en particulier, les premières représentent 34,9 % de l'ensemble des salariées exclusives là où les secondes représentent 41,2 % de celui des sages-femmes à l'exercice mixte. Après 40 ans, les choix sont en grande partie effectués (dans le sens surtout d'une activité libérale à temps plein)²⁹⁰ et chez les plus de 50 ans, celles qui continuent à avoir une activité mixte pèsent pour 16,2 % de leur ensemble contre 25,6 % des sages-femmes exclusivement salariées des maternités.

La grande majorité des sages-femmes salariées sont employées par des maternités d'hôpitaux publics (65 % en 1990, 77,2 % en 2018) ou par des cliniques privées, qu'elles soient à but lucratif (15,7 %) ou non (7,1 %)²⁹¹. Ici, le marché du travail est devenu tendanciellement dual et selon les secteurs, entre 14 % et 16 % des sages-femmes travaillant dans des établissements de santé sont en CDD. De fait, les emplois nouvellement créés sont pour la plupart des postes de non-titulaires et son cortège de contrats sans réelles perspectives de pérennisation²⁹². Au-delà d'être à la peine pour obtenir un

293. Signalons ici les revenus moyens annuels des sages-femmes : en libéral, en 2017, il était de 31 790 euros et de 33 780 euros pour les salariées. Contrairement aux autres professions médicales, voire paramédicales, s'installer en libéral n'est donc pas d'un meilleur rapport. Au-delà de revendications régulières en matière d'écart de revenus avec les autres professions médicales, cela explique aussi les possibles tensions liées aux phénomènes de concurrence à l'heure des nombreuses installations de nouveaux cabinets de sages-femmes. En 2017, le revenu moyen d'un médecin généraliste était de 91 670 euros ; celui d'un médecin spécialiste de 151 910 euros (144 030 en secteur 1 et 161 030 en secteur 2). En secteur hospitalier, le revenu annuel moyen d'un gynécologue est d'environ 70 000 euros. Cf. Anguis Marie et al., op. cit., p. 16 et p. 32.

294. *Observatoire national de la démographie des professions de santé. Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions. Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025).* 2021.

295. Douquet Florence et Vilbrod Alain, « Une profession à un tournant », dans Y. Kniebehler, op. cit., p. 183.

296. Fresson Jeanne et al., op. cit., p. 4.

297. Béguin François, « Maternités. Les trajets s'allongent, les établissements gagnent en sécurité », *Le Monde*, 22 mars 2019, p. 12.

emploi salarié, cette précarité explique assez largement le choix de l'exercice libéral par les plus jeunes, choix qui donc peut être « contraint »²⁹³. Le rapport de l'ONDPS²⁹⁴ pour la Conférence Nationale de mars 2021 souligne également que le choix de l'exercice libéral est parfois lié au souhait des sages-femmes d'exercer leurs compétences dans le suivi gynécologique des femmes, activité qui leur est peu ouverte à l'hôpital.

Année après année, le secteur privé a eu tendance à décrocher, en lien notamment avec la concentration des maternités de type 2 et 3. Là où, en 2002, il assurait un tiers des accouchements, il n'en assure désormais qu'à peine un cinquième. « Trop peu rémunérateur, composé souvent de maternités de petite taille dont le coût de mise aux normes s'avère trop onéreux, ce secteur est aussi confronté à la hausse assez faramineuse des assurances des actes d'obstétrique. Si dans quelques rares régions, le secteur privé tient encore le haut du pavé (en Occitanie notamment), ailleurs il y a bel et bien repli très net »²⁹⁵. Présentement, il y aurait plutôt une stabilisation, avec 25 % des accouchements dans le secteur privé à but lucratif²⁹⁶. La densité des sages-femmes salariées est bien évidemment fonction de l'implantation de toutes ces maternités publiques et privées. Au-delà d'évaluations chiffrées qui peuvent différer selon les modes de calcul²⁹⁷, le mouvement de concentration, variable suivant les régions, a eu pour effet de générer des zones au sein desquelles le temps d'accès des femmes en âge de procréer à ces équipements et à leurs sages-femmes s'est allongé assez nettement. Pour autant, les centres périnataux de proximité voient aussi des sages-femmes hospitalières s'y déplacer et assurer diverses consultations.

Le secteur libéral est celui qui incontestablement a le vent en poupe. Si au total, 34 % des sages-femmes travaillent ainsi à leur compte, c'est le cas d'environ 38 % de celles de moins de 30 ans²⁹⁸ (27 % environ à titre exclusif, 11 % environ avec une activité mixte) et là où en 1998, 9 % d'entre elles s'installaient directement en libéral au sortir de leurs études, en 2014 déjà, elles n'étaient pas moins de 20 %²⁹⁹ et en 2020 pas moins de 34 %³⁰⁰. Il y a aussi le cas des sages-femmes qui « ont posé leur plaque » suite à la fermeture de maternités privées. « Les sages-femmes libérales, elles sont arrivées parce qu'il y a cette énorme maternité à D., qui a tout à coup lâché dans la nature en deux ans, quasiment 200 sages-femmes. Elles sont passées de 40 à 200 sur la métropole » (Jean-Laurent, GO libéral). Pour les unes et les autres, contrairement aux médecins, il existe un zonage géographique déterminé par les agences régionales de santé (ARS) et des limitations dans la possibilité d'installer son cabinet à tel ou tel endroit, en fonction de l'offre déjà existante. Si les ARS apportent une aide financière pour le démarrage

298. Selon des prévisions de la DREES datées de 2012, 36 % des sages-femmes exerceraient en libéral à l'horizon 2030. De fait, en 2021, elles représentent déjà 34 % de l'ensemble. À l'horizon 2050, elles seraient, selon les dernières prévisions de la DREES, 46 % ; pas très loin d'une sur deux. Cf. Anguis Marie et al., op. cit., p. 49.

299. Gouffon Annie et Pheng Bunna, op. cit., p. 43.

300. Anguis Marie et al., op. cit., p. 50.

301. Douquet Florence et Vilbrod Alain, « Une profession à un tournant », op. cit., p. 186.

302. DREES, « Portrait des professionnels de santé », op. cit., p. 52.

303. Douquet Florence et Vilbrod Alain, « Le métier de sage-femme libérale », dans ONDPS, op. cit., p. 123-147.

304. Douquet Florence et Vilbrod Alain, « S'établir en libéral : les territoires de santé, une opportunité pour l'implantation des cabinets de sages-femmes », dans M. Calvez (dir), Santé et territoires, Rennes, PUR, 2017, p. 101.

de l'activité en zones dites « sous-dotées », ces zones se révèlent souvent pauvres en services publics, en écoles pour les enfants, « sans compter que les époux ou les compagnons des sages-femmes peuvent rechigner à venir y vivre, faute d'opportunités d'emplois notamment »³⁰¹. De là une densité qui peut aller du simple au double, voire au-delà selon les régions, avec les mêmes tendances que pour les médecins spécialistes en accès direct³⁰², avec du coup les mêmes régions peu courues et d'autres très prisées.

Pour l'heure, les quelque 8 000 sages-femmes libérales, à titre exclusif ou non, ne connaissent pas vraiment le chômage, mais par contre des phénomènes de concurrence se font de plus en plus sentir ; cela explique d'ailleurs la part d'entre elles – en augmentation chez les plus jeunes – qui, bon gré mal gré, s'évertuent de concilier des gardes en maternité et une activité libérale, avec un statut de remplaçante ou de collaboratrice³⁰³. « Comment on peut laisser proliférer... c'est méchant ce que je dis, mais à S., je ne sais pas combien on est, et qu'on ne vienne pas me dire que ce n'est pas sur-doté » (Sophie, SFL) ; « Elles ne vous appellent pas en disant : "il y a encore du boulot pour une deuxième ? Est-ce qu'on peut bosser ensemble ?" Non, c'est "je m'installe la semaine prochaine". Des nanas qui ont un poste, un CDI, qui veulent suivre leurs enfants, avoir plus de liberté. Parfois ce sont des filles qui sortent de certaines maternités, et les copines vont leur envoyer les patientes forcément ; et moi je n'ai que ça pour vivre » (Claire, SFL).

C'est encore à mots couverts que l'on fait part des tensions inhérentes à ce phénomène de concurrence entre cabinets, mais il n'est pas dit que la communauté professionnelle des sages-femmes libérales, pour l'heure encore assez soudée, tienne longtemps, puisque bien des tensions sont en germe, avec son lot d'acrimonies contre celles qui « ont un pied dans le libéral et un pied dans une maternité et y qui distribuent leur carte, et déontologiquement, je trouve que ce n'est pas très... », ou qui, « bien que françaises, débarquent de Belgique ou de Suisse, avec une équivalence en poche »³⁰⁴.

Exercer toute seule reste encore une pratique assez courante. C'est le cas en 2018 de 63, 4 % des sages-femmes qui travaillent exclusivement en libéral, mais les choses évoluent puisqu'en 2014, c'était le cas de 74,8 % d'entre elles. Du côté de leurs homologues ayant conservé à côté un emploi en maternité, la proportion de celles qui, en 2018, exercent seules n'est de 55,2 %, ce qui est logique puisqu'une part de ces sages-femmes ne sont que collaboratrices ou remplaçantes. Il est probable d'ailleurs que la part de sages-femmes exerçant seules soit majorée dans les statistiques disponibles, leurs collègues remplaçantes n'étant pas toujours très bien répertoriées.

305. Douguet F. et Vilbrod A., « En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels », dans ONDPS, *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, Paris, 2016, p. 153-180.

Nous l'avons signalé, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se sont multipliées ces dernières années, et nombre de sages-femmes peuvent se montrer intéressées par l'implantation de leur activité libérale en leur sein. Leurs motivations sont diverses. Puisque la pratique libérale tend à isoler les sages-femmes qui font ce choix de carrière, reste toujours peu ou prou le regret du travail en équipe qu'elles ont quasi toutes connu, au moins au fil des stages de formation (« *retrouver l'équipe de l'hôpital* »). La proximité des médecins et d'autres professions paramédicales est aussi perçue comme un possible vecteur de changement et d'opportunités offertes, voire avant cela, tout simplement, de possibilités ainsi « *d'être mieux connues et reconnues* ». Les effets de la concurrence se font aussi nettement sentir : « *une sage-femme tout récemment installée m'a englouti un quart voire un tiers de ma clientèle* » (Annaïg, SFL). Ce peut être aussi une manière « d'occuper le terrain », via un cabinet secondaire, de façon à éviter de possibles nouvelles implantations à proximité. C'est bien dans un tel contexte que nombre de sages-femmes ont entrepris d'intégrer une maison de santé pluriprofessionnelle. La part de ces MSP qui accueille un cabinet de sage-femme est difficile à évaluer. Une étude localisée l'a estimée à 40 % environ³⁰⁵. Nous reviendrons sur ce point puisque les collaborations attendues, avec les médecins généralistes notamment, dans des murs communs, se sont souvent révélées assez décevantes.

4. Les interactions entre gynécologues et sages-femmes

Gynécologues et sages-femmes se côtoient dans les maternités et plus largement dans nombre de services consacrés à la santé des femmes. D'évidence, le cadre de travail conditionne largement la teneur même des interactions entre ces professionnels. Au sein des établissements de soin, le statut des maternités – public ou privé –, leur niveau, le nombre d'accouchements effectués, les caractéristiques des centres périnataux et des services de gynécologie des hôpitaux et des cliniques accueillant des femmes de tout âge où elles peuvent aussi travailler, d'autres variables encore influent sur la fréquence et sur le type de ces interactions. C'est là affaire de relations entre gynécologues libéraux ou salariés et sages-femmes, quant à elles, quasi toujours salariées. Celles qui sont installées en libéral ont aussi affaire aux gynécologues, qu'ils soient obstétriciens ou médicaux, mais ici il en va différemment et les échanges sont plus occasionnels. On n'oubliera pas non plus toutes les sages-femmes libérales – une sur trois – qui ont un exercice mixte, et tous les gynécologues qui peuvent exercer uniquement en cabinet en ville ou bien concilier cet exercice et un emploi

306. Douguet F. et Vilbrod A., « Le métier de sage-femme libérale », *op. cit.*

307. 1,8 % des sages-femmes sollicitées n'ont pas répondu à cette question.

en clinique, souvent en libéral également. La diversité des occasions à rencontrer est donc de mise, en écho à la variété des cadres de travail.

Ceci étant, un point mérite d'être souligné d'emblée: il serait bien téméraire de formuler un avis tranché et définitif sur la qualité même de ces interactions, sur leur transitivity. Rien ne vient vraiment valider une vision à tout coup polémologique ou au contraire pleinement accordée pour qualifier ce qui a trait aux échanges entre ces deux groupes professionnels. Selon les segments déjà, les choses varient. Nous l'avons signalé, quelques acrimonies par exemple se font régulièrement entendre à l'égard des sages-femmes libérales du côté des gynécologues médicaux, mais il convient de s'armer de prudence. Les études s'attardant spécifiquement sur ce segment médical sont rares, et ceux et surtout celles qui s'expriment à voix forte ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble, même si indubitablement, les gens de ce métier en perte de vitesse réagissent – et ce n'est guère surprenant – à la mesure des menaces qu'ils voient se profiler inexorablement. Parfois aussi, les prises de position de tel ou tel collège, syndicat professionnel, Ordre professionnel, etc., qui se font les porte-voix de l'un ou l'autre métier laissent entrevoir des désaccords, des tensions, des conflits ouverts, y compris portés devant les tribunaux. S'ils sont là dans leur rôle, il ne faudrait pas en rester aux bruits de ces frictions voire de ces heurts. La réalité est à la fois bien plus complexe et polymorphe. Et c'est cette réalité-là, fort contrastée, que l'on se propose de restituer.

En 2014, nous avons sollicité un large échantillon représentatif des sages-femmes exerçant en libéral dans l'Hexagone³⁰⁶. Leurs réponses à la question « Comment qualifieriez-vous vos relations avec les gynécologues-obstétriciens ? » sont à la mesure de cette diversité: si 6,5 % d'entre elles signalaient qu'elles n'avaient « aucune relation » avec eux, 10,6 % les estimaient « très bonnes », 46,4 % les jugeaient « bonnes » et 24,6 % retenaient le terme de « moyennes ». Seuls 10 % les jugeaient « difficiles » (7,7 %) voire « très difficiles (2,3 %) »³⁰⁷. Selon telle ou telle variable (nombre d'années d'expérience professionnelle, raisons de l'installation à son compte, etc.), des écarts pouvaient être relevés, mais ils étaient d'assez faible ampleur. Un seul point méritait attention, mais son interprétation est délicate et l'on touche aux limites d'une approche quantitative: les plus jeunes et aussi celles qui s'étaient récemment installées à leur compte, tous âges confondus, se ralliaient un peu plus que leurs consœurs au qualificatif « bonnes » – 50,8 % pour les sages-femmes diplômées après l'an 2000 contre 43,9 % chez celles ayant obtenu leur diplôme d'État (DE) avant cette date – au détriment de la variable « très bonnes » – 5,6 % contre 13,3 % –. En quelque six années, des évolutions ont pu apparaître, mais leur ampleur est sans doute assez

308. Lecomte Hélène, Corbillon Anne et Deronne Martine, « Au carrefour de l'obstétrique : étude sociologique de la relation gynécologue-obstétricien/sage-femme », *Vocation sage-femme*, n° 109, 2014, p. 42.

faible³⁰⁸. Au fil de cette même étude, de manière plus latérale, nous avons questionné les unes et les autres sur les difficultés auxquelles elles avaient été confrontées lors de leur travail en maternité. « Faible considération » et « Poids de la hiérarchie » sont retenus à part à peu près égale comme premier item par environ 14 % des sages-femmes libérales interrogées (sans présumer qu'elles évoquaient là les seuls gynécologues, ce qui est peu probable), mais ce sont bien les conditions de travail, entre astreintes horaires et cadences difficilement supportables qui sont citées en premier lieu, et pour une large part d'entre elles, c'est bien cela d'ailleurs qui est mis en avant quand il s'agit d'expliquer leur choix d'exercer en libéral. Là aussi, rien n'indique qu'il en va autrement aujourd'hui, à l'heure où les conditions de travail dégradées tendent à perdurer.

À quoi tiennent alors ces relations ? Comment peut-on les appréhender et les qualifier ? Sans prétendre une fois de plus à quelque exhaustivité que ce soit, il est possible de passer en revue les éléments les plus significatifs pour exprimer tout ce que se profile quand gynécologues et sages-femmes interagissent, de *visu* ou à distance.

4.1. Affaire d'offre et de demande

En premier lieu, et quitte donc à y revenir succinctement, le contexte démographique joue assurément à plein, et ce à plusieurs niveaux. Les gynécologues tendent à se concentrer dans les grandes villes, y compris ceux qui exercent en libéral. Les sages-femmes, de leur côté, s'installent volontiers aussi dans des petites villes voire dans des bourgs, en fonction notamment des zones encore peu dotées et qui sont susceptibles de leur apporter une patientèle suffisante. Les délais d'attente chez les premiers peuvent être de plusieurs mois. À côté de « leur » gynécologue, sinon en vue de s'en passer, nombre de femmes se tournent donc vers des sages-femmes libérales, faute notamment d'obtenir un rendez-vous dans un délai qu'elles estiment raisonnable. Certaines sont bien au fait des compétences étendues de ces professionnelles, y compris en matière de gynécologie, d'autres sont moins assurées, mais à tout le moins s'en informent. « *J'ai une de mes patientes qui a son gynéco qui, lors de sa première grossesse, n'avait pas pu la prendre avant deux mois, deux mois et demi même, pour lui poser son stérilet. Une fois qu'elle a eu son rendez-vous, elle était déjà enceinte parce que trop tard pour lui poser le stérilet. Là, elle a retenu la leçon et elle m'a tout de suite appelée pour me dire : "est-ce que vous posez le stérilet" ? ; "oui"... rendez-vous dans la semaine. Moi, personnellement, c'est dans la semaine* » (Barbara, SFL). « *Je n'ai pas le temps de prendre rendez-vous chez le gynéco,*

309. Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle, *op. cit.*, p. 17.

310. Cour des comptes, *Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, chapitre VI, Rapport Sécurité sociale, 2011*, p. 193.

311. Douguet F. et Vilbrod A. « Le métier de sage-femme libérale », dans ONDPS, *op. cit.*, p. 123-124.

312. L'entretien prénatal précoce est une séance de préparation à la naissance et à la parentalité qui consiste en un entretien, individuel ou en couple, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, et qui doit se dérouler, de préférence, durant le premier trimestre de la grossesse. Il est défini comme un temps d'échanges et d'écoute, pendant lequel la future mère, voire son compagnon, peuvent exprimer leurs attentes, notamment par rapport au futur accouchement. Sont ainsi abordées les éventuelles difficultés que peuvent éprouver les futurs parents, qu'elles soient d'ordre médicales, psychologiques ou sociales. Cet entretien est essentiellement réalisé par des sages-femmes de maternité ou libérales. En 2010, les premières l'effectuaient à hauteur de 50,3 % et les secondes de 35,3 %. En 2016 ce sont majoritairement les sages-femmes libérales qui le réalisent (47,2% contre 42,7 %). DREES/INSERM, Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, *op. cit.*, p. 46.

parce que je dois attendre je ne sais pas combien de temps et je me retrouve sans pilule". Là, je crois que c'est notre rôle aussi. D'autres sages-femmes diraient: "mince alors, on n'est pas juste là pour faire le bouche-trou". Mais je crois qu'on peut arriver petit à petit à leur faire prendre conscience qu'il faut s'occuper un peu d'elle » (Alice, SFL).

Le fait est que des recompositions locales vont de pair avec des pratiques de coopération « qui se font selon la présence, la pratique et l'accessibilité de telles ou telles catégories de professionnels »³⁰⁹ : « *Je suis dans un village; les mamans quand elles ont plusieurs enfants, elles préfèrent s'arrêter ici. Je suis à l'heure, et avoir un cabinet de proximité plutôt que de rouler jusqu'à C.; les cabinets de gynéco sont en ville, et trouver une place, tout ça...* » (Adèle, SFL). « *Les gynécos du coin sont partis en retraite. On me dit souvent "mon gynéco est parti à la retraite, je n'ai pas envie d'aller jusqu'à S. et donc je viens vous voir". Comme elles ont entendu qu'une sage-femme faisait de la gynéco à côté de chez elles, elles sont contentes de venir me voir. Il y a une dimension "proximité" qui intervient* » (Benoîte, SFL). De fait, il y a près de dix ans maintenant, les magistrats de la Cour des comptes ne disaient rien d'autre : « Les évolutions démographiques inverses pour les professions de sage-femme et de gynécologue-obstétricien au cours des dix prochaines années pourraient constituer à cet égard un facteur de nature à faciliter une meilleure articulation de ces deux professions médicales qui apparaît en tout état de cause souhaitable »³¹⁰.

Depuis bien longtemps, les gynécologues savent adresser leurs patientes vers les sages-femmes pour un certain nombre d'actes, tels que la préparation à l'accouchement, les conseils en allaitement, la rééducation périnéale, qui sont, de fait, leurs activités prédominantes³¹¹. Ils ne rechignent pas non plus à déléguer plus récemment l'entretien prénatal précoce³¹² à la dimension psychosociale qui correspond tout à fait, à leurs yeux, aux compétences des sages-femmes, sans compter qu'il prend du temps, chose on ne peut plus précieuse pour eux. Cette délégation explicite peut se réaliser vers des sages-femmes hospitalières dûment missionnées pour cela, mais aussi vers des sages-femmes libérales, dont le cabinet d'ailleurs peut être parfois intégré dans les murs mêmes d'une maternité privée : « *Dans la clinique, les médecins qui travaillent ont quand même tendance à nous envoyer des patientes un peu en systématique, que ce soit pour les entretiens prénataux ou même pour les consultations de grossesse. Certains sont un peu vieillissants entre guillemets, donc ils ont tendance à plutôt envoyer les consultations de grossesse aux sages-femmes, que ce soit des sages-femmes de ville ou nous* » (Édith, SFL). Ce qui est plus nouveau par contre, c'est l'adressage pour des soins gynécologiques, même si beaucoup

313. Sénat, *Enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, Rapport d'information n° 243, janvier 2015, p. 68.*

314. Daunais Carole, *L'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales exerçant dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2016, p. 43.*

315. *Propos d'un gynécologue-obstétricien et d'un gynécologue médical cités par Trossat Fanny, op. cit. p. 59-60.*

continuent à penser qu'ils sont avant tout de leur ressort. Ici c'est affaire de maternités de la région des Hauts-de-France qui « délèguent de fait une grande partie de leur activité de consultation au secteur libéral pour n'accueillir les consultantes que vers 6 ou 7 mois »³¹³, là de gynécologues, certes minoritaires (12 %), qui, en région Auvergne-Rhône-Alpes, dans un contexte de pénurie et d'isolement géographique, orientent leurs patientes vers des sages-femmes libérales pour de tels soins³¹⁴. Sans doute que nombreux sont les gynécologues qui sont rétifs à de tels adressages, même s'ils peinent à faire face à toutes les demandes de rendez-vous, comme le sont aussi ceux qui, à l'heure de la retraite, « déposent leur plaque » sans crier gare, mais au fil des entretiens, nous avons entendu la relation de passage de relais qui ne paraissent pas si anecdotiques que cela. « À S., quand les patientes appellent à son cabinet pour un rendez-vous gynéco, la secrétaire leur dit d'emblée que, chez eux il y a de l'attente. Si elles veulent, il y a une sage-femme qui prend tout de suite » (Honorine, SFL). « Il y a une gynéco qui prend sa retraite, qui nous envoie beaucoup de patientes aussi. Pour la préparation à la naissance, et qui nous envoie aussi petit à petit des suivis gynécos » (Laurence, SFL).

Dans tous les cas, nombre des sages-femmes libérales dressent le constat que les sollicitations qu'elles reçoivent tiennent notamment à la réduction de l'offre de service des cabinets de gynécologues, à la file d'attente pour obtenir un rendez-vous, y compris dans des centres périnataux de proximité qui eux aussi peinent à faire face à la demande. « Dans le centre, à 12 km d'ici, ils font deux vacations d'une journée chacun. Il y a deux jours par semaine pour toute la vallée. Et les gynécos de M. qui sont surchargés, qui ne prennent plus de nouvelles patientes, et les gynécos d'O. qui ont arrêté, avec un remplaçant qui n'arrive pas à faire face » (Benoîte, SFL). Cela ne présume pas vraiment de la teneur voire même de l'effectivité des interactions entre gynécologues et sages-femmes, libérales en l'occurrence, mais tel est le contexte qu'il convient de rappeler et que peuvent d'ailleurs exprimer sans ambages gynécologues-obstétriciens ou médicaux : « La nature a horreur du vide, ça vient du déficit des médecins gynécologues. Il y a un déficit cruel, donc on donne aux sages-femmes les prérogatives qu'étaient celles des médecins » ou encore « C'est prévu : moins 20, moins 25 % dans les 10-15 années qui viennent, donc à un moment donné, il faudra bien que quelqu'un fasse le boulot »³¹⁵.

316. Ministère de la Santé et des Sports et al., *Référentiels métiers et compétences*, op. cit., p. 119.

4.2. Dystocie et eutocie: une frontière pas si nettement tracée

Dans le cadre hospitalier, maternités comprises, quand ce n'est pas en tant qu'assistante du médecin, travaillant à ses côtés, avec des compétences déléguées et bien fixées, la principale ligne de partage entre ce que mettent en œuvre gynécologues et sages-femmes renvoie à la distinction entre dystocie et eutocie, entre pathologie et déroulement physiologique d'une grossesse et d'un accouchement par exemple. Telle est la doctrine, régulièrement mise en avant dès lors qu'il s'agit d'aborder la coopération entre ces deux professions³¹⁶. Les sages-femmes des maternités sont donc censées être bien à même de déterminer ce qui relève de leurs compétences et ce qui appelle l'intervention d'un gynécologue. C'est le cas aussi en ce qui concerne les sages-femmes libérales, qui ont bien en tête la nomenclature des actes qu'elles sont autorisées à effectuer. Elles connaissent leurs limites, elles savent déceler les signes avant-coureurs de possibles « complications », savent évaluer ce qui requiert une réorientation, que ce soit en matière de suivi des grossesses ou de soins gynécologiques. Ledit « réadressage » est un lieu commun et il est à la base de cette coopération: « *Même si on ne traite pas les pathologies, on doit les dépister. Là, je suis souvent obligée de solliciter les gynécos, mais c'est normal. Dès l'instant où j'ai un frottis pathologique, il faut que je demande un avis et que j'adresse* » (Céline, SFL). Leurs compétences, qu'elles soient reconnues de longue date ou plus récemment acquises, sont bien établies et elles sont à même de relever les indices d'une possible pathologie, les suspicions révélées par des résultats d'analyses qui demandent une expertise qu'elles ne possèdent pas. « *Pour toutes les activités, y compris pour le suivi gynéco, on considère que le dépistage et la prescription de contraception, c'est de la physiologie. Par exemple, elles réalisent des frottis, si le frottis n'est pas normal, elle nous passe la main pour qu'on décide qu'est-ce qu'on fait avec ce frottis pas normal* » (Aurélien, GO). Chaque professionnel s'inscrit de la sorte dans un continuum afin, le cas échéant, de conseiller utilement une patiente, de la guider efficacement voire d'opérer des liens et de transmettre toutes les informations utiles à celui ou à celle qui prendra son relais et assurera la permanence des soins attendue. Cela vaut dans un sens et dans un autre: « *Un obstétricien, il est là pour s'occuper de la pathologie parce que c'est très médical. Il y a beaucoup de connaissances médicales autour de la grossesse qui peut être compliquée, donc on est là pour ça et il faut passer du temps sur la pathologie, mais pas s'occuper de la grossesse normale. Au début, on a eu un peu de mal à ce que ce soit accepté par les femmes. De temps en temps, il y a des femmes qui voulaient absolument voir un obstétricien. Maintenant, c'est complètement acquis. Tout le monde sait qu'à L., toutes les grossesses normales sont suivies par les*

317. Charrier Philippe et Clavandier Gaëlle, *Sociologie de la naissance*, op. cit., p. 128.

318. Thomas Catherine, *Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée*, Thèse d'Anthropologie, Université de La Réunion, 2016, p. 297.

sages-femmes » (Hervé, GO). Ainsi va la délégation « sur le papier » et dans certains cas, on veut bien le croire, cela se déroule sans anicroche.

Reste que cette coopération bien rodée ne représente qu'un cas de figure parmi d'autres et on peut avancer même que cette vision des choses d'un accord qui irait naturellement de soi est quelque peu irénique. De fait, nous l'avons souligné, la plupart des gynécologues s'accordent pour mettre en récit l'imprévisibilité de bien des situations, concernant notamment les accouchements. La notion de « bas risque » représente de ce point de vue un acquis pour ne pas dire une victoire de ceux qui en répandent l'usage avec force évidence, au point que l'expression, passée dans le sens commun, n'est même plus discutée. Parler d'accouchement naturel, physiologique ou eutocique en viendrait même chez certains à susciter une moue réprobatrice. De plus, aucune posture ne peut être définitive : *« les frontières sont assez claires entre le physiologique et le pathologique. Les frontières sont quand même relativement claires. Après, une même patiente peut faire des allers et retours entre la case physiologique et la case pathologique au cours de sa grossesse. Les frontières sont assez claires, mais la définition de la physiologie n'est pas très claire »* (Aurélien, GO). Comprenez qui pourra ? À tout le moins, on saisit que rien n'est simple en matière de ligne de partage. Le même gynécologue dira aussi qu'il suit *« surtout des grossesses pathologiques »*. Quant aux sages-femmes hospitalières, elles ont bel et bien affaire à ce type de grossesses ; il est vrai *a priori* sous le regard de gynécologues veillant au bon déroulement des soins.

Savoir où commence et où finit l'eutocie, quelles sont les limites des interventions des sages-femmes n'est donc pas si aisé. D'ailleurs, fait significatif, la notion de dystocie est apparue avant celle d'eutocie, qui a émergé en creux en quelque sorte : *« Cette distinction s'est construite sur l'étalon de la pathologie, décrite comme un événement rationnel et observable ; alors que l'eutocie renvoyait à une conception probabiliste, incertaine peu maîtrisable, par conséquent plus floue pour un raisonnement tant clinique, que scientifique »*³¹⁷. De fait, les sages-femmes les plus âgées peuvent se remémorer un temps où tel ou tel type d'actes pouvait être de leur ressort, tels les accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel, la naissance de jumeaux, d'autres cas encore qui aujourd'hui leur échappent³¹⁸ alors que dans leurs souvenirs, ces mises au monde se réalisaient sans problème particulier : *« Dans celles de niveau 2 et 1 [les maternités], les médecins ont de plus en plus de difficulté à exercer leur métier de technicien (faute de cas) et reviennent alors vers des fonctions proches de celles des sages-femmes ; dépister la pathologie, orienter vers les grands centres et faire les accouchements physiologiques. Face à un risque de déqualification de l'activité*

319. Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, op. cit., p. 87.

320. Carricaburu Danièle, « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique », dans D. Carricaburu et al., *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 37.

321. Vanlerenberghe Jean-Marie, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'Enquête de la Cour des comptes relative aux maternités*, Rapport d'information n° 243, 2015, p. 54.

322. Ibid., p. 55.

médicale, de dépossession de leur rôle, les obstétriciens redéfinissent les limites de leur territoire en s'appropriant l'accouchement eutocique comme acte médical »³¹⁹. Il en va ainsi de l'accouchement podalique (appelé aussi présentation par le siège). Les gynécologues-obstétriciens tendent à considérer que c'est là une situation à risque, à l'aune de la « nouvelle grammaire médicale fondée sur l'interprétation probabiliste de la maladie et de la santé ». Là où la « règle d'or » était « ne pas y toucher », les pratiques sont aujourd'hui bien contrastées, notamment en fonction du niveau de la maternité. Danièle Carricaburu a pu souligner comment les sages-femmes, qui savaient y faire sans coup férir, en douceur en somme, se sont vues dépossédées de cet acte (avec souvent le recours à une césarienne), quitte à perdre au passage des compétences « qui relèvent notamment de savoir-faire, difficilement compatibles avec la valorisation de la technicité et l'emprise du raisonnement probabiliste »³²⁰.

Les définitions sont donc labiles et sujettes à de possibles interprétations, notamment en fonction du contexte. « *Il y a une époque où on nous a enlevé plein de choses qu'on faisait; et maintenant on nous les redonne parce qu'il manque de gynécos* » (Pia, SFL). Un rapport d'information du Sénat ne va pas dans un autre sens: « À cet égard, il s'agit souvent davantage d'un ajustement contraint des rôles plutôt que de la recherche d'une meilleure valorisation et d'une utilisation optimale des compétences respectives de chaque profession par une redéfinition des pratiques et des responsabilités: compétences des sages-femmes pour l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens contrairement aux recommandations de la Cour en 2011 »³²¹. Et de citer nommément à la suite certaines petites maternités bien dotées en gynécologues-obstétriciens qui réalisent davantage d'accouchements physiologiques là où ailleurs est constaté un report sur les sages-femmes; de même en ce qui concerne la réalisation des échographies³²². Il semble bien aussi qu'au sein des maternités privées, des évolutions aient eu lieu il y a déjà quelques années. Ce n'était pas un cliché que cette arrivée d'un gynécologue au tout dernier moment de l'accouchement, s'autocongratulant le cas échéant, même s'il faudrait en prendre la juste mesure. « *Desfois même, j'avais vu quelquefois des sages-femmes essayer de tempérer un peu le temps qu'il arrive, pour qu'il fasse l'accouchement. Même des fois, il ne faisait pas l'accouchement, il félicitait juste les dames et il partait. Donc, je m'étais dit: "ça ne sert à rien ce métier où on vient à toute heure du jour et de la nuit, juste pour faire ça". Je ne voyais pas trop l'intérêt. Ensuite quand j'ai été, moi, gynécologue de garde à la clinique. C'est vrai qu'on nous appelait pour les accouchements* » (Irène, GO hospitalière). « *Moi, j'ai travaillé en clinique il y a très longtemps, quand j'étais chef de clinique,*

323. Pierre Anaïs, *L'épisiotomie : pour ne pas couper de cette compétence. Étude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Metz, 2011.

324. CNAMETS, « L'activité libérale des sages-femmes » dans ONDPS, *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, op. cit., p. 105-119

325. Douquet Florence et Vilbrod Alain, « Le métier de sage-femme libérale », op. cit., p. 126-127 et Daunais Carole, op. cit., p. 25-26.

donc ça fait 30 ans. À l'époque, la sage-femme avait une autonomie, c'est-à-dire que le médecin faisait confiance à la sage-femme. Très souvent la sage-femme, qu'est-ce qu'elle faisait ? Elle faisait l'accouchement jusqu'à la partie basse, elle retenait la tête et "enlève ta main, je mets la mienne". "Madame, je vous ai fait un bel accouchement" » (Christian, GO hospitalier). Par contre, dans un contexte de pénurie de gynécologues et de tensions budgétaires (et/ou de recherche de profits supplémentaires), c'est un système de garde qui tend à prévaloir désormais, et les patientes ne sont plus assurées que celui qui les a suivies tout au long de leur grossesse sera de leur accouchement. Présentés comme une initiation, certains sont prolixes pour relater comment, à la suite, ils ont formé les sages-femmes qui ont désormais les coudées plus franches : « Au bout d'un moment, j'ai senti que les sages-femmes voulaient aussi sortir les bébés. Donc, je me suis pris au jeu et je les ai formées. Oui, un peu formées, parce que c'était de jeunes sages-femmes très souvent. Je leur ai montré comment faire, non pas comment faire pour accoucher, mais comment respecter un périnée, comment respecter le timing de l'accouchement, comment ne pas faire pousser trop tôt parce que la femme va être épuisée. Donc, les sages-femmes trouvaient que c'était de la belle obstétrique sans prétention, mais parce que c'était fabuleux de pouvoir aider les femmes et de ne pas avoir de problèmes des suites de l'épisiotomie, du systématisme. Donc, j'arrivais et je disais à la sage-femme : "allez-y, je suis là" » (Charles, GO libéral).

Les compétences nouvellement acquises par les sages-femmes en matière de gynécologie en témoignent s'il le fallait, les frontières sont labiles et ce qui est intangible un jour peut ne plus l'être le lendemain. « À partir de 2006, de plus en plus, les hôpitaux commençaient à laisser les sages-femmes faire tout. Avant, on faisait l'accouchement, mais par contre, quand il fallait faire une réfection d'épisiotomie, il fallait appeler le gynéco. C'est vrai qu'il y avait ce côté-là, et le côté suivi de grossesse était très peu laissé aux sages-femmes. Donc, c'est vraiment dans ma dernière année de formation de sage-femme que j'ai vraiment eu cet aspect encore plus médical de la professionnelle » (Michelle, SFL). De fait, les sages-femmes libérales sont de plus en plus impliquées en matière de consultations gynécologiques. Frottis cervico-vaginal, prescription de contraceptifs hormonaux, avortements médicamenteux, pose de stérilets, etc., l'élargissement de leurs compétences peut se lire dans les enquêtes s'attardant sur ce qu'elles mettent en œuvre au quotidien³²³. Cela s'est fait graduellement, de manière progressive et assez lente dans un premier temps³²⁴ ; mais depuis quelques années l'essor de ces nouvelles activités est tangible, surtout du côté des plus jeunes³²⁵. À l'occasion, cela entraîne de nouvelles formes d'interactions entre sages-femmes libérales et gynécologues. « La gynéco, c'est quelque

chose qui commence à venir, surtout que les gynécos commencent à aller un peu à la retraite. Donc, il faut bien que les femmes continuent à avoir un suivi gynécologique, au moins de base. Comme je leur dis: "moi, je fais de la gynéco physiologique, le dépistage, les petites mycoses. S'il y a une pathologie, il faut toujours avoir un gynéco dans la tête". Mais bon, ça dépanne toujours d'avoir une sage-femme pour faire un frottis, poser un stérilet. Accessoirement ça pourrait aussi permettre aux gynécos de se concentrer sur le cœur de leur boulot. Pour moi, je vois ça comme ça. Un gynéco, c'est un médecin. Moi, je vais voir le médecin quand je suis malade. Une femme quand elle fait son frottis, elle n'est pas malade; quand elle est enceinte, elle n'est pas malade; quand elle pose un stérilet, elle n'est pas malade. Donc éventuellement ce serait intéressant de pouvoir jouer le jeu » (Barbara, SFL).

Les troubles de la ménopause aussi sont l'occasion pour les sages-femmes, formation à la clé le cas échéant, d'accueillir de nouvelles patientes, possiblement adressées par des gynécologues: « *La ménopause, c'est parce que j'avais des questions; j'ai eu des questions de certaines patientes d'un certain âge. Comme je ne connais pas trop... Évidemment, je ne peux pas mettre de traitement en place, mais au moins connaître le mécanisme pour pouvoir un peu en parler. C'était une dame, c'était au tout début de mon installation, j'ai eu une dame au téléphone et je me suis sentie un peu bête. J'ai dit: "écoutez, je ne connais pas trop la ménopause" » (Barbara, SFL). « Moi, je leur ai dit: "je ne suis pas là pour prendre le boulot des gynécos, moi ça ne m'intéresse pas, je suis sage-femme". Par contre je veux bien, pour toutes les patientes qui habitent près de chez moi, faire du renouvellement d'ordonnance pour des pilules, faire des poses de stérilet si ça leur évite d'attendre un an et demi le rendez-vous chez le gynéco. Par contre, la moindre pathologie, moi j'envoie. Je ne le cache absolument pas à mes patientes: si je ne sais pas, j'envoie, je ne prends pas de risques. Donc, avec les gynécos ça se passe bien. Je leur demande souvent des avis aussi par rapport à la rééducation périnéale, quand j'ai des pathologies ou que ça n'avance pas comme je voudrais, que je n'arrive pas à aller plus loin. Du coup, ça se passe très bien. Je pense qu'il faut juste être logique, chacun son boulot, mais on travaille en collaboration. Du coup, j'ai notamment un gynéco qui m'envoie régulièrement des dames d'un certain âge. Elles viennent parce qu'un autre médecin leur a dit qu'il fallait se faire opérer et quand elles vont voir l'autre médecin, il dit: "attendez, avant de vous faire opérer, vous allez faire un petit peu de rééducation avec une sage-femme, on va voir ce que ça donne". Du coup, ça se passe très bien comme ça. Après, je ne suis pas médecin, je le dis aussi souvent » (Bérangère, SFL).*

326. Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Le métier d'infirmière libérale*, Paris, Seli Arslan, 2007; Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Les infirmières libérales*, Paris, Seli Arslan, 2018.

