

Université de Montréal

*Les sages-femmes en France.
Analyse sociologique d'une profession
médicale à compétence limitée*

Véronique PARÉ

*Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences*

*Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
maître ès sciences (M. Sc.)
en sociologie*

Novembre 1998

© Véronique Paré, 1998



HM
15
U54
1999
V.006

Université de Montréal

Les sages-femmes en France.
Analyse sociologique d'un profession
médicale à compétence limitée

Électronique PARÉ

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Membre titulaire à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de
maître ès sciences (M.Sc.)
en sociologie



2000-08-08

2000-08-08

*Université de Montréal
Faculté des études supérieures*

Ce mémoire intitulé:

*Les sages-femmes en France.
Analyse sociologique d'un profession
médicale à compétence limitée*

présenté par

Véronique PARÉ

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Guy ROCHER

président du jury

Denise COUTURE

directrice de recherche

Gilles DUSSAULT

membre du jury

Mémoire accepté le: 15 avril 1999

SOMMAIRE

Ce mémoire s'intéresse aux sages-femmes en France, plus précisément à diverses caractéristiques de cette profession, dont le degré d'autonomie professionnelle.

Dans le contexte de l'ouverture des maisons de naissances au Québec, dont l'objectif est de permettre au gouvernement québécois de statuer sur une éventuelle légalisation de la pratique des sages-femmes, nous nous sommes intéressée aux sages-femmes en France (dont la profession est légalement reconnue) afin d'étudier si la légalisation peut permettre à ces praticiennes d'accéder à une autonomie professionnelle à l'intérieur de la division du travail en obstétrique.

Pour réaliser cette étude, nous utilisons, dans un premier temps, des documents et des ouvrages qui nous servent à expliquer l'organisation sanitaire et sociale en France et, en particulier, le domaine de l'obstétrique ainsi que le statut occupé par les sages-femmes dans la société française.

Dans un deuxième temps, à partir d'une observation effectuée dans une maternité française, nous expliquons le rôle des sages-femmes ainsi que la place qu'elles occupent dans les institutions où se font les accouchements en France.

Finalement, à la lumière de ce que les sociologues des professions affirment concernant l'autonomie professionnelle, nous tentons d'évaluer si les sages-femmes constituent, en France, une profession autonome.

Notre étude montre que les sages-femmes françaises sont légalement définies comme une profession médicale à compétence limitée et qu'elles possèdent des droits qui leur permettent, formellement, d'exercer de manière autonome, c'est-à-dire qu'elles peuvent englober l'ensemble

du processus relié à la naissance. Cependant, dans un contexte de forte médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, la pratique des sages-femmes semble être, dans les sites de travail, de plus en plus limitée par la présence médicale. Dans une maternité publique de taille moyenne, les sages-femmes paraissent néanmoins pouvoir exercer leur métier avec une certaine autonomie.

La profession de sage-femme ayant été légalisée au Québec au printemps 1998, l'étude sur les sages-femmes en France permet d'envisager comment le domaine de l'obstétrique, dans un pays caractérisé par un système public de santé, peut être organisé afin d'intégrer la pratique des sages-femmes. Cette étude procure également, pour les sages-femmes du Québec, des informations sur les écueils à éviter si elles veulent réussir à organiser leur profession et à exercer de façon autonome.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES	III
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VIII
REMERCIEMENTS	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: INTÉRÊT D'UNE ÉTUDE SUR LES SAGES-FEMMES EN FRANCE	4
1- ÉVOLUTION DU STATUT DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC:	4
LES ANNÉES 1970.....	6
LES ANNÉES 1980.....	9
LES ANNÉES 1990.....	12
2- PERTINENCE DU SUJET « LES SAGES-FEMMES EN FRANCE »:.....	18
CHAPITRE II: L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE EN FRANCE	22
1- LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS:	22
a) l'administration sanitaire et sociale:	24
b) L'État:.....	26
c) Les services déconcentrés de l'État:.....	27
Au niveau régional:.....	28
Au niveau départemental:	29
d) Les services décentralisés gérés par les collectivités territoriales:	29
Au niveau du Département:	29
Au niveau de la Commune:	32
e) La planification sanitaire:	32
f) Les établissements de santé:.....	33
LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS:.....	33
LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS:	35
LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF:.....	36
LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF:	36
LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (PSPH):	37
2- LES PROFESSIONS DE SANTÉ EN FRANCE:	38
a) Généralités:	38
b) L'exercice libéral:	39