327. DREES/INSERM, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016*, op. cit., p. 65-69.

328. Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle., op. cit., p. 5.

Nous l'avions remarqué au fil de travaux portant sur les infirmières³²⁶ et nous l'avons également croisé en ce qui concerne ici les sages-femmes; il n'est pas rare qu'au cours de leurs stages de formation ou en début de carrière, certaines se tournent vers des maternités voire vers un exercice libéral outre-mer. Elles se rendent compte alors prestement que la ligne de partage des compétences respectives est mouvante. Avant même les réformes de 2012 et de 2016 étendant le champ de compétences des sages-femmes, en Guyane, aux Antilles, à l'île de la Réunion, etc. ce qui leur était *a priori* interdit dans l'Hexagone se révélait déjà possible en ces lieux. « *J'ai commencé à faire du libéral près de Nouméa. Une des vieilles sages-femmes installées là-bas cherchait un remplaçant. Moi, ça faisait un an que j'étais diplômée, je lui dis: "moi, je n'ai pas du tout d'expérience en libéral, je sais que c'est une autre façon de travailler". Évidemment, il y a des suivis de grossesse, de rediriger les patientes s'il y a une urgence ou pas à l'hôpital, mais je lui dis: "au niveau gynéco, je ne sais pas grand-chose". Il me dit: "t'inquiète pas, viens, je vais te chaperonner. Tu viens pendant trois semaines avant de me remplacer". Autant sur le suivi de grossesse, on va dire que je me sentais complètement à l'aise et pas besoin que quelqu'un vienne vérifier derrière moi si j'avais bien fait; autant sur un suivi gynéco quand vous n'en avez jamais fait, je pense que c'était rassurant* » (Michelle, SFL). « *En Guyane, les gynécos adressaient des suivis de grossesse, car toutes les femmes qu'ils voyaient et qu'il n'y avait pas de difficultés, ils les envoyaient vers une SF. Alors qu'ici, ça reste très chasse gardée* » (Thiphaine, SFL). On pourra dire que les risques de complications sont plus élevés dans les DROM³²⁷ et que ceci explique cela. Là encore, rien n'est simple et la labilité des frontières est aussi à relier à un contexte où on découvre que les sages-femmes et les gynécologues peuvent s'entendre sur une autre ligne de partage que sur le Vieux Continent, notamment quand pénurie de ces derniers il y a.

Ainsi donc les définitions sont sujettes à interprétation et ne sont jamais gravées dans le marbre. Ici des sages-femmes perdent puis retrouvent des compétences, là elles en gagnent assurément de nouvelles, et puis parfois elles en perdent. En effet, bien des gynécologues apprécient de ne pas se cantonner à la seule pathologie et mettent volontiers en avant la polyvalence de leur métier « permettant d'articuler le travail sur la pathologie, la physiologie avec un travail de prévention ». C'est, semble-t-il, le cas de nombre de gynécologues médicaux libéraux « qui peuvent concilier plus facilement leur vie professionnelle avec leur vie familiale grâce à l'exercice libéral et qui insistent sur le contact au long cours avec les patientes, qui les place au cœur des confidences et des histoires conjugales, à travers le rapport à l'intimité qui est le leur »³²⁸. Des gynécologues-obstétriciens peuvent aussi ne pas vouloir se dessaisir des grossesses physiologiques: « Suivre

329. Cavalli Samuele et Gouilhers-Hertig Solène, *op. cit.*, p. 93.

330. Carricaburu Danielle et Ménoret Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 71.

331. Douguet Florence, Hontebeyrie Juliette et Vilbrod Alain, « La profession de sage-femme libérale aux prises avec la Loi HPST » dans *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé* (dir. T. Alam, M. Gurruchaga), Paris, L'Harmattan, 2015, p. 333.

intégralement une grossesse représente une gratification professionnelle dont il est difficile de céder le privilège à d'autres : *« C'est juste magique de suivre une femme depuis que l'embryon fait 2 millimètres, jusqu'à ce qu'on le voit sur le ventre de sa maman, c'est quelque chose qui est extraordinaire, donc je ne veux pas y renoncer »*³²⁹. Un tel point de vue rejoint celui de Anne, une SFL : *« Les gynécos, ça les démoralise de ne voir que des problèmes, et donc, ils aiment bien avoir des grossesses normales. Humainement, j'ai compris ça. Et plusieurs années après, je m'aperçois qu'ils ne m'ont amené personne, car ils gardent leur clientèle »*. Pour d'autres gynécologues, les précédents qui ont été problématiques justifient leur intervention, même si, de fait, c'est aussi affaire en quelque sorte de varier les plaisirs quand l'agenda le permet : *« Ma mission, c'est plutôt la pathologie, mais parfois, s'il y a de la place, ça m'arrive d'ouvrir un dossier parce que j'ai des créneaux sur les mois suivants et je la revois. J'ai quelques grossesses physio, mais j'en ai moins. C'est agréable de voir les deux. Je suis des grossesses physio, je suis beaucoup de dames où ça va très bien se passer mais, malgré tout, c'est basé sur un antécédent pathologique, des antécédents d'accouchement très prématuré, donc avec une surveillance, un suivi particulier qu'on va mettre en place. Et souvent, et heureusement, l'obstétrique c'est ça qui est génial, c'est que quand il y a eu un drame, la grossesse suivante est souvent réparatrice et ça se passe bien. Une grossesse physio souvent, c'est basé sur des antécédents parfois très difficiles, mais malgré tout cette fois-ci, ça se passe très bien. Une fois qu'on a passé la phase de très grande prématurité, tout le monde se détend »* (Bruno, GO hospitalier). Approche probabiliste encore et toujours, au fondement d'une médicalisation qui fait que la dystocie demeure en filigrane et qu'on peut la convoquer quand cela arrange.

Profession à compétences limitées, aucun des actes *stricto sensu* que les sages-femmes diligentent n'est insubstituable, qu'il s'agisse des gynécologues, des médecins généralistes voire des masseurs-kinésithérapeutes. Tout est donc affaire de partage entendu des territoires d'intervention, d'une division du travail « dont les frontières sont mouvantes, mais dont le contrôle reste entre les mains de la profession dominante qui agit en fonction de ses intérêts du moment »³³⁰. Rien de vraiment étonnant alors que plusieurs sages-femmes interrogées expriment chacune à leur manière cette position d'entre-deux, ni chair ni poisson³³¹. *« Effectivement, vu qu'il manque des gynécos, on a des compétences là-dedans. Après, il faut vraiment être bien formé, mais en tant que sage-femme, on n'est pas censé être dans la pathologie. Du coup, nos limites des fois ne sont pas évidentes à voir »* (Carine, SFL); *« Nous sommes prescriptrices de pas mal de choses, mais nous ne sommes pas reconnues en tant que profession médicale, on ne sait pas trop dans quel cadre nous classer, il faudrait commencer par cela »*

332. Carricaburu Danièle, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical... », op. cit., p. 132.

333. Seguin Chantal, « Partage des responsabilités entre obstétriciens et sage-femme », La revue Sage-femme, n° 7, 2008, p. 268.

334. Vajou Aurélie, La responsabilité de la sage-femme lors de la délégation d'actes, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6, 2017, p. 52.

(Aude, SFL); « Le problème de la sage-femme, c'est qu'on est à cheval sur plusieurs professions. On est un peu kiné, on est un peu pédiatre, on est un peu gynéco » (Barbara, SFL); « Les compétences des sages-femmes ne sont pas encore bien connues de la part des autres professionnels. La profession est à cheval sur beaucoup d'autres professions : [masseurs-] kinésithérapeutes, médecins généralistes, gynécologues et infirmières puéricultrices. Ce possible empiètement des compétences ne facilite pas la lisibilité des compétences spécifiques de la sage-femme » (Charlotte, SFL).

« À cheval », « Entre plusieurs chaises », etc., les unes et les autres traduisent volontiers les ambiguïtés d'un métier aux frontières imparfaites. Plus d'un gynécologue en convient d'ailleurs : « C'est compliqué. Il y a des choses très cadrées et on ne peut pas mettre toutes les situations dans des cadres. Dans la grossesse, il y a les recommandations de la HAS [Haute autorité de santé]. Il y a encore des pathologies qui ne rentrent pas dans ces cadres-là; ils n'ont pas pensé à tout, c'est normal » (Bruno, GO hospitalier). À l'image de la catégorie « bas risque », instable, labile et sujette à discussion³³², le rôle propre des sages-femmes est équivoque. En toute logique, il en va aussi de la détermination des responsabilités entre obstétricien et sage-femme : « La collaboration entre les sages-femmes et les médecins lors d'un accouchement est plus que fréquente. En cas de contentieux, devant certaines difficultés à rechercher les responsabilités respectives de chacun d'entre eux, l'auteur tente de dégager les solutions émanant des décisions à partir d'une analyse jurisprudentielle. Celles-ci sont divergentes, en raison de l'interprétation du statut de la profession de sage-femme. Les solutions étant gouvernées par le statut ambivalent de la profession de sage-femme, certains jugements décident de responsabilité exclusive de la sage-femme ou du médecin, alors que d'autres reconnaissent des responsabilités partagées entre sage-femme et médecin »³³³. Il en va des juges, mais apparemment les sages-femmes elles-mêmes appréhendent imparfaitement le périmètre de leur responsabilité juridique : « Les sages-femmes travaillent en équipe pluridisciplinaire sans connaître le champ de compétence des professionnels avec qui elles exercent et délèguent de nombreux actes sans que ceux-ci puissent être normalement effectués par le délégataire en question. De plus, il est apparu que de nombreuses pratiques relevaient plus de l'expérience acquise ou de l'habitude que de la compétence acquise par l'obtention du diplôme (...). Les sages-femmes ont des difficultés à appréhender les différents types de responsabilités qui pouvaient être engagées lors de leur pratique quotidienne »³³⁴. Ambivalence, valse-hésitation... sans doute n'est-ce donc pas fortuit qu'ici et là, dans les publications mêmes de la DREES, on puisse lire des tableaux statistiques où d'un côté sont

335. DREES, « *Portrait des professionnels de santé* », *Panoramas de la DREES*, op. cit., p. 34-35. En décembre 2014, a été créé le statut médical des sages-femmes des hôpitaux.

comptabilisés « les personnels médicaux » et de l'autre « les personnels non médicaux et sages-femmes »³³⁵, tel un métier décidément inclassable.

Il serait bien trop simple pour autant d'en rester à des représentations de professionnelles ballottées, voire instrumentalisées par des gynécologues, maîtres en leur demeure. Là encore les choses sont bien plus complexes.

4.3. Enjeux et limites de l'autonomie des sages-femmes hospitalières

En termes de relation entre gynécologues et sages-femmes, il y a certes d'autres occasions, mais coordination et alliance, délégation et coopération sans oublier, à l'inverse, désaccords et tensions se cristallisent on ne peut plus au moment dudit « travail » et de l'accouchement de leurs patientes. En ces temps de mise au monde, se révèlent l'effectivité des solidarités entre professionnels, mais aussi ce qui contrevient, ce qui contrarie l'entente et un partage des rôles convenant à chacun. La gestion des efforts expulsifs, le temps accordé avant un déclenchement, le choix programmé ou non d'une analgésie péridurale, l'attention apportée à la parturiente, les dilemmes autour de la pratique d'une épisiotomie ou d'une césarienne, etc., toutes ces manières de faire vont révéler la façon dont les uns et les autres conçoivent leur complémentarité.

On pourrait penser que le niveau des maternités est déterminant en matière d'autonomie des sages-femmes, du fait par exemple que dans les CHU, elles sont bien plus encadrées, compte tenu de la fréquence des accouchements dystociques. Un certain nombre de témoignages vont dans ce sens et laissent entendre que dans les « petites maternités », rattachées typiquement à des cliniques, ces professionnelles bénéficieraient d'une latitude plus importante. « *Dans la petite clinique, on faisait tout du début à la fin, on appelait le gynéco que pour la césarienne* » (Brigitte, SFL); « *Moi, je n'ai jamais travaillé dans le milieu hospitalier, parce que je n'ai jamais supporté de ne pas savoir qui fait quoi. Quand vous êtes en milieu hospitalier, il y en a qui viennent, il y en a d'autres qui partent et tu ne sais pas où t'en es. Quand tu es dans une clinique, déjà, la sage-femme a la responsabilité de sa salle d'accouchement. À l'époque, on était toute seule, on doit savoir où on va. On tient le médecin au courant, on l'appelle pour l'accouchement quand il y a une légitimité ou quoi que ce soit. Franchement, vous êtes autonome et vous devez savoir faire beaucoup de choses et c'est ça qui est passionnant, mais vous êtes toute seule. Je n'ai jamais travaillé en milieu hospitalier parce que je n'aurais jamais aimé me disperser comme*

336. En 2016, plus qu'en 2010, les sages-femmes sont aux avant-postes pour ce qui est de la réalisation de l'accouchement (58,6 % contre 46,1 % par un gynécologue en 2010 et respectivement 58,6 % et 41,3 % en 2016). Quand il s'agit d'un accouchement par voie basse non instrumentale, ce sont désormais 87,4 % d'entre eux qui sont assurés par des sages-femmes. Il existe certes des différences entre maternités publiques et privées, mais la tendance va dans le sens d'un acte qui relève de plus en plus de ces professionnelles dès lors qu'il n'y a pas de complications. DREES/INSERM, Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, op. cit., p. 112-113.

337. Ministère de la Santé et des Sports et al., Référentiels métiers et compétences, op. cit.

ça. Donc, j'ai eu cette chance-là » (Viviane, SFL). Il n'est pas déraisonnable en effet d'avancer que l'autonomie des sages-femmes s'accorde avec la part de grossesses évoluant sans souci particulier, et les chiffres sont d'ailleurs assez parlants³³⁶. Si entrent d'évidence en ligne de compte les compétences qui leur sont reconnues³³⁷, pour autant d'autres témoignages ne valident pas totalement une telle hypothèse. Ici, ce sont des sages-femmes de maternités de niveau 1 qui ne trouvent comme échappatoire à la tutelle médicale, très pesante à leurs yeux, que le fait de travailler la nuit, là où, de jour du moins, les gynécologues n'entendent pas délaissier les accouchements eutociques, et plus largement le suivi des patientes dont la grossesse se déroule pourtant sans anicroche. Là ce sont d'autres professionnelles qui, au sein de maternité de CHU, expriment le sentiment, elles aussi, d'être autonomes à bien des égards, y compris quand se présentent des accouchements dits « à haut risque ». En fait, rien de véritablement convaincant ne rapporte sans conteste l'autonomie des sages-femmes au fait qu'elles travaillent dans des maternités de niveau 1, 2A, 2B ou 3.

Du côté des gynécologues aussi, les points de vue exprimés ne rapportent d'ailleurs pas à tout coup cette autonomie au classement de la maternité. Évoquant des établissements de petite taille, Quentin (GO, hospitalier en CH) déclare : « J'ai fait pas mal de gardes dans des maters, dans des situations isolées, quand les sages-femmes ont l'habitude d'être seules, c'est-à-dire que le gynéco n'est pas sur place ; ça existe encore. C'est vrai que c'est vraiment plus tranquille de travailler avec elles. Elles sont obligées d'être autonomes, d'anticiper et elles n'ont pas le confort d'avoir le gynéco qui est à 20 mètres, qu'elles peuvent appeler. Dans la mater où je suis, ils ont vécu une longue période où les gynécos étaient peu nombreux et ça se passait pas bien entre eux, les relations. Donc, elles se sont bien soudées entre elles. Elles ont un bon groupe et elles sont assez compétentes, vraiment, et assez autonomes ». Pour autant, cela ne l'empêche pas à la suite d'observer : « Au sein du même site, on peut avoir différents traits de caractère, même quand on est dans un CHU ». De son côté, Irène (GO en CHU) souligne que « Quand il n'y a pas de problèmes, si nous, on n'a pas posé la question ou si on ne les a pas vues, qu'elles [les sages-femmes] nous ont pas informés particulièrement, ou parce qu'on est parti dormir ; parce que, nous, quand on est de garde 24 heures, on a le droit d'aller dormir ; si ça se passe bien, elles ne vont pas nous appeler. Il y a des choses qu'on ne sait pas ou qu'on n'est pas au courant, ou qu'on sait le lendemain ».

À quoi donc rapporter l'autonomie des sages-femmes hospitalières ? La réponse est très prosaïque, même si elle ne peut prétendre tout recouvrir. Elle tient d'ailleurs à des éléments déjà amplement relevés : les gynécologues

apparaissent bien au centre de cette autonomie plus ou moins large accordée aux sages-femmes, et ce pour une raison assez simple: eux-seuls bénéficient de cette très large indépendance et peuvent imprimer leur marque sans véritablement avoir des comptes à rendre. Ce n'est que secondement qu'intervient, de surcroît pourrait-on dire, ce à quoi aspirent des sages-femmes, qui toutes d'ailleurs n'ont pas l'allant, le ressort pour s'engager, etc. et ce pour bien des raisons. Ce sont avant tout donc eux qui sont les maîtres du jeu dès lors qu'ils disposent du pouvoir de déléguer ou non des actes qui relèvent d'une double compétence, la leur et possiblement celle des sages-femmes. Ces dernières ne sont pas pour autant totalement « médecin-dépendant », mais il leur faut faire appel à bien des ressources pour défendre leur place. Les propos de Christian (GO, chef de maternité en CHU) apparaissent ici assez révélateurs, y compris des limites de son pouvoir auprès de ses collègues gynécologues, d'où la longue citation qui va suivre.

« À quoi tient l'autonomie des sages-femmes au sein du CHU ? »

« Ça dépend de beaucoup de choses. La latitude, elle est donnée par l'obstétricien en fonction de sa propre angoisse. Elle est donnée à la sage-femme, aussi en fonction de la volonté de la sage-femme de prendre les responsabilités. Moi, j'ai connu des endroits où des sages-femmes, par exemple en pré-partum, c'est-à-dire avant l'accouchement, sur des grossesses à haut risque, hospitalisées, avaient une autonomie complète. Moi, je ne m'en occupais pas, je venais chaque fin de matinée pour voir si elles avaient des problèmes. Je faisais une visite par semaine et ça tournait très bien. Elles avaient pris de l'autonomie sur la gestion du pathologique, qui était moins encadrée qu'aujourd'hui. Aujourd'hui, vous avez des textes qui vous disent: "vous avez le droit de pisser là, mais pas là". Mais on leur avait laissé l'autonomie parce qu'elles avaient fait leurs preuves. Et puis je débarque ici. Ici, les sages-femmes sont des caisses enregistreuses des décisions médicales, donc il n'y a pas d'autonomie. C'est une catastrophe d'ailleurs, parce que j'estime qu'une sage-femme de grossesses à haut risque ou de salle de travail ne doit pas appeler pour un oui ou pour un non. Soit elles s'estiment, parce qu'elles s'estiment quelquefois, l'égal du médecin pour analyser des choses et prendre des décisions; soit elles ne sont qu'un intermédiaire et dans ce cas-là, je mets une infirmière qui fasse bien le boulot. Soit elles ont une formation et on les considère comme corps médical, avec une certaine autonomie, et elles apprennent; soit elles dégainent... Mais pourquoi elles dégainent aussi? Parce que l'angoisse qui peut exister autour, de la part de certains médecins, fait qu'elles ouvrent le parapluie pour un oui ou pour un non. Moi, je suis un peu catastrophé, depuis 4 ans, de voir le peu

338. Carricaburu
Danièle, « Entre
incertitude et risque... »,
op. cit., p. 43.

d'autonomie des sages-femmes que nous avons ici. Mais je l'ai déjà dit, je l'ai déjà dit x fois, ce n'est pas normal. Être appelé pour des choses sur lesquelles on m'appelle, on se dit: soit, la sage-femme est mal formée et elle a oublié de faire les choses essentielles; soit elle a une telle peur qu'elle appelle pour un oui ou pour un non. Donc, c'est très variable d'un endroit à l'autre. C'est la peur du gynéco qui fait ricochet sur la sage-femme, c'est-à-dire qui induit ce comportement de la sage-femme. Alors il y a peut-être aussi des sages-femmes qui ne veulent pas prendre la responsabilité. Il y a des textes qui encadrent leurs possibilités. Est-ce qu'on est dans plus de médico-légal aujourd'hui? Je n'ai pas l'impression. On essaye de faire le travail correctement, donc on essaye de diminuer le médico-légal au maximum. On n'est pas dans une maternité où on a dix plaintes par semaine, etc. En tant que chef de service, on a l'impression qu'on peut beaucoup de choses, mais on ne peut pas grand-chose. J'ai l'habitude de dire que celle qui n'a pas envie de prendre ses responsabilités, vous ne ferez pas boire un âne qui n'a pas soif, premièrement. Deuxièmement, mes chers collègues, quelquefois angoissés, qui génèrent des difficultés d'autonomie des sages-femmes resteront angoissés. Quand j'é mets l'hypothèse qu'on pourrait leur laisser un peu plus de latitude et de choses comme ça, c'est: "non, tu comprends...". Enfin bon; soit on a confiance dans le personnel, et moi j'ai confiance totalement dans le personnel qui travaille avec moi. Mais soit on a confiance dans le personnel et, dans cas-là, on laisse l'autonomie et voilà. On ne soigne pas sa propre angoisse en faisant reposer l'angoisse sur les autres ».

Ainsi donc, même en tant que chef de service d'une maternité de niveau 3 réalisant quelque 2 400 accouchements par an, ses marges de manœuvre vis-à-vis de ses collègues sont limitées. À lire des témoignages publiés ici et là, il n'en va pas forcément de même partout, ce qui fait écrire par exemple à Danièle Carricaburu que « le chef de service a une position privilégiée qui lui permet d'influer sur la politique de son service ». Dans telle maternité la règle sera, sauf contre-indication, de d'abord « tenter la voie basse », dans telle autre, de même niveau « le chef de service n'aime pas les sièges: il préconise systématiquement la voie haute pour les primipares et, dit ironiquement une sage-femme, a tendance à favoriser la césarienne pour les autres! »³³⁸. Intervient aussi, indéniablement, tout ce qui pèse sur eux en matière de « crainte du médico-légal ». « Par rapport à notre relation avec les sages-femmes, c'est une relation de "je t'aime moi non plus" qui est un petit peu compliquée de base. On travaille en équipe parce qu'on travaille tout le temps avec elles. En fait, on est responsable de ce qu'elles font. Donc, c'est une situation qui est pas simple non plus à gérer parce qu'elles sont autonomes ou elles ont envie d'être autonomes. Nous, à côté, on doit être là, mais s'il y a un souci, on sait que c'est nous qui sommes responsables.

En gros, il faut quand même qu'on soit au courant de ce qui se passe. Alors, il y en a qui veulent pas être au courant, en même temps, elles, elles ont envie d'être autonomes aussi et pas qu'on vienne dans leurs pattes parce que, si ça se passe bien, on n'a pas de raison d'être dans leurs pattes. (...) Par rapport à la responsabilité, pour nous, c'est difficile aussi parce qu'elles vont faire des choses. Nous, on va arriver et on va dire: "mais pourquoi t'as fait ça? Pourquoi tu ne m'as prévenue que maintenant?". Et puis derrière en fait, s'il y a des répercussions, c'est nous qui allons devoir défendre les choses et pas elles » (Irène, GO hospitalière).

Chaque gynécologue a l'initiative de la délégation des tâches et, à partir de là, peuvent se dessiner, selon les maternités, des tendances plus ou moins homogènes entre ce que tel médecin confiera volontiers aux sages-femmes et ce que tel autre gardera pour lui seul. Pour Bruno (GO en CHU) « Les sages-femmes des hôpitaux, et particulièrement du CHU, elles vont faire plus de pathologie et être un peu à la limite de ce qu'on appelle leurs compétences, c'est-à-dire de ce qu'elles ont le droit normalement de faire, parce que c'est un peu délégué; délégué par une présence médicale. On sait partout qu'une sage-femme de CHU de niveau 3, elle va voir plus de pathologies aussi. Sachant que dans l'accouchement, il peut y avoir des dossiers très pathologiques ou même des accouchements à risque; pour autant ce sera malgré tout la sage-femme qui fera et qui devra appeler à bon escient. De toute façon, il y a toujours un obstétricien sur place qui est disponible. Il y a des cas où c'est forcément l'obstétricien, par exemple pour l'accouchement des jumeaux, l'accouchement du siège. Ça, c'est un accouchement que les sages-femmes n'ont pas le droit de faire toutes seules. Après, je peux dire à la sage-femme que, si elle a envie de le faire, je vais lui faire faire l'accouchement des jumeaux, mais ce sera sous ma responsabilité et je suis avec elle. Par exemple une suspicion de gros bébé, avec un risque de blocage aux épaules. Les protocoles de présence de l'obstétricien dans la salle, on les a enlevés parce que c'est un événement tellement rare. Sachant qu'un blocage des épaules sur un gros bébé, ce n'est pas forcément l'obstétricien qui sera le meilleur pour résoudre le problème, dans le sens où c'est des manœuvres très particulières, dans un endroit très serré au niveau du bassin. Mais si l'obstétricien a des mains géantes et des avant-bras énormes, il ne pourra pas. C'est vrai que la présence de l'obstétricien... Nous, on est appelé tout de suite et on arrive très vite. Des fois, ça arrive, mais normalement ça n'arrive pas, c'est très rare, mais quand ça arrive, c'est quand on s'y attendait pas de toute façon. Donc les sages-femmes peuvent être amenées à faire des accouchements des enfants morts par exemple, des morts fœtales ».

339. Burgard Noémie, *L'autonomie des sages-femmes: lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs dans deux maternités franciliennes*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme mémoire, Université Paris Descartes, 2014, p. 21-22.

340. Syntocinon : injectée par perfusion, l'ocytocine de synthèse (hormone de naissance) plus connue sous le nom de Syntocinon, est couramment utilisée pour déclencher l'accouchement. Elle participe au bon déroulement "du travail" en régulant ou augmentant l'intensité des contractions et en facilitant la mobilité utérine.

Le même Bruno par contre se refusera à accorder aux sages-femmes des gestes qu'elles estiment à leur portée : « *Souvent, c'est de jeunes sages-femmes. C'est une sage-femme qui travaille et qui, malgré tout, est encore assez naïve, qui ne voit pas forcément toujours le danger et qui dit: "oh quand même, une ventouse". On venait de faire une aide instrumentale avec une ventouse, donc c'est une petite aide. Et ça lui paraît tellement facile et simple qu'elle dit: "franchement, les ventouses, on pourrait en faire". Donc, elle parle de faire une aide instrumentale. Là, clairement, c'est des choses qui ne sont pas de leur ressort. Après, ce qu'elles vont dire, que c'est une question de décision [du gynécologue]. Si on dit que ça l'est, ça le devient. C'est ça qu'elles vont dire. Là, je trouvais que c'était aberrant dans le sens où justement une aide instrumentale, ça se discute et il y a du danger. Toute l'expérience qu'on a, et par le nombre qu'on va avoir, parce qu'on a vu dans les bouquins, la modélisation qu'on en fait et puis ce qu'on aura dans les mains. Je caricature, mais sur la France, si on est 5 000 personnes à savoir le faire, on en sait plus que si on est 60 000. Si tout le monde en faisait, on en ferait une tous les trois mois. Et là, il va y avoir probablement beaucoup de soucis parce qu'il y a une perte du geste, une perte d'expérience de chacun* ». Ainsi peut aller la justification de domaines réservés.

La gestion des efforts expulsifs est, de ce point de vue, assez emblématique de l'autonomie dont peuvent ou non disposer les sages-femmes. « *À l'accouchement, il y a des rythmes qui ne vont pas plaire à certains gynécologues. C'est vrai qu'avec l'expérience, elles [les sages-femmes] savent* » (Bruno). Déjà, il peut y avoir des discordances concernant le temps accordé au sein même de deux maternités équivalentes, tels ces deux services mis judicieusement en perspective par Noémie Burgard³³⁹. Ici les sages-femmes seront écoutées et suivies. Les patientes seront encouragées pour que survienne une présentation partie basse et tant que cette professionnelle estime que les rythmes sont normaux, les efforts expulsifs pourront aller bien au-delà de la demi-heure généralement admise comme norme. Dans ce sens, avec un chef de garde qui confirme leurs dires, des sages-femmes peuvent déclarer à l'interne : « *Ici, c'est nous les patronnes. Ne t'inquiète pas, on t'appellera en cas de besoin, et juste une mise au point. Ici on ne vous appelle pas au bout de 30 minutes; c'est comme ça, les efforts expulsifs ne sont pas limités* ». Dans cette maternité, si le rythme cardiaque fœtal est normal (et en l'absence de toute pathologie fœtale ou maternelle), on accorde jusqu'à trois heures à dilatation complète sans accord préalable du médecin de garde. « *Si au bout de deux heures, on n'est que partie haute, déclare une sage-femme, je vais mettre un peu de synto*³⁴⁰ *pour qu'il descende plus. Et puis voilà, variété, antérieure, etc. sinon, avant, j'avais tourner la présentation, je mets la position, sur le côté, enfin bref, des positions qui*

341. *Ibid.*, p. 45.

342. Dagnaud Monique, Mehl Dominique, « Les gynécologues 1 : une profession sous influence », *Sociologie du travail*, op. cit., p. 277.

343. DREES/INSERM, Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, op. cit., p. 114.

344. Schweyer François-Xavier, « La profession de sage-femme... », op. cit., p. 77.

345. Sage-femme surveillante de maternité de niveau 2 citée par Danièle Carricaburu, « De la gestion technique du risque... », op. cit., p. 250.

346. Thomas Catherine, « L'accompagnement global... », op. cit., p. 6.

347. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Rapport n° 2018-06-26, 2018, p. 17.

font que la tête va tourner en tout cas seule. Après, s'il faut, moi, je la tourne et j'attends qu'il soit le plus bas possible ». Dans l'autre maternité par contre, les médecins décident seuls et informent les sages-femmes des déclenchements du jour. « *Le dialogue entre ces deux catégories professionnelles est rare et "c'est comme ça"* ». Le Syntocinon est bien plus utilisé et le protocole indique de ne pas dépasser deux heures. Des marges de manœuvre existent, mais la négociation se fait selon le médecin présent et les discussions restent difficiles : « *On a eu l'arrivée de jeunes médecins gynécologues chirurgiens, formés à l'AP-HP, qui étaient assez flippés je pense, du fait de travailler dans un niveau 1 où il n'y avait beaucoup moins de... il n'y avait pas de pédiatre, il n'y avait pas de... Je pense qu'ils flippaient un peu de... du fait de ne pas avoir de protocoles, d'avoir des pratiques variables, de ne pas faire comme ils faisaient à l'AP-HP, qui étaient finalement assez rassurant* ». Noémie Burgard observe « que les sages-femmes se sentent évincées » ; que, dixit, « personne ne semble vouloir ouvrir le débat et la suprématie des médecins se ressent »³⁴¹.

Sans nul doute pourrait-on multiplier les exemples. Les dilemmes et tensions peuvent porter sur le travail expulsif et les procédures de déclenchement de l'accouchement, mais aussi sur l'utilisation de l'analgésie péridurale. On est bien loin ici des 5 % à peine de parturientes qui en bénéficiaient au milieu des années 1980³⁴². Désormais, c'est le cas dans 81,4 % des accouchements³⁴³. Pour autant cela suscite des débats. Déjà en 1996, François-Xavier Schweyer notait en quoi les sages-femmes voyaient ainsi « leur travail plus encadré et de l'avis de certaines, dénaturé. La dépendance par rapport aux médecins prend plusieurs aspects. L'autonomie des sages-femmes, "maîtresses de la salle", se voit réduite et doit être négociée »³⁴⁴. Certes, professionnelles et parturientes gagnent indéniablement en confort, mais des critiques continuent à être émises par des sages-femmes pour qui « *c'est trop technique ces accouchements! Il n'y a plus rien de naturel: on déclenche, on accélère, on va chercher le bébé pour un oui, pour un non, on a qu'une envie, c'est que ça soit fini le plus vite possible* »³⁴⁵. C'est aussi ce qu'exprime Denise (SFL) : « *La grosse structure, c'est peut-être bien, mais on perd en humanité, en relationnel. En cas de difficulté, on a les gynécos sur place, on est en sécurité, mais après vous mettez toutes les femmes sous péridurale, ce n'est plus du tout la même ambiance* ». Les débats et les désaccords non seulement portent sur les possibles effets iatrogènes³⁴⁶, mais rappellent aussi que la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaiteraient accoucher sans. Un rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes³⁴⁷ cite ici une étude de l'INSERM parue en 2015, constatant que, hormis les femmes chez lesquelles une césarienne avait été pratiquée et celles pour qui la péridurale paraissait incontournable, 26 %

348. Carricaburu Danièle, « De la gestion technique du risque... », *op. cit.*, p. 251.

349. Thomas Catherine., « Accoucher en France aujourd'hui... », *op. cit.*, p. 71.

350. DREES/INSERM, Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, *op. cit.*, p. 44.

351. Perrenoud Patricia, « Relations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes : un commentaire », dans C. Burton-Jeangros et al., *Accompagner la naissance*, BSN Press, 2014, p. 112.

des femmes avaient déclaré pendant leur grossesse ne pas vouloir de péridurale, mais pour autant la moitié d'entre elles l'avait finalement reçue. Bon gré mal gré ? C'est sans nul doute affaire de leur demande *in fine*, mais c'est aussi lié, comme le souligne ce rapport, à la surcharge de travail des sages-femmes, à la présence d'un anesthésiste qui n'a aucunement envie de rester trop tard dans le service, etc. Et c'est ainsi que l'usage de l'ocytocine, conçu en soutien d'accouchements dystociques, est devenu un acte standard, entre formule couramment employée de « coup de pouce »³⁴⁸ jusqu'à celle de « Syntho' bon débarras »³⁴⁹.

La pratique de l'épisiotomie aussi suscite bien des discussions. Son taux est en diminution (20,1 % en 2016 contre 27,1 % en 2010)³⁵⁰, mais parfois gynécologues et sages-femmes se renvoient le fait d'être trop interventionnistes et en somme d'avoir le ciseau facile³⁵¹. « Pour l'épisiotomie, on en avait discuté avec les sages-femmes, il y a beaucoup de sages-femmes qui ont l'habitude d'en faire anciennement, qui n'avaient jamais remis trop ça en question. Là, c'est vrai qu'on discute pas mal de ça et il y a un travail à faire là-dessus » (Irène, GO hospitalière). De fait, on n'en finirait pas de passer en revue toutes les interventions réalisées au fil des accouchements qui suscitent à tout le moins des discussions, sauf les cas où, nous l'avons mentionné, des protocoles sont énoncés par les gynécologues et chacun doit s'y tenir. Mais même dans ce cas, par expérience, les sages-femmes ont bien compris qu'il peut y avoir des écarts entre ce qui est annoncé et ce qui se pratique, notamment en fonction des médecins présents. Celles qui travaillent en libéral ne sont d'ailleurs pas du tout hors-jeu en la matière. Même si elles ne pratiquent plus d'accouchement pour nombre d'entre elles, connaître ce qui se fait dans telle ou telle maternité est affaire d'importance. Elles savent aussi les différences selon les gynécologues d'une même maternité. « Une patiente me disait que les protocoles de H. étaient en ligne. Donc, je vais pouvoir jeter un coup d'œil dessus, ça va m'aider quand même pas mal. Et puis quand ils fonctionnent en clinique, les protocoles sont beaucoup plus variables et j'ai une grosse patientèle de clinique quand même. J'en ai au moins la moitié qui vont sur S. où c'est très gynéco dépendant. Il y en a des fois où ils sortent des trucs bizarres. Déjà les calculs de terme, je ne sais jamais, selon le gynéco, si c'est 40 ou 41. Des fois, des déclenchements, des césas, on ne le sait jamais trop à l'avance » (Julie, SFL).

352. Gouilhers Solène,
Enjeux identitaires
pour les sages-femmes
autour du suivi de la
grossesse, mémoire
de Master Sociologie,
Université de Genève,
2009, p. 66.

4.4. « Le travail d'une sage-femme, c'est vraiment de savoir appeler »

« Au niveau hospitalier, poursuit Bruno (GO, hospitalier), en salle d'accouchement, c'est de ne pas appeler trop tôt non plus parce que ça veut dire qu'elle aurait peur de plein de choses, et surtout de ne pas appeler trop tard parce que c'est une situation qui n'est pas très confortable. C'est ce qu'on leur reproche ». Les sages-femmes hospitalières devraient, selon les gynécologues, être expertes dans l'art du recours, avec en tête un curseur intégrant nombre de paramètres, qui plus est, variables selon à qui elles ont affaire. De fait, leurs compétences se déploient dans bien des registres, techniques d'évidence, mais aussi relationnels pour ce qui des interactions avec les gynécologues notamment.

Quelles sont donc les ressources dont elles disposent pour maintenir leur « pré carré » et pour conserver leur autonomie ? Quels sont leurs atouts et comment les valorisent-elles ? Déjà en amont, pour ainsi dire, elles peuvent poser leurs marques, puisque très souvent elles sont de première ligne auprès des patientes, sans oublier que c'est vers elles que se sont tournés la plupart des internes bien heureux de pouvoir compter sur elles à leurs débuts. À la suite, au-delà de savoir-faires pour garder les coudées franches, elles vont apprendre à composer, sans heurter de front, en louvoyant parfois, en résistant, en utilisant des stratégies enseignées nulle part, mais intégrées au fil de leur socialisation professionnelle, tel un processus jamais achevé.

Affaire de prise de position d'abord

Qu'ils le passent sous silence, feignent de l'avoir oublié ou au contraire le rappellent sans problème, nombre de gynécologues ont été initiés aux choses de l'accouchement par les sages-femmes alors qu'ils étaient internes. Ce sont elles aussi qui ont pu leur faire découvrir les arcanes bien complexes du fonctionnement hospitalier, à plus forte raison quand il a pu s'agir de médecins étrangers³⁵². Des permanences en binôme ont été l'occasion de renforcer ces liens et dans tous les cas de permettre à ces jeunes médecins de découvrir tout le savoir-faire des sages-femmes. Ils ont pu saisir aussi qu'elles n'entendaient pas céder sur leurs compétences et leur pouvoir de décision, avec aussi sans doute la conviction que c'était là une manière de s'imposer d'emblée vis-à-vis de futurs interlocuteurs obligés qui sinon, bientôt, les prendraient de haut, là où elles aspirent à des relations égalitaires. « Quand j'étais interne, ce sont les sages-femmes qui m'ont appris à faire des accouchements, qui m'ont enseigné l'accouchement

physiologique. Donc, on est beaucoup ensemble et c'est du donnant-donnant. Elles nous enseignent des choses, on leur apporte des choses sur les compétences médicales qu'on a en début d'internat. Et puis dans l'internat, en général on passe beaucoup de temps en salle de pause. Il y a beaucoup de moments privilégiés, y compris la nuit en garde (...). Ce temps relationnel, les sages-femmes aiment beaucoup ça. Ça parle d'une reconnaissance parce que, en garde, il y a un côté de toute petite équipe; c'est la nuit. Il y a une sorte d'intimité qui se crée et qu'elles aiment beaucoup » (Bruno, GO hospitalier). Les enjeux de pouvoir ne sont jamais loin, même si l'implicite vaut toujours mieux, quand chacun sait ce que signifie ce « donnant-donnant ».

Prendre l'ascendant, ou du moins ne pas s'en laisser conter, passe aussi par des occasions où le médecin sénior est requis ailleurs et où l'interne va d'autant plus devoir compter avec une sage-femme qui saura le chapeauter: *« Parce que le médecin est en train de faire une césarienne à côté et qu'il y a trois accouchements qui se passent à la fois (...). Parce que, quelquefois, elles ont un jeune interne qui fait ses premiers accouchements. Moi, c'est une sage-femme qui m'a tapé sur les doigts la première fois où j'ai fait un forceps »* (Benoît, GO hospitalier).

Une autre manière de poser ses marques tient, de fait, à la place qu'occupent les sages-femmes hospitalières, et ce dès l'accueil des patientes. Savoir « adresser », c'est aussi disposer de marges d'appréciation que jamais aucun protocole n'épuiserait. *« La sage-femme évaluée, elle dit: "là, il faut un suivi médecin, « là, il faut un suivi sage-femme". Si la patiente a un suivi sage-femme autorisé, après elle choisit, soit elle reste au sein de l'hôpital, soit elle reste avec une sage-femme libérale, si elle la connaît déjà, si elle est suivie par elle »* (Denise, GO hospitalière). Être ainsi à la croisée des orientations possibles lui confère la possibilité de « faire pencher la balance » d'un côté ou d'un autre et donc de disposer d'une certaine autonomie, affaire de pouvoir encore et toujours. S'agit-il d'une situation qui relève d'une sage-femme puisque le cas est bénin et qu'elle-même ou une de ses collègues peut très bien prendre cela en charge? Faut-il en référer au médecin? Il y a là des choix, des dilemmes qui lui appartiennent et de toute façon, les gynécologues n'ont pas vraiment le loisir souvent se s'y pencher. *« Nous, dans le service, on a un moyen de fonctionnement avec un médecin d'astreinte, c'est-à-dire que les sages-femmes ont leur consultation et puis quand elles ont besoin d'un avis médical, il y a un médecin; l'un de nous, on tourne toutes les semaines, qui donne un avis aux sages-femmes quand elles ont une situation qui ne relève pas de leurs compétences, qu'elles ont besoin d'un avis sur la prise en charge d'une patiente. On travaille beaucoup avec elles sur les urgences et les salles d'accouchement parce que c'est là*

353. Thomas Catherine,
« L'accompagnement
global par les sages-
femmes. », op. cit. p. 5.

354. Gouilhers Solène,
Enjeux identitaires pour
les sages-femmes...,
op. cit., p. 108.

qu'on est très sollicités, puisque c'est potentiellement là qu'il peut y avoir des complications. Là, on travaille assez facilement avec les sages-femmes. On a une équipe assez soudée, ce qui nous aide beaucoup » (Émeline, GO hospitalière).

Au risque d'être quelque peu enfermées dans une représentation naturalisant des qualités prétendument féminines, les sages-femmes disposent aussi d'un atout maître, à savoir le fait de se positionner comme des intermédiaires, comme des passeurs sensibles aux aspirations, aux craintes qui peuvent obnubiler bien des patientes et qu'elles n'osent pas ou tout simplement ne peuvent pas exprimer face à des gynécologues pressés parfois d'en finir. À tort ou à raison, ceux-ci attribuent aussi volontiers aux sages-femmes la possibilité de disposer d'un temps qu'eux n'ont pas. « Elles sont précieuses. En plus, il y a ce côté sage-femme où elles prennent le temps, elles ont le contact humain, c'est souvent des consultations moins expédiées qu'une gynécologue médicale. Le retour que j'ai sur le suivi sage-femme, il est très très positif. Je ne fais pas de clientélisme. J'en connais un certain nombre, elles savent qu'elles peuvent m'appeler quand je suis là. Je dis aux femmes : "prenez une sage-femme à côté de chez vous, renseignez-vous, demandez aux copines" » (Hervé, GO clinique mutualiste). Il se peut alors que ces professionnelles réalisent une sorte d'alliance avec des patientes, répondent à des questions demeurées en suspens, expliquent et réexpliquent, lèvent des doutes, conseillent, quitte même parfois à prendre parti. Si elles ont leur opinion faite sur les effets possiblement iatrogènes de tel ou tel examen, sur des gestes médicaux qui, à leur avis, ne s'imposent pas (déclenchement non justifié, pose trop précoce d'une analgésie péridurale, etc.), elles ne se priveront pas de l'exprimer de façon plus ou moins ouverte³⁵³. Il se peut aussi qu'un gynécologue ait prescrit des examens complémentaires, des tests sans vraiment s'étendre sur leur nécessité ou sur les doutes sous-jacents à leur demande, parfois d'ailleurs avec les meilleures intentions du monde, afin de ne pas encombrer l'esprit des futurs parents³⁵⁴. Là encore, la sage-femme peut y revenir, dédramatiser, rassurer une patiente sans autre recours pour savoir de quoi il en retourne exactement.

Cela vaut pour les sages-femmes hospitalières, mais aussi très largement pour leurs consœurs libérales. Souvent partisans d'un accompagnement global, elles se font fort de mettre en avant non seulement leur disponibilité, mais aussi leur connaissance d'un milieu « contre-nature » qu'elles savent dépeindre avec force traits, façon de s'inscrire en contre le cas échéant, et à tout le moins de se définir comme alternative à tous ses travers. « J'observe que durant l'entretien, elles se permettent de poser plein de questions

parce qu'elles ont l'impression qu'on est à l'écoute. Quand elles vont chez le gynéco, elles sont sorties au bout de quinze minutes et elles me disent qu'elles n'ont pas le temps de poser des questions. Avec les sages-femmes, elles ont la possibilité de s'exprimer, de poser des questions parce qu'elles savent qu'il y a une écoute et un temps d'écoute » (Denise, SFL). « Toutes les dames, que ce soit pour la consult' gynéco, pour la préparation ou autre, on s'installe sur le canapé, on discute. Ce n'est pas : "enlève ta culotte et on y va", et je pense que ça crée un climat de confiance, et du coup, les gens peuvent se livrer un peu plus et se poser eux-mêmes des questions qu'ils ne se sont jamais posés, pour la plupart. J'ai notamment des dames d'un certain âge qui viennent pour la rééducation périnéale a posteriori. Quand on aborde la sexualité, souvent elles disent : "ah bon, on va parler de ça ? Mais personne ne m'a jamais demandé". Les dames sont surprises. Au fur et à mesure de quelques séances, les langues se délient et elles me disent des choses : "ah oui, peut-être que vous avez raison, peut-être qu'après l'accouchement du premier, j'avais des douleurs, peut-être que c'était dû à ça, au changement de boulot" » (Bérangère, SFL).

Pour autant, il peut y avoir un revers à cette autonomie, à ces qualités volontiers prêtées aux sages-femmes par les gynécologues. « Gérer les pots cassés », se retrouver seule avec une patiente à qui on vient d'annoncer une mauvaise nouvelle ou face à un choix lourd de conséquences, cela fait aussi partie des situations que les sages-femmes, hospitalières en particulier, peuvent devoir gérer, et cela s'apparente au dit « sale boulot » qui peut leur incomber. Le désengagement possible des gynécologues concerne aussi les sages-femmes libérales. Puisque désormais elles peuvent assurer un suivi gynécologique, pourquoi ne pas leur déléguer des gestes et des interventions « de routine » ? À elles alors de veiller à ne pas se faire instrumentaliser, ce qui ne va jamais de soi puisque ce gynécologue peut aussi être un précieux prescripteur. « À une époque où on a commencé à faire les suivis gynécologiques, j'ai des patientes qui m'appelaient pour me dire "c'est pour faire un frottis". J'avais cette question-là : "mais vous n'avez pas un gynécologue ? Ah, bah si, mais il m'a posé mon stérilet et il m'a dit qu'il ne me reverrait que dans cinq ans, quand il faudrait réenlever, donc il m'a dit, "bah, vous voyez avec une sage-femme ou un médecin traitant pour faire les frottis entre, et la palpation". Je lui ai dit "béh, désolé madame, vous ne me verrez pas, parce que je fais les frottis, mais à mes patientes. Pas aux patientes des autres. Donc, vous rappelez votre gynécologue en lui disant que vous voulez prendre un rendez-vous pour faire le suivi annuel". Voilà. Donc on a aussi des gynécos comme ça qui se disent "bah, les sages-femmes, elles sont là, elles vont faire ce qu'on n'a pas envie de faire". Moi je suis désolée,

355. Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, op. cit., p. 88.

356. Haute autorité de santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées » *Recommandations professionnelles*, mise à jour mai 2016, p. 11.

je ne suis pas là pour faire ce qu'elles ont, ce qu'ils ont... Je ne suis pas leur petite main » (Pia, SFL).

Affaire de « gestion » des gynécologues ensuite...

Savoir quand faire appel... De fait, selon le niveau de la maternité, s'intercalent entre les sages-femmes et les gynécologues les internes de spécialités dont on a relevé qu'elles peuvent être leurs initiatrices. Pour l'heure, Irène (GO, hospitalière) travaille à la fois en CHU et dans une maternité de niveau 2B. Elle peut donc faire la différence. *« Quand je suis à D., on va m'appeler pour une consultation d'urgence. Ça peut être de l'obstétrique, mais ça peut être de la gynécologie tout-venant, des patientes qui ont des douleurs, qui ont des saignements inhabituels. Ou alors de l'obstétrique et ça peut être des saignements en début de grossesse, tout ce qui peut être fausse-couche, grossesse arrêtée, grossesse mal placée. Après, on peut m'appeler pour des consultations de patientes enceintes, plus avancées. Là, ça peut être pour un problème obstétrical: un bébé qui bouge moins, une femme qui saigne. Ça peut être aussi quelque chose de médecine générale: une femme enceinte qui a mal à la tête. À D., c'est le type d'appel que je peux recevoir. Après, c'est aussi pour discuter des dossiers, pour anticiper des choses particulières, des prises en charge. À C., c'est un peu différent parce qu'on a des internes de spécialité de gynécologie-obstétrique qui sont là et qui nous servent de première ligne. En gros, on est appelés plutôt quand il y a des soucis ou des choses qu'ils ne peuvent pas gérer, ou des décisions obstétricales un peu plus pointues. Et on nous appelle pour les accouchements quand il y a des soucis. En gros, si on ne vous appelle pas, c'est que tout se passe bien! Donc, on sait que quand on nous appelle pour un accouchement, c'est qu'il y a un problème. On vient pour les problèmes ».* Dans tous les cas, sauf donc dans les maternités de niveau 3, où il y a en quelque sorte un échelon intermédiaire, les sages-femmes ont appris à garder la maîtrise de l'appel aux gynécologues avec régulièrement comme fil rouge, le fait de les solliciter le moins souvent possible³⁵⁵. Elles sont renseignées sur qui sera de garde et elles adaptent aussi leur démarche en fonction de celui qui se déplacera. Il a pu laisser des consignes, mais le cas échéant, rien n'est perdu si l'on sait qu'à tel ou tel moment il est pris ailleurs. Évaluer le risque et la nécessité de passer le relais tient donc à nombre de paramètres dont on chercherait en vain la pleine rationalité, malgré toutes les velléités d'organiser les choses, protocoles, guides et aides à la décision à l'appui. Les conditions de l'appel ou de son évitement ne seront jamais solubles dans les référentiels de compétences et autres arbres décisionnels³⁵⁶. *« Ce qu'on attend d'une sage-femme, c'est qu'elle sache bien dépister les situations à risques pour nous, qu'elles soient attentives, en fait. Qu'elles*

357. *Douquet Florence et Vilbrod Alain, « How French Liberal midwives Deal With the Domination of the Medical Profession », Scientific Annals of the Alexandru Ioan Cuza University. New Series. Sociology and Social Work Section, tome VI, n° 1, 2014, p. 74.*

soient vigilantes et qu'elles nous appellent au bon moment. Moi, je sais que je n'aime pas être prévenue forcément au dernier moment. J'aime bien qu'on me prévienne avant, pour que je sache que c'est là et que je sache ce que je fais, si jamais il y a un souci. J'ai des collègues, ce n'est pas le cas; mais en tout cas, moi je sais que j'aime bien. Donc, une sage-femme qui est vigilante, qui peut anticiper les problèmes et qui nous appelle à bon escient. Et ça, c'est toujours difficile à faire. Qui ne nous appelle pas trop, mais qui ne nous appelle pas non plus pas assez. C'est hyper difficile. Au bout d'un moment, elles me connaissent et elles savent aussi comment ça se passe » (Irène, GO hospitalière).

Un nom commun et ses déclinaisons reviennent régulièrement dans les propos des uns et des autres: le stress. Il est évoqué par de nombreuses sages-femmes qui expliquent pour quelles raisons elles ont choisi de quitter un emploi en maternité pour s'installer en libéral; il est retenu aussi par les gynécologues pour qualifier sinon pour disqualifier celles qui, trop vite envahies, feront appel à eux bien hâtivement ou, *a contrario*, par des sages-femmes qui s'évertueront de tempérer les réactions pas assez réfléchies de gynécologues. On aura noté que peut s'y substituer un autre terme tout aussi éloquent: l'angoisse. Sans doute est-ce des mots « valise », des « sacs à métaphores », mais ils sont chargés de sens. « Bon, il y a toujours le gynéco, celui un peu stressé, un peu caractériel, qui nous envoyait des trucs à la figure, mais c'est pareil un peu partout »³⁵⁷. Telle une pierre dans le jardin de l'autre, on émet volontiers des jugements quelque peu définitifs. C'est aussi manière de rappeler, des deux bords, que l'on a pris la mesure des partenaires et que l'on sait faire la différence. « Il y a beaucoup de gynécocos qui sont très stressés, très stressants. Beaucoup de sages-femmes qui sont très stressées et très stressantes aussi pour leurs patientes. Donc, on sait très bien, selon l'équipe avec laquelle on est, si ça va se passer plutôt bien et sereinement, ou plutôt dans un climat de stress intense. Il y a des sages-femmes effectivement qui appellent pour rien, entre guillemets, ou parce qu'elles ont constaté ou vécu des choses qui font qu'il y a un stress. En gynéco, on est beaucoup dans des dogmes et du systématique. Souvent, la prise en charge de la patiente en tant que telle, avec des références et des recommandations, des fois ça manque un peu d'intelligence par rapport au suivi, à la personnalisation » (Quentin, GO hospitalier). « On avait les sages-femmes avec qui on préférerait travailler. Mais comme elles fonctionnaient en garde... Alors il y avait des sages-femmes avec qui on appréhendait de travailler. Il y avait des sages-femmes, mais il y en avait pas beaucoup, je n'y croyais pas, mais quand on m'appelait dans la nuit, je disais: "ne bougez pas, je viens. Vous croyez? Oui, oui, je viens", parce que je n'avais pas forcément très confiance. Il y en a d'autres où je pouvais me remettre à dormir.

358. Gurvich Georges, *La vocation actuelle de la sociologie*, Paris, PUF, 2^e édition, 1957, p. 147.

359. Bachelard Gaston, *La philosophie du non*, Paris, PUF, 2005, p. 110.

Sans me déplacer, je savais qu'elles étaient en très bonnes mains, qu'on me préviendrait s'il y avait un problème » (Charles, GO libéral).

Sans même parler de stress, les sages-femmes ont aussi appris à tempérer l'impatience de gynécologues qui visiblement ne raisonnent pas avec le même rapport au temps. Les unes et les autres peuvent ainsi être prolixes sur les césariennes évitées et plus largement sur les risques induits par la précipitation, alors que le travail avance à son rythme et qu'il n'est pas très heureux de perfuser, etc. Il en va de l'accouchement par le siège, il en va aussi de bien d'autres situations où les gynécologues se polarisent sur les risques et en viennent à voir de la pathologie là où il n'y a que des incidents mineurs n'appelant pas de recourir aux grands moyens. Aux sages-femmes alors d'apaiser les tensions, de conserver leur sang-froid, de biaiser et de rassurer, d'agir par la parole, au risque une fois encore de se voir projeter des qualités « féminines », ce qui est toujours peu ou prou une façon de leur dénier une technicité du soin dès lors qu'il n'y a pas d'appareils, d'instruments, d'action en somme.

4.5. Les linéaments de la confiance entre professionnels

L'aphorisme de Georges Gurvich est bien connu : « plus le "nous" est intense et fort, moins il apparaît comme oppressif et extérieur »³⁵⁸. La confiance partagée repose sur des bases qui ne sont pas vraiment affaire de spontanéité, de liberté prise avec les conventions, de simplicité des relations, d'absence de calcul, de désintéressement, etc. Ce sont là des illusions bien utiles « dans la vie de tous les jours », mais qui ne résistent pas longtemps à l'analyse. Analyse qui « au quotidien » ne va pas forcément de soi. « Le monde où l'on pense n'est pas le monde où l'on vit » rappelait à l'envi Gaston Bachelard³⁵⁹. La circulation de la confiance entre gynécologues et sages-femmes et ses linéaments tiennent largement à des expériences partagées, à des occasions offertes de prendre la mesure des compétences, des qualités, des ententes possibles entre celles et ceux qui vont devoir coopérer. Accorder sa confiance est le fruit de tout un processus qui n'a rien de « naturel », même si ce qui le fonde est plus ou moins inconscient, sauf à risquer de passer aux yeux des autres et à ses propres yeux pour un être calculateur, intéressé, ne laissant pas de place aux sentiments, aux impulsions, aux élans, à l'intuition, etc. La confiance est ainsi affaire de réciprocité attendue, don et contre don, d'échange; rien d'autre que ce contrat social bien exploré par Marcel Mauss. Cela signifie aussi que le mort saisit le vif, que chacun a intégré, d'une manière ou d'une autre, une histoire déposée, celle des rapports de domination, des positions inégales qu'occupent, et ce,

360. Cavalli Samuele et Gouilhers-Hertig Solène, *op. cit.*, p. 92.

361. Vaudry Delphine, *Mise en place des sorties précoces en maternité. Enquête auprès des sages-femmes autour du lien ville-hôpital, mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2017, p. 27.*

on l'a vu, depuis fort longtemps, les uns et les autres professionnels qui vont interagir, ici dans le domaine de la périnatalité. D'emblée, il n'y a pas égalité et ce n'est évidemment pas incident que l'on va évoquer, et lire dans divers écrits, dans les témoignages recueillis aussi, le fait par exemple que les sages-femmes doivent « gagner la confiance » des gynécologues³⁶⁰, et quasi rien sur l'inverse, comme si les unes avaient continûment à « faire leurs preuves » et que les autres étaient crédités d'emblée.

Déjà la formation reçue, qui est toujours aussi une initiation à la place à tenir, se charge de rappeler régulièrement les hiérarchies à bien intégrer. Sans doute ne parle-t-on pas ouvertement de dominants et de dominés, mais chacun l'a assimilé. Au besoin, il peut y avoir de rappels à l'ordre. *« Je me souviens d'un stage où j'ai discuté avec un médecin qui était en train de faire sa thèse de doctorat, un gynéco. Et j'ai passé un quart d'heure sur une garde de 12 heures à discuter avec ce type. Je devais être en troisième année d'école, donc en train de choisir un sujet, le sujet de l'Ocytocine, du fait de donner un peu d'Ocytocine qui pouvait au contraire augmenter les risques d'hémorragie de la délivrance, quand j'ai remarqué la réaction des sages-femmes et de mes encadrantes, une sorte... de jalousie: "comment tu oses parler à un professeur?" »* (Lydie, SFL).

Entre gynécologues et sages-femmes hospitalières, mieux vaut, on l'aura compris, que la confiance règne, et cela est bien en filigrane à ce « savoir appeler » exposé plus haut. Répartition des tâches, protocoles et procédures ne prendront sens, en matière de coopération, que s'ils sont investis et « habités ». S'y pencher ici est une façon de déplacer la focale et d'aller y voir, cette fois, sur les relations entre gynécologues, libéraux ou hospitaliers et sages-femmes libérales.

D'une manière ou d'une autre, ces sages-femmes qui posent leur plaque vont devoir se faire connaître et reconnaître des gynécologues. Les contextes diffèrent : certaines intègrent un cabinet préexistant et bénéficient de tout ce qui déjà « fonctionne ». À elles de prendre la mesure des interactions déjà nouées avec ces médecins, de saisir les occasions de se présenter, de suivre les conseils prodigués par les collègues, etc.³⁶¹. D'autres prennent le relais (départ à la retraite, etc.) et ledit « droit de présentation » dont elles ont pu s'acquitter n'est pas un vain mot. Il en va autrement quand on arrive en *terra incognita*. *« Chaque fois que j'arrive dans une région, je prends mon bâton de pèlerin et pendant deux mois je sillonne les routes pour aller voir les gynécos et les médecins généralistes. Et lui, je ne sais pas pourquoi, il m'avait sans doute bien perçue parce qu'il m'a très vite envoyé du monde. J'avais très peur en arrivant ici, parce que c'était mon troisième cabinet,*

et en fait ça a très bien démarré parce qu'il m'a vite envoyé du monde » (Isabelle, SFL). Pour autant que les patientes puissent accéder directement aux sages-femmes, que le bouche-à-oreille joue à plein, les gynécologues vont être des interlocuteurs quasi obligés. Susciter l'échange suppose la plupart du temps d'aller au-devant d'eux, sans jamais pour autant être sûr que cela sera payant. « J'ai fait un peu le tour des médecins, mais je n'ai pas vraiment eu de retours » (Clotilde, SFL); « J'ai essayé de les rencontrer, mais la secrétaire fait souvent barrage. Quand on appelle, elle dit: "écoutez, on n'a pas le temps, vous rappelez dans deux mois", donc ça veut dire que ce n'est pas la peine. Et si elle dit de passer, on rencontre rarement le gynéco; elle prend les cartes et fini. Donc, ce n'est pas très utile. Donc, au démarrage, on rame pour se faire connaître » (Adèle, SFL).

Même sans démarche préalable, y compris parce que l'on a saisi que ce n'était pas très probant, il arrive de toute façon qu'un contact doit être pris assez rapidement avec un gynécologue, qu'une sollicitation soit nécessaire. Au fil des propos recueillis, on sent bien que c'est affaire de doigté puisque d'emblée les places sont déséquilibrées – ce ne sont pas des confrères ou des consœurs –; et pour autant il ne s'agit pas d'en rabattre. Il y a donc l'art et la manière, entre essai et erreur. « Elle [une patiente] venait avec le dossier de son gynéco chez moi, en préparation. Elle me le pose sur la table et il y avait marqué en rouge "alcool, premier trimestre" surligné. Pas d'écho' de référence, rien (...). La dame me dit: "je lui ai dit que j'avais bu au premier trimestre"; je ne savais pas que j'étais enceinte et maintenant, je me trimballe avec ce dossier. Elle [la gynécologue] m'a dit qu'en début de grossesse, c'est la loi du tout ou rien (...). Du coup, j'ai téléphoné à la gynéco, de ma petite place de sage-femme. D'abord, elle m'a volé dans les plumes, et après, elle s'est rendue compte que j'avais un petit peu des notions de quelque chose. Elle a dit: "bon, je ferai plus attention la prochaine fois, mais, à mon avis, il n'y a pas à s'inquiéter" » (Mathilde, SFL).

À l'instar de leurs collègues hospitalières, les sages-femmes libérales ont aussi compris que chaque gynécologue a ses propres manières de voir et de pratiquer et qu'il faudra bien composer avec cela. « Après, vous connaissez l'un, vous connaissez l'autre, vous savez que celui-là veut ça, l'autre veut ça » (Viviane, SFL). Nombre de gynécologues, hospitaliers ou libéraux, sont habitués à recevoir des sollicitations émanant de ces professionnelles et considèrent que c'est là leur ordinaire, et qu'ils sont là à plein dans leur rôle. « En dehors de la grossesse, elles nous adressent des patientes. Le plus fréquent, c'est pour un frottis anormal. Le frottis anormal, c'est hyper, hyper fréquent et ce n'est jamais grave. Et c'est à nous de prendre en charge le problème. Elles nous adressent aussi si la patiente a des saignements, quand

362. Trossat
Fanny, *Partage
des compétences
dans la pratique
gynécologique...*,
op.cit., p. 89.

elles arrivent plus à gérer la contraception, des choses comme ça » (Hervé, GO hospitalier). « C'est soit par téléphone, soit par mail en général. Soit, ce n'est pas urgent et on essaye toujours de privilégier le mail parce qu'on peut le lire à un moment où, nous, on est disponibles et donner un avis potentiellement sur une situation. Soit effectivement par téléphone pour les choses urgentes ou les informations qu'on veut transmettre très vite » (Émeline, GO hospitalière). Ces sollicitations les confortent dans leur position et ils peuvent ne pas être avares de conseils, avec le « ça va sans dire » de celui qui sait. « Après, le message que je passe souvent, c'est : "j'en'ai rien contre les sages-femmes qui s'installent, mais restez en réseau et transmettez au moindre doute". Ça, il y a des gens après qui ont beaucoup d'assurance et qui ne vont pas bien faire les choses. Moi, je trouve ça très intéressant parce qu'on ne peut pas être partout. En plus, ce n'est pas la peine de faire des études, surtout après, quand on fait de la chirurgie, bac+12 ou 15, pour aller faire du suivi gynécologique de base et prescrire des contraceptions. Ça n'a pas de sens. On est là en cas de difficultés, d'anomalie lors d'un examen clinique, pour prendre le relais » (Estelle, GO hospitalière).

Les gynécologues sont aussi très sensibles, les sages-femmes le savent bien, aux formations complémentaires suivies par les unes et les autres. Là est leur culture et c'est façon en quelque sorte de « montrer patte blanche » que de pouvoir faire valoir des compétences particulières. *« Alors, les sages-femmes, les diabètes gestationnels, elles connaissent bien maintenant, elles sont bien formées. Quand elles ont besoin d'un coup de main d'un médecin... mais elles suivent déjà les petites pathologies. Les petites hypertensions, elles les suivent, mais tout est protocolisé » (Hervé, GO clinique mutualiste). Parfois des sages-femmes libérales poussent la porte et sont bien accueillies par un gynécologue, de ville ou de maternité, dans le cadre de stages liés à un DU, de gynécologie notamment. « Elles m'adressent des patientes pour des avis, quand il y a des choses un peu plus compliquées. Ça, j'en ai quelquefois. Après, je les revois quand elles viennent en consultation avec moi. Il y a des fois des sages-femmes libérales qui viennent en consultation; pas souvent » (Irène, GO hospitalière). Ce sont plutôt des cas d'espèce, mais cela vaut aussi pour les gynécologues médicaux, également possiblement sollicités³⁶².*

Pour autant que ce soit un lieu commun, mieux vaut le rappeler : toutes les formes de coopération qui se déroulent sous le signe de la confiance réciproque s'inscrivent dans le temps et elles sont le fruit de toutes les occasions offertes pour échanger, se mesurer, se confronter, prendre ses marques et ressentir aussi les limites à ne pas dépasser. De fait, les relations interpersonnelles jouent à plein. Si présentement, de plus en plus de

sages-femmes s'installent en libéral dès la sortie de leur formation, on n'oubliera pas que la plupart d'entre elles ont d'abord exercé en maternité, sans compter celles qui ont toujours un exercice mixte. Cela compte beaucoup. Les expériences communes et, du coup, des échanges où on se comprend vite facilitent grandement les choses. Rien d'étonnant alors que d'un côté comme de l'autre, cette transativité dont on se félicite puise dans ce fond de situations partagées. *« C'est souvent des sages-femmes qui ont travaillé dans l'équipe et qui sont parties s'installer en libéral. Donc là, c'est facile parce qu'on connaît bien les gens, qu'on a travaillé avec eux en direct. Oui, des gens qu'on rencontre et qu'on connaît de visu. Mais ça, c'est le nerf de la guerre. C'est beaucoup plus facile de travailler avec quelqu'un que vous connaissez personnellement que quelqu'un que vous n'avez jamais vu »* (Émeline, GO hospitalière).

Formellement, les gynécologues laissent le choix à leurs patientes de vers qui se tourner. En réalité, il n'en va pas toujours ainsi... *« Moi, je connaissais bien les sages-femmes, parce que j'étais à S. Je connais deux sages-femmes qui se sont installées à S.; que j'avais connues en maternité. Pendant 20 ans, j'ai continué à leur adresser des patientes pour leur préparation ou pour autre chose, mais sans les voir. Je leur disais [aux patientes] "allez voir Madame untelle à S., à la Maison médicale, elle vous fera votre préparation" »* (Benoît, GO hospitalier). Du côté des sages-femmes libérales, en écho, on évoque volontiers ces liens tissés. *« J'ai rencontré le docteur G., je suis allée le démarcher à l'hôpital et elles [ses anciennes collègues] m'ont félicitée pour mon installation. J'ai déjà eu l'occasion d'appeler le docteur G. pour des conseils, qui a été très courtois et très content de pouvoir me donner son avis. J'ai été amenée à orienter puisque les consults' gynéco pour la sage-femme se limitent à la physiologie et au dépistage. Du coup, on est tenu d'orienter en cas de questionnement. J'ai été amenée à orienter quelques patientes vers des gynécos de l'hôpital. C'est aussi plus facile pour moi parce que je les connaissais déjà quand j'étais à l'hôpital. Du fait d'avoir bossé pendant des années, il y a du monde que je connais un peu partout. C'est quand même un avantage, je pense. Il y a des gynécos que je connais dans le coin, des collègues sages-femmes que je connais un peu partout »* (Honorine, SFL). *« Certains collègues gynécologues, qui sont devenus des amis avec le temps, nous envoient ici des patientes qui sont en difficulté, où ils perçoivent qu'il y a des problèmes sous-jacents et ils se disent qu'en nous les envoyant, nous allons prendre le temps de débayer le terrain, ce qui dans le milieu de l'hôpital n'est pas fait par manque de temps »* (Aude, SFL). Ce « capital d'autochtonie » en quelque sorte est mis à profit, ce qui ne va pas sans susciter quelque acrimonie chez celles qui ne bénéficient pas de ces relations nouées précédemment ou qui continuent à courir, du

fait d'exercer à temps partiel en maternité, à l'heure d'une concurrence qui s'exacerbe. *« On n'est pas salarié et c'est assez angoissant. Quand, en plus, on entend que des collègues ont fait de la pub, qu'il y a des arrangements, parce que les gynécos envoient à des sages-femmes qui travaillent à la fois à l'hôpital, en clinique privée, et qui ont leur cabinet. Et comment font les autres ? »* (Benoîte, SFL).

De fait, d'autres occasions s'offrent aux sages-femmes libérales pour se relier aux gynécologues. Ce sont notamment leur participation aux formations que nombre de services hospitaliers diligents à leur adresse, par exemple dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), qui est une obligation pour toutes les professions médicales. *« On essaye de rencontrer régulièrement dans le service, par des réunions, les sages-femmes libérales, soit par des petites formations qui sont l'occasion de nous rencontrer, déjà pour les voir, faire du lien. Je trouve que c'est important d'essayer de faire du lien avec elles. En général, on essaye d'organiser dans le service, une fois par an, une rencontre avec les sages-femmes libérales, un truc qui émane vraiment du service, pour leur proposer de venir. Après, elles viennent ou elles ne viennent pas, mais l'idée c'est de faire du lien entre l'hôpital et le libéral. On essaye de choisir un sujet pour les rencontrer et pour pouvoir les voir. Moi, je leur avais assez facilement donné mon mail et c'est vrai que les sages-femmes qu'on connaît bien, elles nous envoient beaucoup de mails, en disant : "tiens, j'ai vu telle patiente, qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que tu peux la rencontrer ?" »* (Émeline, GO hospitalière). *« Dans le cadre du DU, il y a des sages-femmes qui nous sollicitent et qui viennent avec nous en consultation. Ça, c'est intéressant aussi. Après, on les voit dans le cadre des formations. Par exemple, quand on intervient sur des soirées, on les rencontre à ce moment-là aussi. On peut échanger ; au moins on peut mettre un visage sur un nom et parler de gens qu'on a vus »* (Irène, GO hospitalière). Le fait d'intégrer un réseau de périnatalité est aussi une manière de se faire connaître et de côtoyer des gynécologues, de glisser sa carte de visite, d'entamer une collaboration, de sonder si un terrain d'entente peut être trouvé... Si en plus on est introduit, il peut y avoir là les prémisses de coopérations futures. *« La cadre [de la maternité où elle travaillait précédemment] m'avait conseillée d'aller voir les médecins responsables, donc le professeur V. et le docteur G. ; ce que j'ai fait. Voilà, je me suis présentée. Au fur et à mesure, je fais partie du réseau T., réseau périnatalité »* (Emma, SFL). D'autres ou les mêmes mettront à profit la proximité de leur cabinet (parfois dans le même bâtiment), et il en va ainsi de toutes ces possibilités, de toutes ces opportunités pour se relier, pour faire reconnaître ses compétences et disposer d'un précieux carnet d'adresses.

363. PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile des femmes ayant accouché. Dans le cadre du dispositif, un agent de la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) se rend auprès des mères hospitalisées en maternité et leur propose, si un certain nombre de conditions sont réunies, de regagner leur domicile le surlendemain de leur accouchement, après avis de l'équipe médicale soignante, et avec l'assurance qu'une sage-femme va les accompagner dès leur retour chez elles. Ce service de retour à domicile des patient.e.s hospitalisé.e.s a été initié par l'Assurance Maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville. Créé d'abord pour les sorties de maternité, le service a été étendu à des cas précis de sorties d'hospitalisations (après chirurgie, des suites d'un AVC, etc.). Source : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

4.6. Les nouvelles compétences des sages-femmes libérales au prisme des gynécologues

Les sages-femmes libérales, nous l'avons souligné, ont gagné en compétences au fil des dernières années. Tendanciellement, les plus jeunes notamment diversifient leurs activités, quitte à profiter du DPC pour se perfectionner ou tout simplement pour être habilitées à effectuer tel ou tel acte, en matière de contraception, de réalisation de frottis, d'IVG médicale, etc. Se tourner vers la gynécologie est une manière pour elles de diversifier leur patientèle, de répondre à des demandes nouvelles et aussi de se positionner à l'heure où les effets de la concurrence entre ces professionnelles, qui n'existaient pas vraiment il y a encore quelques années, peuvent les mettre en difficulté. Rechercher des complémentarités entre sages-femmes d'un même cabinet, valoriser ses formations supplémentaires, défendre l'accompagnement global... bien des raisons les amènent à s'ouvrir vers de nouvelles pratiques, apanages jusqu'alors des médecins généralistes et des gynécologues, obstétriciens ou médicaux. Puisqu'on l'aura compris, les frontières entre métiers ne sont jamais établies une fois pour toutes et que les sages-femmes n'ont pas *stricto sensu* le monopole d'un segment particulier d'intervention, ne pas s'en laisser conter passe par l'affirmation de leur technicité, alliance de savoir-faire et de savoir-être; manière aussi de passer à l'offensive. C'est dans ce contexte qu'il faut saisir également tout ce qui a trait à l'émergence des maisons de naissance et à la réalisation d'accouchements *via* la mise à disposition des plateaux techniques des maternités. Il n'est guère étonnant que les professionnels qui voient leur domaine jusqu'alors réservé être désormais partagé, réagissent à ces entames. Comment donc, pour en rester ici aux gynécologues, les uns et les autres jugent-ils la situation? Le fait que les sages-femmes libérales se tournent vers les soins gynécologiques représente-t-il à leurs yeux une évolution positive et attendue ou bien ont-ils tendance à mettre plutôt en avant les désavantages et les risques, les dérives entrevues, l'ombre portée voire, pourquoi pas, les avanies de ces empiètements? Point d'univocité on s'en doute, mais toutefois le fond commun sourd plutôt de visions assez critiques.

Les gynécologues ne sont généralement pas avares de compliments quand il s'agit de louer les qualités dont peuvent faire montre les sages-femmes libérales dans le domaine de l'obstétrique. Il va aussi de soi à leurs yeux que des dispositifs tels que l'entretien prénatal précoce leur revient d'évidence. Leur pleine participation au PRADO³⁶³ est également bienvenue et ils s'inscrivent dans ce qui a trait au suivi des suites de couches, tant que tout se déroule sans souci particulier. Dès que l'on aborde des compétences

364. *Gynécologue-obstétricien cité par Trossat Fanny, op.cit., p. 68.*

dans le domaine de la gynécologie, l'unanimité se fendille et on peut d'ailleurs se demander si les dithyrambes concernant leurs attributions qui ne font guère débat ne sont pas convoqués pour mieux marquer les critiques qui généralement ne vont pas tarder à poindre. Il serait vain ici de passer en revue les réactions, les avis portés par les uns et les autres concernant toutes ces nouvelles compétences. On s'attardera simplement sur quelques-unes d'entre elles qui semblent assez emblématiques des points de vue exprimés.

En matière de contraception, un argument est régulièrement mis en avant, qui revient d'ailleurs, quels que soient les registres : leurs connaissances sont souvent bien superficielles, du fait d'une formation qui est restée à la surface des choses. Les sages-femmes ont tendance à afficher des prétentions alors qu'il faut des années pour acquérir tous les savoirs requis. Que pèsent leurs enseignements reçus à l'aune des 9 ou 11 années des médecins ? Elles font avec les moyens du bord, tâtonnent parfois, alors que c'est là où les choses ne peuvent plus être sérieuses. On retrouve ici les mêmes critiques entendues par Fanny Trossat : *« les compétences élargies de la sage-femme, c'est permettre à des gens qui n'ont pas d'acquis médicaux, c'est-à-dire ce corpus qui est un long métier à apprendre, les six premières années que l'on a en commun sur la complexité du corps humain, et se dire qu'on peut aller voir quelqu'un qui a des compétences, mais qui ne voit que la face émergée de l'iceberg en ignorant tout ce qui se passe dessous »*³⁶⁴. Manque de connaissances, manque de pratique, la grande majorité des gynécologues interrogés sont pour le moins dubitatifs. *« Nous, les gynécos médicaux, ça nous inquiète beaucoup aussi, en dehors des échos obstétricales, parce qu'elles se targuent de faire de plus en plus de gynécologie, sans avoir le background médical derrière. Mais il paraît que maintenant elles ont une meilleure formation en gynécologie. Pour la contraception, poser des stérilets, et encore, il y a eu des gags, il n'y a pas le background médical pour suivre sur le plan hormonologie, les ménopauses, les suivis de cancer. C'est vrai que c'est un problème »* (Catherine, GM libérale). De fait, les gynécologues médicaux, là comme ailleurs, sont assurément les plus critiques. *« Elles le font de manière un peu intuitive. Il y a quelque chose qui ne repose pas sur le savoir, parce que c'est un peu au pifomètre des fois, ou de manière à contenter la patiente pour la garder »* (Aude, GM libérale). Si les avis sont la plupart du temps quasiment aussi tranchés du côté des gynécologues obstétriciens, quelques rares voix discordantes se font entendre. Leur disponibilité, leur écoute peuvent être néanmoins appréciées. *« Je trouve que l'approche des sages-femmes, par rapport à la patiente, est nettement supérieure à celle des gynécos en termes de valeurs humaines. Quand on trouve des sages-femmes qui posent un stérilet ou qui parlent*

365. Lefrançois Margot, *Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception. État des lieux auprès des sages-femmes de Basse-Normandie, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Caen, 2016, p. 22.*

366. Ruault Lucile, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles questions féministes*, n° 1-34, 2015, p. 46. Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle, *op. cit.*, p. 7. Trossat Fanny, *op. cit.*, p. 72.

contraception, on voit qu'elle a pris le temps. Alors qu'un gynéco', c'est très rapide. Par rapport au contact avec la patiente, la sage-femme, il n'y a pas mieux à mon avis, en général » (Quentin, GO salarié). On en revient aussi aux limites bien floues de leurs compétences et finalement de leur identité. Il y a donc des hésitations qui ne font que traduire le malaise à bien définir les contours de ce qui, en gynécologie, pourraient leur être dévolus. « Enfin logiquement... Je ne sais pas... En fait, je crois qu'on est un peu... C'est un peu compliqué, parce qu'on ne connaît pas leurs limites. On ne sait pas où ça commence... Enfin si, on le sait; c'est la contraception, mais c'est tout à fait logique. Après tout, moi je trouve ça pas mal parce qu'elles ont peut-être une meilleure approche que nous en contraception sur les jeunes, parce que ce n'est pas très facile. Peut-être qu'on impressionne beaucoup, je ne sais pas. Mais après, quand ça commence à la... Je ne sais pas trop » (Élisabeth, GO libérale).