3- LA SÉCURITÉ SOCIALE:	51
LE RÉGIME GÉNÉRAL:	54
CHAPITRE III: L'OBSTÉTRIQUE EN FRANCE	59
1- LES MATERNITÉS:	59
2- LE SUIVI DE GROSSESSE:	66
3- L'ACCOUCHEMENT:	72
4- LES PROFESSIONNELS:	79
a) Les gynécologues-obstétriciens:	79
b) Les sages-femmes:	81
CHAPITRE IV: LES SAGES-FEMMES EN FRANCE	84
1- DÉFINITION DE LA PROFESSION:	84
2- ÉVOLUTION DE LA PROFESSION DEPUIS LES PREMIÈRES MATERNITÉS (ET SURTOUT AU COURS DE LA PÉRIODE L'ENTRE-DEUX-GUERRES):	85
L'AVÈNEMENT DES PREMIÈRES MATERNITÉS:	86
UNE CONCURRENCE POUR LES SAGES-FEMMES:	91
ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES : DU LIBÉRAL VERS LE SALARIAT:	94
MISE EN PLACE DES ÉLÉMENTS FAISANT DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME UNE PROFESSION MÉDICALE (À COMPÉTENCE LIMITÉE):	96
3- Évolution et état actuel de l'organisation de la formation des sages-femmes:	100
a) Évolution de la formation des sages-femmes:	100
b) Organisation actuelle des écoles et des études de sages-femmes:	102
4- Fonctions actuelles des sages-femmes:	105
LA GROSSESSE:	107
L'ACCOUCHEMENT:	107
LE POST-PARTUM:	108
LA CONTRACEPTION:	109
5- Secteurs d'activité:	111
6- Associations professionnelles:	112
CHAPITRE V: UNE MATERNITÉ PUBLIQUE FRANÇAISE	116
1- MÉTHODOLOGIE:	116
2- PRÉSENTATION DU SITE D'OBSERVATION:	130
a) Présentation du Centre hospitalier H:	130
b) Présentation de la maternité H:	132
c) Le suivi de grossesse dans le secteur (la ville de H et ses environs):	142
3- LA DIVISION DU TRAVAIL EN MATERNITÉ PUBLIQUE:	144
a) Les sages-femmes:	144
LES CONSULTATIONS PRÉNATALES:	150
LES ÉCHOGRAPHIES:	156
LES CONSULTATIONS EN URGENGE:	158
LES COURS DE PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT:	159
LES SOINS EN SUITES DE COUCHES:	160
LA VISITE DU MÉDECIN:	162
LES ACCOUCHEMENTS:	164
BILAN DES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES SAGES-FEMMES DE LA MATERNITÉ H:	174