La pose de dispositifs intra-utérins (DIU) concentre bien des critiques et on peut relever à l'unisson l'écho de nombre de réserves émises par les gynécologues³⁶⁵, libéraux en particulier. Reviennent notamment la pose trop précoce de stérilets³⁶⁶ et l'évocation de perforations de la paroi utérine liées à un mauvais placement. « Depuis que les sages-femmes posent des stérilets, ils [les gynécologues] n'ont jamais eu autant de patientes à être opérées pour perforation. Ça, ce n'est qu'une impression, il n'y a pas eu d'études menées sur le sujet. Mais nous, on le voit bien, sur les patientes qui sont adressées, il y a quand même plus de complications. Peut-être qu'elles n'en voient pas assez, ou peut-être que la formation est un peu trop légère » (Denise, GO hospitalière). Ils sont alors sollicités et doivent intervenir à la suite des bévues faites par des sages-femmes. « Moi, je veux bien que les sages-femmes mettent des stérilets. En fait, vous voyez les patientes parce que la sage-femme n'a pas réussi à le mettre ou qu'elle a eu très mal, ou qu'elle le supporte pas, parce que ce n'était pas là qu'il fallait le mettre » (Benoît, GO libéral). « En fait, ce que disent mes copains gynécos de ville ou gynécologues-obstétriciens, c'est qu'elles posent des stérilets, mais jusqu'à ce que ça ne se passe pas bien. Du coup, c'est le gynécologue qui récupère... Je pense que la formation n'est pas très solide. Elles font des gestes en effet, elles ont des compétences limitées, ce qui est normal. Du coup, le gynécologue, qui s'est vu dessaisi d'une partie de sa clientèle, récupère les échecs ou les problèmes. Donc, c'est un peu litigieux » (Jean-Laurent, GO libéral). Les gynécologues hospitaliers sont globalement un peu moins critiques et reconnaissent que c'est là une pratique assez délicate, qui fait qu'eux-mêmes ne sont pas à l'abri des erreurs. « Je trouve qu'il y a peu de retours difficiles vis-à-vis des contraceptions et des poses de stérilets. Je trouve qu'elles sont assez bien formées. Moi, pour

en poser beaucoup en visite postnatale, je vois bien que des fois ce n'est pas facile et ça m'arrive d'avoir des échecs de pose » (Bruno, GO hospitalier). Dans tous les cas, nombre des sages-femmes qui posent de stérilets savent qu'en cas de problèmes, elles ne seront guère épargnées. « Il y a encore du chemin à faire entre la reconnaissance de nos compétences médicales. Pour en avoir discuté avec des gynécos par rapport à la pose de stérilet, si jamais une sage-femme a un problème avec un stérilet, ils ne vont pas lui faire de cadeau ; autant ils vont se couvrir entre eux. Il y a encore du chemin à faire au niveau des mentalités » (Denise, SFL). « Là, il y a une de nos collègues qui avait un petit souci avec un stérilet, et il a fallu l'envoyer chez un gynéco. Legynéco, il nous a... Et alors quand elle lui pose la question : "mais vous, ça ne vous est jamais arrivé ? Il lui dit : "oui. Mais moi, je suis capable de résoudre le problème, et vous, vous ne l'êtes pas". Et donc du coup, c'est ce genre de tension. C'est un stérilet qui a perforé la paroi utérine. Il faut aller le chercher. Et c'est vrai que du coup, ils peuvent se sentir, avoir l'impression que... voilà... encore... C'est moi qui récupère. Et ce n'est pas moi qui ai fait. Alors en même temps, je peux comprendre. Mais c'est aussi peut-être lié à ce lien hiérarchique. Voilà, "je suis ton chef" » (Odile, SFL).

La réalisation de frottis vaginaux est un geste que les sages-femmes sont amenées à réaliser de plus en plus souvent, notamment dans le cadre de consultations gynécologiques « de routine » de femmes de tout âge se tournant vers elles au lieu et place des gynécologues. Parmi celles qui effectuent ces prélèvements et qui sont à même d'interpréter les résultats, des prudences sont régulièrement émises puisqu'on avance là dans de possibles diagnostics au fil desquels il faudra peut-être lever des doutes. Quelques gynécologues-obstétriciens salariés ont sur ce point un avis plutôt positif. « Les frottis, on leur apprend. Les frottis que je vois des sages-femmes, c'est très bien. Réaliser un frottis, ce n'est pas très compliqué et elles sont formées. Si elles ont fait le DU de gynéco, elles sont formées au frottis et elles le font très bien » (Hervé, GO clinique mutualiste). Souvent ils l'assortissent cependant de réserves. « Faire un frottis et faire un bon frottis, il faut qu'elles aient l'habitude de le faire, parce que si on fait un mauvais prélèvement, on rassure quelqu'un et deux ans après, on les revoit avec un cancer » (Charles, GO libéral). « Ce n'est pas parce qu'on est sage-femme qu'on est formé à certaines pathologies gynécologiques. Après, ce qui serait bien, c'est que les sages-femmes qui font leurs frottis, je trouve ça parfait, très bien, pas de problèmes, mais qu'est-ce qu'elles font de leurs frottis anormaux ? » (Justine, GO libérale). De manière plutôt récurrente, les critiques portent, non pas sur le geste de prélèvement lui-même, mais sur leurs connaissances des analyses dont un laboratoire va leur faire retour. « Elles font vraiment dans le geste de base, elles font du frottis, etc. Et elles

367. Borel Myriam,
« Les sages-femmes,
nouvelles prescriptrices
de la santé sexuelle
et reproductive ? »,
Transversales, Centre
Georges Cheurier,
2018, p. 7.

sont très déstabilisées par la découverte d'une anomalie au frottis ou par la découverte d'un petit polype, d'un petit truc. Elles ne sont pas équipées ou pas en capacité de faire des petits prélèvements qui pourraient s'imposer à ce moment-là. Du coup, elles envoient très vite » (Jean-Laurent, GO libéral). « Elles sont montées en compétences, mais sans avoir forcément les connaissances. Le frottis typiquement. Faire un frottis en soi, le geste est pas spécialement complexe. Par contre, ce qui est très dur, c'est surtout l'analyse. Certains médecins vont s'en plaindre, en disant : "elles peuvent faire des frottis, mais globalement, dès que ce n'est pas marqué que c'est normal, elles vont appeler systématiquement pour avoir un avis". Dans le raisonnement médical, on dit que si on fait un examen, on est censé savoir l'analyser et savoir quoi faire derrière. C'est vrai qu'ils s'en plaignent » (Bruno, GO hospitalier). Comme pour ce qui concerne la contraception, est mis en avant le fait que là on touche de manière exemplaire les limites des compétences des sages-femmes. « C'est la limite. Pour moi, c'est un exemple assez typique de la frontière entre le gynéco et la sage-femme. Après, si elles ont conscience de ça et que, du coup, la patiente est envoyée au gynéco, très bien » (Élodie, GO libérale). Là encore, ce sont les gynécologues libéraux qui expriment le plus de réserves.

L'IVG médicamenteuse³⁶⁷, d'autres actes encore renvoient aux mêmes critiques, jamais unanimes, mais qui, la plupart du temps, prennent le pas sur des perceptions positives. Il en va de même concernant d'autres attributions, telle la délivrance d'arrêt de travail par exemple. Du coup, celles et ceux qui se définissent eux-mêmes comme « pro sages-femmes » mentionnent très souvent le fait que leur point de vue est minoritaire. « Je trouve ça plutôt pas mal [l'extension des compétences]. Après, je sais que je suis isolée. Dans le service, si vous posez la question aux cinq autres médecins qui travaillent avec moi, ils ne seront pas du tout d'accord avec moi » (Denise, GO hospitalière). « Moi, à titre personnel, je suis très pro sage-femme (...). Mais je sais qu'il y a des collègues qui n'y sont pas du tout favorables. Mais je ne suis peut-être pas la majorité. Moi, je trouve ça très bien, que ce soit les généralistes ou les sages-femmes, qu'il y ait de plus en plus de capacités d'accès aux soins courants pour la gynéco, parce qu'on n'a pas réussi à avoir un rendez-vous avec un gynéco » (Quentin, GO hospitalier).

Sans qu'il s'agisse là de nouvelles compétences à proprement parler, la possible mise à disposition des plateaux techniques des maternités hospitalières, afin que des sages-femmes libérales puissent, en toute autonomie, réaliser l'accouchement de leurs patientes, a été aussi l'objet de bien des controverses, et ce depuis les premières mesures qui datent de 1991. Les sages-femmes libérales qui aspirent à bénéficier de cette ouverture peuvent

368. Lafont Bénédicte,
Accès des sages-
femmes libérales aux
plateaux techniques,
Mémoire en vue de
l'obtention du diplôme
d'État de sage-
femme, Université
de Lyon 1, 2010.

encore être confrontées à de nombreux blocages³⁶⁸. Quand accord il y a, les conditions peuvent être assez drastiques. « Bien sûr, il y a des conventions qui sont signées. Les dossiers sont présentés en staff quand il y a une femme qui s'annonce avec une sage-femme libérale. Elle vient présenter au staff le dossier pour qu'on valide le côté physiologique a priori de l'accouchement. Mais encore une fois, c'est qu'a priori. Cette sage-femme travaille en totale autonomie, c'est-à-dire qu'elle bénéficie du personnel d'ici, mais c'est elle qui prend ses décisions sur le plateau physiologique. Simplement si la femme a des douleurs, qu'elle supporte moins bien, qu'elle n'arrive pas à gérer et on fait une péridurale, on sort du plateau technique puisque ce n'est plus physiologique. Il y a besoin d'une révision utérine ? On sort du plateau technique. Il y a besoin d'une extraction ? On sort du plateau technique, etc. » (Christian, GO hospitalier). L'insistance est mise sur le fait que c'est là un exercice sur le fil pour des sages-femmes qui à tout moment risquent de perdre la main alors que cela requiert de leur part une grande disponibilité. En filigrane, il y a bien cette question pendante : « sont-elles vraiment sûres que le jeu en vaille la chandelle ? ». « C'est très difficile, parce que c'est la sage-femme qui va se rendre disponible pendant un mois. Elle va travailler en parallèle, mais elle doit être disponible pour, quand la dame est en travail, de venir avec elle, l'accompagner et l'accoucher. Sachant qu'à tout moment, pour une raison x ou y, ça peut basculer dans le : "on sort de la physiologie et c'est nous qui reprenons le relais". Et ce mois d'astreinte est mis à néant parce qu'elle a rompu et que le travail s'est déclenché. Un déclenchement, ce n'est plus physiologique et on prend le relais (...). Le problème, c'est que si on est dans un cas de figure où la sage-femme n'appelle pas. Est-ce qu'on doit dire : "là, ton rythme n'est pas bien, je prends le relais ?", "vous aviez vu le tracé, pourquoi vous n'avez pas appelé ?". En fait, on est un peu les malvenus. C'est assez désagréable d'intervenir parce qu'on sait qu'il se passe quelque chose. Donc, on vient un peu comme l'annonceur du malheur, alors que si on vient, c'est parce qu'il y a déjà quelque chose. C'est souvent assez particulier. Après, ça pousse d'ailleurs à des erreurs, c'est-à-dire qu'une sage-femme libérale en plateau technique recule l'appel. J'ai vu des lésions obstétricales sévères, avec une suture à faire parce que le sphincter anal est touché [...]. Mais on se sent malvenu, mal à l'aise quand on intervient dans ce cas de figure précis, y compris pour la sage-femme, on sent qu'elle fait le deuil, un peu de "çayest, ça m'échappe". C'est vraiment très particulier » (Bruno, GO hospitalier).

Coopération ? Délégation ? Rien ne va de soi en matière de reconnaissance par les gynécologues des nouvelles compétences dévolues aux sages-femmes, libérales en particulier. Il est bien difficile de faire la part de celles et de ceux qui s'accordent pour juger que tout cela va dans le bon sens,

sauf à avancer qu'ils sont minoritaires. Tel ou tel avis tranché paraît bien renvoyer à des expériences qui font que des sages-femmes peuvent être échaudées. *« Heureusement on a des gynécos avec qui ça fonctionne bien, qui eux n'ont pas envie de faire des suivis basiques, des suivis annuels, parce que eux, ils sont plus dans la pathologie, et voilà, nous on renvoie quand il y a une patho' et quand ils ont fini de régler la patho, et bien ils nous ré-renvoient la patiente. Quand on est comme ça, c'est génial quoi! Là on travaille et là on a un vrai réseau et on a chacun notre place. Moi, j'ai ma place de sage-femme, le gynéco a sa place et il y a du respect entre nous. Ce n'est pas la majorité des gynécos. Moi je dirais que c'est 10 %. Les 90 autres, voilà, nous les sages-femmes, on est leurs boniches. Moi je suis désolée, ce n'est pas comme ça que ça fonctionne. Voilà et c'est un petit peu dommage »* (Pia, SFL).

À quoi tiennent alors les différences de perception, du côté des sages-femmes qui ici pointent des évolutions, qui là, au contraire, soulignent des conservatismes qui perdurent? Et du côté des gynécologues, pour qui ces nouvelles compétences sont fait acquis et c'est très bien ainsi? Bien que parfois évoquées, un certain nombre de variables mises en avant apparaissent assez fragiles. Il faudrait sans nul doute une investigation plus poussée, à partir de données quantitatives peut-être, pour en être assuré. Ici peu d'éléments laissent augurer que c'est affaire de génération. On l'entend parfois: *« La nouvelle génération de gynécos, je pense vraiment que c'est une question de génération, les gynécos de ma génération, ils sont d'accord de travailler avec nous, ils n'ont pas peur des sages-femmes. Alors que les vieux gynécos, c'est eux qui sont inquiets par nos installations »* (Bérangère, SFL). Pour autant, à l'échelle des entretiens réalisés, rien de vraiment convaincant ne transparaît, et les échos les plus favorables ont été tenus d'ailleurs par des gynécologues proches de la retraite. Est-ce affaire de sexe? Les femmes deviennent majoritaires chez les gynécologues-obstétriciens; elles le sont depuis longtemps chez les gynécologues médicaux. Là non plus, avec les limites d'une investigation qualitative comme la nôtre, on ne peut pas avancer qu'il y ait des discordances dans les perceptions émises, là où on pourrait peut-être attendre des perceptions différentes, voire des solidarités sinon des alliances. L'identité de métier, l'appartenance à une profession à part entière, l'esprit de corps semblent bien prendre le pas sur d'éventuelles différences de perception voire de pratiques de coopération. Un seul fait paraît avéré: les gynécologues médicaux sont les plus critiques, et sans doute, de fait, les plus inquiets. Ce sont eux, ce sont elles plutôt, qui expriment aussi le plus nettement leur inquiétude sur les suites. Un sujet apparaît assez sensible: l'accompagnement des femmes ménopausées. Certains gynécologues verraient

369. Boissy Charline et Flori Marie, « Mise en place d'un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à Lyon », *Exercer. La revue francophone de médecine générale*, n° 121-26, 2015, p. 227.

bien des relais et de nouvelles compétences à attribuer aux sages-femmes, une fois encore en termes de délégation. « Moi, j'ai pas mal de patientes, dans le cadre du prolapsus. J'opère une partie des patientes, mais il y en a aussi beaucoup qui sont traitées par pessaire. Là, je pense que c'est des choses qu'elles pourraient gérer, l'ablation et la pose de pessaire, dans le cadre d'un suivi. Le pessaire, c'est un anneau qu'on met dans le vagin et qui empêche la descente d'organes, qui permet une alternative à la chirurgie. L'inconvénient de ce dispositif-là, c'est qu'il faut voir les patientes assez régulièrement. Il y a une phase d'apprentissage, etc. Moi, je gère ça, mais c'est vrai que ça m'embolise les consultations, parce que j'ai beaucoup de patientes à gérer avec ça » (Denise, GO hospitalière). D'autres réagissent vivement à ce qu'elles pressentent peut-être. « Quand ils ont une dame ménopausée qui vient parce qu'elle pense que ce sera bien mieux chez une sage-femme, et qu'elles disent : "nous, on ne fait pas ça, ce n'est pas notre métier", elles sont honnêtes. Ce que je veux dire, c'est qu'une sage-femme, c'est une sage-femme, ce n'est pas une gynécologue; qu'elle ne doit pas suivre une femme en dehors de la grossesse » (Justine, GO libérale). « Ça, ça nous sort par les trous de nez, c'est-à-dire que quand ça commence à aller dans la ménopause, parce que, logiquement, ça s'arrête à la ménopause. Donc, on ne comprend pas trop. Logiquement, c'est ça. Les sages-femmes, elles font de la physiologie logiquement. Mais la ménopause... » (Élisabeth, GO libérale).

Ainsi vont donc les interactions entre gynécologues et sages-femmes, marquées du sceau de l'histoire, évolutives sans nul doute, mais qui rappellent que les rapprochements, la coopération, le partage négocié des actes professionnels ne se décrètent pas. Des inflexions ont été données, des compétences attribuées (ou réattribuées) aux sages-femmes mais pour autant, la domination des médecins perdure.

5. Les interactions entre médecins généralistes et sages-femmes

« La Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), écrivent Charline Boissy et Marie Flori, a introduit le suivi gynécologique de prévention ainsi que la prescription de la contraception dans les compétences des maïeuticiens. Le Référentiel métiers et compétences des sages-femmes rejoint ainsi celui des médecins généralistes pour la prévention, le suivi de la femme pendant et en dehors de la grossesse, la vaccination et la contraception »³⁶⁹. Dans ce contexte, on s'interrogera sur la nature et la teneur des rapports entre ces deux professions. Le fait de disposer de compétences

370. Les médecins généralistes entretenant peu de relations avec les sages-femmes hospitalières, nous aborderons uniquement ici leurs interactions avec les sages-femmes libérales : « Au CHU, je les connaissais pas, c'est toute une équipe qui tourne beaucoup. Je savais que les femmes que je voyais allaient être suivies par une sage-femme lors des consultations de suivi dans les fins de grossesses » (François, MG).

371. Sur les raisons du choix de l'exercice libéral et les modalités d'installation des cabinets de sages-femmes, voir Douguet F., Vilbrod A., ONDPS, 2016, op. cit., p.137-145.

communes favorise-t-il l'articulation et la complémentarité entre médecins généralistes et sages-femmes libérales³⁷⁰ ? Inversement, cette situation ne peut-elle pas être à l'origine de rivalités et de tensions ? Nous montrerons ici que les interactions entre ces professionnels sont loin d'être homogènes et nous attacherons également à repérer les paramètres qui conditionnent ces relations.

5.1. Quand des cabinets de sages-femmes s'implantent à proximité de cabinets de médecine générale : entre méfiance et bon accueil

Les sages-femmes qui décident de s'installer en libéral vont d'abord devoir constituer, ou tout au moins développer, leur propre patientèle³⁷¹. Pour y parvenir, il leur faut nouer des relations et engager des coopérations avec les professionnels de santé libéraux et hospitaliers (des services de maternité principalement) présents sur la même zone géographique afin que les uns et les autres orientent des femmes vers leurs cabinets. Ainsi, la majeure partie des sages-femmes que nous avons sollicitées ont, au moment de leur installation en libéral, mené de véritables « campagnes » d'information et de communication en direction des médecins généralistes exerçant sur le même périmètre. Il s'agit alors d'annoncer sa présence sur le territoire, de faire savoir toute l'étendue des activités réalisées par les sages-femmes, de donner à voir son cabinet, d'informer sur ses spécialités ou compétences particulières, etc. dans l'espoir que les médecins généralistes du secteur leur adressent certaines de leurs patientes.

Les moyens déployés par les sages-femmes pour se faire connaître auprès des généralistes sont multiples (adressages de courriers, diffusions de plaquettes, appels téléphoniques, invitations à venir visiter leurs cabinets...) : « J'ai commencé en début d'année, du coup on [avec sa collègue psychologue] a envoyé un courrier avec une carte de vœux de nous deux, ensemble » (Julie, SFL) ; « Par téléphone, parce que la majorité n'avait pas trop le temps de me recevoir » (Marianne, SFL) ; « Moi j'ai fait une inauguration quand j'ai fini l'agrandissement de mon cabinet, j'ai invité tous les médecins du coin » (Pia, SFL). Pour autant, c'est la rencontre de visu de chaque médecin généraliste, à son cabinet, qui demeure le mode de contact le plus fréquent : « Il faut aller voir, avec ses cartes de visite, tous les médecins traitants » (Adèle, SFL).

Si ces pratiques dites de « présentation » sont courantes chez les sages-femmes, elles demeurent plutôt exceptionnelles du côté des médecins

372. Digard Laurianne, *Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Thèse de Médecine, Université de Rouen, 2018, p. 380.*

373. Bergeron Caroline, *Echange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites de chacun ? Thèse de Médecine, Université de Nantes, 2012, p.71.*

374. Certains généralistes pratiquent ces deux activités, d'autres ne pratiquent que l'une ou l'autre et orientent donc les patientes vers les sages-femmes en fonction de ce qu'ils font ou ne font pas eux-mêmes : « Uniquement les suivis de grossesse, vu que je fais un suivi gynéco » (Lucie, MG).

375. Les freins à la pratique de ces activités chez les médecins généralistes seront détaillés dans la partie 6 consacrée aux relations entre généralistes et gynécologues.

généralistes qui débutent leur activité. Dans sa thèse basée sur la réalisation de *focus groups* auprès de sages-femmes et de médecins généralistes exerçant en Normandie, Lauriane Digard le remarque : « Cela commençait par une présentation en personne lors de l'installation malgré son aspect chronophage. Les médecins généralistes ne se soumettaient pas fréquemment à cette pratique, ils estimaient ne pas pouvoir rencontrer tous les praticiens avec lesquels ils étaient amenés à collaborer. Alors que les sages-femmes estimaient normal de se présenter aux médecins généralistes de leur secteur d'installation »³⁷². Une seconde thèse, conduite en Loire-Atlantique à partir de la même méthode, aboutit aux mêmes constats : « Aucun médecin généraliste ni aucune sage-femme n'a parlé de médecin qui serait allé se présenter aux sages-femmes de son secteur »³⁷³. En outre, il très étonnant de constater que bon nombre de médecins généralistes que nous avons rencontrés affirment n'avoir jamais reçu la visite de sages-femmes s'installant à proximité de leur cabinet : « Elles ne sont pas venues. Alors peut-être que c'est moi qui aurais dû me présenter à elles dans la mesure où je suis peut-être arrivée après ! Je ne sais pas si je suis arrivée avant ou après mais en tout cas, je n'ai jamais vu une sage-femme » (Léa, MG). Médecin généraliste durant une trentaine d'années, François n'a pas non plus souvenir d'avoir rencontré de sages-femmes à son cabinet mais, de façon spontanée, il évoque les visites reçues de nouveaux confrères spécialistes : « Néanmoins, par exemple dans d'autres cas, il y avait eu de nombreux médecins, chirurgiens, jeunes chirurgiens qui venaient quand ils allaient s'installer, pas spécialement dans l'obstétrique. Oui, ils venaient me voir. Ils téléphonaient : « je vais m'installer avec telle équipe chirurgicale ». Mais les sages-femmes, non. Gynécos, non plus. C'est surtout les [autres] chirurgiens ou [autres spécialistes] cardiologues, là ils venaient ».

Quelles sont alors – du point de vue des sages-femmes – les attitudes des médecins généralistes à l'occasion de ces premiers contacts ? Comment perçoivent-ils l'installation d'une sage-femme libérale dans le périmètre de leur cabinet ? Les réactions des médecins généralistes sont très contrastées et dépendent étroitement du niveau d'offre de soins à destination des femmes sur le secteur (présence de gynécologues libéraux, de maternités, de services hospitaliers de spécialité...) ainsi que de leur niveau d'implication personnelle dans la réalisation d'activités de gynéco-obstétrique³⁷⁴. Lorsque l'offre de soins spécialisés est faible ou déficitaire (pénurie de gynécologues, absence de services hospitaliers...) et que les médecins généralistes ne pratiquent pas ou peu d'actes relevant de la gynécologie et/ou de l'obstétrique³⁷⁵, l'installation des sages-femmes est perçue positivement : « Ils ont été très accueillants. L'année dernière, je leur ai dit que j'habitais dans le village et que j'avais un DU de gynéco, et que j'étais prête, si cela les

376. Meignen Émeline, *Comment se passe la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales dans le suivi de la femme ? Étude qualitative chez les sages-femmes libérales de la Seine-Maritime et de l'Eure*, Thèse de Médecine, Université de Rouen, 2018, p. 51.

intéressait, à faire des vacations de gynéco en tant que sage-femme, de la gynéco de prévention. Ils m'ont dit « vas-y », et ils m'ont accueillie à bras ouverts parce que dans toute la vallée il n'y a qu'une généraliste qui s'est formée en gynéco » (Benoîte, SFL); « Là, je les ai rencontrés, ils ont tous été très ravis de mon installation parce qu'il y a pas de gynéco dans la vallée [...]. Du coup, les généralistes sont un peu surbookés par les demandes frottis, etc. » (Honorine, SFL). En revanche, s'il existe une offre de soins spécialisés sur le territoire et surtout, si les médecins généralistes pratiquent eux-mêmes des activités relevant de ces spécialités, l'annonce de l'implantation d'un cabinet de sage-femme peut être mal perçue. Craignant que ces nouvelles professionnelles viennent empiéter sur leurs propres activités, les médecins sont réticents à l'installation de sages-femmes sur leur zone d'exercice: « Quand je me suis installée ici les médecins traitants, ils ont dit « non, ce n'est pas possible, elle va nous piquer nos grossesses, elle va nous piquer machin, etc. » C'est assez particulier. Alors qu'ils débordent de travail, ils ne savent plus quoi en faire, mais dans le même temps, ils ont la crainte que quelqu'un vienne s'installer et qu'il se passe quelque chose [...]. J'ai bien compris que je dérangeais » (Pia, SFL); « Les généralistes, ils ont un peu peur qu'on leur pique leurs patientes. Quand je me suis présentée auprès des généralistes, certains d'ailleurs me l'ont dit ouvertement: « oui, mais vous savez, nous, des grossesses, on n'en a déjà pas beaucoup » » (Brigitte, SFL); « Quand on [MG] vous reçoit, vous n'avez pas trop envie de parler. Sur les neuf que j'ai vus, il n'y en a deux qui m'ont pris au sérieux, en disant « mais avec plaisir, on va travailler avec vous s'il y'a besoin ». Les autres, c'est pas la peine, c'est à peine s'ils vous disent « mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse de votre carte de visite? ». Donc, vous avez compris que ces personnes-là ne vous enverront jamais personne » (Emma, SFL). De telles oppositions sont observées à de nombreux endroits du territoire national, par exemple ici en [Haute-] Normandie: « Pour les sages-femmes interrogées, les médecins généralistes qui étaient contre leur installation en libéral et qui ne souhaitaient pas travailler avec elles, étaient des médecins qui pensaient que les sages-femmes leur faisaient de la concurrence. Ils avaient peur de perdre une part de la patientèle et surtout de perdre le suivi gynécologique et obstétrique de leur patiente »³⁷⁶.

Cependant, les oppositions ou approbations exprimées par les médecins généralistes, au moment même où une sage-femme s'installe dans les alentours, ne sont pas figées une fois pour toutes. Des réticences peuvent, au fil du temps, être levées mais les accords tacites de départ peuvent aussi céder la place à des désaccords. Pia nous a ainsi largement décrit le mauvais accueil qu'elle a reçu de la part des généralistes lors de son arrivée sur le secteur (« J'ai bien compris que je dérangeais ») mais au cours

de l'entretien, cette sage-femme a aussi évoqué l'amélioration progressive de ses rapports avec ces médecins ainsi que la mise en place de collaborations : « *La relation avec les médecins, ça a été long. J'ai travaillé, je travaille depuis 6 ans et c'est pas parfait* ». Il lui aura fallu mener un long travail de persuasion auprès des médecins généralistes (« *à force de battre* » dit-elle) afin de faire montre de ses compétences et de les convaincre d'orienter des patientes vers son cabinet. L'obtention d'un diplôme universitaire spécialisé lui apportera la reconnaissance et la légitimité nécessaires aux yeux des médecins : « *Voilà donc, à un moment donné il faut se faire sa place, il faut prouver qu'on est utile. Il faut passer des examens qui leur parlent par exemple, le DU gynéco. Ah oui un DU gynéco, bon c'est OK* » pour les médecins ça leur parle » (Pia, SFL). Dans d'autres contextes, la bonne entente du début ne dure pas et des tensions se font jour entre les deux catégories de professionnels. Sur ce point, le déploiement du PRADO peut provoquer des crispations chez certains médecins généralistes. Ces praticiens ont le sentiment d'être évincés d'un dispositif entièrement confié aux sages-femmes et d'être placés dans une situation de concurrence déloyale vis-à-vis d'elles : « *Mais il y a une espèce de petite fronde qui est en train de monter, ils voient d'un assez mauvais œil qu'on fasse de plus en plus de suivis de grossesses. Avec les suites de couches, le PRADO, ça les défrise un peu parce qu'ils ont une grande trouille de perdre leurs clientes, mais à côté de ça, ils pleurent qu'ils ont trop de travail. Donc, c'est complètement paradoxal* » (Natacha, SFL). « *Elle [médecin généraliste] veut tout faire et elle voudrait que les médecins fassent tout. Elle essaie de faire remonter actuellement à la commission ministérielle que les médecins généralistes ont aussi leur place dans le PRADO. Et l'entretien postnatal aussi, et l'entretien prénatal. Mais la plupart ici ne prennent même plus mes patientes. Pour moi, le PRADO, ce sont des femmes qui normalement devraient encore être en maternité suivies par des sages-femmes. Donc on peut supposer que c'est aux sages-femmes d'aller les voir et pas aux médecins généralistes. Elle, elle voudrait que le médecin généraliste fasse tout* » (Isabelle, SFL).

Dans ces conditions, les patientes que reçoivent les sages-femmes libérales à leur cabinet y arrivent par d'autres canaux que celui du médecin généraliste :

- Des patientes adressées par les gynécologues libéraux :
« *Les femmes nous sont en général adressées, dans la majorité des cas, par les gynécos en ville* » (Brigitte, SFL).
- Des patientes orientées par les maternités :

377. Meignen Émeline,
op.cit., p. 36.

« Les sages-femmes interrogées nous ont appris qu'elles fonctionnaient beaucoup avec les maternités. Celles-ci leur envoient très souvent des patientes principalement pour le post-partum et la rééducation du périnée, mais également pour le suivi de grossesse et le suivi gynécologique lorsqu'elles ne peuvent pas répondre à la demande des patientes »³⁷⁷.

■ Des patientes qui viennent d'elles-mêmes, souvent dans le cadre de la préparation à la naissance et découvrent à cette occasion les autres compétences – notamment dans le domaine gynécologique – des sages-femmes :

« Si elles ne faisaient pas de la prépa, bah en fait, on ne les verrait pas les mamans. C'est grâce à cela qu'elles connaissent notre travail, qu'elles peuvent continuer avec nous » (Gaëlle, SFL).

■ Des patientes qui s'adressent à elles sur les conseils d'autres femmes (amies, parentes...) : « Je pense qu'il y a aussi beaucoup de médecins généralistes qui font ce suivi gynécologique. Et je peux imaginer que l'on marche un peu sur les mêmes compétences. C'est plutôt les femmes qui appellent spontanément parce que leur copine leur en a parlé ou leur maman » (Lise, SFL).

5.2. Entraves et leviers à la collaboration entre les deux professions

Au-delà de la concurrence ressentie par les médecins, quels sont les autres facteurs limitant l'articulation entre généralistes et sages-femmes et quels sont, à l'inverse, ceux qui peuvent faciliter et améliorer les interactions ? Sans prétendre ici à l'exhaustivité, nous exposerons les principaux freins et leviers aux coopérations entre les deux professions.

Tout d'abord, les un-e-s et les autres ont souvent pour habitude de travailler avec des médecins spécialistes, en particulier avec des gynécologues. Ainsi en va-t-il des sages-femmes, dont certaines peuvent, au passage, pointer les limites des compétences des médecins généralistes en matière de gynécologie-obstétrique : « J'ai beaucoup plus de questions à poser aux gynécologues, donc j'appelle beaucoup les gynécologues de la maternité. Moi j'ai beaucoup plus besoin d'avis gynécos que des médecins traitants qui en connaissent – j'aime pas dire ça – moins que moi dans le domaine » (Céline, SFL) ; « Moi, mon réseau, il est vraiment avec les gynécos obstétriciens, les pédiatres mais vraiment pas du tout avec les médecins

378. Berla Coline, *Les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse normale. Étude qualitative dans le département de l'Hérault, Thèse de Médecine, Université de Montpellier, 2016, p. 124.*

379. Goujon Olivia, *État des lieux de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure, Thèse de Médecine, Université de Rouen, 2016, p. 42.*

380. Meignen Émeline, *op. cit.*, p. 51-52.

généralistes » (Martine, SFL). L'étude conduite par Coline Berla dans un département de la région Occitanie débouche sur des constats analogues : « Le principal interlocuteur des sages-femmes était le gynécologue chez qui elles orientaient leurs patientes pour le suivi gynécologique »³⁷⁸. Il en va de même pour les médecins généralistes, dont certains entretiennent peu ou pas de relations avec les sages-femmes, ne connaissent pas celles qui exercent à deux pas de leur cabinet et sont plus enclins, tout comme elles, à se tourner vers les gynécologues : « *Globalement, on a de bonnes relations avec les gynécos, moins de relations avec les sages-femmes parce que c'est assez récent finalement* » (Lucie, MG). De la même façon, la majorité (62 %) des médecins généralistes normands ayant participé à l'étude d'Olivia Goujon a affirmé ne pas avoir de contacts avec les sages-femmes libérales³⁷⁹.

Dans les situations où médecins généralistes et sages-femmes sont amenés à être en lien autour de la prise en charge de patientes communes, les contacts sont peu fréquents, les échanges d'information peu nombreux, ce qui ne favorise guère le travail de concert entre les deux professions. « D'après les sages-femmes interrogées, écrit Émeline Meignen, les médecins généralistes font peu de courriers pour envoyer vers elles des patientes, en dehors des prescriptions de rééducation du périnée et des frottis, plutôt sous forme d'ordonnance [...] De nombreuses sages-femmes ont également regretté l'absence de retour de la part des médecins généralistes lorsqu'elles leur envoyaient une patiente pour une pathologie »³⁸⁰. Notre propre enquête ne vient pas démentir ces observations : « *Non, mais on a rarement des retours des médecins traitants, c'est compliqué* » (Natacha, SFL). Les échanges des sages-femmes vers les médecins généralistes ne sont guère plus développés aux dires de ces derniers :

« *Quels sont vos modes d'échanges avec ces sages-femmes [libérales] ?* »
« *J'ai jamais eu au téléphone une sage-femme. Elles n'écrivent pas non plus, donc c'est par l'intermédiaire de la patiente. Elle vient me voir en me disant : "ma sage-femme m'a dit de venir vous voir pour tel problème".* »
« *C'est plutôt informel ?* »
« *Oui* »
« *Il n'y a pas de support ?* »
« *Non* »
« *Pas de dossier partagé ?* »
« *Non* »
« *Et avec les sages-femmes de l'hôpital ?* »
« *C'est pareil, oui* » (Lucie, MG).

381. Girardot Anne, *Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France*, Thèse de Médecine, Université Paris Diderot - Paris 7, 2015, p. 100.

382. Boissy Charline et al., « Propositions pour la mise en place d'un enseignement interprofessionnel entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à l'Université de Lyon », *Pédagogie médicale*, n° 2-16, 2015, p. 138.

Par ailleurs, les médecins généralistes ignorent, d'après les sages-femmes, toute l'étendue des actes qu'elles sont autorisées à réaliser. Qu'il s'agisse de « nouvelles » compétences ou de compétences plus « traditionnelles », une telle méconnaissance constitue un obstacle majeur à leur collaboration et à l'accompagnement de patientes communes : « *Ils ne savaient pas trop que les sages-femmes avaient le droit de faire ça [gynécologie]* » (Honorine, SFL); « *De prime abord, il y a beaucoup de médecins généralistes qui ne connaissent pas le travail d'une sage-femme et qui ne savent pas quoi faire d'une sage-femme. Pour la rééducation périnéale, ils vont plutôt envoyer chez un kiné par exemple* » (Aude, SFL). Plusieurs généralistes, parmi ceux que nous avons interrogés, avouent en effet ne pas connaître le domaine d'activités des sages-femmes : « *Alors ça, je ne sais pas trop ce qu'elles font* » (Nadège, MG). Dans la situation d'entretien suivante, le chercheur apprend au médecin généraliste que les sages-femmes sont habilitées à réaliser des frottis cervico-utérins de dépistage :

« *Je sais pas ce qu'elles peuvent faire et pas faire* ».

« *Elles peuvent faire le suivi gynécologique tant que ce n'est pas pathologique* ».

« *D'accord. Et elles font les frottis par exemple ?* »

« *Oui* »

« *C'est peut-être pour ça que je vois plein de résultats de frottis arriver. C'est peut-être les sages-femmes qui s'y mettent* » (Hamed, MG).

On pourrait penser que les jeunes praticiens et les futurs médecins connaissent mieux la profession de sage-femme que leurs aînés. Il n'en est rien. En dépit de la mise en place entre 2010 et 2020 de la Première année commune aux études de santé (PACES), la méconnaissance du champ d'intervention des sages-femmes demeure une réalité chez les étudiants en médecine. Les constats suivants ont été relevés en région parisienne et en région lyonnaise : « 62 % (178) d'internes de médecine générale méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales »³⁸¹ ; « Les internes de médecine générale ont confirmé le postulat initial de leur méconnaissance du champ de compétences des sages-femmes. [...] Ce sentiment est partagé par certains de leurs enseignants : « Ce qui est flou pour moi c'est... ce qu'est le métier de sage-femme (MG2) » »³⁸².

Enfin, les freins aux interactions entre médecins généralistes et sages-femmes sont aussi d'ordre financier. Les sages-femmes ont le sentiment d'effectuer les mêmes tâches que les médecins généralistes tout en étant bien moins rétribuées qu'eux : « *Je viens de m'apercevoir depuis peu qu'un frottis fait par une sage-femme coûte moins cher qu'un frottis fait par un*

383. Le bénéfice comptable s'entend par la différence entre les honoraires nets et les charges d'exploitation, avant impôts. Source : Union nationale des associations agréées, Données statistiques sur les professions libérales en France – Données 2018, p. 137-216.

médecin traitant. Voilà donc... Enfin, il y'a plein de petits détails comme ça, ce qui a tendance à légèrement m'énerver. Voilà. On s'aperçoit que notre travail, il vaut beaucoup moins que le travail du médecin traitant ou du gynéco » (Pia, SFL). De leur côté, des généralistes indiquent réaliser de multiples actes durant une même consultation là où une sage-femme n'en réaliserait qu'un seul. Finalement, ils estiment donc être bien moins rémunérés qu'elles : « Et puis il y a quand même une source de conflit entre la sage-femme et le généraliste qui est survenue, qui est le conflit tout simplement de la rémunération. La consultation de sage-femme est devenue, enfin le tarif est devenu le même alors que le généraliste voit souvent dans une consultation deux ou trois motifs de consultation, pour le même prix qu'une sage-femme qui n'en verra qu'un. Ça, c'est quelque chose qui a beaucoup de mal à passer chez les généralistes » (Vincent, MG). Ces rivalités économiques nuisent aux relations entre les deux professions. Il n'est pas inutile de rappeler ici les montants des bénéfices comptables annuels des différentes professions libérales étudiées au titre de l'année 2018 : 91871 euros pour les gynécologues-obstétriciens ; 78421 pour les gynécologues médicaux ; 87775 euros pour les médecins généralistes et 26034 euros pour les sages-femmes³⁸³.

Au fil de nos échanges avec les professionnels, nous avons pu identifier quelques éléments qui, à l'inverse des premiers, contribuent à renforcer les interactions entre médecins généralistes et sages-femmes et à impulser des collaborations. En premier lieu, certaines expériences personnelles font que des médecins sont plus enclins à travailler avec les sages-femmes et à leur adresser des patientes : avoir des amies sages-femmes, avoir été – en partie du moins – formé par des sages-femmes durant ses études médicales, avoir été soi-même suivie par une sage-femme (cas des femmes médecins) ou avoir une proche ayant eu affaire à une sage-femme (conjointe, le plus souvent pour les hommes médecins). Dans ces contextes, les généralistes connaissent et reconnaissent les compétences des sages-femmes, leur accordent crédit et confiance : « Et puis aussi parce qu'on a eu des... Certaines femmes généralistes qui sont venues aussi en rééducation chez nous. Et du coup, il y a d'autres liens qui se sont créés, et ce qui fait que, on peut s'envoyer la balle... » (Odile, SFL). « J'aime bien que mes patientes lors de leur grossesse aient une sage-femme de référence en ville, en libéral. C'est purement mon avis perso parce que ma compagne a été suivie comme ça et je trouve ça très bien [...]. Ma femme, elle était suivie par une sage-femme, j'ai côtoyé des sages-femmes lors de mes stages, dans mon entourage, j'en ai qui sont des amies. Donc, j'ai toujours été, déjà très convaincu de base de l'utilité de cette spécialité-là, qui est particulière mais qui est, pour moi, vraiment indispensable. Sinon j'aurais jamais laissé

384. Meignen Émeline,
op. cit. p. 48.

385. Berla Coline,
op. cit., p. 132-133.

autant de mes patientes se faire suivre comme ça » (Basile, MG). En second lieu, les relations entre professionnels seraient plus aisées avec les jeunes générations. Les sages-femmes constatent que les collaborations sont plus fréquentes avec les jeunes médecins généralistes qu'avec les plus anciens : « Après, on est assez en relation avec les plus jeunes. C'est vrai que j'ai une jeune qui m'avait déjà appelée en disant : "Je ne sais pas trop comment avoir les BDC [bruits du cœur], aujourd'hui je les ai pas, comment tu fais ?" ». Elle demandait des conseils, donc après je pense qu'il y a moyen d'échanger » (Carine, SFL); « La nouvelle génération nous intègre vraiment dans le suivi des patientes mais les anciennes ne voient pas trop l'intérêt » (Martine, SFL). Les médecins généralistes les plus âgés ont sans doute conservé l'habitude de réaliser par eux-mêmes un large éventail d'actes relevant de la gynécologie et de l'obstétrique. Christian, dont l'installation en libéral date de 1981, indique avoir toujours eu une activité dans le domaine de la gynécologie (réalisation de frottis, examen des seins, prescription de pilule, pose de stérilet, traitement des infections, traitements hormonaux...) et avoir suivi des grossesses « même les dernières années ». Il est possible que les médecins situés en fin de carrière se tournent moins vers les sages-femmes libérales parce que celles-ci étaient moins nombreuses à l'époque où ils se sont installés; leur champ de compétences était aussi bien plus limité qu'aujourd'hui. Ces effets d'âge et de génération sont pointés dans d'autres travaux : « L'âge est un facteur qui revient très souvent dans les entretiens. Les sages-femmes interrogées trouvaient que les médecins les plus âgés étaient les plus réfractaires à leur installation et qu'ils étaient également ceux qui avaient le plus de mal à communiquer et à travailler en réseau »³⁸⁴. En revanche, les médecins généralistes que nous avons rencontrés n'ont pas signalé coopérer davantage avec les jeunes sages-femmes qu'avec les plus anciennes. De la même façon, parmi les différents médecins ayant participé aux *focus groups* organisés par Coline Berla, un seul a pu indiquer que les jeunes sages-femmes, nouvellement diplômées, étaient plus enclines à échanger avec les médecins généralistes³⁸⁵. L'âge et l'appartenance générationnelle des sages-femmes n'auraient donc pas ou peu d'effets sur les relations entretenues avec les médecins généralistes.

5.3. Quels liens entre généralistes et sages-femmes ?

Nous avons relevé, dans les corpus d'entretiens, les motifs d'adressage de patientes des médecins généralistes vers les sages-femmes ainsi que les motifs d'orientation de patientes des sages-femmes vers les médecins généralistes. Ces éléments sont présentés de façon synthétique dans le (Tableau 3).

386. Trossat Fanny, op.cit., p. 49.

387. Le total est supérieur à 100 % dans la mesure où les médecins généralistes pouvaient cocher plusieurs réponses à la question « Pour quelles activités orientez-vous des femmes enceintes vers des sages-femmes libérales ? » Monléon Clara, Lesuivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Lyon 1, 2012, p. 46.

TABEAU 3 Motifs d’adressage de patientes entre médecins généralistes et sages-femmes

Domaines d'activités	Généralistes → sages-femmes	Sages-femmes → généralistes
Obstétrique, périnatalité	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de grossesse physiologique - Échographie - Préparation à la naissance - Entretien prénatal précoce - Rééducation périnéale - Conseils en allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription d'arrêts de travail - Prescription d'antibiotiques (en cas d'infection urinaire notamment) - Conseils en allaitement - Suivi des nouveau-nés au-delà des 1^{res} semaines (ex: « visite des 2 mois »)
Gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi gynécologique - Frottis cervico-utérin - Prélèvement (en cas d'infection suspectée) - Consultation de contraception - Pose de stérilet - Pose d'implant contraceptif 	
Autre		<ul style="list-style-type: none"> - Problème d'alcool - Dépression

Source : LABERS, 2020.

La nature qualitative de notre matériau d’enquête ne permet pas d’appréhender la fréquence de ces adressages au regard de leurs motifs. Cependant, on peut aisément supposer que les médecins généralistes adressent plus souvent des patientes vers des sages-femmes libérales pour des motifs liés à l’obstétrique, puisqu’à leurs yeux « leur domaine d’action reste centré sur la grossesse, sa préparation et la rééducation du périnée »³⁸⁶. Les compétences « traditionnelles » des sages-femmes autour de la prise en charge de la grossesse sont mieux connues et mieux intégrées par les généralistes que leurs compétences les plus récentes dans le domaine de la gynécologie. Aussi, lorsque les médecins généralistes adressent des patientes vers des sages-femmes, il s’agit encore essentiellement de femmes enceintes.

Dans le cadre de son étude par questionnaire conduite dans les départements de l’Ain et du Rhône, Clara Monléon a pu quantifier et hiérarchiser les motifs d’adressage des femmes enceintes des médecins généralistes vers les sages-femmes. Les médecins généralistes qui orientent « souvent » les femmes enceintes vers des sages-femmes le font pour les raisons suivantes: rééducation périnéale (75 %), préparation à la naissance (48 %), surveillance d’une grossesse pathologique à domicile (31 %), surveillance d’une grossesse physiologique (24 %), réalisation de l’entretien prénatal précoce (24 %)³⁸⁷.

Les pratiques d’adressage des patientes des sages-femmes vers les médecins généralistes concernent principalement le ré-adressage de femmes enceintes ou ayant accouché vers leur médecin traitant. Dans son étude par

388. Monléon Claire,
op.cit., p. 48.

389. Meignen Émeline,
op.cit., p. 50.

questionnaire, Clara Monléon indique: « Plus d'un tiers des sages-femmes (36 %, n=12) nous ont répondu qu'elles adressaient les femmes enceintes aux médecins généralistes (et plus particulièrement à leur médecin traitant, qui les connaît le mieux) pour toute pathologie d'ordre général, pour tout motif non obstétrical (type ORL, dermatologique ou allergique, etc.) nécessitant un traitement, ou pour tout arrêt de travail nécessitant une prolongation supérieure à quinze jours »³⁸⁸.

Il n'est pas inutile de s'attarder sur les arrêts de travail et les traitements antibiotiques, lesquels peuvent constituer deux points de crispation entre les deux professions. Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des arrêts de travail, à la condition qu'ils n'excèdent pas 15 jours et ne concernent que des femmes ayant une grossesse physiologique. De fait, au-delà d'une durée de 15 jours, les sages-femmes sont contraintes de demander aux femmes enceintes de se tourner vers leur médecin généraliste pour obtenir une prolongation de leur arrêt de travail: « Elles me ré-adressent quand il faut des arrêts de travail de grossesse justement, qui sort du congé pathologique, elles nous les adressent. Des fois pour des traitements aussi » (Lucie, MG). Or, ces situations peuvent être à l'origine de tensions entre les deux professions: « L'exemple des arrêts de travail a souvent été cité, les médecins généralistes ne comprenant pas toujours pourquoi ce seraient à eux de prolonger l'arrêt de la patiente quand c'est une décision de la sage-femme qui pratique le suivi de grossesse »³⁸⁹. De la même façon, les sages-femmes sont contraintes, compte tenu de la limitation de leur droit de prescription d'antibiotiques, de ré-adresser des patientes vers leur médecin traitant. Selon la législation en vigueur, les sages-femmes sont en effet autorisées à prescrire des antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques uniquement chez la femme enceinte et cette prescription n'est pas renouvelable (primo prescription pour une infection donnée). Ainsi, Michelle souligne que le fait de ne pas être autorisée à prescrire d'antibiotiques hors grossesse nuit à la continuité de parcours de soins des femmes: « Quand j'ai été diplômée, on pouvait prescrire des antibiotiques aussi bien pour des infections urinaires avant l'accouchement et après l'accouchement. Actuellement, on ne peut plus prescrire après l'accouchement, ce qui n'est pas très logique. En fait, quand on voit les femmes en postnatal pour une infection urinaire, on prescrit le test et après on leur dit: "Appelez le médecin traitant pour la prescription d'antibiotiques". Donc ça retarde un peu et surtout ça multiplie les actes » (Michelle, SFL).

De leur côté, les médecins sont partagés sur le sujet. Certains estiment que les compétences des sages-femmes doivent se limiter strictement au

390. *Nos constats sont identiques sur ce point, les généralistes sont moins critiques que les gynécologues quant aux pratiques des sages-femmes. Par exemple, à propos de la pose du stérilet : « Elles font les gestes techniques magnifiquement bien » (Nadège, MG) versus « Depuis que les sages-femmes posent des stérilets, ils [les gynécologues] n'ont jamais eu autant de patientes à être opérées pour perforation » (Denise, GO hospitalière) [cf. point 4.6. Les nouvelles compétences des sages-femmes libérales au prisme des gynécologues].*

391. Trossat Fanny, op. cit., p. 119.

domaine de la gynéco-obstétrique et à la prise en charge de situations qui ne relèvent pas de la pathologie (grossesse physiologique, femmes en bonne santé...) : « *Donc, elles doivent être certainement, dans leur domaine, plus compétentes qu'un généraliste. Faut être clair, faut être honnête, elles sont censées être plus compétentes qu'un généraliste dans leur domaine. Sauf qu'un généraliste prend les choses dans la globalité et quand il y a des pathologies extérieures à leur sphère gynécologique, elles doivent être très vite démunies. Le danger, c'est qu'elles ne repèrent pas le problème. C'est un petit peu le souci* » (Vincent, MG). Cette prise de position des médecins généralistes est également relevée par Fanny Trossat dans le cadre de sa thèse conduite en Franche-Comté : « Les médecins généralistes, contrairement aux gynécologues, ne remettent pas en cause les compétences théoriques et pratiques des sages-femmes³⁹⁰, mais certains d'entre eux doutent de leur capacité à avoir une vision globale de la patiente. Aussi, pour les médecins de notre étude, le cadre légal du domaine physiologique doit être respecté et la sage-femme doit rapidement passer la main à un médecin en cas de doute sur une pathologie. En cas de non respect de ces conditions, la sage-femme sera unique responsable. Accepter et respecter ces limites semblent être la base de toute confiance et d'un travail en collaboration efficace pour les médecins de notre étude »³⁹¹. A contrario, d'autres généralistes estiment qu'il serait nécessaire d'élargir les compétences des sages-femmes au-delà du champ de la gynéco-obstétrique, d'étendre leur domaine d'activités au pathologique et de renforcer, en conséquence, leur droit de prescription : « *Il faudrait qu'elles aient une meilleure formation et du coup des meilleures compétences dans tout ce qui va être un peu plus pathologies, vraiment gynécologiques [...]. Élargir leur pouvoir de prescription et de gestion des cas, des cas pathologiques, ce serait vraiment bien [...]. Je pense que, en tant que professionnelle, de son point de vue, j' imagine qu'elle serait plus satisfaite si elle gérait le cas d'un bout à l'autre, sans avoir à souvent demander, même pas ce que, nous, on en pense mais par exemple une prescription de telle ou telle échographie qui est un peu hors de son champ, qui va être une échographie abdominale parce qu'elle pense que c'est pas gynéco forcément, ce serait bien qu'elle puisse pouvoir le prescrire en étant sûre qu'elle fait bien de rechercher ce problème-là* » (Basile, MG). Rien d'étonnant à constater que ces seconds médecins sont aussi ceux qui collaborent le plus étroitement avec les sages-femmes.

Pour clore ce point, nous proposons ci-dessous un essai de typologie des interactions entre sages-femmes et médecins généralistes.

- Des collaborations impossibles, des liens inexistantes :
« Mais les médecins généralistes ne doivent pas trop aimer les sages-femmes. Moi, le médecin généraliste ne m'a jamais envoyé une seule patiente, ni en rééducation, ni en préparation à la naissance. Je le sais parce qu'il y a une jeune femme du village qui est suivie par lui en grossesse, il ne m'a jamais envoyé personne » (Viviane, SFL).
- Des collaborations inscrites dans la réciprocité et le donnant-donnant :
« C'est donc hyper intéressant pour moi parce que si j'ai besoin d'un traitement [notamment antibiotique], et en général comme il s'agit de patientes locales, elles les ont souvent comme généralistes et médecins traitants, je leur dis d'aller les voir. Et inversement, quand eux ont des problématiques gynéco, ils disent à la patiente qu'une sage-femme peut la recevoir pour une pose de stérilet, pour lui faire son frottis. On travaille bien ensemble, en très bonne intelligence. Et les femmes sont très contentes » (Benoîte, SFL).
- Des collaborations en réponse aux problèmes de démographie médicale pour :
 - **Pallier le manque d'échographistes :**
« Les dernières années, oui. J'ai dû aller vers les sages-femmes parce qu'il y en a qui faisaient des écho[graphies]s et que les dernières années, c'était une catastrophe pour avoir les échographies dans les délais » (François, MG).
 - **Comblent le déficit en gynécologues médicaux :**
« En fait, elles font pratiquement la gynéco que faisaient les gynécologues médicaux avant. Mais pourquoi pas, ça n'a rien de choquant. Il faut que les choses soient bien définies, c'est tout. La définition des compétences ça fait partie du travail des autorités. Si les choses sont bien définies, il n'y a pas de raison » (Vincent, MG).
 - **Soutenir l'activité des médecins généralistes de moins en moins nombreux et de plus en plus surchargés :**
« Écoutez, moi je vais vous dire, nous, ça nous arrange parce qu'on est vraiment débordés avec les autres problèmes médicaux. Donc, si on peut avoir un petit coup de main dans un domaine qui est assez technique en quelque sorte, donc oui. » (Hamed, MG).

392. D'après le lexique de l'ancienne Fédération nationale pour l'exercice coordonné en soins primaires (Fédération française des maisons et pôles de santé - FFMPs, devenue l'association AVECSanté) « Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) regroupe des professionnels de santé de premier recours, d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné et libéral. [...] Tous les professionnels de santé, tels que définis dans le Code de la Santé Publique, peuvent y prendre part[...]. La maison de santé peut être mono-site : un bâtiment réunit les professionnels de santé ; ou multi-sites : les professionnels de santé exercent dans des lieux différents. [...] Le projet de santé sera écrit par l'équipe et ensuite soumis à validation de l'ARS. Chaque ARS a établi son propre cahier des charges, même s'il varie peu d'une région à l'autre. La maison de santé est donc un regroupement de professionnels de santé qui travaillent ensemble autour d'un projet de santé commun », <https://www.avecsante.fr/definitions-et-legislations/lexique/>

- Des collaborations relevant d'une logique de complémentarité autour du normal et du pathologique :

« Dans le cadre de votre pratique quotidienne, quelle part représente les actes de gynécologie ? »

« Aucun parce qu'on a une sage-femme »

« Aucun parce que vous avez une sage-femme ? »

« Enfin aucun, je vous fais vraiment une grosse caricature, c'est pas vrai. En gros, c'est devenu une part mineure grâce ou à cause de la présence de X, de la sage-femme. Globalement, moi je vais gérer vraiment l'aspect purement médical. S'il y a une urgence gynécologique, c'est moi qui vais la gérer mais pas la sage-femme. Un saignement par exemple, c'est moi qui vais m'occuper de ça. Une infection qui paraît bactérienne, la sage-femme va tenter dans un premier temps de tout régler. Les trois quarts du temps, elle va s'en occuper mais dès qu'il y a des résistances ou l'utilisation d'antibiotiques particuliers, elle rebascule vers une consultation médicale, elle nous ré-adresse la patiente [...]. Moi, je suis là effectivement pour tout le côté médical, pathologique, pour vérifier, dans le cas de la grossesse, plus de choses en rapport avec la gynécologie. Mais j'aime bien qu'elles aient un suivi particulier, privilégié par la sage-femme ».

« Vous les voyez tous les combien les femmes enceintes ? »

« Je les vois si elles sont malades, sinon je les vois une fois par trimestre. Sinon une fois par mois, je pense qu'elles sont suivies par la sage-femme »

« Ça peut être la sage-femme de votre cabinet ou une autre ? »

« Ou une autre. Moi je leur dis, après elles le font pas toutes à 100 %, mais je leur conseille de le faire et en général, elles sont suivies le plus souvent par la sage-femme du cabinet, des fois par d'autres » (Basile, MG).

Dans ce dernier exemple, Basile exerce dans une structure pluridisciplinaire qui réunit cinq généralistes, une sage-femme et une psychologue. Cette structure n'est pas une maison de santé pluridisciplinaire (MSP)³⁹² ; Basile la présente comme « un cabinet où nous sommes les propriétaires, où on loue les locaux à la sage-femme et à la psychologue ». Dans nos travaux précédents consacrés à l'exercice du métier de sage-femme libérale en MSP, nous avons été conduits à souligner que ce nouveau mode d'exercice groupé ne permettait pas toujours de renforcer les coopérations interprofessionnelles par rapport à un mode d'exercice classique et monoprofessionnel. « La cohabitation dans une maison de santé commune ou l'intégration dans un pôle commun ne débouchent pas nécessairement, du point de vue de la profession de sage-femme du moins, sur des collaborations

393. Douguet
Florence, Vilbrod Alain,
« L'exercice du métier
de sage-femme libérale
dans une organisation
pluridisciplinaire :
quels effets sur
les coopérations
interprofessionnelles ? »,
*Revue Sage-
femme*, 2019, vol. 18,
n° 5, p.73.

accrues et le décloisonnement professionnel attendu »³⁹³. Ainsi, Basile apprécie de pouvoir exercer dans des conditions proches de celles d'une MSP sans devoir en supporter les inconvénients (mise en place difficile, organisation contraignante, gestion compliquée, pesanteurs administratives...). Ce cadre de travail pluriprofessionnel « non institué » favorise, à ses yeux, les relations et les pratiques de coopération avec ses collègues, notamment avec la sage-femme qui partage les mêmes locaux : « Ah oui, *j'en pense que, justement, à être trop formel, ça peut être problématique. Il faut pas être non plus trop nombreux dans une MSP. C'est un frein. Nous, on a rien de formel et on n'a pas d'obligation de faire des réunions, de rendre des comptes, de formaliser un projet de santé. On y a pensé pour avoir des subventions et tout ça, mais rien qu'à voir le cahier des charges, on a fait : « non, c'est pas possible, on a déjà du mal à se réunir pour régler les factures de tel ou tel truc ».* Nous, on préfère que ça reste moins formel. Honnêtement, dans nos relations de tous les jours, ça se passe super bien ».

6. Les interactions entre médecins généralistes et gynécologues

Les parcours de soins en gynécologie et en périnatalité requièrent *a priori* l'articulation et la coordination des différents services et professionnels intervenant auprès des femmes concernées. Après avoir abordé les relations entre les sages-femmes d'une part, et d'autre part les gynécologues – médicaux et obstétriciens – puis les médecins généralistes, nous nous attarderons sur les interactions entre médecins. Les uns exercent en libéral et sont généralistes, les autres sont gynécologues, libéraux ou hospitaliers. Nous commencerons par décrire les modes d'adressage et d'orientation des patientes mis en œuvre par les uns et les autres et poursuivrons par l'évocation de leurs modes de faire en matière de communication et d'échange d'informations autour de la prise en charge des patientes communes. Nous restituerons enfin la teneur des perceptions et les jugements des uns à l'égard des autres, tout en pointant les effets de ces représentations sur les pratiques de ces professionnels.

6.1. Une difficile articulation : entre adressage et détournement des patientes

« C'est d'abord, écrit Coline Berla, vers leurs confrères généralistes associés ou de proximité que les médecins généralistes orientaient leurs patientes pour le dépistage et ou les gestes techniques gynécologiques [...].

394. Berla Coline,
op. cit., p. 132.

395. Cf. point 2.2.
Médecins généralistes :
des compétences
en gynécologie
et obstétrique
diversement
mises en œuvre, du
présent rapport.

Ils faisaient plutôt appel au gynécologue pour la pathologie gynécologique ou le suivi de grossesses »³⁹⁴. Ces constats ont été relevés en 2015 et demeurent encore d'actualité en 2020. Au fil des entretiens réalisés avec des médecins généralistes, nous avons pu vérifier que le suivi gynécologique, et plus encore le suivi de grossesse, ne constituent qu'une part limitée de leur activité globale. Nous l'avons déjà souligné plus haut, moins d'un quart — 8 à 23 % selon les différentes études sur le sujet — des suivis gynécologiques des femmes sont assurés par des médecins généralistes et seules 6,5 % des femmes enceintes sont suivies par un médecin généraliste au cours des deux premiers trimestres de leur grossesse³⁹⁵. De fait, compte tenu de ce contexte, les médecins généralistes ont régulièrement tendance à orienter certaines de leurs patientes vers d'autres médecins généralistes ou, le plus souvent, vers des spécialistes en gynécologie.

Ainsi, les médecins généralistes exerçant au sein de cabinets de groupe adressent régulièrement leurs patientes à un confrère ou à une consœur du même cabinet; collègue qui s'est formé et s'est spécialisé, en quelque sorte, dans le domaine de la gynécologie: « *Il me manque des trucs. Je ne sais pas poser un stérilet. Je n'ai pas, pour l'instant, l'appétence pour le faire, je laisse ça à mes collègues! Ça demande un peu de technique. [...] J'ai une collègue, ma collègue avec qui je suis un peu plus en binôme, qui s'est formée il y a 2 ans, qui a le DU de gynéco* » (Nadège, installée dans un cabinet de 6 MG). À l'échelle d'un territoire, les patientes peuvent aussi être orientées d'un cabinet de médecine générale à un autre pour la réalisation de consultations et d'actes gynécologiques. Ces adressages vers un collègue pratiquant au sein du même cabinet ou dans un autre cabinet situé à proximité peuvent aussi concerner, même si cela est nettement moins fréquent, le suivi de grossesse. Les gynécologues repèrent d'ailleurs fort bien ces cabinets de médecine générale « spécialisés » en gynécologie et/ou en obstétrique: « *Dans le Nord, on a deux, trois maisons médicales de très bon niveau, dans lesquelles, il y a souvent un ou deux généralistes qui font de la gynéco* » (Jean-Laurent, GO libéral et clinique); « *C'est vrai qu'il y a certains cabinets qui vont suivre plus souvent des femmes enceintes par exemple. Pour ma part, c'est ce que je vois. Il y a un cabinet d'ailleurs où il y a deux personnes qui sont de la promo, qui sont des jeunes femmes médecins généralistes, qui appréciaient déjà, qui hésitaient et qui auraient aimé faire mais qui n'ont pas passé le pas* » (Bruno, GO hospitalier). De tels constats rejoignent les observations faites par Marie Loyer au sujet des médecins généralistes installés dans le département de la Manche: « À plusieurs reprises, il a été mentionné soit dans les questionnaires soit lors des appels téléphoniques que certains praticiens travaillant dans une maison médicale avaient une organisation de groupe. C'est-à-dire que dans le cabinet de groupe, il y avait

396. Loyer Marie,
op. cit., p. 13.

397. Buyck Jean-
François et
al., op. cit., p. 4.

398. Selon les
recommandations
professionnelles de
la Haute autorité de
santé : « deux types de
suivi (suivi A et suivi B)
et deux procédures
d'orientation
(demande d'avis A1
et demande d'avis A2)
sont définis par
accord professionnel,
en fonction des
professionnels de santé
impliqués ou à solliciter :
- Suivi A : lorsque la
grossesse se déroule
sans situations à
risque ou lorsque ces
situations relèvent
d'un faible niveau de
risque, le suivi régulier
peut être assuré par
une sage-femme ou un
médecin (généraliste,
gynécologue médical
ou gynécologue-
obstétricien) selon le
choix de la femme.
- Avis A1 : l'avis
d'un gynécologue-
obstétricien et/ou d'un
autre spécialiste est
conseillé.
- Avis A2 : l'avis
d'un gynécologue-
obstétricien est
nécessaire. L'avis
complémentaire d'un
autre spécialiste
peut également être
nécessaire.
- Suivi B : lorsque les
situations à risque
détectées permettent
de statuer sur un niveau
de risque élevé, le suivi
régulier doit être assuré
par un gynécologue-
obstétricien ». Op. cit.,
HAS, 2016, p. 5.

399. Cordelier Nathalie,
Caractéristiques du
suivi de grossesse en
médecine générale :
étude qualitative par
observation directe de
consultation chez des
médecins généralistes
en Loire-Atlantique,
Thèse de Médecine,
Université de Nantes,
2016, p. 85.

un médecin souhaitant pratiquer la gynéco-obstétrique qui réalisait tous les gestes ou suivis de ses collègues ne souhaitant pas exercer cette discipline »³⁹⁶. Les résultats chiffrés issus du 3^e panel national de médecins généralistes libéraux corroborent ces observations : « Parmi les praticiens qui exercent en cabinet de groupe (ou en maison de santé pluriprofessionnelle), le suivi de grossesse est souvent assuré plus particulièrement par l'un des généralistes. Dans 19 % des cas, il s'agit d'un autre médecin de la structure, et dans 18 % des cas ils s'agit d'eux-mêmes »³⁹⁷.

Néanmoins, c'est prioritairement vers les spécialistes de la gynécologie que les médecins généralistes orientent les femmes de leur patientèle. Dans ces conditions, il n'est guère étonnant que les sages-femmes déplorent que les généralistes ne leur adressent pas des patientes qu'elles estiment pourtant être en capacité de prendre en charge : « C'est ça le gros problème. On délègue pas du tout la gynécologie alors qu'ils [médecins généralistes] n'en font que très peu. Ils orientent vers les gynécologues avec lesquels il faut trois mois pour avoir un rendez-vous » (Blanche, SFL).

Pour ce qui concerne le suivi de grossesse, les médecins généralistes indiquent adresser les femmes enceintes aux gynécologues-obstétriciens dès que la grossesse est repérée comme étant « à risque » ou « pathologique » : « Dans ce cas-là, je dirige vers le spécialiste, avec l'obésité, l'hypertension, des antécédents psychiatriques, une cardiopathie, enfin bref, plein de pathologies » (François, MG) ; « C'est les gynécos qui suivent dès qu'il y a des problèmes, hypertension, diabète, les grossesses de jumeaux » (Léa, MG). Ce faisant, les pratiques décrites par ces médecins sont conformes aux recommandations de la Haute autorité de santé sur l'orientation des femmes enceintes et le type de suivi à adopter en fonction du niveau de risque de la grossesse³⁹⁸. Ainsi, dans quelques cas, le suivi peut être assuré conjointement par le gynécologue et le médecin traitant : « Patho, c'est pareil, adressée, suivi en gynéco. Globalement, le suivi est un peu doublé dans ces cas-là » (Basile, MG). Dans sa thèse consacrée aux pratiques des médecins généralistes de Loire-Atlantique, Nathalie Cordelier note aussi que ces praticiens partagent « parfois » les suivis de grossesses avec les gynécologues³⁹⁹. Plus exceptionnellement, et notamment sur les zones fortement sous-dotées en gynécologues, ces derniers ré-adressent les patientes vers leurs médecins traitants dès que le problème — s'il est ponctuel — est résolu : « Moi je renvoie systématiquement les patientes dès lors que leur prise en charge en pathologie est terminée, je les renvoie systématiquement voir leur médecin généraliste ou leur sage-femme pour leur suivi » (Denise, GO hospitalière).

400. Voir Dias Sabrina, État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France, Thèse de Médecine, Université Paris Diderot-Paris 7, 2010; Brosset Marie, Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétrique, Poster, Colloque Prescrire, mai 2014; Deshays Vanessa, Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale, Thèse de Médecine, Université de Limoges, 2016.

Au-delà des situations pathologiques, les médecins généralistes que nous avons rencontrés indiquent, très majoritairement, ne pas suivre de grossesses au long cours – y compris physiologiques – et passer assez rapidement la main aux gynécologues-obstétriciens: « *Je fais souvent la première consult' avec l'ordonnance, le premier bilan avec les sérologies puisque, souvent, elles viennent m'annoncer leur grossesse [...] mais je ne suis pas leur grossesse* » (Lucie, MG); « *En général, je fais souvent les premières consult' et après il y a un relais par les gynécos* » (Léa, MG); « *Ils [à l'hôpital] ont une liste d'obstétriciens et je m'en mêle plus* » (Hamed, MG). Pourtant, d'après les recommandations de la HAS, les médecins généralistes sont pleinement habilités à suivre les grossesses à bas risque jusqu'au 8^e mois, de la 1^{re} à la 7^e consultation prénatale réglementaire.

Les freins à la réalisation du suivi de grossesse et à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes ont été bien identifiés dans les travaux conduits sur le sujet au cours de ces dernières années. Ces obstacles tiennent principalement au manque de formation et de pratique des généralistes dans ce domaine, et aussi, mais les deux sont liés, à l'absence ou à la faible demande des femmes. Ici, ce qui est en jeu renvoie à de multiples facteurs. Ainsi, peut-on évoquer la crainte et le malaise des patientes d'être suivies et examinées par leur médecin traitant, leur méconnaissance des compétences des médecins généralistes et leur préférence pour le recours aux gynécologues (spécialistes en accès direct). Du côté des généralistes, c'est possiblement affaire du temps nécessaire à la réalisation de telles consultations, des coûts supplémentaires induits par la mise en œuvre de ces activités (équipement du cabinet, matériel, assurances,...), d'une cotation jugée inadaptée de ces actes en lien avec le rapport rémunération/temps passé défavorable ainsi que du risque judiciaire encouru par le praticien en cas d'erreur⁴⁰⁰. Dans le cadre de notre étude, toutes ces mêmes raisons ont été mentionnées par les médecins interrogés, tant par les généralistes que par les gynécologues. Ainsi, Christian, obstétricien hospitalier impliqué dans l'organisation d'un DU de gynécologie-obstétrique à destination des médecins, repère la plupart de ces difficultés: « *Je pense que c'est le problème de la relation généraliste avec le côté gynécologie et le côté obstétrical. Je pense que pour la gynécologie, il peut y avoir une certaine gêne du généraliste qui peut suivre par ailleurs toute la famille, et qui hésite à faire les touchers vaginaux. Pour l'obstétrique, je pense que le réflexe d'une patiente, d'une femme quand elle a un problème gynéco ou quand elle a un problème obstétrical, c'est de dire: « je vais voir un spécialiste » On a quand même développé ce côté spécialiste de la femme, qui est le gynécologue-obstétricien, donc elle a pas l'idée que le généraliste peut suivre [...]. S'ils veulent vraiment faire de la gynécologie et suivre des débuts*

401. *Ibid.*, p. 76.

de grossesse, ils peuvent remplir une consultation sans avoir besoin de voir des hommes [...]. C'est aussi la question de la rémunération et la question du temps qu'ils passent, par rapport à la file d'attente qu'ils ont derrière » (Christian, GO hospitalier).

Au-delà des arguments et constats communs aux deux segments professionnels, plusieurs médecins généralistes évoquent une autre entrave à leur pratique du suivi de grossesse : ni plus ni moins le détournement de leurs patientes enceintes par les gynécologues, en particulier hospitaliers : *« En fait, c'est pas tout à fait un relais, c'est que les patientes vont voir les gynécos pour faire les échos et après, je les revois pas ! [...] Normalement, ils sont censés ne voir que les grossesses anormales. Mais à X, c'est un problème parce que dès qu'on est suivi un peu à l'hôpital, ils captent les grossesses et ils se les gardent après, enfin ils font tout le suivi » (Léa, MG); « L'hôpital veut garder ses femmes enceintes. On a vraiment ce sentiment-là, nous. On a du mal à créer du lien » (Nadège, MG).* Des situations similaires ont été relevées dans divers territoires de l'Hexagone. Dans le cadre de son étude par questionnaire menée auprès d'un échantillon de 178 médecins installés dans les trois départements du Limousin, Vanessa Deshays souligne que *« 31 répondants ont mentionné la difficulté liée au « détournement » des femmes enceintes par les hôpitaux et les maternités. De nombreux participants évoquent ainsi « la programmation des rendez-vous par les équipes hospitalières après la première échographie », la « captation des patientes par les spécialistes après l'échographie du premier trimestre », ou encore « l'absence de volonté des spécialistes de partager le suivi de la grossesse ». Les médecins généralistes, conclut l'auteure, se sentent ainsi évincés de cette discipline »*⁴⁰¹.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement la gynécologie hors grossesse, les médecins généralistes sont amenés à adresser certaines de leurs patientes vers des gynécologues lorsqu'ils suspectent une pathologie, pour faire réaliser des actes chirurgicaux ou des gestes techniques, des examens spécifiques ou encore pour instaurer un traitement complexe : *« J'adresse une patiente pour faire une hystéroscopie » (Lucie, MG); « C'était quasi-systématique [le traitement hormonal de la ménopause], il y a 10 ans. À l'heure actuelle, avec la polémique sur l'augmentation du cancer du sein, moi j'en ai très peu qui sont demandeuses. Il y en a qui aurait besoin mais qui n'en veulent pas ! Là du coup, je passe la main au gynéco » (Nadège, MG); « Quand il y a des contextes particuliers, par exemple, on veut prescrire une pilule à une femme mais le médecin généraliste se demande s'il y aurait pas une contre-indication, à ce moment-là, il nous l'adresse » (Aurélien, GO hospitalier); « Ceux [médecins généralistes] qui font de la gynéco, ils nous*

402. *Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle, op. cit, p. 35.*

envoient [des patientes] quand ils ont besoin d'un deuxième avis quand un frottis est anormal ou quelque chose comme ça » (Quentin, GO hospitalier); « Ils [les MG] m'envoient de l'infertilité » (Aude, GM libéral). Que les adresses tiennent à des motifs obstétricaux ou à des motifs gynécologiques, les généralistes adressent prioritairement leurs patientes à des gynécologues hospitaliers. Les praticiens justifient cette orientation par la forte diminution du nombre de gynécologues exerçant en secteur libéral – qu'ils soient obstétriciens et plus encore médicaux –. Ces constats sont partagés par les un-e-s et les autres, indépendamment de leur ancienneté: « En fait, ici maintenant, les gynécos de ville, il y en avait quelques-uns et maintenant, il doit rester une gynécologue, voire peut-être deux, mais je pense qu'il y en a même plus qu'une. Monsieur C., il est à la retraite, il y en a une autre qui a déménagé, donc il doit en rester qu'une. C'est qu'à l'hôpital maintenant, le suivi gynéco spécialisé » (Basile, MG installé depuis 6 années); « Nous avons encore, pour pas très longtemps, un confrère, Docteur D, qui est gynécologue à R. Gynécologue médical, qui devrait arrêter son activité dans les 12 à 24 mois qui viennent » (Hamed, MG, installé depuis 22 années). Au-delà des problèmes de démographie médicale, il est régulièrement observé que les médecins généralistes tendent à délaissier les gynécologues de ville au profit des établissements de soins. Il s'agit bien là d'une tendance générale. « Le primat des structures s'explique par un besoin d'orientation des patientes vers un spécialiste (obstétricien, chirurgien, oncologue, etc.) qui peut accéder à un plateau technique et possède l'expertise que le médecin généraliste n'a pas. Ce dernier part de l'hypothèse selon laquelle, les médecins gynécologues de ville n'ont pas les compétences suffisantes pour prendre en charge ce type de patientèle, ou tout au moins, en ont autant qu'eux. D'autres partent aussi du principe selon lequel l'adressage d'une patiente vers un spécialiste de ville se solderait tôt ou tard par une réorientation de cette dernière vers une structure »⁴⁰². C'est au regard de ce contexte que l'on peut saisir les mots prononcés par cette obstétricienne, cheffe de service hospitalier: « mon recrutement, c'est essentiellement par les médecins généralistes » (Denise).

Au fil de nos échanges avec les médecins généralistes, nous avons cherché à savoir si les gynécologues pouvaient leur adresser des patientes. Dans un premier temps, notre question a pu les surprendre, voire même leur paraître incongrue: « Non, je ne crois pas que j'ai jamais eu ce cas de figure » (Vincent, MG); « Je ne vois pas comment ça pourrait se faire » (Hamed, MG); « Ben non, ça n'arrive pas dans ce sens-là. Je réfléchis » (Lucie, MG). Ces dires sont corroborés par les discours des gynécologues, lesquels rappellent les modes d'articulation entre professionnels de 1^{er} et de 2nd recours: « Nous, on adresse peu les patientes aux médecins généralistes parce que nous, on est

403. Liberalotto Nora,
« L'engagement des
médecins généralistes
à l'égard du dépistage
des cancers féminins :
un révélateur de leurs
positionnements face
aux transformations
de leur contexte
d'exercice », *Bulletin
Amadès*, n° 87,
2013, p. 4.

en deuxième ligne. Donc, c'est le généraliste qui nous adresse des patientes » (Aurélien, GO hospitalier). Lorsque l'on invite les uns et les autres à s'exprimer plus avant sur ces situations, on apprend que les gynécologues renvoient vers leurs collègues généralistes des patientes que ces derniers leur avaient adressés. Le problème de la patiente ne relevant pas ou plus de leur spécialité, les gynécologues vont alors ré-orienter ces femmes vers leurs confrères généralistes en charge de l'organisation des parcours de soins : « Non, ce qui peut arriver, c'est qu'un gynécologue découvre un problème médical qui est hors de son domaine de compétences et nous les renvoie parce que nous sommes le médecin traitant » (Hamed, MG); « Pas pour un problème gynéco, c'est s'il y a un autre problème. Ils nous ré-adressent pour un autre type de problème » (Lucie, MG). De leur côté, les gynécologues ne sont pas sans rappeler la segmentation du champ médical au sein duquel chaque spécialité occupe une place bien délimitée par ses compétences : « On dit : « ça, c'est pas de notre domaine, allez voir votre généraliste » à la fin d'une consultation. Par exemple, des douleurs de ventre et on dit : « c'est pas gynéco, j'ai pas identifié un problème gynéco, allez voir votre généraliste pour la suite et la prise en charge parce qu'il faut qu'il explore ». Et c'est plus notre boulot, enfin vous voyez ce que je veux dire ? » (Hélène, GM libérale). Cette dernière citation illustre, d'une certaine façon, le fait que « ces spécialistes [gynécologues] sont perçus comme un segment professionnel tenant aujourd'hui une position dominante vis-à-vis du suivi gynécologique des patientes et développant des actions afin de préserver cette position face à la concurrence d'autres segments professionnels, dont notamment les médecins généralistes [...] »⁴⁰³.

6.2. Des échanges limités et compliqués, freins à la coopération

« Moi, je n'appelle pas ça des relations, parce que je ne les ai pas au téléphone, je ne les connais pas ». Cette réflexion de Basile, médecin généraliste, résume presque à elle seule ce qu'il peut en être de la communication entre médecins généralistes et gynécologues.

Si les généralistes que nous avons sollicités identifient assez aisément les gynécologues en activité sur leur périmètre d'exercice, nombreux sont ceux qui ne les connaissent pas et n'ont jamais eu l'occasion de les rencontrer : « Je ne les connais pas; il y en a peut-être une dont je connais la tête parce qu'elle était à la soirée d'une copine de copine » (Basile, MG); « Même si on ne les connaît pas de visu, on sait qui fait quoi » (Lucie, MG); « C'est jamais de visu » (Léa, MG); « Peu de rencontres » (Lucie, MG).

404. Cordelier Nathalie,
op. cit., p. 122.

405. Purgues Sonia
et Fourneyrou
Emmanuelle,
op. cit., p. 39.

Dans ces conditions, la communication au sujet de patientes communes et la transmission des informations médicales les concernant reposent essentiellement sur des échanges écrits : « *Les seuls échanges qu'on a, c'est les comptes-rendus* » (Basile, MG); « *Moi, c'est toujours par écrit. Moi c'est toujours un courrier détaillé avec le motif et les antécédents détaillés* » (François, MG); « *On communique beaucoup par courrier avec eux parce qu'on les tient informés de toutes choses* » (Christian, GO hospitalier). Ces écrits peuvent être adressés par voie postale : « *On reçoit le courrier par La Poste (...) Quand il y a quelque chose d'intéressant à dire, je reçois le courrier de mes confrères* » (Hamed, MG). Mais le plus souvent, comme le souligne Nathalie Cordelier, ce sont les patientes qui sont « l'outil de communication entre les praticiens »⁴⁰⁴ : « *Je fais un courrier que je donne à la patiente* » (Lucie, MG); « *La coutume en médecine, c'est : « Cher confrère, je vous remercie de voir Madame machin pour tel problème, ses antécédents sont ça et ça. Là, elle a ça depuis trois jours, ça me gêne parce que ceci, parce que cela. Merci de ce que vous ferez pour elle »*. Il [MG] donne le courrier à la patiente. La patiente prend rendez-vous avec le spécialiste. On reçoit la patiente avec le courrier et après, on refait un courrier : « *Merci de m'avoir adressé Madame machin, j'ai fait ça* » » (Aurélien, GO hospitalier).