b) <i>Les médecins gynécologues-obstétriciens:</i>	177
c) <i>Les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture:</i>	178
d) <i>Les pédiatres:</i>	179
e) <i>Les anesthésistes-réanimateurs:</i>	179
4- <i>PERCEPTIONS DE LA PLACE ET DU STATUT DES SAGES-FEMMES EN MATERNITÉ PUBLIQUE:</i>	180
5- <i>PERCEPTIONS DES DIFFÉRENCES ENTRE LA MATERNITÉ H ET LES AUTRES TYPES DE MATERNITÉS:</i>	189
CHAPITRE VI: LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES	194
1- <i>PROMOTION DE LA PRATIQUE LIBÉRALE DES SAGES-FEMMES:</i>	194
2- <i>QUELQUES DONNÉES:</i>	202
a) <i>La démographie:</i>	202
b) <i>L'activité:</i>	205
c) <i>Les honoraires:</i>	209
3- <i>LE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET LES LOIS LEUR PERMETTANT D'ACCÉDER AU PLATEAU TECHNIQUE DES ÉTABLISSEMENTS:</i>	214
CHAPITRE VII: ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	217
1- <i>L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE:</i>	218
2- <i>LES SAGES-FEMMES FRANÇAISES: UNE PROFESSION MÉDICALE À COMPÉTENCE LIMITÉE (NIVEAU MACRO-SOCIAL):</i>	226
3- <i>POSSIBILITÉS ET LIMITES DES SITES DE TRAVAIL (NIVEAU MICRO-SOCIAL):</i>	232
4- <i>FACTEURS D'EXPLICATION DE L'AUTONOMIE PARTIELLE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME EN FRANCE:</i>	240
a) <i>Le passage d'une pratique libérale à un exercice salarié:</i>	241
b) <i>L'évolution de l'obstétrique et de la médecine en général: une naissance fortement...</i>	243
c) <i>Les rapports de genre qui caractérisent le domaine de l'obstétrique:</i>	246
5- <i>CONCLUSIONS:</i>	250
CONCLUSION	256
BIBLIOGRAPHIE	271
ANNEXES	CCLXXIII

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I — RÉPARTITION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE SELON DIVERS MODES D'EXERCICE (1980 ET 1994)	41
TABLEAU II — RÉPARTITION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE SELON LE STATUT (1980 ET 1996)	43
TABLEAU III — LETTRES-CLÉS SELON LES ACTES	46
TABLEAU IV — RÉPARTITION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE SELON LE SECTEUR CONVENTIONNEL (1996)	50
TABLEAU V — RÉPARTITION DES MATERNITÉS SELON LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PRATIQUÉS DANS L'ANNÉE (DONNÉES AU 1ER JANVIER 1992)	61
TABLEAU VI — ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MATERNITÉS SELON LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PRATIQUÉS DANS L'ANNÉE (1982 ET 1992)	62
TABLEAU VII — CALENDRIER DES ACCOUCHEMENTS OBSERVÉS	123
TABLEAU VIII — ARRIVÉES ET DÉPARTS DES SAGES-FEMMES ET DES MÉDECINS DE LA MATERNITÉ H DEPUIS 1928	138
TABLEAU IX — HORAIRE DES PRINCIPALES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES SAGES-FEMMES DANS UNE JOURNÉE	150
TABLEAU X — ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (DE 1980 À 1996)	203
TABLEAU XI — ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (EN POURCENTAGE) (DE 1980 À 1996)	204
TABLEAU XII — RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE SELON L'ACTIVITÉ LIBÉRALE EXCLUSIVE ET L'ACTIVITÉ LIBÉRALE À TEMPS PARTIEL (1980 ET 1994)	204
TABLEAU XIII — ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (DE 1993 À 1996)	206
TABLEAU XIV — ÉVOLUTION DE LA MOYENNE (PAR SAGE-FEMME) DES ACTES EFFECTUÉS PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES APE EN FRANCE (N = NON DISPONIBLE) (DE 1993 À 1996)	207
TABLEAU XV — COTATION DES ACTES DE SAGE-FEMME (VALEUR DES LETTRES-CLÉS)	210
TABLEAU XVI — TARIFS DES ACTES PRATIQUÉS PAR LES SAGES-FEMMES (ACTES C ET SF) (LISTE NON EXHAUSTIVE)	211

**TABLEAU XVII — ÉVOLUTION DES HONORAIRES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE
(EN MILLIONS DE FRANCS) (DE 1993 À 1996)**

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 — L'ADMINISTRATION SANITAIRE ET SOCIALE EN FRANCE	25
FIGURE 2 — RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES SELON LE MODE D'EXERCICE (1995)	82

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont encouragée, soutenue et conseillée tout au long de ma démarche. Merci d'abord à ma mère, Jeanne Ghanimé Paré, pour son soutien constant. Mes remerciements à Madame Denise Couture, ma directrice de mémoire, pour sa confiance en mon projet « outre-mer », pour son ouverture d'esprit et ses encouragements qui m'ont aidée à mener à terme ce travail.