Ces modalités d'échanges d'informations demeurent, somme toute, très classiques voire même pourrait-on dire un peu « datées ». Ainsi, l'étude sur la prise en charge gynécologique commanditée par l'URPS de Nouvelle-Aquitaine pointe « [...] que les nouveaux outils numériques restent peu perçus spontanément comme levier d'amélioration des coopérations interprofessionnelles. Les divers dispositifs numériques comme les messageries sécurisées ou autres outils de coordination permettant d'y intégrer les plans personnalisés de soins, sont assez peu évoqués par les professionnels comme des solutions pour améliorer les coopérations »⁴⁰⁵. Cependant, la persistance de ces habitudes s'explique aussi par la difficile mise en œuvre, pour des raisons d'ordre techniques et/ou réglementaires, d'échanges écrits via des systèmes de messageries électroniques sécurisées. À plusieurs reprises, et ceci sur des territoires différents, des généralistes et des gynécologues nous ont expliqué que l'envoi de courriels et autres documents électroniques ne pouvait se faire qu'en sens unique, en l'occurrence des praticiens hospitaliers vers les médecins généralistes de ville. Ces derniers peuvent réceptionner des informations en provenance de leurs confrères gynécologues mais ne sont pas en mesure de leur en transmettre par le biais du même canal : « *Ils m'envoient un compte-rendu, un courrier par messagerie sécurisée. Mais nous, on n'envoie pas par messagerie sécurisée. C'est pas dans ce sens-là. C'est hôpital vers le médecin traitant. Nous, on a une messagerie sécurisée mais pour recevoir les courriers,*

406. Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Le métier d'infirmière libérale*, Paris, Seli Arslan, 2007, p 192-193.

pas pour les envoyer » (Lucie, MG); « Il faut que le généraliste ait une messagerie sécurisée, mais quasiment tous, ils ont ça. Nous, de l'hôpital, on envoie le courrier par messagerie sécurisée. Mais dans l'autre sens ça marche pas trop, je ne sais pas pourquoi. Il faudrait demander aux informaticiens. Dans l'autre sens, c'est du courrier papier » (Aurélien, GO hospitalier).

Les autres supports de partage d'informations susceptibles de faciliter l'articulation entre les différents acteurs du parcours de soins ne sont pas plus investis, comme en témoigne Denise, obstétricienne et cheffe d'un service hospitalier:

- « Est-ce qu'il y a un dossier partagé ? »*
- « Non, ce n'est pas encore mis en place »*
- « Vous utilisez le carnet de maternité ? »*
- « Non, le carnet de maternité, c'est celui qui avait été distribué par le conseil régional ? »*
- « Oui, tout à fait »*
- « On n'utilise pas du tout celui-là, on a nos propres suivis de grossesse, mais qui restent dans l'enceinte de l'hôpital »*
- « Qui est un dossier papier ? »*
- « Oui ».*

De la même façon, il apparaît que les échanges téléphoniques entre médecins généralistes et gynécologues sont peu fréquents: *« On n'a pas d'appels. Moi, je les [gynécologues] ai quasi jamais au téléphone »* (Basile, MG). Si échange téléphonique il y a, c'est toujours à l'initiative du médecin généraliste et pour des situations jugées urgentes et préoccupantes: *« Ça a dû m'arriver pour demander un avis une fois, mais parce que je n'ai pas eu de catastrophe ces dernières années »* (Basile, MG); *« Quand il y a un problème urgent, on donne un coup de fil »* (François, MG); *« En général quand j'appelle, c'est qu'il y a besoin »* (Léa, MG). Pour être légitimes aux yeux des gynécologues, ces sollicitations téléphoniques doivent demeurer exceptionnelles et se justifier par la gravité et la complexité des situations qu'elles concernent: *« Ça fait longtemps que j'ai pas eu un généraliste qui m'a appelée pour un problème »* (Catherine, GM libérale); *« Après, on interagit avec eux par téléphone, parfois pour des cas un peu plus compliqués. Mais là, c'est plutôt pour les cancers où je les ai plus facilement au téléphone »* (Irène, GO hospitalière).

Pour contacter les médecins généralistes qu'elles qualifient d'« injoignables », les infirmières libérales savent s'y prendre, notamment en passant par l'intermédiaire des secrétaires médicales avec lesquelles « il peut être utile de sympathiser »⁴⁰⁶. De fait, les médecins généralistes

savent aussi déployer de telles tactiques lorsqu'ils ont besoin d'échanger de vive voix avec un confrère gynécologue. Tous évoquent cependant un obstacle majeur dans de telles situations: la secrétaire médicale qui filtre et sélectionne les appels téléphoniques « entrants ». Pour contourner cet obstacle, le médecin généraliste doit savoir expliquer, se faire entendre et se montrer convaincant: « *Je donne un coup de fil pour avoir un rendez-vous plus rapide. Souvent, les secrétaires font obstruction mais je précise le motif et j'ai jamais eu de problèmes en général* » (François, MG). D'autres généralistes délèguent ce travail à leur propre secrétaire, laquelle va alors négocier avec son homologue.

Au-delà de ces difficultés, on observe que les rapports entre généralistes et gynécologues sont facilités dès lors qu'il y a partage de caractéristiques communes. Le fait d'appartenir à la même génération, d'avoir approximativement le même âge, constituent des atouts pour entretenir de bonnes relations et développer des collaborations: « *Où, c'est plus des gens de ma génération. C'est même très bien d'avoir des liens avec des jeunes médecins, mais une fois qu'on a des liens qui sont créés, on les connaît, on a des habitudes, on connaît leurs limites, leurs compétences, on travaille avec eux* » (François, MG). « *J'avais une très bonne relation avec tous les généralistes de ma génération* » (Benoît, GO libéral et clinique). Le fait d'appartenir à une même génération étudiante, d'être de la même promotion ou d'être passé par les mêmes lieux de formation facilite aussi la communication et la collaboration entre médecins: « *Mais c'était plus ou moins difficile parce que je connaissais quand même une gynéco. J'avais une correspondante privilégiée parce qu'elle avait été interne en même temps que moi, à la maternité. Elle était sur R, elle était libérale. [...] Et puis elle savait aussi que quand je lui adressais quelqu'un, il ne fallait pas trop qu'elle traîne parce qu'elle savait que c'était quelque chose de compliqué qui me dépassait* » (Vincent, MG). Enfin, liens personnels et professionnels peuvent s'entremêler pour favoriser – indépendamment de la spécialité médicale de l'un et de l'autre – les contacts entre deux praticiens: « *J'avais une gynéco dont je connaissais le mari, j'avais fait des gardes de nuit avec lui. Elle était très sympa, il y avait pas de problèmes. Parfois, j'avais des pathologies devant lesquelles j'étais un peu... Il y a des choses compliquées parfois, je téléphonais et j'avais une réponse* » (François, MG).

Par ailleurs, des établissements de santé ont mis en place des actions et des dispositifs visant à favoriser l'articulation entre médecins généralistes de ville et gynécologues hospitaliers: « *Ça arrive [de rencontrer des MG] quand on organise des réunions ville-hôpital. Moi, je travaille à Y dans ce cadre-là, c'est une démarche volontaire de la part de l'hôpital d'organiser*

des réunions avec les médecins traitants, qui sont plus ou moins suivies. Il y a quelques médecins qui viennent, d'autres qui viennent pas parce qu'ils n'ont pas le temps. On essaye d'avoir de temps en temps un contact visuel plus qu'épistolaire » (Quentin, GO hospitalier). Cependant, des actions de ce type ne sont pas mises en place sur tous les territoires, ce que déplore Hamed (MG) par exemple: « Il y a rarement des échanges en réunions interdisciplinaires, c'est dommage d'ailleurs ». D'autres dispositifs institutionnels sont organisés, depuis les établissements de santé, autour d'une pathologie donnée, en particulier le cancer du sein: « Il y a un peu plus d'un an, on a créé le centre de maladie du sein. L'idée, c'était d'avoir un numéro d'appel unique où les médecins traitants pouvaient appeler pour avoir un rendez-vous très rapide en gynécologie et que leurs patientes soient vues très rapidement. Donc, il y a une secrétaire qui reçoit tous les appels et qui dispatche ensuite entre les médecins du service, les rendez-vous. Alors il y a des choses qui sont très urgentes, des choses moins urgentes, qui essaye de faire un petit peu le tri, dans la limite évidemment de ses compétences [...]. On a une ligne qui est un peu dédiée aux médecins généralistes [...]. Et puis on a toujours un médecin d'astreinte, qui a le téléphone dans la journée, qui est aussi disponible pour des avis d'appels extérieurs: « je suis avec une patiente, je me pose telle question, qu'est-ce que vous en pensez? » ». Donc, on peut donner un avis, soit téléphonique, soit, quand il y a besoin, de convoquer la patiente pour voir la patiente en présentiel » (Émeline, GO hospitalière). Cette mise en réseau s'observe aussi en secteur libéral mais il s'agit, dans ce cas, d'un dispositif informel instauré à l'initiative personnelle d'un médecin. Justine gynécologue-obstétricienne en cabinet explique:

« Voilà, ça surtout, tous les frottis anormaux qu'elles font. Donc, on a des médecins pour lesquels on est référent pour eux. Après, il y en a avec lesquels on s'entend très bien et qui nous envoient un mail, en disant: « Justine, ça, je ne sais pas trop, est-ce que tu peux la prendre? »

« Qu'est-ce que vous appelez médecin référent pour eux? »

« Non, c'est pas des vrais référents, mais on travaille de façon privilégiée je dirais »

« Donc, ils savent qu'ils peuvent compter sur vous; ils peuvent vous appeler? »

« Oui, ils m'envoient un mail ou ils me téléphonent, c'est pas un problème ».

L'anthropologue Aline Sarradon-Eck souligne que l'essentiel de l'activité médicale dans notre pays repose encore sur ces « formes » traditionnelles » de coopération professionnelle appelées « réseau de correspondants »

407. Sarradon-Eck Aline et al., « Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56S, n° S4, p. 198.

408. La clarté nucale (accumulation de liquide trop importante sous la peau de la nuque du fœtus) est une petite zone qui ne renvoie pas d'écho en échographie pendant le premier trimestre de grossesse. Une augmentation de la clarté nucale peut révéler notamment une trisomie 21.

ou « réseaux non formalisés » (ou informels) – constitués de médecins généralistes et spécialistes, de paramédicaux, de biologistes et pharmaciens d'officine, de professionnels du secteur médico-social – [...] »⁴⁰⁷.

6.3. Des gynécologues dominants, des généralistes dominés ?

D'un prime abord, les gynécologues ne manquent pas de louer les qualités des médecins généralistes, en particulier toute l'étendue du champ de compétences de ces « omnipraticiens » : « *C'est difficile pour les médecins généralistes. Moi, je les admire parce qu'il faut qu'ils soient, à l'heure actuelle, presque hyper spécialisés. La médecine s'est quand même beaucoup développée par rapport à il y a 40 ans. La somme de connaissances à avoir dans tous les domaines, pour eux, c'est fou* » (Hélène, GM libérale). Cependant, les discours flatteurs laissent rapidement place à des propos mettant l'accent, en contrepoint, sur la limite des compétences des généralistes dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique : « *Après les généralistes, c'est hyper vaste leur métier, donc ils ne peuvent pas être compétents en tout* » (Aurélien, GO hospitalier). Les gynécologues jugent les aptitudes de leurs confrères, dans ces spécialités, plutôt élémentaires et même, quelquefois, mauvaises. De fait, les généralistes sont-ils invités à travailler sous la supervision des gynécologues, voire à renoncer à la réalisation d'actes qu'ils ne maîtriseraient pas : « *Donc, je trouve ça très bien qu'ils assurent un suivi basique, mais qu'on travaille effectivement en réseau. C'est ça l'idéal* » (Estelle, GO hospitalière); « *Parce que les femmes, elles ne veulent pas faire leur dépistage avec leur généraliste qui, parfois, ne sait pas le faire. Et il vaut mieux pas le faire quand on ne sait pas le faire, je pense* » (Émeline, GO hospitalière). Obstétricien en cabinet libéral et en clinique, Charles rappelle le caractère hautement risqué d'une grossesse et met donc en garde les généralistes qui souhaiteraient effectuer le suivi de leurs patientes enceintes : « *Un certain nombre d'entre eux [MG] me disent : « ça t'ennuie si je le suis jusqu'à 3^e, 4^e, 5^e ? », je dis : « non, ça m'ennuie pas », mais parce que je le connaissais, mais je lui dis : « fais attention parce que les choses vont extrêmement vite. Donc ça veut dire qu'il faut que tu te tiennes au courant parce qu'il y a des choses qui sont pas rattrapables ». Vous savez, ce qu'on appelait le triple test et l'échographie du premier trimestre, je lui dis : « si tu rates ça et que tu as un souci, tu plonges » [...]. Donc généralistes, ceux qui veulent [suivre des grossesses], à condition qu'ils soient conscients que s'ils ont des soucis, si vous ratez le moment où vous avez une clarté nucale⁴⁰⁸, que vous l'avez pas vue et que vous vous retrouvez avec une trisomie 21, c'est embêtant* ». De tels propos font écho aux analyses d'Anne-Chantal Hardy concernant la mobilisation du risque dans le processus de distinction

409. Hardy Anne-Chantal, op.cit, 2015, p. 18.

des professions de médecin généraliste et de gynécologue-obstétricien : « Les frontières entre ces différents métiers sont donc assez instables. C'est finalement la notion de risque, elle-même assez peu définie, qui contribue à les dessiner »⁴⁰⁹.

Dans ces conditions, le « bon généraliste » est, aux yeux des gynécologues, celui qui accepte de passer le relais au spécialiste et sait le faire au moment opportun, en l'occurrence, le plus tôt possible dans le parcours de soins des femmes : *« J'en ai parlé dans les cours que je leur donne. Donc, je leur explique qu'il va falloir vite qu'ils adressent parce qu'on va être en manque à un moment d'échographie. Donc, je leur dis quelles sont leurs limites, qu'est-ce qu'ils doivent savoir, comment relayer et quel est leur rôle important pour la patiente, de relais d'informations, de diagnostic. (...) On [MG] se dit « tout se passe bien, c'est cool, il y a pas besoin d'examiner ». Mais s'il y a besoin d'exams, le masque tomberait et ils diraient : « allez aux urgences ». Je leur dis que c'est pas ça du tout; l'idée c'est de savoir comment suivre et de savoir adresser au bon moment »* (Bruno, GO hospitalier); *« La gynécologie, c'est un peu particulier. Ça fait partie de ces spécialités pour lesquelles les généralistes, en général, passent vite la main »* (Aurélien, GO hospitaliers).

Ces perceptions sont sous-tendues par un sentiment d'autorité (au sens de faire autorité sur la base de son expertise) et de supériorité des gynécologues à l'égard des médecins généralistes. Ce sentiment s'exprime à travers la satisfaction — empreinte d'une certaine condescendance — à donner son avis de spécialiste et à inviter le généraliste à adresser ses patientes vers soi :

« Moi, j'aime bien bosser avec les généralistes. C'est vrai qu'ils envoient ».
« Pour quels motifs peuvent-ils vous solliciter ? »
« Parce qu'ils font de la gynéco et des fois, ils ne savent pas et je dis : « vous voulez que je la voie ? », « oui, je veux bien ». C'est assez sympa, ça »
 (Élisabeth, GO libérale).

Le médecin généraliste fait alors figure de candide et de disciple : *« J'ai sûrement 5, 6, 8 généralistes de T qui m'appelaient à chaque fois qu'ils avaient un souci. Et chaque fois, je me rendais disponible parce que ça a un côté un peu pédagogique »* (Charles, GO libéral et clinique); *« Ils savent qu'ils peuvent compter sur nous, qu'ils peuvent nous appeler, nous envoyer un mail, qu'on les aide »* (Justine, GO libérale).

Des relations de même nature peuvent être relevées dans le domaine de la formation reçue. Sur ce point, il y a lieu d'opérer une distinction entre

la formation initiale et la formation continue des médecins généralistes. Les praticiens ayant effectué des stages au sein de services hospitaliers de gynécologie-obstétrique durant leur formation initiale n'ont guère conservé, en général, de bons souvenirs des médecins expérimentés censés les former à la spécialité : « *Pour moi, c'était peut-être le plus mauvais stage que j'ai fait de mon internat [...]. Ah oui, catastrophique. Les gynécologues en n'ont rien à faire des internes en médecine gé. À l'époque, moi j'ai plus appris en quelques consultations au planning [familial] que dans tout le reste du stage. De la part des gynécologues, de mes seniors à l'époque, j'ai absolument rien appris [...]. Heureusement qu'il y avait la médecine générale après dans les stages courants et puis... En fait, l'aspect vraiment médecine gé, elle m'a été enseignée par des médecins gé, soit du planning, ceux qui avaient des DU de gynéco, et mes maîtres de stages après ensuite* » (Basile MG). Quant à François, il en a bien plus appris auprès des sages-femmes qu'avec les obstétriciens : « *J'avais été 6 mois je crois en gynéco-obstétrique et j'avais appris à faire des accouchements. J'en avais fait une centaine à peu près. [...]. J'avais été notamment sous la tutelle formatrice des sages-femmes parce qu'on faisait des gardes de nuit assez souvent [ensemble]* ». Les contacts entre les deux professions semblent être plus constructifs dans le cadre du développement professionnel continu, sans doute parce que les médecins généralistes concernés sont ceux qui ont le plus d'appétence pour la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique. Cependant, ces situations d'apprentissage viennent encore rappeler la supériorité du spécialiste sur le généraliste : « *On a affaire à eux quand on a les soirées de formation, où on intervient, on discute avec eux* » (Irène, GO hospitalière); « *Là par exemple, dimanche je devais parler au congrès des médecins généralistes du Nord, qui a été annulé bien entendu [en raison de la crise sanitaire]. Donc, je les rencontre là. J'ai fait des formations pour les médecins généralistes pour la réalisation des frottis chez le médecin généraliste, donc je les ai rencontrés à ce moment-là* » (Justine, GO libérale); « *On a moins de contacts avec les médecins généralistes. Moi, je les vois régulièrement parce qu'on fait un DU. Je donne des cours* » (Bruno, GO hospitalier).

Dans ces conditions, les médecins généralistes expriment un sentiment d'infériorité par rapport à leurs collègues gynécologues. Ainsi, au fil des entretiens, des généralistes se sont qualifiés négativement par des expressions telles que médecins de « *seconde ligne* » ou de « *second plan* ». Une fois leurs patientes enceintes « *captées* » par les gynécologues, les généralistes ont l'impression de jouer un second rôle dans les parcours de grossesses : consultations de « *dépannage* » lorsque le gynécologue référent est indisponible; prise en charge de « *petites* » pathologies; réalisation d'examen « *basiques* »; prescription d'arrêts de travail...

410. Vassy Carine et Derbez Benjamin, *Introduction à la sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2019, p. 59. Les deux auteurs s'appuient plus particulièrement sur les travaux d'Isabelle Bazzanger et d'Anne-Chantal Hardy-Dubernet qui portent sur la formation et à la socialisation professionnelle des futurs médecins.

411. Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle, *op. cit.*, p. 37.

« Je vois les femmes enceintes quand elles ont des douleurs, des fièvres, des choses comme ça, entre deux consult' de suivi de grossesse. Donc, je les vois mais je ne suis pas leur grossesse » (Lucie, MG). L'idée selon laquelle le spécialiste prédomine sur le généraliste est transmise et intériorisée par le biais de la formation initiale. « L'essentiel de la formation dans les universités de médecine, écrivent Carine Vassy et Benjamin Derbez, est assuré par des médecins, qui sont pour la plupart des spécialistes. Ils influencent la socialisation des étudiants, en transmettant leur vision du rôle de médecins. Les études de médecine véhiculent une hiérarchie symbolique, qui dévalorise la médecine générale »⁴¹⁰. Cela permet aussi de saisir les raisons qui expliquent le fait que les gynécologues coopèrent davantage avec leurs « homologues » d'autres spécialités qu'avec leurs collègues de médecine générale : « Globalement, les gynécologues déclarent collaborer davantage avec des spécialistes tels que les chirurgiens, les radiologues, les oncologues, les anatomo[cyto]pathologistes et les biologistes et enfin avec les dermatologues »⁴¹¹.

Pour clore ce point, nous reprenons ici *in extenso* les propos de Nadège, médecin généraliste, laquelle s'est résignée – entre regret et amertume – à abandonner toute activité de suivi de grossesse. Méconnaissance et non-reconnaissance de son métier de la part des gynécologues, sentiment de voir ses compétences dénigrées et son rôle discrédité dans le domaine de la gynécologie, manque de confiance des patientes, etc. ont eu raison de sa motivation et de son envie d'accompagner les femmes enceintes :

« Une femme que je suivais est revenue en me disant : « il [gynécologue] m'a dit que vous n'étiez pas capable de suivre ma grossesse », en pleurs »
« Elle avait un problème ? »
« Elle avait un prédiabète. Elle était suivie et puis elle faisait des gros bébés, on le savait. Il n'y a pas eu de complications particulières. C'est quelqu'un qui a accouché normalement et qui allait très bien, dont je suis les trois enfants d'ailleurs »
« Vous aviez suivi les grossesses précédentes ? »
« Oui, c'était la deuxième grossesse. La troisième, je l'ai pas suivie, j'ai dit non [...]. Moi, je ne leur propose pas que ce soit moi qui fasse le suivi, j'en suis plus là. J'en ai trop peur, en fait »
« Et certaines vous interrogent à ce sujet ? »
« Non, pas du tout. Il y a pas plus de questionnement. Les médecins généralistes, on est passé au deuxième plan sur le suivi des femmes enceintes [...]. Il faut que chacun trouve sa place, qu'il y ait pas trop de médisances non plus. Mais dire que quand on est médecin

généraliste, on ne sait pas faire, c'est compliqué à entendre. C'est un truc, il faut qu'ils travaillent un peu là-dessus, mais c'est parce qu'ils nous connaissent pas non plus. Je pense qu'il y a une méconnaissance, vraiment »

« De ce que vous êtes capables de faire, de vos compétences? »

« C'est ça. Le médecin généraliste, il est là pour la bobologie, on l'entend partout. Moi, je n'ai pas l'impression de faire de la bobologie toute la journée! J'ai l'impression de faire des trucs qui servent aux gens. Ça, c'est pas toujours valorisé ».

7. Le face-à-face des organisations représentatives

Nous avons précédemment signalé combien il importait, pour les membres d'une profession, d'entretenir des rapports suivis avec les représentants de l'État, qu'il s'agisse des élus ou des hauts fonctionnaires. Nous avons alors évoqué succinctement les différentes organisations, les Ordres professionnels, les syndicats, etc., qui sont à la manœuvre, et aussi en quoi des relations transitives ne manquent pas de s'établir puisque les administrations ont besoin d'avoir affaire à des porte-parole, à des délégués, qui, ici, des médecins généralistes, là, des gynécologues ou des sages-femmes. Les décisions que sont amenés à prendre un ministre, un président de caisse d'Assurance Maladie, leurs services respectifs, etc. sont le fruit des échanges, des concertations, etc. avec ces représentants, pas nécessairement accordés entre eux et par ailleurs, bien entendu, de décisions politiques qui tranchent des différends. À eux de tenir compte aussi de nombre d'autres paramètres, institutionnels, budgétaires, etc., sans oublier les pressions que peuvent exercer des groupes d'usagers – nous avons cité à titre d'exemple le CIANE mais il en existe bien d'autres – en matière de défense de la santé des femmes pour ce qui est de la gynécologie et de l'obstétrique. Nous avons alors souligné en quoi les gynécologues-obstétriciens ont été et sont particulièrement actifs pour défendre leurs points de vue et pour infléchir les bases réglementaires, délimiter et défendre les périmètres de compétences qui sont les leurs. À bien des égards, les développements qu'ont pu connaître les maternités et, plus largement, les différents plans périnataux diligentés par le ministère de la Santé, portent la marque de toute l'influence, et ce depuis plusieurs décennies, de leurs organisations.

Présentement, on se propose de revenir rapidement sur le sens de ces différents groupements, dès lors qu'ils sont amenés à prendre des positions

412. Bourdieu Pierre, « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 52-53, 1984, p. 49-55.

413. *Ibid.*, p. 49.

414. Les informations extraites des sites internet mentionnés à la suite ont été consultées entre le 12 et le 14 juin 2020.

concernant les interactions entre les quatre métiers mobilisés par notre étude. Nous avons aussi interrogé, au fil des entretiens, nos différents interlocuteurs sur leurs activités, leur adhésion, les avis qu'ils peuvent porter sur ces groupements d'intérêts qui les représentent. Ce faisant, à l'échelle somme toute modeste qui est la nôtre, il est possible de faire retour des propos tenus et d'en proposer une analyse rapide.

Avant toute chose, au risque de l'iconoclastie, il convient de s'interroger sur la représentativité de ces différentes organisations et de ce que recouvre le principe de délégation à partir duquel « une personne donne pouvoir, comme on le dit, à une autre personne. Le transfert de pouvoir par lequel un mandant autorise un mandataire à signer à sa place, à agir à sa place, à parler à sa place, lui donne une procuration, c'est-à-dire la *plena potentia agendi*, le plein pouvoir d'agir pour lui. C'est, écrit Pierre Bourdieu, un acte complexe qui mérite d'être réfléchi »⁴¹². D'où les quelques observations qui vont suivre.

Les organisations professionnelles sont en quelque sorte dépositaires, délégataires du pouvoir donné par les mandants et elles se substituent au groupe lui-même en tant que personne morale. Pour autant, ce serait trop simple de penser que c'est le groupe qui fait la personne morale voire la personne physique (président, délégué général, etc.) qui parle en son nom. « En réalité, il est à peu près aussi vrai de dire que c'est le porte-parole qui fait le groupe. C'est parce que le représentant existe, parce qu'il représente (action symbolique) que le groupe représenté, symbolisé, existe et qu'il fait exister en retour son représentant comme représentant d'un groupe »⁴¹³. Son ou ses représentants incarnent le groupe et ils s'en font les porte-parole, avec tout le charisme attendu des défenseurs de la cause. Cependant, il y a bien là les germes d'une dépossession du groupe au profit d'un organe permanent (conseil d'administration, bureau, etc.) que s'y substitue et qui est censé en être le fidèle reflet. Cet organe, et régulièrement ceux qui parlent en son nom, est nécessairement dans un rapport de métonymie avec le groupe. Ainsi va-t-on lire par exemple que « l'Ordre national des infirmiers a été reçu au ministère »⁴¹⁴ là où, bien entendu, il s'agira de personnes physiques en mesure de s'affirmer en être les mandataires selon une *fides implicita* qui signifie que les membres d'un groupe s'en remettent à ces représentants patentés. Le signe fait la chose, les mandataires signifient le groupe et celui-ci n'a pas vraiment d'autres solutions pour exister que de passer par ces porte-parole. « Cette sorte d'acte originaire de constitution, au double sens philosophique et politique, que représente la délégation, est un acte de magie qui permet de faire exister ce qui n'était qu'une collection de personnes plurielles, une série d'individus juxtaposés, sous la

415. Bourdieu Pierre,
« La délégation et le
fétichisme politique »,
op.cit., p. 50.

416. Ibid., p. 53.

forme d'une personne fictive, une corporation, un corps, un corps mystique incarné dans un corps social, lui-même transcendant aux corps biologiques qui le composent (« *corpus coporatum in corpore corporato* »)⁴¹⁵. Ainsi le groupe fait-il unité.

Reste que l'usurpation est toujours possible dès lors qu'il y a personnalisation du groupe par des fondés de pouvoir. Les processus de désignation des délégués peuvent être aménagés de façon à ce que des personnes s'identifiant au groupe, en fait, représentent sinon avant tout eux-mêmes, du moins qu'une fraction de ce groupe. Ces porte-parole ne sont pas n'importe qui. Très classiquement il leur faut être modestes, au risque sinon de ne plus être reconnus comme reflet, comme représentants ayant « un air defamille ». L'humilité du porte-parole fait qu'il peut toujours dire qu'à travers lui, c'est le groupe qui parle et qu'il n'en est que le modeste serviteur : c'est ce que l'on peut appeler un effet d'oracle, un effet de transcendance. C'est la condition *sine qua non* pour s'autoriser du groupe ; pour faire taire aussi toute voix dissidente par un effet de contrainte qui marginalise celle ou celui qui voudrait protester du fait qu'il ne se reconnaît pas dans telle ou telle déclaration, prise de position, etc. Ces représentants, très souvent, passent aisément du « je » au « nous » (« je suis présent au nom de... », « nous, infirmiers, nous pensons que... »). L'inverse est aussi vrai, mais plus risqué, la personnalisation est nécessaire, mais jusqu'à un certain point ; les mandants pouvant signifier qu'ils se sentent usurpés si ce « je » là ne leur correspond pas vraiment. La plupart du temps, cela ne survient pas, y compris parce que le porte-parole est persuadé parler pour le groupe et, de fait, n'est nullement cynique, calculateur, imposteur, etc., mais bel et bien dévoué et désintéressé, sincère en somme et donc difficilement désavoué. Nombre de travaux portant sur le bénévolat soulignent bien que les militants à la cause en tirent des bénéfices, des intérêts, mais ils sont largement d'ordre symbolique même s'ils aident à vivre (capital de relation, visibilité sociale, etc.). « Les gens qui servent bien les intérêts de leurs mandants sont des gens qui se servent bien en les servant : ça leur profite et c'est important qu'il en soit ainsi pour que ça fonctionne »⁴¹⁶.

Toutefois, deux questions au moins demeurent pendantes : en quoi le groupement, l'Ordre professionnel, etc., qui incarne par exemple la profession tout entière en est-il véritablement issu ? En quoi ses mandataires reflètent-ils bien les opinions, les pratiques professionnelles effectives des uns et des autres affiliés ? Les réponses sont on ne peut plus délicates, sans compter qu'elles s'attirent immédiatement les foudres de tous ce qui ont intérêt en la matière. Ici, pour illustrer notre propos, en demeurant volontairement à la périphérie du présent sujet, nous pouvons nous référer à notre étude

417. Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Les infirmières libérales*, op. cit., p. 183-188.

418. Ibid., p. 186.

419. À titre d'exemple, on peut signaler la déclaration, en février 2019, de 23 organisations, syndicats, etc. de gynécologues, d'anesthésistes, etc., dont le SYNGOF et le CNGOF, soutenant la nécessité de fermeture de « certaines maternités de proximité », Entretien avec Israël Nisand, le 14 février 2019, sur le site de Doctissimo.

sur les syndicats professionnels et sur l'Ordre national des infirmiers (ONI) incarnant la profession du même nom⁴¹⁷. La représentativité (nombre de sièges, etc.) des différents syndicats professionnels habilités à parler et à négocier au nom des infirmiers libéraux avec les instances ministérielles, la CNAM, etc., se mesure à partir des résultats aux élections de leur caisse de retraite, la CARPIMKO, et chacun fait ardemment campagne. De fait, seuls 20 % des infirmiers libéraux se sont exprimés aux dernières élections et la liste arrivée en tête et bénéficiant du statut de premier interlocuteur a été élue avec 4,7 % des voix des infirmiers libéraux en activité. Par ailleurs, alors que la profession infirmière est composée à 83,5 % de femmes, son conseil d'administration (il s'agit de la Fédération nationale des infirmiers – la FNI –) est composé de 50 % d'hommes. Il y a donc pour le moins un écart entre mandants et mandataires. L'affiliation à l'ONI, mis en place en 2006 est désormais obligatoire. « Portée au départ par une partie des syndicats libéraux, telle la FNI, cette instance ordinale n'a pas fait l'unanimité. Du côté des syndicats dessalariés, seule la CFE-CGC y a été favorable et, aujourd'hui encore, toutes les autres organisations interprofessionnelles sont vent debout contre l'affiliation automatique, le paiement de la cotisation annuelle, la création d'un code de déontologie, etc. »⁴¹⁸. Après bien des vagues hésitations, du fait notamment que la ministre de la Santé, Marisol Touraine, n'était guère favorable à son caractère obligatoire; depuis juillet 2018, le Conseil d'État a tranché, et tous les infirmiers doivent être inscrits à l'Ordre. En réalité, c'est très loin d'être le cas, mais ce n'est qu'une question de temps puisque les agences régionales de santé (ARS), qui auparavant se chargeaient d'enregistrer les diplômes des infirmiers qui s'apprêtaient à exercer, ont délégué cette mission aux instances régionales de l'ONI. Là aussi, la parité des élus revient à surreprésenter largement les hommes, leur moyenne d'âge est très supérieure à celle du groupe dans son entier et les infirmiers libéraux pèsent pour 41 % des élus nationaux alors qu'ils ne sont que 18 % à exercer à leur compte. Rappelons-le, c'est d'importance, les services de l'État participent à plein à fonder, à agréer et à légitimer toutes ces organisations qui lui sont nécessaires pour alimenter sa politique⁴¹⁹, pour avoir retour des avis, des engagements, des implications, etc., des professionnels ainsi représentés. Il leur importe de disposer d'interlocuteurs pour négocier leur participation à maintes instances, et ce, tant au niveau national que régional (les URPS, ARS, etc.) ou même local. Leur représentativité, qui pourtant peut être questionnée, est alors une sorte de hors-sujet, tant est fort le besoin des administrations de disposer de relais accrédités, même si désaccords avec eux il y a. Il n'est pas incident d'ailleurs que très peu de travaux ont été diligentés sur ces thématiques.

420. À titre d'exemple, le Conseil national professionnel des gynécologues obstétriciens (CNGPO), qui regroupe les organisations les plus représentatives, ne compte pas moins de neuf collèges, syndicats ou fédérations.

421. Le réseau associatif des sages-femmes ne compte pas moins de 34 associations relevait en 2011 Philippe Charrier. Toutes ont été susceptibles de s'engager dans la défense de la profession et pour l'extension de ses compétences. Elles se sont en particulier très fortement mobilisées lors d'un conflit social majeur en 2011, conflit qui a rassemblé la profession tout entière et qui n'est sans doute pas pour rien dans les mesures adoptées au fil de la décennie 2010-2020 en faveur des sages-femmes libérales – ce sont elles qui ont été les plus impliquées – et hospitalières. Charrier Philippe, Les sages-femmes en France, Rapport de recherche, Centre Max Weber, ENS Lyon, 2011, p. 65-73.

422. www.leguotidiendumedecin.fr

423. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes... », op. cit., p. 3.

424. Ibid., p. 49.

Venons-en alors à notre sujet. Comment interpréter les prises de position des représentants, qui des gynécologues-obstétriciens, qui des gynécologues médicaux, des médecins généralistes, des sages-femmes hospitalières et libérales, dès lors que sont en jeu des convergences et des divergences portant sur les attributions, sur les compétences et sur les pratiques professionnelles, etc., des un-e-s et des autres ? En quoi sont-ils représentatifs ? Qui s'exprime ? Pour défendre quelles causes ? Par quels canaux ?

7.1. Affaire de représentativité

Les différentes organisations ici aux prises sont kyrielles. Parfois elles se fédèrent et on peut prendre alors la mesure de leur diversité. C'est vrai du côté des gynécologues⁴²⁰, c'est aussi le cas du côté des sages-femmes⁴²¹. Ici nous n'évoquerons essentiellement que cinq d'entre elles, directement impliquées dans les débats sur les interactions entre les métiers mobilisés, à savoir l'Ordre national des médecins, l'Ordre des sages-femmes, le Collège national des gynécologues obstétriciens Français (CNGOF), le Syndicat national des gynécologues obstétriciens Français (SYNGOF) et la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM). Chacune de ces organisations ne peut que s'approprier le fait de représenter les professions qu'elles fédèrent dans leur entièreté. Là est leur légitimité et toutes peuvent mettre en avant les multiples instances officielles où elles sont conviées, gage de leur reconnaissance, par les pouvoirs publics notamment. Les modes de désignation des élus garantissent les bases de la démocratie qui y règne, et rares sont les contestations sur ce point.

Ainsi l'Ordre des médecins, qui affine sans exception tous les praticiens exerçant sur le territoire national, est un partenaire obligé des pouvoirs publics et il fait, dans tous les sens du terme, autorité. Ses responsables s'expriment au nom de tous les médecins et ce n'est que lorsque ses prises de position – sur le déremboursement des médicaments homéopathiques par exemple⁴²² – entraînent des désaccords patents que l'on pourra lire à la marge des remises en cause de sa représentativité au sein même de la profession médicale. Des critiques toutefois émergent, concernant notamment « le sexisme » qui est encore présent. On peut lire ainsi, rien d'étonnant, dans un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes⁴²³, que 90 % des membres du Conseil national sont des hommes. Toutefois est-il mentionné justement, les choses ne peuvent qu'évoluer puisqu'une ordonnance de février 2017 entraîne ici comme ailleurs, une obligation de parité mise en place progressivement⁴²⁴. Présentement le Conseil national compte environ un quart de femmes

425. *Cour des comptes, L'Ordre des médecins, Rapport public thématique, décembre 2019, p. 7-8.*

426. *Ordre national des médecins, Projet de rapport public thématique portant sur l'Ordre des médecins. Réponses du Conseil national de l'Ordre des médecins, www.conseil-national.medecin.fr*

(46,5 % des médecins sont des femmes), mais son Bureau ne compte que 2 femmes pour 15 hommes. Dans un rapport très sévère, la Cour des comptes a aussi récemment souligné « un Ordre sociologiquement peu représentatif du corps médical en activité »⁴²⁵. On y apprend que le taux d'abstention aux scrutins ordinaires dont émaneront les différents conseils et le Bureau est de 75 % et que, sur les quelque 3311 conseillers ordinaires, moins du tiers sont des femmes. Sont aussi soulignés la surreprésentativité des libéraux et un âge moyen de 68 ans contre 51 ans chez les médecins actifs. Si, sur bien de points, la réponse du Conseil national a contesté le contenu de ce rapport⁴²⁶, aucune critique n'a porté sur cette représentativité relative, mise en cause par la Cour des comptes et difficilement contestable.

Aucun des médecins que nous avons rencontrés n'a de responsabilité au sein de ces instances ordinaires et n'a manifesté d'engouement particulier à la cause. Cela n'empêche pas la critique, mais c'est plutôt un sentiment de désengagement qui ressort. « *De toute façon, je n'étais pas favorable au Conseil de l'Ordre. Maintenant, quand on n'est pas favorable, je pouvais m'impliquer pour contester, mais j'étais débordé. Et puis j'avoue que j'étais fatigué les dernières années. Je n'étais pas le seul; je crois que c'est un peu le propre de la profession quand on fonctionne comme ça. C'est des choix, c'était traditionnel* » (François, MG).

L'Ordre des sages-femmes fait référence en matière d'organisation, de régulation des installations de nouveaux cabinets libéraux, de credo de défense de la profession, de code déontologique, etc. Il a été bâti en 1945, concomitamment à l'Ordre des médecins. Jusqu'en 1995, et cela est significatif, c'est d'ailleurs, de droit, un médecin qui le présidera, et cela vaudra aussi jusqu'à cette date pour ses délégations départementales. L'Ordre fédère l'ensemble des professionnelles puisqu'y être inscrite est obligatoire. Ici c'est affaire de femmes d'évidence, même si 2 des 5 élus des conseils interrégionaux sont des hommes. Nous ne disposons pas des données sur les taux de participation aux élections ou sur la représentativité, par exemple, des sages-femmes libérales. Par contre, concernant spécifiquement ces dernières, nous avons en 2014 sollicité quelque 556 d'entre elles sur les relations qu'elles entretenaient avec l'Ordre. Près de 12 % avaient fait état de « mauvaises expériences », 50,2 % avaient déclaré n'avoir « aucune relation », là où 30,2 % le jugeaient de « bons conseils » et 5,8 % l'estimaient « vraiment aidant ». Ces dernières y ont sans doute trouvé de précieuses informations au moment de leur installation en ce qui concerne les démarches à entreprendre, etc. Les avis recueillis au fil des entretiens sont aussi assez mitigés, entre le regret que ses représentantes ne soient suffisamment combatives, le fait aussi que la pratique libérale soit peu prise en compte et que son

427. Dagnaud Monique, Mehl Dominique, « Les gynécologues 2 : une profession influente », op. cit., p. 295.

428. Le présent texte a été rédigé en 2020. Depuis 2021, la présidence du CNGOF est assurée par Joëlle Belaisch-Allart, secondée par trois secrétaires généraux, trois hommes et par trois vice-présidents, dont une femme.

429. Jousseau Marie, « À Morlaix, la maternité labellisée Maternys », Ouest-France, 21 février 2020 ; Victor Antoine, « La maternité de Fougères à l'écoute des femmes », Ouest-France, 5 novembre 2019.

430. www.cngof.fr

431. www.syngof.fr

fonctionnement soit trop bureaucratique. « *J'estime que l'Ordre ne se bat pas assez pour les sages-femmes. Je ne sais pas à quel niveau, mais j'estime qu'elles pourraient faire plus si elles s'en donnaient les moyens* » (Emma, SFL). « *Je trouve que l'Ordre nous met des bâtons dans les roues, cherche à nous encadrer et ne favorise pas forcément le développement de la pratique libérale* » (Denise, SFL). Pour autant, s'engager dans ses instances ne paraît pas être vraiment une priorité du côté des sages-femmes libérales. « *Je ne suis pas très investie. Comme je me sens encore jeune dans ma pratique, je me centre vraiment sur mon travail* » (Michelle, SFL).

Le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) est une société savante qui notamment organise chaque année des journées nationales, qui sont présentées comme autant de « rendez-vous incontournables des acteurs de la gynécologie et de l'obstétrique en France ». Nous l'avions noté, le CNGOF, créé en 1970, prend régulièrement des positions au nom de tous les praticiens et il s'avère *a priori* très écouté par les pouvoirs publics. Il faudrait une étude particulière pour vérifier si ce qu'avançaient en leur temps Monique Dagnaud et Dominique Melh est toujours d'actualité, à savoir que ce sont « les patrons de CHU » qui animent ce collège⁴²⁷, présidé actuellement par Israël Nisand⁴²⁸. Celui-ci ne ménage passa peine, et il est actuellement très présent dans les médias, notamment avec la création du label *Maternys* que délivre le Collège afin « d'encourager les maternités qui mettent au cœur de leurs préoccupations la bientraitance des femmes enceintes »⁴²⁹. Pour certains gynécologues-obstétriciens sollicités, ce collège est une pierre d'angle. « *On a le Collège, qui est très important, qui est notre référence* » (Benoît, GO hospitalier) et, au risque de la personnalisation, nous avons à plusieurs reprises entendu « *Le Collège, c'est Nisand* ». Pour d'autres, les plus nombreux, il l'est bien moins. « *Et puis le Collège, on ne peut pas toujours y aller, et puis c'est sur le déclin, comme il y a de moins en moins de gynécos* » (Élisabeth, GO libérale). Au sein de ce collège, neuf commissions thématiques rassemblent quelque 116 membres, dont 58 % d'hommes. Par contre, sur les 12 présidents ou co-présidents de ces commissions, ne figure qu'une seule femme. Elles sont 2 pour 8 hommes au conseil d'administration du CNGOF⁴³⁰. *A priori*, le Collège, fort de ces quelque 2300 membres, rassemble environ la moitié des gynécologues-obstétriciens français.

Le syndicat national des gynécologues-obstétriciens Français (SYNGOF) annonce réunir quelque 1600 adhérents, gynécologues-obstétriciens, mais aussi gynécologues médicaux⁴³¹. Sous la houlette de son président, Bertrand de Rochambeau, un conseil d'administration de quelque 35 membres (dont 27 hommes) est réparti en trois pôles : la gynécologie obstétrique,

432. www.fnccgm.com

la gynécologie médicale (qui rassemble les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens « n'ayant qu'une activité de consultation ») et les praticiens hospitaliers. À l'instar d'autres syndicats professionnels avec lesquels il peut faire alliance, par exemple lors des élections des représentants aux URPS, le SYNGOF est particulièrement actif dans la défense du périmètre des compétences des professionnels qu'il rassemble, et il est régulièrement aux avant-postes de la contestation de l'extension de celles attribuées aux sages-femmes. Là non plus, mais ce peut être fait de hasard, nous n'avons pas rencontré de militant, à proprement parler, du SYNGOF. Élodie (GO, libérale) toutefois l'a évoqué : *« Jeme dis qu'il faut bien être syndiqué quelque part et que, justement, il y ait des gens qui aient ce rôle-là pour nous. En médecine ça ne marche pas très bien de toute façon, les syndicats. Le médecin, surtout en libéral, est assez individualiste. Enfin bon, moi je trouve qu'il faut bien avoir quelqu'un pour nous défendre au cas où, mais je ne suis pas [syndiquée]. J'ai l'impression que, de toute façon, je n'ai aucun rôle à jouer, je n'ai aucun poids »*. Est-ce affaire d'une actualité assez récente ? Les prises de position très discutées de Bertrand de Rochambeau concernant la pratique de l'IVG ont été évoquées, sans nécessairement faire le lien avec le SYNGOF d'ailleurs. *« Ça ne me dit pas grand-chose, parce que je ne les connais pas. J'avais vaguement entendu parler d'un président d'un syndicat qui avait eu des propos un petit peu polémiques sur l'IVG. Après, je pense qu'il faut relativiser ces propos-là, qui avaient l'air d'être dans un contexte d'énervement. En tout cas, moi, je pratique des IVG sans le moindre état d'âme »* (Aurélien, GO hospitalier). D'autres font bien la distinction entre CNGOF et SYNGOF... *« Le SYNGOF, c'est de Rochambeau. On le connaît par cœur, et je ne partage absolument pas [ses positions]. Normalement, les gynécologues-obstétriciens sont surtout représentés en France par le CNGOF, c'est-à-dire le Collège des gynécologues-obstétriciens français. Le SYNGOF, c'est plus quelques gynécologues-obstétriciens de centres hospitaliers périphériques, des hospitaliers et des gynécos de ville. Après, ils ont un président, qui est de Rochambeau, [...] qui arrive à faire du bruit, mais ça ne pèse pas sur la profession. »* (Christian, GO hospitalier).

La Fédération nationale des Collèges de gynécologie médicale (FNCCGM) regroupe 11 collèges régionaux, qui sont tous représentés au Conseil d'administration. Seuls 2 hommes y figurent, pour 25 femmes (ils sont un quart environ dans le métier), ce qui va dans le sens déjà observé d'un désinvestissement de la profession de gynécologue médical par la gent masculine. La FNCCGM affiche pas moins de 2000 membres⁴³², ce qui signifierait qu'elle regroupe plus de 70 % de la profession. À bien des égards, elle est en lien avec le comité de défense de la gynécologie médicale (CDGM)

433. www.cdgm.org et Rouméas Marie-Annick, *À l'écoute du corps...*, op.cit, p. 213.

qui milite notamment pour l'extension du nombre de postes ouverts dans la spécialité⁴³³.

Les cinq organisations ici brièvement exposées sont donc très actives dans tous les débats concernant le partage des compétences entre sages-femmes et médecins. Avec toutes les limites inhérentes à notre étude, elles sont au demeurant très inégalement investies par nos interlocuteurs. Régulièrement est évoqué le « facteur temps », mais quand des choix doivent se faire, ils penchent assez clairement vers des sociétés savantes et des groupements beaucoup plus thématiques, ce qui corrobore nos observations sur les multiples spécialisations fortement portées par les gynécologues. *« Le problème, c'est qu'il y a un facteur de temps et de choix de temps. Il y a aussi la situation qui fait que les syndicats médicaux, on les entend qu'au moment des élections des représentants et ça ne correspond pas forcément à la vision que je m'en fais. Et puis c'est compliqué parce que dans les sociétés savantes, il y a des sociétés savantes qui sont assez puissantes et très bien organisées, notamment celle d'anesthésie, où ils sont extrêmement organisés. Et puis il y a les autres, en tout cas celle de gynéco... Donc, ce n'est pas très simple de faire le tri »* (Denise, GO hospitalière). Sont ainsi cités le Collège français d'échographie fœtale – CFEF-, la Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie – CIFUD PP -, la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV), d'autres encore, là où les Ordres et les Collèges précédemment relevés ne sont guère prisés. *« Oui, ça existe toujours, je reçois des courriels, mais je ne les lis plus. En fait, j'assistais aux réunions et ce n'était que des luttes intestines. Ça coûtait quand même l'équivalent de 300 €, le Conseil de l'Ordre, pareil. Donc ça va »* (François, MG).

7.2. L'extension contestée des compétences des sages-femmes

L'Ordre des sages-femmes, mais aussi plusieurs autres organisations, tels des syndicats professionnels, souvent relayés aussi par des groupements d'usagers, militent haut et fort pour l'extension de leurs compétences et avant cela déjà pour la défense des acquis les plus récents. Des revues féministes prennent aussi régulièrement fait et cause pour les sages-femmes. Avec des nuances certes, on ne peut que constater que tous les groupements de médecins contestent ces nouvelles compétences. À de multiples reprises d'ailleurs, ils s'associent, adoptent des positions communes et on peut se demander par exemple si le SYNGOF n'est pas en quelque sorte en la matière « le bras armé » du CNGOF. L'Ordre des médecins n'est pas en reste. Selon la Cour des comptes, il s'aventure à tort hors des cadres prévus

434. Béguin François,
« La Cour des comptes
critique sévèrement
l'Ordre des médecins »,
Le Monde, 10 décembre
2019.

435. Ordre national des
médecins, op. cit., p. 1.

par le législateur, quitte à sortir du champ déontologique pour intervenir dans celui de la défense des intérêts professionnels comme le ferait un syndicat⁴³⁴. Son président conteste cela au nom de la défense des principes éthiques et déontologiques qui lui revient, et de citer en exemple « le ferme rappel à l'éthique et la déontologie de l'Institution suivi de plaintes lorsqu'un syndicat professionnel de spécialité menace d'interrompre les IVG »⁴³⁵ – il s'agit du SYNGOF.

Les désaccords, les passes d'armes sont multiples entre les représentantes des sages-femmes et ceux des médecins. Nous en resterons simplement, à titre illustratif, à deux points de friction qui concernent d'une part la campagne d'information diligentée il y a quelques années par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, qui a porté sur les nouvelles compétences des sages-femmes libérales et d'autre part sur les expérimentations des maisons de naissance. Il y a d'autres sujets « qui fâchent », mais ces deux-ci, même simplement repérés tant il y aurait long à dire, renseignent sur des positions qui peinent à s'accorder.

7.2.1. « Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme »...

Le 22 juin 2016, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé inaugure officiellement « une campagne de communication "sages-femmes" ». Elle rappelle alors des mesures déjà prises, telles que la reconnaissance du statut médical des sages-femmes des hôpitaux, la possibilité donnée, en libéral, de facturer leurs actes médicaux comme les médecins et l'élargissement des compétences, notamment en matière de réalisation des IVG médicamenteuses, de la vaccination de l'entourage du nouveau-né, dans le cadre de la lutte contre la rougeole en particulier. La campagne (24 000 affiches et 483 000 dépliants édités), intitulée « 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme » est largement saluée par les syndicats professionnels et par la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : « Cette campagne est une opportunité pour notre profession. Le Conseil national se réjouit qu'elle ait pu voir le jour et invite chaque sage-femme à en faire le relais ».

Les organisations représentant les gynécologues n'ont pas tardé à réagir. Six jours plus tard, six d'entre elles, dont le CNGOF et le SYNGOF, ont publié un communiqué commun dénonçant « une campagne qui suggère que consulter une sage-femme est identique en termes d'accès aux soins à consulter un médecin, alors que le niveau de formation et de compétences sont loin d'être les mêmes ». Sont aussi évoqués le fait « qu'il n'y a aucune garantie que les déserts médicaux seront comblés par les

436. Rochambeau
Bertrand de, entretien
France Télévision,
Allodocteur,
5 juillet 2016

437. Rochambeau
Bertrand de, « Une
sage-femme n'est pas
un gynécologue »,
SYNGOF, n° 13, 2015,
p. 10.

438. Rochambeau
Bertrand de, entretien
France Télévision,
op. cit.

439. Scheffer Michèle,
communiqué « Céder
aux sages-femmes sur
le "premier recours",
c'est brader la santé
des femmes et revenir
en arrière », FNCGM,
19 décembre 2013.

sages-femmes et que « le niveau de responsabilité, notamment sur le plan assurantiel, entre médecin et sage-femme n'est pas le même ». « Les principales instances professionnelles en gynécologie et obstétrique rappellent donc que les sages-femmes ne sont habilitées à prendre en charge que la physiologie, et mettent en garde les autorités contre toute manœuvre politicienne visant à contourner les étapes de la qualification médicale, de même qu'à contourner la couverture assurantielle pour des actes médicaux qui seraient pratiqués par ces dernières. L'assurance du médecin acquitté par ce dernier n'ayant pas vocation de venir couvrir une situation générée par une sage-femme ». La plaquette, largement diffusée, stipulait bien que « La sage-femme assure le suivi gynécologique de la femme en bonne santé et l'oriente vers un médecin lorsqu'elle dépiste une pathologie », mais évoquant la pose et le retrait de stérilet et d'implant, l'IVG, la vaccination, etc., ces organisations y ont vu une entame dans leurs prérogatives. La mention sur le fait « qu'elles exercent très majoritairement sans dépassement d'honoraires » n'a pas manqué d'être perçue comme une pierre dans leur jardin, « dans le but de monter ces deux professions l'une contre l'autre »⁴³⁶.

Les responsables du SYNGOF n'ont pas été les moins virulents. Quelques mois auparavant, son président écrivait dans un article intitulé « Une sage-femme n'est pas un gynécologue » que « la symbiose entre sages-femmes et gynécologues ne se fera pas tant que nos gouvernants se satisferont d'une politique de santé si bien planifiée qu'elle fait disparaître les gynécologues, avec des effecteurs moins qualifiés nombreux (le nombre de sages-femmes explose), "low cost" (elles travaillent aux tarifs opposables de l'Assurance Maladie qui sont bloqués depuis 25 ans) et donc soumis aux contraintes financières qui rend leur pratique aveugle, normative »⁴³⁷. À la suite du lancement de la campagne ministérielle, il observait : « On peut faire de la place aux sages-femmes en ville, en libéral, mais il faut que les patientes sachent que le suivi gynécologique complet requiert la connaissance de la pathologie, ce que les sages-femmes n'ont pas dans la même mesure que le médecin »⁴³⁸. La FNCGM était aussi en toute logique signataire du communiqué. Dès 2013 d'ailleurs, sa Présidente demandait « à la ministre de la Santé de faire le choix courageux qui s'impose pour demain en refusant ce fameux premier recours à la profession de sage-femme, insuffisamment compétente pour assurer de telles responsabilités ». Elle s'opposait alors déjà « aux projets gouvernementaux de confier la prise en charge de la santé de la femme aux sages-femmes. Les sages-femmes ne peuvent avoir la compétence, après 4 [en réalité 5] années d'études en maïeutique, pour différencier une situation normale d'une situation pathologique que ce soit en situation de première consultation gynécologique, de choix contraceptif, de prise en charge de toute pathologie et d'un suivi gynécologique »⁴³⁹.

440. Lettre du Docteur Patrick Bouet, Président de l'Ordre national des médecins à Madame Marisol Touraine, en date du 21 juillet 2016, www.conseil-national.medecin.fr

441. Keller Marie-José, www.ordre-sages-femmes.fr

442. Haute autorité de santé, Cahier des charges de l'expérimentation. Maisons de naissance, septembre 2014.

443. Chantry Anne et al., Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France, CNRS-AUDIPOG-INSERM, novembre 2019, p. 3.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a aussi réagi par la voix de son président: « S'il est louable de mettre en avant la place et le rôle de premier plan que jouent les sages-femmes auprès de très nombreuses femmes, notamment en termes de prévention, l'Ordre des médecins regrette que cette campagne passe sous silence le rôle de prévention que jouent depuis toujours les médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens qui interviennent dans ce domaine dans le cadre de la prise en charge globale et experte que leur confère leur formation. Par ailleurs, l'Ordre des médecins regrette que la campagne lancée par le ministère des Affaires sociales et de la Santé n'évoque pas clairement les distinctions entre prévention et pathologie »⁴⁴⁰.

La Présidente de l'Ordre des sages-femmes se déclarait « profondément attristée » par toutes ces réactions. « Les propos corporatistes ne mènent à rien. Dire que les sages-femmes ne sont pas formées, c'est faux. Et les guéguerres internes sèment le doute dans l'esprit des femmes. Ces compétences sont inscrites dans le Code de la santé. Tout est légal »⁴⁴¹. Les sages-femmes rencontrées ont toutes bien perçu l'intérêt de cette campagne, même si elle mériterait d'être renouvelée. « *Les sages-femmes n'ont pas le choix, elles ont besoin de vivre. Il faut se battre pour avoir des patientes, et c'est un peu "marche ou crève". Je pense que le gouvernement est clairement responsable de cette situation, parce qu'on ne communique pas assez sur la sage-femme libérale. Il ferait de vraies campagnes de communication pour dire ce que nous faisons, les médecins ne freineraient pas des quatre fers en disant de ne pas aller voir des sages-femmes parce qu'elles sont dangereuses pour la santé des femmes* » (Benoîte, SFL).

7.2.2. Les maisons de naissance

Sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, les maisons de naissance (MDN) sont des structures autonomes qui accueillent les femmes enceintes sans facteur de risque avéré, qui vont pouvoir bénéficier d'un accouchement physiologique et d'un suivi de grossesse « moins médicalisé ». Elles ont été créées en 2015, et suite à un appel à candidature, 9 projets ont été agréés, avec une ouverture à titre expérimental pour une durée de 5 ans et avec une évaluation intermédiaire prévue en 2017. Dans les faits, 8 d'entre elles ont fonctionné sur la base d'un cahier des charges très précis⁴⁴². En novembre 2019, l'évaluation, sous l'égide de l'INSERM et du CNRS, a conclu que les maisons de naissance françaises, à l'instar de celles existantes dans d'autres pays à haut niveau de ressources, « ont démontré la sécurité et la salutogénèse des soins prodigués »⁴⁴³. « Concernant l'efficacité des soins, l'étude a montré très peu d'interventions au cours de travail

444. Carricaburu Danièle, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical... », *op. cit.*, p. 135-138.

445. CNGOF, communiqué de presse, « Expérimentation de maisons de naissance. Mise en garde du CNGOF », 11 mars 2008, www.cngof.fr

parmi les femmes accouchées en MDN: moins de 3 % de rupture artificielle des membranes, moins de 2 % d'épisiotomie et 90,5 % d'accouchements par voie basse spontanée, 6,5 % par voie instrumentale et 3 % de césarienne (...). 22 % des femmes présentant des complications sans urgence ont été transférées et ont accouché dans des maternités partenaires et contiguës à la maison de naissance ». Cette évaluation très positive est aussi le fruit d'un investissement très important des sages-femmes impliquées. *« Une patiente est suivie par un trinôme de sages-femmes et elles les voient toutes les trois. Donc, on avait un planning à trois de garde et d'astreinte. On a même commencé par des gardes de 24 heures sur place. De toute façon, c'est une montagne, cette maison de naissance. C'est passionnant; il faut certainement être passionné pour se lancer dans un truc comme ça. On a déjà travaillé pendant deux ans à fond, bénévolement pour lancer le truc. Et maintenant ça continue à être assez lourd par rapport à toutes les tâches annexes. C'est expérimental pour cinq années et on a des évaluations régulièrement »* (Lydie, SFL).

Dès les prémisses de ces projets de maisons de naissance, le CNGOF y était défavorable et bien des arguments en contre ont été mis en avant, notamment par l'un de ses délégués, Loïc Marpeau, et ce, dès 2001. « L'irréalité du bas risque sous-tendu par les maisons de naissance constituait alors le pivot de l'argumentation utilisée par les professionnels hostiles à ce projet », écrit Danièle Carricaburu⁴⁴⁴. Si le bas risque est réellement impossible à définir, sélectionner une population susceptible d'être orientée vers ces maisons de naissance deviendra une gageure impossible à tenir. La crainte du médico-légal étant utilisée de façon tactique: « les juges ne s'y tromperont pas, ils opposeront les principes d'obligation de moyens et de sécurité », déclarait alors Loïc Marpeau.

En 2008, les arguments se sont quelque peu infléchis, mais la notion de risque demeure en filigrane. Incohérence d'ouvrir un établissement à l'heure de la fermeture de ceux réalisant moins de 300 accouchements par an, continuité des soins mal assurée entre l'équipe des sages-femmes de la MDN et l'équipe du service de gynécologie obstétrique de rattachement, dichotomie entre une prise en charge par les sages-femmes libérales de la MDN et les équipes des établissements de santé médicalisés, problèmes assurantiels... « Le conseil d'administration du Collège national des gynécologues et obstétriciens Français met en garde les pouvoirs publics contre les accidents qui pourraient découler de la mise en place de telles structures, dont les budgets de fonctionnement prévus seraient plus efficacement utilisés pour étoffer les équipes en particulier de sages-femmes en salle de naissance et/ou améliorer les locaux parfois vétustes des établissements »⁴⁴⁵.

446. Puech Francis et Hédon Bernard, « Entre sécurité et intimité de la naissance. La position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique », décembre 2012.

447. maisonsde-naissance.wordpress.com

448. CNGOF, « Généralisation des Maisons de naissance ou plus de moyens pour les maternités, La réponse du CNGOF au Sénat », 9 mars 2020.

En 2012, le même CNGOF, « dans la mesure où des assurances ont été données sur les points qui l'avaient amené en 2008 à donner un avis défavorable » publie d'autres commentaires et recommandations. L'autonomie complète des sages-femmes assurément passe mal. Ce qui est *a priori* envisageable consiste en un lieu spécifique aménagé en dehors du plateau technique médicalisé (mais à proximité immédiate et en lien fonctionnel avec lui pour des raisons de sécurité), pris en charge par des sages-femmes dans les limites de leurs compétences. Parmi les attendus, à la suite, le CNGOF, « exige une prise en charge conjointe et complémentaire entre professionnels de la périnatalité en cas de grossesse à risque, ce qui sous-entend une réévaluation de la situation (et éventuellement du risque à tout moment du processus ». Enfin est-il stipulé, « ces recommandations laissent la place à plusieurs approches possibles : "des espaces physiologiques" ou "salles nature", une unité sage-femme autonome dont la responsabilité est portée par des sages-femmes, attenante à l'hôpital avec un statut public ou privé; il s'agit d'une "maison de naissance hospitalière" et enfin une "maison de naissance" telle qu'elle est définie par la proposition d'expérimentation et dans les limites prédéfinies »⁴⁴⁶.

Est-ce le signe d'une ouverture ? De fait, non, puisque malgré une évaluation très positive, le CNGOF maintient son opposition. L'argument ne peut plus véritablement porter sur la sécurité. Il va alors se centrer sur le « privilège accordé à quelques-unes ». « D'un côté, on ferme des maternités, de l'autre, on ouvre des maisons de naissance autonomes. Ici les économies et l'insécurité, là, la débauche de moyens et de luxe. Pourquoi une sage-femme devrait-elle accompagner quatre accouchements en même temps, avec la boule au ventre, quand juste à côté, sa collègue ne s'occuperait que d'une femme ? Les heurs et malheurs doivent être répartis ». Il n'est plus question d'évoquer, comme en 2012, un lieu « en dehors du plateau technique médicalisé ». Quasi le seul argument mis en avant va désormais être de nature économique. Là est l'angle d'attaque, avec peut-être des idées sur son écho possible, puisqu'un audit « médico-économique » diligenté par la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé serait en cours, selon les défenseurs des maisons de naissance⁴⁴⁷. Dans un communiqué publié le 9 mars 2020, le CNGOF estime qu'il s'agit d'une « *expérimentation limitée* » en raison du nombre peu important des accouchements pris en compte. « Il s'étonne de la volonté de généraliser ce type de structures hors plateau technique de la maternité, pour 65 accouchements par an en moyenne [...] alors même que notre pays ferme des maternités, car elles n'atteignent pas le seuil de 300 naissances. Ces maisons de naissance, qui se trouvent, par définition, à la porte d'une maternité, contribuent à la fragilisation de la maternité elle-même »⁴⁴⁸. « Le CNGOF souhaite connaître ce

449. Ferney Jeanne,
« L'avenir incertain
des maisons de
naissance », *La Croix*,
2 décembre 2019.

450. *Les Dernières
nouvelles d'Alsace*,
15 avril 2021, p. 19.

451. *Ibid.*

452. « Un tout nouvel
espace naissance » au
CHU de Strasbourg.
www.reseau-chu.org

qui motive la puissance publique à valider de telles dépenses supplémentaires à l'heure où 50 % des 489 maternités sont en sous-effectifs graves et à l'heure où les fermetures de maternité par manque de moyens se succèdent à la rubrique des faits divers (...) Le CNGOF ne voit donc aucun intérêt à ce renforcement de structures alternatives mieux dotées en personnel, appauvrissant plus encore l'ensemble des maternités sans améliorer la qualité des soins. Nous ne sommes plus à l'heure où de dépenses inutiles sont acceptables. Une offre de soins dispendieuse dans ces maisons de naissance rendra le travail des sages-femmes des maternités voisines encore plus insoutenable en concentrant sur un faible effectif de sages-femmes les cas les plus difficiles. Il serait plus judicieux de recruter des sages-femmes dans les maternités si pauvres en effectifs ».

Le SYNGOF fait appel peu ou prou aux mêmes arguments: « Cette étude ne répond pas aux questions essentielles, le coût de ces structures et la place qu'elles occupent dans l'offre de soin. Que représentent ces 500 accouchements sur les 800 000 pratiqués chaque année en France? Avec des débits aussi faibles, heureusement qu'aucun événement indésirable ne se produit »⁴⁴⁹. Cependant, cette opposition affichée ne veut pas dire que tous les gynécologues-obstétriciens sont hostiles aux maisons de naissance. Ainsi, Philippe Deruelle, Chef du pôle de gynécologie-obstétrique des hôpitaux universitaires de Strasbourg y est très favorable : « On ne peut pas se contenter d'une seule maison de naissance sur le territoire alsacien, je pense que trois ou quatre ne seraient pas de trop ». Évoquant la maison de naissance Manala de Sélestat, il déclare « À l'époque, il ne faut pas se leurrer, ça a été créé là-bas et pas à Strasbourg parce que des gens y étaient opposés »⁴⁵⁰.

Sans surprise, à l'opposé, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes se félicite de cette évaluation. « Tous les chiffres sont excellents. Aujourd'hui, les maisons de naissance représentent la seule alternative sécurisée à l'accouchement hypermédicalisé en maternité »⁴⁵¹. La responsable de l'évaluation plaide de son côté pour le développement des maisons de naissance, compte tenu aussi de « la satisfaction unanime des mères ». Un collectif « maisons de naissance » milite pour leur pérennisation, sondage favorable à l'appui. Ce qui est en jeu, on l'aura compris, porte sur l'autonomie des maisons de naissance, avec des sages-femmes qui échappent à la tutelle des gynécologues. Le Président du CNGOF, Israël Nisand, plaide depuis longtemps pour une « démedicalisation de la naissance », et dans le département de gynécologie obstétrique qu'il dirige, au sein du CHU de Strasbourg, il y a bien une « maison de naissance », mais « en milieu hospitalier »⁴⁵², et c'est toute la différence... Les sages-femmes rencontrées ont souvent fait

453. Loi n°2020-1576 de financement de la Sécurité sociale pour 2021, article 3.

454. Compte-rendu des Travaux parlementaires du Sénat, séance du 13 novembre 2020.

455. Bruneau Charlotte, *Le suivi en maison de naissance : une liberté de choix pour les femmes ? Une approche sociologique*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université Paris-Descartes - Paris 5, 2016. Voir aussi Eynard Julien, « La Maison de naissance Manala s'inscrit dans la durée », *Dernières nouvelles d'Alsace*, 16 mars 2021, p. 30.

456. Thomas Catherine, *Accoucher en France aujourd'hui...*, op. cit., p. 144.

457. SYNGOF, « Prescription des arrêts de travail post IVG par les sages-femmes : le SYNGOF dénonce les risques qu'un tel décret fait peser sur les femmes en entretenant la confusion sur leur suivi médical », www.syngof.fr, Communiqué de presse, 13 juin 2016. En fait, depuis 1995, les sages-femmes peuvent prescrire un arrêt de travail de 15 jours, non renouvelable, dans le cadre de la grossesse.

458. www.ordre-sages-femmes.fr, 28 juin 2016.

459. Mallaval Catherine, « IVG : un syndicat de gynécologues dans le viseur de la justice », *Libération*, 5 avril 2019; Béguin François et Cordier Hélène, « IVG : plainte de l'Ordre contre des gynécologues », *Le Monde*, dimanche 7 et lundi 8 avril 2019.

part de leur intérêt pour ces maisons de naissance, quitte à souligner que c'est là un sujet délicat... « *Je pense que ça pourrait prendre de l'ampleur, mais les gynécologues voient ça d'un mauvais œil. On leur prend leur travail. Ils veulent bien se débarrasser des consults' gynécos, il [n'] y a aucun problème, mais pas les grossesses, parce que c'est leur gagne-pain* » (Emma, SFL). De fait, la pérennisation des maisons de naissance a été votée dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, avec l'ouverture programmée, sur deux années, de 12 nouvelles structures⁴⁵³. Au Sénat, les débats sur les notions de « proximité immédiate » et de « contiguïté » des maternités hospitalières ont rappelé en filigrane les oppositions récurrentes de gynécologues à la manœuvre. La contiguïté requise – terme finalement retenu à la suite d'un amendement de sénateurs Les Républicains menés par Florence Lapassade⁴⁵⁴, une pédiatre de maternité – n'est pas le seul obstacle à la création de ces maisons de naissance. La militance, la disponibilité des sages-femmes attendues dans ces projets requièrent un investissement très important⁴⁵⁵.

Bien d'autres points de friction opposent les organisations représentatives des gynécologues et des sages-femmes, et ce, de longue date, si l'on pense par exemple aux réactions très virulentes de l'Ordre des médecins et de leurs syndicats professionnels quand, en 1986, autorisation a été donnée aux sages-femmes de pratiquer des échographies⁴⁵⁶.

La possibilité accordée à celles-ci de délivrer un arrêt de travail suite à une IVG médicamenteuse a provoqué aussi bien des débats. « Le SYNGOF fait remarquer que tout arrêt de travail relève d'une situation pathologique et que toute situation pathologique relève d'une prise en charge médicale par un médecin. Ce décret apparaît comme les prémisses d'une médecine pleinement exercée par une profession qui ne l'a jamais apprise, avec les risques que cela comporte pour les patientes »⁴⁵⁷, ce à quoi le Conseil de l'Ordre des sages-femmes va répliquer : « Par leur formation et leurs nouvelles compétences, les sages-femmes contribuent à l'offre de soins, notamment par un accès renforcé à l'IVG. Nos deux professions se complètent et doivent s'entendre au service de la santé des femmes. Ces propos corporatistes et anti-déontologiques renvoient une image délétère de l'organisation de la périnatalité et de la santé génésique des femmes »⁴⁵⁸.

La question de l'IVG a aussi été au cœur de virulents échanges quand le SYNGOF a appelé à la grève des IVG en début d'année 2019, suscitant bien des émois et des condamnations, de la ministre de la Santé à la secrétaire d'État à l'égalité entre femmes et hommes, et, pas en reste, de l'Ordre des sages-femmes et de leurs syndicats professionnels, etc.⁴⁵⁹. En arrière-fond,

460. Vincendon Salomé, « Contre l'IVG, le chef d'un syndicat de gynécos scandalise », *L'Express*, 12 septembre 2019 ; Lahaye Marie-Hélène, « Une sage-femme porte plainte contre des médecins : le signe d'une révolution », marieaccouchela.net, 15 avril 2019.

461. www.csmf.org et Bayle-Iniguez Anne, « L'ouverture de la CCAM aux sages-femmes relance le conflit de territoire avec les médecins », *Le Quotidien du médecin*, 25 août 2015.

462. Proposition de loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », Travaux parlementaires du Sénat, 10 février 2021. Voir aussi Morin Christine et Schnalck Claudine, « Au royaume du patriarcat, il faut subordonner les sages-femmes », *Le Monde*, 14 décembre 2020.

463. SYNGOF, « Parcours de soins : ne remplaçons pas les médecins traitants par des sages-femmes ! », www.syngof.fr, Communiqué de presse, 24 novembre 2020.

il y avait les déclarations de son président qualifiant, en septembre 2018, l'IVG « d'homicide », avec à la clé un désaveu, notamment du CNGOF et de l'Ordre des médecins, qui, après avoir semble-t-il tergiversé, s'était autosaisi et avait porté plainte, possiblement sous la pression d'instances ministérielles et d'associations féministes⁴⁶⁰.

L'ouverture de la classification commune des actes médicaux (CCAM) aux actes effectués par les sages-femmes, à compter du 1^{er} janvier 2016, a aussi apporté son lot de protestations. Le SYNGOF y a vu « une dérive » là où la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) soulignait « la compétence technique différente entre les médecins et les sages-femmes », et le fait « Que la CCAM, propre aux médecins, a été mise en place en 2005 à partir d'une méthodologie qui consiste à hiérarchiser les actes pratiqués par les médecins uniquement, et non pas les sages-femmes »⁴⁶¹. Tout récemment, une proposition de loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » a prévu de supprimer toute limitation de durée des arrêts de travail prescrits voire renouvelés par les sages-femmes⁴⁶². Là aussi les réactions des organisations de gynécologues ont été vives⁴⁶³.

La liste, de fait, serait longue des tensions et des oppositions entre toutes ces organisations et ses représentants délégués, qui pour défendre un périmètre de compétence, qui pour tenter d'y enfoncer un coin. Pour autant, il y a bien des moments où prévaut l'apaisement, où des causes communes font que les uns et les autres s'allient et coopèrent, se réunissent et entreprennent ensemble bien des actions. Régulièrement aussi, l'Ordre des sages-femmes notamment rappelle que « sur le terrain » les relations sont plutôt apaisées. Cependant, on a bien affaire à des représentants des gynécologues en ordre de bataille et très réactifs dans un contexte où les sages-femmes sont plutôt à l'offensive et cherchent, via leurs organisations, à s'extraire, fût-ce partiellement, de la tutelle de ces spécialistes solidement établis. Plus largement, avec la profession médicale, c'est affaire d'une profession jouissant d'une puissance et d'une autonomie comme sans doute il n'y a pas d'équivalent en France présentement.

Conclusion

Les interactions entre médecins et sages-femmes sont légion dans les établissements de santé, et les occasions ne manquent pas, où la fluidité de leurs relations, leur complémentarité, leur solidarité sont bien utiles, quand par exemple urgence il y a lors d'un accouchement. Dans nombre de situations, les uns et les autres ne peuvent que louer leur bonne entente, et leurs patientes communes leur en savent gré. Pour autant, ces échanges peuvent ne pas être toujours si harmonieux et si paritaires que cela et, dans leur teneur même, dans tout ce qui se dit et dans tout ce qui se fait, ils renvoient souvent aux inégales positions des un-e-s et des autres dans la hiérarchie hospitalière. Il n'y a pas de raison non plus à ce que l'exercice libéral ne reflète pas, lui aussi, des rapports de domination entre des métiers qui pourtant émergent tous aux professions médicales à part entière.

Des pratiques de coopération, de délégation, des habitudes de travail de concert existent donc bel et bien, mais en filigrane, voire parfois de manière crue, se rappellent le pouvoir des uns sur les autres et toutes les possibles acrimonies, les résistances que cela peut susciter, en particulier chez des sages-femmes qui n'entendent pas nécessairement s'en laisser conter. À ce titre, notre étude s'est attachée à dépeindre et à analyser par le menu tout le lot de ces interactions, de ces relations où circulent la confiance certes, mais aussi possiblement les linéaments de la circonspection, sinon de la méfiance, en particulier quand ces sages-femmes étendent leur compétence et en viennent à vouloir réaliser un certain nombre d'actes réservés il y a encore peu aux seuls médecins. Sans épouser à tout coup une vision polémologique, nous nous sommes évertués, au plus près de tout ce qui se déroule dans les salles de travail, dans les salles d'accouchement, dans les cabinets libéraux, à repérer et à expliquer ce qui est au fondement des connivences, des alliances, mais aussi des tensions et des désaccords entre des professionnels, tous passionnés sans nul doute, mais fort soucieux pour les uns de préserver leur « pré carré », pour les autres d'étendre leur espace d'exercice.

Reste finalement à s'interroger sur les dispositions envisageables afin que les relations entre ces professionnels s'améliorent. Comment réduire les méfiances réciproques? Comment faire en sorte que tous ces professionnels collaborent plus sereinement, coopèrent sans anicroche, entre délégation et juste partage des compétences? Sans faire montre d'originalité, un premier constat s'impose: aussi surprenant que cela puisse paraître, les un-e-s et les autres ne se connaissent qu'imparfaitement. Or, chacun

464. Trossat Fanny,
op. cit., p. 111.

465. Ott Éloïse,
*Sage-femme qui
es-tu ? Enquête sur la
connaissance de la
profession de sage-
femme auprès d'autres
professionnels de santé
et son impact sur la
collaboration. Mémoire
en vue de l'obtention
du diplôme d'État de
sage-femme, Université
de Lorraine-Metz,
2013, p. 51.*

466. Boissy Charline et
al., op. cit., p. 135.

467. Deshayes Vanessa,
op. cit., p. 88-90.

468. Boissy Charline
et Flori Marie,
op. cit., p. 227-228.

469. Vaudry Delphine,
op. cit., p. 31.

en convient, plus ils et elles se côtoient, plus les doutes se lèvent, plus les clichés disparaissent, plus la compréhension mutuelle s'établit.

On peut alors reprendre succinctement ce qui ressort de bien des propositions émises, ici au détour de thèses de médecine ou de mémoires de fin d'études de sage-femme, là de récits d'expériences et de propositions de futurs médecins, de futures sages-femmes qui ont entamé un dialogue constructif sur le sujet.

Constat quasi unanime donc : beaucoup reste à faire pour que non seulement les femmes demandeuses d'un accompagnement obstétrical ou de soins gynécologiques soient bien informées de ce que les sages-femmes sont ou non habilitées à réaliser, mais que les médecins déjà le soient aussi. Maints travaux ont pris la mesure des connaissances assez approximatives de leur part, dès lors qu'ils n'ont pas eu l'occasion de travailler avec une sage-femme⁴⁶⁴. C'est aussi le cas des pharmaciens, par exemple concernant la prescription du vaccin contre la coqueluche ou de celui, préventif, des lésions du col de l'utérus ou encore ce qui a trait à la contraception d'urgence⁴⁶⁵. De manière autant que possible concertée entre tous les intéressés, des campagnes d'information seraient bienvenues signalent unanimement les sages-femmes. Il y en a déjà eu, mais sans doute mériteraient-elles d'être renouvelées. Point d'angélisme ; elles susciteront toujours des réserves, des critiques.

Dans la littérature, il est aussi beaucoup question de formations communes. Ici il peut s'agir de modules d'enseignement de base, de l'ouverture de stages plus nombreux en gynécologie, de travaux pratiques, entre sages-femmes en dernière année de formation et internes, ferment d'une interprofessionnalité qui ne se paie pas de mots, là de la formation médicale continue (FMC) à l'adresse conjointe des médecins et des sages-femmes. De tels dispositifs existent bien⁴⁶⁶, mais le bilan de ce que cela change pour les un-e-s et les autres à la suite dans leur pratique n'est quasi jamais réalisé. Pour autant des maquettes sont disponibles, des DIU veillent à mixer leur public⁴⁶⁷. Il est toujours intéressant de relever ce qui émane, de ce point de vue, de réflexions communes d'étudiantes sages-femmes et d'internes en médecine⁴⁶⁸. De manière plus générale, ce qui est régulièrement prôné, et que l'on retrouve, tant dans des thèses de médecine que dans les mémoires produits par des professionnels de divers horizons, c'est la recherche de tout ce qui peut faciliter l'interconnaissance, le côtoiement régulier, le décroisement de nombre de formes de travail collectif. Sont cités ici ces staffs que nous avons évoqués plus haut⁴⁶⁹, mais aussi les multiples possibilités offertes par des réunions thématiques, la participation

470. Carayol Marion.,
« La sage-femme : un
acteur incontournable
de la périnatalité
en France », *Santé,
Société et Solidarité*,
n° 1, 2004, p. 103.

471. Berla Coline,
op. cit., p. 57.

472. ANESF et
ISNAR-IMG,
op. cit., p. 5

à des réseaux de périnatalité, des soirées de formation, y compris pour que des échanges informels puissent avoir lieu. Rien d'original; encore et toujours la conviction, mais aussi les multiples illustrations que c'est la proximité qui permet de se défaire des clichés. Parfois est pointé aussi le manque de recherches communes et ce faisant, d'opportunités pour que des thèses de médecine et des mémoires de fin d'études de sage-femme par exemple soient menés de concert, en s'interrogeant toujours sur les raisons qui font que d'emblée cela soit considéré comme impensable. Cela vaut aussi, à la suite, pour des recherches cliniques dont les financements sont réservés pour l'heure aux seuls collectifs de médecins. On trouve trace également des impasses auxquelles trop souvent mènent les études de sage-femme, si ce n'est de devenir cadre ou formatrice. L'accès au second cycle⁴⁷⁰ voire des passerelles pour poursuivre des études de médecine existent formellement, mais sont peu investies, sans là non plus que des évaluations aient été effectuées sur les raisons de cette désaffection et les mesures à prendre pour qu'elles soient facilitées et attractives.

Enfin, au fil là encore de bien des thèses de médecine, preuve que des mouvements s'amorcent, il est question de réfléchir à la manière dont, sur le terrain, des formes de coopération peuvent se développer. Facilités pour les sages-femmes de joindre médecins généralistes et gynécologues, travail en binôme pour le suivi de grossesses⁴⁷¹, de manière générale, beaucoup d'espoirs sont mis dans la tendance à voir se regrouper médecins généralistes et sages-femmes, au sein par exemple des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Plus rares sont par contre, dans la littérature, des avancées sur de nouveaux types de soins, de nouveaux actes qui pourraient être délégués aux sages-femmes. À les entendre pourtant, au fil des entretiens que nous avons menés, elles ne manquent pas d'idées (possibilité de traiter les infections sexuellement transmissibles (IST) par azithromycine, etc., mais on pourrait multiplier les exemples).