Également, je remercie l'ensemble du personnel de la maternité H pour son accueil chaleureux ainsi que pour sa collaboration et sa patience alors que j'étais en train de me familiariser avec le milieu de l'obstétrique.

Je voudrais remercier certaines personnes pour l'aide précieuse qu'elles m'ont apportée durant mon étude en France mais afin de préserver la confidentialité je me vois dans l'impossibilité de les identifier; je leur exprime néanmoins ma gratitude ainsi qu'à toutes les personnes qui ont patiemment accepté de répondre à mes questions. Je remercie France Albert du cégep André-Laurendeau pour son aide et sa disponibilité.

Merci finalement à Pierre Aimard pour sa présence, son soutien quotidien et ses nombreux conseils.

INTRODUCTION

Les sages-femmes occupent des positions différentes selon les pays. Dans plusieurs pays d'Europe, les sages-femmes sont officiellement reconnues, leur pratique est légale et elles peuvent exercer leur métier à l'intérieur des structures du système de santé du pays. Au Québec, cependant, la pratique des sages-femmes disparut presque complètement de la scène officielle au tournant du XXe siècle mais revint progressivement dans les années 1970, dans le contexte plus large d'un mouvement de démedicalisation de la santé ainsi que du mouvement féministe. Suite à l'instauration, au début des années 1990, de projets-pilotes permettant aux sages-femmes d'exercer dans des maisons de naissance, la pratique des sages-femmes a été légalisée en 1998. La légalisation de la pratique des sages-femmes au Québec permet d'envisager de profondes modifications au niveau des structures actuelles de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Il nous a donc paru intéressant et pertinent d'étudier comment peut être organisée cette prise en charge dans un pays où la pratique des sages-femmes est intégrée au système de soins, et quel statut on accorde alors aux sages-femmes. Ce mémoire est donc consacré à l'étude de la profession de sage-femme en France.

Au Québec, des personnes en faveur de la légalisation de la pratique des sages-femmes font souvent référence aux sages-femmes européennes. On présente la situation européenne comme un modèle pour les sages-femmes québécoises qui aspirent à une reconnaissance officielle et une légalisation mais aussi pour certaines des personnes qui souhaitent améliorer la situation en matière de périnatalité. En France, comme dans d'autres pays d'Europe, la profession de sage-femme est légale et les sages-femmes peuvent exercer dans les établissements de santé. Cependant, nous nous sommes demandé si les sages-femmes réussissent à exercer leur profession de manière autonome ou si elles se trouvent en position de subordination face aux médecins.

A la lumière de ce que les sociologues des professions affirment concernant l'autonomie professionnelle, cette recherche vise à évaluer cette autonomie chez les sages-femmes en France. Plus précisément, nous avons tenté, dans un premier temps, de comprendre à quelle structure (le système de santé français) les sages-femmes sont intégrées et comment s'effectue la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France. Puis, à partir d'une étude de cas, soit l'observation d'un site de pratique et des entrevues, nous avons essayé d'évaluer le degré d'autonomie qui caractérise le travail des sages-femmes en France.

Ce mémoire est composé de sept chapitres. Le chapitre I revient sur les faits qui ont marqué l'évolution du statut des sages-femmes au Québec et situe notre étude de la situation française. Ensuite, deux chapitres sont consacrés à la description de la structure à laquelle les sages-femmes françaises sont intégrées. Le chapitre II présente, de façon générale, l'organisation sanitaire et sociale en France. Puis, de façon plus précise, le chapitre III explique l'organisation de l'obstétrique en France.

Les trois chapitres suivants portent sur la profession de sage-femme comme telle. Le chapitre IV expose ce qui caractérise, de façon générale, la pratique des sages-femmes en France: définition de la profession ; évolution récente de la position des sages-femmes; organisation de la formation des sages-femmes; fonctions actuelles des sages-femmes; secteurs d'activité; associations professionnelles. Le chapitre V, à partir de l'observation d'un site de pratique, présente un exemple de structure hospitalière au sein de laquelle une sage-femme peut exercer, et tente d'évaluer, du point de vue de l'autonomie professionnelle, quel statut on lui accorde. Le chapitre VI aborde, brièvement, la question des sages-femmes libérales en France, une question d'actualité car, depuis quelques années, des sages-femmes prônent le retour à cette forme de pratique afin de rehausser le statut et l'autonomie professionnels des praticiennes.