Ainsi donc les propositions, les témoignages d'expériences menées à bien sont nombreux. Ils se doublent ici et là, du côté des sages-femmes, mais pas uniquement, de revendications (telle que « à actes équivalents, rémunération égale »)⁴⁷². Un constat s'impose pour autant. Constats et préconisations se répètent et ne varient guère depuis au moins une décennie, ce qui laisse à penser qu'il y a là bien des vœux pieux et des résistances non levées. Revenons alors à notre observation de départ: on connaît finalement assez mal ce qu'il en est des pratiques effectives de coopération, de délégation des soins entre gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes et sages-femmes. On repère aisément ce qui se dit, bien moins ce qui est mis en œuvre. C'est le cas en particulier

473. Douguet Florence et Vilbrod Alain, « En ville : l'exercice du métier de sage-femme en maisons... », *op. cit.*

de tout ce qui peut se dérouler dans l'exercice libéral. Un seul exemple : en quoi les nouvelles compétences des sages-femmes en matière de gynécologie sont-elles dommageables ou au contraire salutaires ? On cherchera en vain un bilan circonstancié rigoureux. Concernant les effets positifs de la réunion, au sein de MSP, de médecins généralistes et de sages-femmes, on s'en souvient, l'étude que nous avons diligentée donnait des résultats mitigés, là où ce sont surtout des convictions teintées d'optimisme qui sont affichées. Pour autant cette investigation était limitée et datée⁴⁷³. Il faudrait, sur ce point comme pour d'autres, initier des recherches comme celle – nous y revenons – portant sur les maisons de naissance.

Nous l'avons relevé dès notre introduction : là où potentiellement des coopérations, des formes de relais, un partage des informations, etc., pourraient se renforcer, il apparaît pour autant que bien souvent les relations entre ces professionnels restent empreintes de distance, voire de méfiance et que nombre d'obstacles ne sont pas levés. Sans cultiver une approche par trop pessimiste, – il y a des réussites, des ententes fructueuses, etc., – des obstacles ont été repérés et analysés. Nous nous sommes efforcé-e-s de poser quelques jalons pour donner à penser afin de les franchir. À souhaiter donc que les professionnels s'en emparent puisque ce sera toujours au bénéfice de leurs patientes.

Annexes

1. Douguet F. et Vilbrod A., « Le métier de sage-femme libérale » dans ONDPS, p. 123.

2. Balard Frédéric et al., « L'analyse qualitative en santé » dans J. Kivits et al., *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, 2016, p. 135-183.

1. Note méthodologique

Au-delà de l'appel ponctuel aux données extraites d'une investigation quantitative, qui s'est déroulée en 2014 auprès de 556 sages-femmes libérales¹, les citations exposées ici sont issues d'entretiens réalisés, d'une part en 2020 auprès de 26 médecins, généralistes ou gynécologues-obstétriciens et médicaux contactés par le biais d'annuaires et de sites professionnels, et d'autre part auprès de 36 sages-femmes libérales interrogées entre 2015 et 2020, essentiellement dans le cadre de précédentes recherches.

Les 26 médecins sollicités travaillent en cabinet libéral, en centre hospitalier, en centre hospitalier universitaire et en clinique, privée ou mutualiste. La moitié environ de ces établissements se situe en Bretagne. L'autre moitié se répartit entre les régions Pays-de-la-Loire, Île-de-France, Occitanie et les Hauts de France.

Les 36 sages-femmes libérales sollicitées (8 d'entre elles ont été interrogées à 2 reprises [soit 44 entretiens au total]) exercent essentiellement en Bretagne et en Alsace, dans la région Grand Est. Trois d'entre elles exercent en Occitanie, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Auvergne-Rhône-Alpes. Le tiers d'entre elles environ ont un exercice mixte, partageant leur temps de travail entre leur exercice libéral et une maternité.

Les deux tableaux qui suivent présentent succinctement les professionnels sollicités.

L'analyse qualitative, la plupart du temps, a emprunté une posture de recherche inductive dans la mesure où le guide d'entretien a laissé large place aux sens et aux interprétations que les personnes enquêtées ont données à leurs propres pratiques². L'étude approfondie de la littérature a montré de profondes convergences entre les propos recueillis, les résultats de notre étude et les analyses issues de récents travaux thématiques, quantitatifs et qualitatifs, portant peu ou prou sur le sujet de notre recherche.

Les prénoms usités sont fictifs, afin de respecter l'anonymat auquel nous nous sommes engagés auprès de nos interlocuteurs.



Entretiens avec des gynécologues et des médecins généralistes en février et mars 2020

Prénom	Métier	Statut	Commune d'exercice
François	Médecin généraliste	Libéral, en cabinet, seul	Ville de 150 000 habitants
Vincent	Médecin généraliste	Libéral, en cabinet de 2 médecins généralistes	Bourg de 3 200 habitants
Basile	Médecin généraliste	Libéral, en maison médicale avec notamment 5 médecins généralistes	Bourg de 5 400 habitants
Aurélien	Gynécologue-obstétricien	Praticien hospitalier	Ville de 15 000 habitants
Christian	Gynécologue-obstétricien	Praticien hospitalier, chef de service	Ville de 170 00 habitants
Quentin	Gynécologue-obstétricien	Praticien hospitalier	Ville de 25 000 habitants
Élodie	Gynécologue-obstétricienne	Libérale, en cabinet de 2 gynécologues-obs.	Ville de 140 00 habitants
Hélène	Gynécologue médicale	Libérale, en cabinet, seule	Ville de 140 00 habitants
Hamed	Médecin généraliste	Libéral, en cabinet de 2 médecins généralistes	Ville de 18 000 habitants
Irène	Gynécologue-obstétricienne	Praticienne hospitalière	Villes de 120 000 et de 18 000 habitants
Lucie	Médecin généraliste	Libérale, en cabinet de 2 médecins généralistes	Ville de 140 00 habitants
Denise	Gynécologue-obstétricienne	Praticienne hospitalière Cheffe de service	Ville de 58 000 habitants
Benoît	Gynécologue-obstétricien	Praticien hospitalier	Ville de 14 500 habitants
Nadège	Médecin généraliste	Libérale, en cabinet de 6 médecins généralistes	Ville de 140 00 habitants
Élisabeth	Gynécologue-obstétricienne	Libérale, en cabinet, seule	Ville de 6 400 habitants
Charles	Gynécologue-obstétricien	Libéral, en cabinet seul et exerce en clinique	Ville de 19 0000 habitants
Léa	Médecin généraliste	Libérale, en cabinet de 3 médecins généralistes	Ville de 140 00 habitants
Hervé	Gynécologue-obstétricien	Praticien hospitalier en clinique mutualiste	Ville de 12 000 habitants
Jean-Laurent	Gynécologue-obstétricien	Libéral, en cabinet, seul et exerce en clinique	Ville de 220 000 habitants
Émeline	Gynécologue-obstétricienne	Praticienne hospitalière	Ville de 234 000 habitants
Diane	Gynécologue médicale	Libérale, en cabinet, seule	Ville de 63 000 habitants
Justine	Gynécologue-obstétricienne	Libérale, en cabinet de 2 gynécologues	Ville de 63 000 habitants
Estelle	Gynécologue-obstétricienne	Praticienne hospitalière	Ville de 235 000 habitants
Bruno	Gynécologue-obstétricien	Praticien hospitalier	Ville de 140 00 habitants
Aude	Gynécologue médicale	Libérale, en cabinet, seule	Ville de 480 000 habitants
Catherine	Gynécologue médicale	Libérale, en cabinet, seule	Ville de 2 145 000 habitants

Entretiens avec des sages-femmes libérales 2015 à 2020

Prénom	Région d'exercice	Année
Lydie	Grand Est	2017 et 2020
Céline	Bretagne	2015
Brigitte	Bretagne	2015
Frédérique	Provence-Alpes-Côte d'Azur	2015
Anne	Bretagne	2015
Édith	Auvergne-Rhône-Alpes	2015
Alice	Grand Est	2015
Adèle	Grand Est	2016
Annaïg	Bretagne	2015
Aude	Grand Est	2015
Pia	Bretagne	2015
Denise	Grand Est	2015
Emma	Grand Est	2016
Gaëlle	Bretagne	2015
Benoîte	Grand Est	2015
Charlotte	Bretagne	2015
Carine	Bretagne	2015
Odile	Grand Est	2018
Honorine	Grand Est	2017 et 2020
Laurence	Grand Est	2017
Michelle	Bretagne	2015
Barbara	Grand Est	2017 et 2020
Claire	Occitanie	2015
Mathilde	Grand Est	2015 et 2020
Thiphaine	Bretagne	2015
Viviane	Grand Est	2015
Isabelle	Grand Est	2015 et 2020
Clotilde	Grand Est	2016
Julie	Grand Est	2015
Bérangère	Grand Est	2017 et 2020
Blanche	Bretagne	2015 et 2020
Mariette	Grand Est	2016
Natacha	Grand Est	2015
Gaëlle	Bretagne	2015
Martine	Bretagne	2012 et 2020
Lise	Bretagne	2015

2. Bibliographie

A

Abbott Andrew, « Écologies liées: à propos du système des professions » dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 2003, p. 29-50.

Achauer Lucia, « histoire(s) de la naissance. L'observation obstétricale au 18^e siècle », *Dix-huitième siècle*, n° 47, 2015, p. 149-163.

Anguis Marie, « En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Études et Résultats*, DREES, n° 1006, 2017.

Anguis Marie et al., Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques? *Les dossiers de la DREES*, n° 76, 2021.

Ariès Philippe, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Gallimard, 1961.

ARS Grand Est, « PRS 2017-2022. État de santé de la population et état de l'offre de santé en région Grand Est, 2017.

Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) et Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), *Organisation de la prise en charge de la santé de la femme: Soins de premier recours*, 2011.

B

Bachelard Gaston, *La philosophie du non*, Paris, PUF, 2005.

Bachelet Marion et Auguis Marie, « Les médecins d'ici à 2040 une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats*, DREES, n° 1011, 2017.

Balard Frédéric et al., « L'analyse qualitative en santé » dans J. Kivits et al., *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, 2016, p. 135-183.

Bardet Jean-Pierre *et al.*, « La mortalité maternelle autrefois: une étude comparée (de la France de l'Ouest à l'Utah) », *Annales de démographie historique*, 1981, p. 31-48.

Baszanger Isabelle, « Les chantiers de l'interactionnisme américain » dans A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 11-63.

Bayle-Iniguez Anne, « L'ouverture de la CCAM aux sages-femmes relance le conflit de territoire avec les médecins », *Le Quotidien du médecin*, 25 août 2015.

Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, Renard Jacques, « Des sages-femmes qui sauvent les mères ? », *Histoire, économie et société*, n° 2, 1994, p. 269-290.

Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

Béguin François, « Maternités. Les trajets s'allongent, les établissements gagnent en sécurité », *Le monde*, 22 mars 2019, p. 12.

Béguin François, « L'inégalité de l'accès aux soins est aussi sociale », *Le Monde*, 12 juin 2019, p. 10.

Béguin François et Cordier Hélène, « IVG: plainte de l'Ordre contre des gynécologues », *Le Monde*, dimanche 7 et lundi 8 avril 2019.

Béguin François, « Buzyn et Schiappa critiquent les propos anti-IVG du président d'un syndicat de gynécologues », *Le Monde*, 12 septembre 2018.

Béguin François, « La Cour des comptes critique sévèrement l'Ordre des médecins », *Le Monde*, 10 décembre 2019.

Bergeron Caroline, *Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque: comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites de chacun ?*, Thèse de Médecine, Université de Nantes, 2012.

Berla Coline, *Les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse normale. Étude qualitative dans le département de l'Hérault*, Thèse de Médecine, Université de Montpellier, 2016.

Berland Yvon, *Rapport « Transfert des compétences »*, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, octobre 2003.

Berthiaud Emmanuelle, *Enceinte*, Paris, La Martinière, 2013.

Berthiaud Emmanuelle, « Accoucher à la maison aux XVIII^e et XIX^e siècles. Les préparatifs et le vécu féminin », dans M.-F. Morel (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Érés, 2016, p. 49-78.

Birh Alain et de Pfefferkorn Roland (dir.), *Dictionnaire des inégalités*, Paris, Armand Colin, 2014.

Blanchard Léna, *Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe*, Mémoire de sage-femme, Université Pierre et Marie Curie, 2016.

Bloch Marc, *Apologie pour l'histoire ou Métier d'histoire*, Paris, Ed. Etienne Bloch, 1993.

Boissy Charline et Flori Marie, « Mise en place d'un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à Lyon », *Exercer. La revue francophone de médecine générale*, n° 121-26, 2015, p. 227-228.

Boissy Charline et al., « Propositions pour la mise en place d'un enseignement interprofessionnel entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à l'Université de Lyon », *Pédagogie médicale*, n° 2-16, 2015, p. 133-142.

Borel Myriam, « Les sages-femmes, nouvelles prescriptrices de la santé sexuelle et reproductive ? », *Transversales*, Centre Georges Chevrier, 2018.

Bourdieu Pierre, « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 52-53, 1984, p. 49-55.

Bourdoncle Raymond, « La professionnalisation des enseignants: analyses sociologiques anglaises et américaines », *Revue française de pédagogie*, n° 94, 1991, p. 73-91.

Bourgueil Yann, « Les grandes lignes d'une réforme », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 70, mars 2010, p. 14-15.

Boutouyrie Scarlett, Renard Jacques, « Des sages-femmes qui sauvent les mères? », *Histoire, économie et société*, n° 2, 1994, p. 269-290.

Bréart Gérard, Puech Francis, Rozé Jean-Christophe, *Mission « Périnatalité »*. *Vingt propositions pour une politique périnatale*, Rapport effectué à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

Brosset Marie, *Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétrique*, Poster, Colloque « Prescrire », mai 2014.

Bruneau Charlotte, *Le suivi en maison de naissance: une liberté de choix pour les femmes? Une approche sociologique*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université Paris-Descartes - Paris 5, 2016.

Burgard Noémie, *L'autonomie des sages-femmes: lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs dans deux maternités franciliennes*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université Paris Descartes, 2014.

Buton François, « Portrait du politiste en socio-historien: la "socio-histoire" dans les sciences politiques », dans F. Buton et N. Mariot (dir.), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, PUF, 2009, p. 23-44.

Buyck Jean-François et al., « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 977, 2016.

Birh Alain et Pfefferkorn Rolland (dir.), *Dictionnaire des inégalités*, Paris, Armand Colin, 2014.

C

Carayol Marion., « La sage-femme: un acteur incontournable de la périnatalité en France », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, 2004.

Carol Anne, « L'examen gynécologique en France, xvii^e – xix^e siècle », dans P. Bourdelais et O. Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé, xvii^e – xix^e siècle*, Belin, 2005, p. 51-66.

Carol Anne, « Sage-femme ou gynécologue ? M. A. Boivin (1773-1841) », *Clio. Femmes, genre, histoire*, n° 33, 2011, p. 237-260.

Carricaburu Danièle, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », dans P. Aïach et D. Fassin, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1995, p. 281-308.

Carricaburu Danielle et Ménoret Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

Carricaburu Danièle, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, n° 47, 2005, p. 246-262.

Carricaburu Danièle, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et société*, n° 1-39, 2007, p. 123-144.

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

Castaigne Sylvie et Lasnier Yann, « Les déserts médicaux », *Les avis du CESE*, 2017.

Castel Robert, « Configurations historiques et problématisation du présent », *Le genre humain*, n° 1, 2000.

Castel Robert, Haroche Claudine, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, 2001.

Castel Robert, *La montée des incertitudes*, Paris, Le Seuil, 2009.

Cavalli Samuele et Gouilhers-Hertig Solène, « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse ; une complémentarité sous contrôle médical ? », dans C. Burton-Jeangros et al., *Accompagner la naissance*, Lausanne, BSN Press, 2014, p. 85-106.

Cesbron Pierre et Kniebiehler Yvonne, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004.

Chantry Anne et al., *Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France*, CNRS-AUDIPOG-INSERM, novembre 2019.

Chapoulie Jean-Michel, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, n° 14, 1973, p. 86-114.

Charrier Philippe, « Des hommes dans une profession "traditionnellement" féminine: choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes » dans Y. Claudic-Guichard, D. Kergoat et A. Vilbrod, *L'inversion du genre*, Rennes, PUR, 2008, p. 231-241.

Charrier Philippe, *Les sages-femmes en France*, Rapport de recherche, Centre Max Weber, ENS Lyon, 2011.

Charrier Philippe et Clavandier Gaëlle, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013.

Charvolin Véronique, « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes », *Transversales*, 2016, Université de Bourgogne, CNRS, Centre Georges Chevrier, Sociétés & Sensibilités [Dijon - UMR7366].

Chevallier Jacques, « For intérieur et contraintes institutionnelles », dans Association française de sciences politiques/Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie (éd.), *Le For intérieur*, Paris, PUF, 1995, p. 251-266.

Chevillard Guillaume, Mousquès Julien, « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 247, 2020.

CNAMTS, « L'activité libérale des sages-femmes » dans ONDPS, *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, Paris, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016, p. 105-119.

Cordelier Nathalie, *Caractéristiques du suivi de grossesse en médecine générale: étude qualitative par observation directe de consultation chez des médecins généralistes en Loire-Atlantique*, Thèse de Médecine, Université de Nantes, 2016.

Coulomb Laureline, Douguet Florence, Fillaut Thierry, Hontebeyrie Juliette, Vilbrod Alain, « Généralistes et sages-femmes libérales face au risque alcool chez la femme enceinte – quand les représentations influencent les pratiques », *Revue d'Interrogations?*, n° 29, 11 p.

Coulon-Arpin Madeleine, *La maternité et les sages-femmes, de la préhistoire au xx^e siècle*, Paris, Éditions Roger Dacosta, 1982.

Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale*, 2018.

Cour des comptes, « Les maternités, Cahier 1, analyse générale », *Rapport au parlement*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 2014.

Cour des comptes, *Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*, chapitre VI, Rapport Sécurité sociale, 2011.

Cour des comptes, « La politique de périnatalité: l'urgence d'une remobilisation », *Rapport public annuel 2012*.

Cour des comptes, *L'Ordre des médecins*, Rapport public thématique, décembre 2019.

D

Dagnaud Monique, Mehl Dominique, « Les gynécologues 1: une profession sous influence », *Sociologie du travail*, n° 2-30, 1988, p. 271-285.

Dagnaud Monique, Mehl Dominique. « Les gynécologues 2: une profession influente », *Sociologie du travail*, n° 2-30, 1988, p. 287-300.

Darreyre Antoine, *Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions. Étude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité*, Thèse de Médecine, Université de Limoges, 2016.

Daunais Carole, *L'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales exerçant dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes*, mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2016.

Deruelle Philippe, « Trois ou quatre ne seraient pas de trop », *Les Dernières nouvelles d'Alsace*, 15 avril 2021, p. 19.

Deshays Vanessa, *Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale*, Thèse de Médecine, Université de Limoges, 2016.

Digard Laurianne, *Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ?*, Thèse de Médecine, Université de Rouen, 2018.

Dias Sabrina, *État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France*, Thèse de Médecine, Université Paris Diderot-Paris 7, 2010.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Le métier d'infirmière libérale*, Paris, Seli Arslan, 2007.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, « How French Liberal midwives Deal With the Domination of the Medical Profession », *Scientific Annals of the Alexandru Ioan Cuza University. New Series. Sociology and Social Work Section*, tome VI, n° 1, 2014, p. 71-80.

Douguet Florence, Hontebeyrie Juliette, Vilbrod Alain, « La profession de sage-femme libérale aux prises avec la Loi HPST » dans *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé* (dir. T. Alam, M. Gurruchaga), Paris, L'Harmattan, Collection GRALE, 2015, p. 319-336.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, « Une profession à un tournant », dans Y. Kniebehler, *Accoucher*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2^e éd., 2016, p. 179-198.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, « Le métier de sage-femme libérale », in Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les sages-femmes: une profession en mutation*, Paris, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016, p.123-147.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, « En ville: l'exercice du métier de sage-femme en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels », dans ONDPS, *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, Paris, 2016, p. 153-180.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, « S'établir en libéral: les territoires de santé, une opportunité pour l'implantation des cabinets de sages-femmes », dans M. Calvez (dir), *Santé et territoires*, Rennes, PUR, 2017, p. 87-103.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Les sages-femmes libérales*, Paris, Seli Arslan, 2017.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, *Les infirmières libérales*, Paris, Seli Arslan, 2018.

Douguet Florence et Vilbrod Alain, « L'exercice du métier de sage-femme libérale dans une organisation pluridisciplinaire: quels effets sur les coopérations interprofessionnelles ? », *Revue Sage-femme*, 2019, vol. 18, n° 5, p. 68-73.

DREES/INSERM, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016*, octobre 2017.

DREES, « Portrait des professionnels de santé », *Panoramas de la DREES*, 2016.

DREES, « Les établissements de santé », *Panoramas de la DREES*, 2019.

DREES, site internet <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr>, données 2013 à 2018.

Dubar Claude et Tripier Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 1998.

Dubar Claude, « Les travailleurs sociaux, un groupe professionnel ? » dans A. Vilbrod (dir.), *L'identité incertaine des travailleurs sociaux*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Dubesset Mathilde, « Les mutations d'une identité professionnelle. Le cas de sages-femmes des années 1920-1950 à Saint-Étienne », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, n° 2-3, 1995, p. 35-44.

Durkheim Émile, *La division du travail social*, Paris, PUF, 1978.

E

Élias Norbert, *La société de cour*, Paris, Flammarion, 1985.

Eynard Julien, « La Maison de naissance Manala s'inscrit dans la durée », *Dernières nouvelles d'Alsace*, 16 mars 2021, p. 30.

F

Faure Olivier, « Des médecins aux malades: tendances récentes en histoire sociale de la santé », dans M. Lagrée et F. Lebrun (dir.), *Pour l'histoire de la médecine. Autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Rennes, PUR, p. 53-69.

Federici Silvia, *Caliban et la sorcière*, Paris, Éditions Entremonde, 2014.

Ferney Jeanne, « L'avenir incertain des maisons de naissance », *La Croix*, 2 décembre 2019.

Fillaut Thierry, Hontebeyrie Juliette, « Accoucher à domicile: de l'obligation à l'option », *La Revue du Praticien*, vol. 63, 2013, p. 1326-1329.

Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Fresson Jeanne et al., « Les maternités en 2016 », *Études et Résultats*, DREES, n° 1031, 2017.

G

Gabe Mélanie, *Accoucher en France. De la Libération aux années 1960*, Paris, L'Harmattan, 2012.

Gargam Adeline, « Un nouveau critère d'évaluation du "genre" en obstétrique: les opuscules d'accouchement écrits par les femmes au XVIII^e siècle (1677-1800) », dans L. Dion et al., *Enfanter dans la France d'Ancien Régime*, Arras, Artois Presses Université, 2017, p. 51-65.

Gauchard Yan, « La maternité du CHU de Nantes refuse des parturientes », *Le Monde*, 13 décembre 2019, p. 13.

Gélis Jacques, « La formation des accoucheurs et des sages-femmes aux XVII^e et XVIII^e siècles ». Évolution d'un matériel et d'une pédagogie », *Annales de Démographie Historique*, 1977, p. 153-180.

Gélis Jacques, « Sages-femmes et accoucheurs: l'obstétrique populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, n° 5, 1977, p. 927-957.

Gélis Jacques, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVI^e-XIX^e siècle*, Paris, Fayard, 1984.

Gélis Jacques, *La sage-femme ou le médecin*, Paris, Fayard, 1988.

Gélis Jacques, « Le corps, l'Église et le sacré », dans A. Corbin, J.-J. Courtin, G. Vigarello (dir), *Histoire du corps*, vol. 1, Paris, Le Seuil, 2005, p. 17-107.

Gélis Jacques, « Préface » dans L. Dion et al., *Enfanter dans la France d'Ancien régime*, Arras, Artois Presses Université, 2017, p. 7-15.

Giddens Anthony, *Modernity and Self-Identity*, Stanford, Stanford University Press, 1991.

Girardot Anne, *Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France*, Thèse de Médecine, Université Paris Diderot - Paris 7, 2015.

Golfouse Anny, Pheng Bunna, « Démographie et activité des sages-femmes. Des évolutions importantes depuis vingt ans, des perspectives très préoccupantes » dans ONDPS, *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, Paris, ministère des Affaires sociales et de la Santé, mai 2016, p. 27-63.

Gouilhers Solène, *Enjeux identitaires pour les sages-femmes autour du suivi de la grossesse*, mémoire de Master Sociologie, Université de Genève, 2009.

Goujon Olivia, *État des lieux de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure*, Thèse de Médecine, Université de Rouen, 2016.

Grégoire Roger, *Pour une politique de santé. Rapports présentés à Robert Boulin*, Paris, ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, La Documentation française, 1971.

Guillou Anne, *Les femmes, la terre, l'argent*, Brasparts, Éditions Beltan, 1990.

Gurvich Georges, *La vocation actuelle de la sociologie*, Paris, PUF, 2^e édition, 1957.

Gutierrez Hector et Houdaille Jacques, « La mortalité maternelle en France au XVIII^e siècle », *Population*, n° 6, 1983, p. 975-994.

Guyomard Héloïse, *État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de littérature*, Thèse de Médecine, Université d'Angers, 2018.

H

Hardy Anne-Chantal, « Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux », *Recherches familiales*, n° 1-12, 2005, p. 57-70.

Hardy Anne-Chantal, « La formation de l'objet du travail. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique », *Travail et Emploi*, n° 141, 2015, p. 9-22.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, *formation et « fabrique » des spécialistes*, Compte-rendu de la Séance du 15 décembre 2016.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, « *Médecine spécialisée et second recours: dossier statistique de la DREES* », 2017.

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, Rapport n°2018-06-26, 2018.

Haute autorité de santé, *Cahier des charges de l'expérimentation. Maisons de naissance*, septembre 2014.

Haute autorité de santé, « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées* », *Recommandations professionnelles*, mise à jour mai 2016.

Havé Paul-André, « Le XVIII^e siècle, un "âge d'or" de l'obstétrique à Strasbourg ou de l'émulation et de la concurrence de deux écoles d'accouchement », *Histoire des sciences médicales*, tome LII, n° 2, 2018, p. 183-195.

Hughes Everett C., *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1997

Humbert Marlène, *Le suivi de grossesse: quel professionnel choisissent les patientes?* Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Limoges, 2012.

I

INSERM/DREES, Enquête nationale périnatale, Rapport 2016, octobre 2017.

J

Jacques Béatrice, « De la matrone à l'obstétricien: quel partage des rôles pour les professionnels? », *La Santé de l'homme*, n° 391, 2007, p. 20-22.

Jacques Béatrice, « Les politiques de maternité et leurs effets depuis 1972 », dans M.-F. Morel et C. Rollet, *Des bébés et des hommes. Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel, 2000, p. 343-357.

Jacques Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Armand Colin, 2007.

Jolivet Marcel, *Pour une science sociale à travers champs*, Paris, Éditions Arguments, 2001.

Jousseau Marie, « À Morlaix, la maternité labellisée Maternys », *Ouest-France*, 21 février 2020.

K

Knibielher Yvonne, *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997.

Knibiehler Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, PUF, 2000.

Knibielher Yvonne avec F. Douguet et A. Vilbrod, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XIXe*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016.

L

Lafont Bénédicte, *Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Lyon 1, 2010.

Lageat Yannick et Garlan Yvon, *Pleumeur-Bodou, chronique d'une ancienne commune trégoroise entre l'Ancien Régime et la révolution spatiale*, Lannion, Association de recherche sur le passé, 1994, p. 143.

Laget Mireille, « La naissance aux siècles classiques. Pratique des accouchements et attitudes collectives en France aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Annales. Économie, sociétés, civilisations*, n° 5, 1977, p. 958-992.

Laget Mireille, *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Le Seuil, 1982.

Lahaye Marie-Hélène, « Une sage-femme porte plainte contre des médecins: le signe d'une révolution », marieaccouchela.net, 15 avril 2019.

Lascoumes Pierre, « normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'Année sociologique*, n° 40, 1990, p. 43-71.

Lavillonnière Jacqueline, « Rôles respectifs de la sage-femme et du médecin dans l'accompagnement de la grossesse et dans l'accueil du nouveau-né », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 27, 1999, p. 16-18.

Lecomte Hélène, Corbillon Anne et Deronne Martine., « Au carrefour de l'obstétrique: étude sociologique de la relation gynécologue-obstétricien/sage-femme », *Vocation sage-femme*, n° 109, 2014, p. 40-43.

Lecorps Philippe et Paturet Jean-Bernard, *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 1999.

Lefaucheur Nadine, « La résistible création des accoucheurs des hôpitaux », *Sociologie du travail*, n° 2, 1988, p. 323-352.

Lefrançois Margot, *Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception. État des lieux auprès des sages-femmes de Basse-Normandie*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Caen, 2016.

Legendre Blandine, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population », *Études et Résultats*, DREES, n° 1144, 2020.

Leroy Fernand, *Histoire de naître*, Paris, De Boeck, 2002.

Liberalotto Nora, « L'engagement des médecins généralistes à l'égard du dépistage des cancers féminins: un révélateur de leurs positionnements face aux transformations de leur contexte d'exercice », *Bulletin Amadès*, n° 87, 2013, p. 1-7.

Lilti Antoine, « L'héritage des Lumières », *Les grands dossiers des sciences humaines*, n° 56, 2019, p. 74-77.

Loyer Marie, *Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche*, Thèse de Médecine, Université de Caen, 2018.

Lucas Isabelle, *La régulation du système de santé. Le cas du domaine mère-enfant*, Rapport MIRE/CRAP, 1998.

M

Mallaval Catherine, « IVG: un syndicat de gynécologues dans le viseur de la justice », *Libération*, 5 avril 2019.

Mandon Maria et al., « Gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale en Basse-Normandie: perspectives démographiques à 15 ans », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, n° 44, 2015, p. 34-40.

Meignen Émeline, *Comment se passe la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales dans le suivi de la femme? Étude qualitative chez les sages-femmes libérales de la Seine-Maritime et de l'Eure*, Thèse de Médecine, Université de Rouen, 2018.

Menger Pierre-Michel, *La différence, la concurrence et la disproportion. Sociologie du travail créateur*, Paris, Collège de France/Fayard, 2014.

Millien Christelle et al., « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », *Études et Résultats*, DREES, n° 1085, 2018.

Ministère de la Santé et des Sports et al., *Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*, Paris, Berger-Levrault, 2010.

Monléon Clara, *Le suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université Lyon 1, 2012.

Montazeau Odile, Bethuys Jeanne, *Histoire de la formation des sages-femmes en France*, Université Médicale Virtuelle, 2011-2012, p. 1-27, en ligne.

Morel Marie-France, « La mort d'un bébé au fil de l'histoire », *Spirale*, n° 31, 2004, p. 15-34.

Morel Marie-France, « Histoire de la naissance en France (xvii^e - xx^e siècle) », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 61-62, 2007, p. 22-28.

Morel Marie-France, « Introduction » dans M.-F. Morel (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Érès, 2016, p. 7-18.

Morin Christine, Leymarie Marie-Christine, « Évolution de la formation des sages-femmes », les Dossiers de l'obstétrique, n° 440, 2014, p. 28-32.

Morin Christine et Schnalck Claudine, « Au royaume du patriarcat, il faut subordonner les sages-femmes », *Le Monde*, 14 décembre 2020.

Motet Laura, « À Aulnay, certaines femmes n'ont pas eu de suivi gynéco depuis six ans », *Le Monde*, 27 décembre 2017.

Muller Pierre, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 7^e éd., 2008.

N

Noiriel Gérard, *État, nation et immigration*, Paris, Belin, 2001.

Noiriel Gérard, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte, 2008.

O

Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions. Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025)*, Paris, ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2021.

Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, Paris, ministère des Affaires Sociales et de la Santé, mai 2016.

Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, *Les déserts médicaux en Île-de-France*, 2018.

Observatoire régional de la santé, Pays de la Loire, *Démographie des médecins en Pays de la Loire. Gynécologues médicaux et obstétriciens. Situation 2018 et évolution*, 2018.

Ordre national des médecins, *Projet de rapport public thématique portant sur l'Ordre des médecins. Réponses du Conseil national de l'Ordre des médecins*, www.conseil-national.medecin.fr

Ott Eloïse, *Sage-femme qui es-tu ? Enquête sur la connaissance de la profession de sage-femme auprès d'autres professionnels de santé et son impact sur la collaboration*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Lorraine-Metz, 2013.

P

Papon sylvain, « La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse », *INSEE Focus*, n° 117, 2018.

Perrenoud Patricia, « Relations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes: un commentaire », dans C. Burton-Jeangros et al., *Accompagner la naissance*, BSN Press, 2014.

Peretti-Watel Patrick, « La culture du risque, ses marqueurs et ses paradoxes », *Revue économique*, n° 56, 2005, p. 372-373.

Perron Isabelle, *Réflexion autour de l'organisation des soins de santé périnatale en France, 20 ans après les décrets de périnatalité de 1998*, Mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2018.

Petitnicolas Jacques, « Le mannequin de Madame du Coudray ou comment former les accoucheuses au XVIII^e siècle », *La Revue du praticien*, vol. 56, 2006, p. 226-229.

Pia Anne, « Médecins libéraux: une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014 », *Études et Résultats*, DREES, n° 1022, 2017.

Pierre Anaïs, *L'épisiotomie: pour ne pas couper de cette compétence. Étude de l'impact des recommandations de 2005 sur la formation des étudiants sages-femmes en France*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Metz, 2011.

Pilorget Julie, « "Comment m'alerai-je se doit de contenir en ladite science". Le statut de sage-femme à Amiens à la fin du Moyen-Âge » dans L. Dion et al., *Enfanter dans la France d'Ancien Régime*, Arras, Artois Presses Université, 2017, p. 19-31.

Pinell Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 2005, p. 5-36.

Pinell Patrice, « La genèse du champ médical: le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, n° 50-2, 2009, p. 315-349.

Plessix René, « La mortalité à Mamers de Louis XIV à Napoléon III », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, n° 3, 1983, p. 467-482.

Purgues Sonia et Fourneyrou Emmanuelle, *La prise en charge gynécologique en Nouvelle-Aquitaine. Rapport d'étude qualitative menée auprès de médecins gynécologues, de médecins généralistes et de sages-femmes*, Rapport d'étude, URPS Médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine, 2019.

R

Rabier Christelle, « La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au XVIIIe siècle », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, n° 3, 2010, p. 679-711.

Rey Alain (dir.), *Le Robert, dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1998.

Rochambeau Bertrand de, « Une sage-femme n'est pas un gynécologue », *SYNGOF*, n° 13, 2015, p. 10.

Rollet Catherine, « Les prématurés au XIX^e siècle » dans M.-F. Morel et C. Rollet (dir.), *Des bébés et des hommes. Traditions et modernité des soins aux tout-petits*, Paris, Albin Michel, 2000, p. 191-220.

Rouméas Marie-Annick, *À l'écoute du corps et de la parole des femmes. La pratique quotidienne d'une gynécologue*, Paris, Éditions Yves Michel, 2006.

Roussot Adrien *et al.*, « Typologie des naissances prématurées dans les maternités de niveau inadapté à leur âge gestationnel », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 66, 2018.

Ruault Lucile, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles questions féministes*, n° 1-34, 2015, p. 35-50.

Ruchat Martine et Vilbrod Alain, *Roland Assathiany, un fonctionnaire militant*, Paris, L'Harmattan, 2011.

S

Sage-Pranchère Nathalie, « L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e) », *Annales de démographie historique*, 2014, n° 127, p. 181-208.

Sage-Pranchère Nathalie, « Au cœur des familles. Les matrones auprès des mères au XIX^e siècle », dans M.-F. Morel (dir.), *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Érès, 2016, p. 49-78.

Sage-Pranchère Nathalie, *L'École des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel. 1786-1917*, Tours, Presses universitaires François Rabelais, 2017.

Sarradon-Eck Aline et al., « Créer des liens: les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56S, n° S4, p. 197-206.

Schlumbohm Jürgen, « Comment l'obstétrique est devenue une science », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002, p. 18-30.

Schweyer François-Xavier, « La profession de sage-femme. Autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, n° 3-14, 1996, p. 67-102.

Seguin Chantal, « Partage des responsabilités entre obstétriciens et sage-femme », *La revue Sage-femme*, n° 7, 2008, p. 268-271.

Sénat, *Enquête de la Cour des comptes relative aux maternités*, Rapport d'information n° 243, janvier 2015.

Smida Ali, *Une approche prospective des métiers de la gynécologie: des évolutions contrastées, des stratégies spécifiques*, Actes du colloque de l'ESSEC, 2009.

Stamane Anne-Sophie, Bourcier Isabelle, « Médecin traitant, espèce en voie de disparition ? », *Que Choisir?*, n° 586, 2019, p. 22-23.

T

Terris Caroline, *Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? Étude qualitative auprès des patientes*, Thèse de Médecine, Université de Lyon 1, 2016.

Thébaud Françoise, « Être sage-femme entre les deux guerres: une profession en crise », *Pénélope. Pour l'Histoire des Femmes*, 1981, n° 5, p. 76-79.

Thébaud Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1986.

Thébaud Françoise, « Introduction », dans M. Gabe, *Accoucher en France. De la Libération aux années 1960*, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 10-12.

Ther Géraldine, « La représentation des sages-femmes dans les *Factums* de la fin de l'Ancien Régime », dans L. Dion et al., *Enfanter dans la France d'Ancien Régime*, Arras, Artois Presses Université, 2017, p. 81- 95.

Thomas Catherine, *Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et le positionnement des femmes face à la naissance médicalisée*, Thèse d'Anthropologie, Université de La Réunion, 2016.

Thomas Catherine, « L'accompagnement global par les sages-femmes. Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque », *Anthropologie et santé*, n° 15, 2017.

Timsit Claire, *Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes*, Thèse de Médecine, Université de Montpellier, 2018.

Tomasi di Lampedusa Giuseppe, *Le Guépard*, Paris, Le Seuil, 2007.

Trossat Fanny, *Partage des compétences dans la pratique gynécologique: opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique*, Thèse de Médecine, Université Lyon 1, 2017.

U

Union nationale des associations agréées, Données statistiques sur les professions libérales en France – Données 2018.

V

Vassy Carine et Derbez Benjamin, *Introduction à la sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2019.

Vajou Aurélie, *La responsabilité de la sage-femme lors de la délégation d'actes*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université Pierre et Marie Curie - Paris 6, 2017.

Vanlerenberghe Jean-Marie, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'Enquête de la Cour des comptes relative aux maternités*, Rapport d'information n° 243, 2015.

Vaudry Delphine, *Mise en place des sorties précoces en maternité. Enquête auprès des sages-femmes autour du lien ville-hôpital*, mémoire de Master Santé publique et environnement, Université de Bourgogne, 2017.

Verdier Yvonne, « La femme-qui-aide et la laveuse », *L'Homme*, vol. xvi, n° 2-3, 1976, p. 103-128.

Verdier Yvonne, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979.

Vergier Noémie, « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux: des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, n° 970, 2016.

Vilbrod Alain, « Territoires arpentés, territoires imposés: Les assistantes sociales des années 1950 au travail » dans *Regards étonnés, Mélanges offerts au professeur Gaël Milin*, Brest, Éditions du CRBC, 2004, p. 119-130.

Vincendon Salomé, « Contre l'IVG, le chef d'un syndicat de gynécos scandalise », *L'Express*, 12 septembre 2019.



En 2017, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a reçu la mission, de la part de la ministre de la santé Agnès Buzyn, de lancer une étude sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes. L'une des particularités de cette prise en charge tient à la pluralité des acteurs : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens. Les compétences de chacun sont pour partie bien différentes mais aussi pour partie communes et qui, de ce fait, se superposent. L'intensité des tensions entre professionnels soulève la question des formes de coopérations possibles. C'est dans cet objectif que l'ONDPS a confié à deux chercheurs du Laboratoire d'études et de recherche en sociologie (LABERS) Florence Douguet et Alain Vilbrod, une étude sur les relations entre ces différents professionnels, à partir des enseignements de l'histoire et de l'analyse sociologique. Ce rapport présente le résultat de leur étude et vise à mieux appréhender les pratiques de coopération, de délégation, les habitudes de travail mais aussi les résistances à cette coopération.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ONDPS

Ministère des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
Téléphone: 01 40 56 89 36
Courriel: drees-ondps@sante.gouv.fr