Dans le dernier chapitre, le chapitre VII, nous tentons d'effectuer une synthèse des résultats de cette étude afin d'évaluer le statut ainsi que l'autonomie professionnels auxquels les sages-femmes peuvent prétendre dans le cas d'une pratique légale et intégrée au système de soins d'un pays, dans ce cas-ci, la France.

Nous tenons à préciser que la démarche adoptée dans ce mémoire est inductive; c'est donc tout au long du mémoire et surtout à la fin de celui-ci que l'intérêt sociologique de l'étude est démontré, c'est-à-dire que les constats sont progressivement rattachés aux connaissances en sociologie.

CHAPITRE I: INTÉRÊT D'UNE ÉTUDE

SUR LES SAGES-FEMMES EN FRANCE

Avant de procéder à l'étude de la profession de sage-femme en France, nous croyons pertinent de présenter, en première section de ce chapitre, une rétrospective des faits décrivant l'évolution du statut des sages-femmes au Québec ainsi que des événements qui ont marqué le domaine de l'obstétrique ces dernières années, soit la mise sur pied, au début des années 1990, de projets-pilotes visant à autoriser la pratique des sages-femmes à l'intérieur de maisons de naissances afin de permettre au gouvernement québécois de statuer sur une éventuelle légalisation de cette pratique. Par la suite, en deuxième section, nous exposons les éléments qui justifient la pertinence de notre sujet de mémoire.

1- Évolution du statut des sages-femmes au Québec:

Au Québec, au XIXe siècle, les médecins cherchèrent à s'assurer un monopole d'exercice dans le domaine de la santé. En effet, à l'époque, les médecins devaient côtoyer différents praticiens (les guérisseurs) qui bénéficiaient d'une certaine reconnaissance dans la population. Parmi ces praticiens, on retrouvait les sages-femmes qui étaient alors responsables des accouchements. Les médecins eurent donc à lutter contre toute pratique parallèle afin d'être reconnus comme étant les seuls (ou du moins les principaux) praticiens valables dans le domaine de la santé (Bernier, 1989)

Peu à peu, les médecins québécois virent leurs stratégies couronnées de succès. Avec la loi de 1876, l'enregistrement des médecins devint obligatoire, ce qui n'enraya pas complètement ce qu'on appelait le charlatanisme, mais la pratique des guérisseurs fut rendue plus difficile. À partir de cette date, les médecins, au Québec, purent successivement décider des qualités

nécessaires à l'obtention du droit de pratique, fixer les tarifs, mettre en place des règles déontologiques et poursuivre en justice ceux qui pratiquaient illégalement la médecine (Bernier, 1989 : 98)

Progressivement, un groupe se constitua en profession en faisant reconnaître ses habiletés et connaissances propres en un domaine précis et en se faisant attribuer certains pouvoirs lui permettant de régir ce domaine.

Parallèlement, un autre groupe se voyait décimé par l'importance de plus en plus grande du premier. En effet, les sages-femmes, tout comme les guérisseurs de l'époque, subirent les critiques des médecins. Ces derniers, pour lutter contre elles, prétendaient qu'elles étaient ignorantes; les médecins étaient « fiers de leur formation clinique et des cours de dissection et d'accouchement qu'ils recevaient depuis les années 1820 » (Bernier, 1989 : 99). Certains jeunes médecins prétendaient que les sages-femmes n'avaient pas les connaissances suffisantes en anatomie et en obstétrique. Enfin, dans le contexte de crise économique des années 1870, des médecins se plaignaient que les sages-femmes « leur enlevaient du gain » et que les femmes les consultaient pour d'autres soins (Bernier, 1989 : 99). Les médecins ont donc fait valoir des compétences que les sages-femmes, à leurs yeux, ne possédaient pas afin de les discréditer.

Alors qu'en Europe les sages-femmes purent continuer d'exercer, la pratique des sages-femmes du Québec disparut presque complètement de la scène officielle au tournant du XXe siècle (Bernier, 1989 : 99), en raison, notamment, du développement de la profession médicale et de l'opposition de certains de ses membres (Bourgeault, 1997). La pratique resta cependant légale jusqu'après la première guerre mondiale (Burfoot, 1991 : 119).

Les années 1970

Dans les années 1970, dans un contexte plus général de remise en question des services de santé, la pratique des sages-femmes refait graduellement surface. En particulier, des femmes critiquent de plus en plus les soins en obstétrique. Elles critiquent l'accouchement à l'hôpital, la dépossession de leur corps ainsi que le contrôle médical sur le processus de reproduction.

Cette réapparition des sages-femmes s'insère dans un mouvement contre la médicalisation croissante de l'accouchement ainsi que l'utilisation plus grande de la technologie.

Le mouvement de démedicalisation de la naissance et la renaissance de la pratique des sages-femmes observés au Québec ne correspondent toutefois pas à un phénomène isolé car on retrouve ce contexte, de façon générale, en Amérique du Nord, soit aux États-Unis et dans l'ensemble du Canada. À cette époque, les sages-femmes exercent alors à domicile dans la semi-clandestinité (Vadeboncoeur, Maheux, Blais, 1996: 225).

Face à l'accouchement médicalisé, les sages-femmes prétendent offrir un type d'accouchement dit non médicalisé. Selon certains auteurs, l'expression accouchement médicalisé fait référence au fait que l'accouchement, dans notre société, est placé sous la juridiction de la profession médicale, situation qui tire son origine au XIXe siècle.

Plus précisément, selon Laurendeau (1983: 223), on retrouve alors « la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition du processus de la naissance ».

Selon Conrad (1992: 210), la médicalisation peut se situer à trois niveaux différents: conceptuel (définir un problème en termes médicaux, c'est-à-dire utiliser un langage médical pour le décrire), institutionnel (adopter un cadre médical pour comprendre ce problème et y faire face) ou interactionnel (dans des situations d'interaction en face à face, faire appel à la médecine).

Sullivan et Weitz (1985: 37) vont encore plus loin en affirmant que la médicalisation de l'accouchement signifie que le modèle médical définit la grossesse et la naissance comme une situation potentiellement pathologique.

L'accouchement médicalisé a également été décrit comme étant celui qui se fait à l'hôpital et plusieurs auteurs font ressortir le fait que l'accouchement médicalisé est celui qui utilise la technologie. En effet, selon Laurendeau (1983: 205), l'organisation sociale entourant l'accouchement s'est profondément modifiée ces dernières années « de façon à encourager une utilisation plus intensive de techniques obstétricales » comme la césarienne, l'induction médico-chirurgicale, le monitoring fœtal.

Selon Sullivan et Weitz (1985: 49), la littérature populaire et scientifique a associé la pratique des sages-femmes à la notion de soins démedicalisés. Selon une étude menée par ces auteures, les sages-femmes voient l'accouchement comme quelque chose de « naturel », comme un événement sain (« healthy event »).

De plus, selon Peterson (1983: 274), une des caractéristiques principales de la démedicalisation de l'accouchement est l'abandon de toute technologie. Cette auteure affirme également que l'emphase mise sur le fait que l'accouchement est un processus physiologique naturel est particulièrement évidente dans la description que les sages-femmes font de leurs actions lorsque la naissance approche. Par exemple, elles cherchent à éviter le plus possible l'épisiotomie car elles croient qu'il est plus facile de se remettre d'une légère déchirure que de cette intervention chirurgicale. Elles encouragent plutôt les femmes à faire certains exercices d'étirement ainsi qu'à adopter une bonne nutrition qui rend la peau plus souple. Elles adoptent également comme méthodes, celle qui consiste à appliquer des compresses tièdes dans le but d'assouplir le périnée ou celle consistant à effectuer des massages.

Les sages-femmes étudiées par Sullivan et Weitz (1985: 49) utilisaient un langage qui reflétait leur désir de maintenir une relation égalitaire. Et, selon Peterson (1983: 274), lors de

l'accouchement à la maison, les responsabilités sont partagées entre les participantes plutôt qu'assumées par le médecin seulement.

Au Québec, à partir des années 1970, un mouvement s'opposant à la médicalisation de l'accouchement cherche à promouvoir, par le biais de la pratique des sages-femmes, l'accouchement non médicalisé.

C'est dans ce contexte que le gouvernement du Québec rédige en 1973 une Politique de périnatalité.

La Politique de périnatalité de 1973 fait ressortir le fait que le Québec a connu une certaine diminution des décès périnataux mais qu'il y a encore place à l'amélioration.

La Politique compare le cas du Québec avec celui d'autres pays tels que la Suède où on retrouve des taux de mortalité périnatale encore moins élevés. Selon le texte de la Politique, « tous les experts médicaux s'accordent à considérer qu'il est souhaitable et possible d'obtenir une baisse de la mortalité maternelle, de la mortalité périnatale et de la morbidité périnatale constatée dans notre province » (p. 4) . On affirme alors que « l'effet d'une politique de périnatalité ne serait pas seulement d'augmenter la survie d'un plus grand nombre de nouveau-nés, mais de diminuer le nombre d'enfants porteurs de séquelles physiques et mentales qui demeurent déficients et dépendants à divers degrés » (p. 1).

On fait donc ressortir les caractéristiques des douze pays ayant alors (en 1973) une mortalité néonatale inférieure à celle du Canada. Dans ces autres pays, entre autres:

- « les soins prénataux sont donnés dans des cliniques spéciales et non dans les cabinets des médecins. Il en est de même pour les soins préventifs aux jeunes enfants;
- les accouchements sont généralement faits par les sages-femmes;

- la plupart des soins entourant la naissance sont dispensés par du personnel non-médical sous direction médicale » (p. 2).

La Politique met l'accent sur la prévention dans le but de régler certains problèmes tels que la mortalité périnatale et donc sur l'importance d'un suivi de grossesse efficace. Selon la Politique, « la surveillance prénatale constitue un élément essentiel des soins obstétricaux. Il est reconnu que l'identification précoce des grossesses à risque permet de prévenir les complications au moment de l'accouchement non seulement chez la mère mais également chez l'enfant » (p. 27).

Dans les années 1970, on voit donc, en Amérique du Nord et, particulièrement au Québec, réapparaître la pratique des sages-femmes, portée par un mouvement contre la médicalisation de la naissance. Parallèlement, le gouvernement du Québec constate que, malgré les tentatives d'humanisation des soins en obstétrique, des problèmes persistent en matière de périnatalité et il commence à étudier le rôle joué par les sages-femmes dans des pays affichant de meilleurs résultats que le Québec.

Les années 1980

Les sages-femmes du Québec, non reconnues comme profession et susceptibles, par conséquent, d'être poursuivies pour pratique illégale de la médecine, tentent progressivement d'être officiellement reconnues comme elles le sont dans d'autres pays d'Europe tels la France, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas. Ce mouvement vers une reconnaissance officielle et une légalisation (porté par les sages-femmes mais aussi par des groupes de femmes) se retrouve également aux États-Unis et dans d'autres provinces canadiennes. En effet, au cours des années 1980, les États-Unis recommencent à reconnaître la profession de sage-femme (à des degrés divers selon les États) et, dans d'autres provinces canadiennes (par exemple en Ontario), les sages-femmes cherchent également à être reconnues (Vadeboncoeur, Maheux et Blais, 1996).

La légalisation est souhaitée par des sages-femmes qui veulent exercer plus librement et de manière ouverte, accroître leurs rapports avec d'autres professionnels de la santé ainsi qu'être

protégées contre les poursuites judiciaires. Cependant, certaines sages-femmes ainsi des personnes en faveur de leur pratique prétendent qu'une éventuelle légalisation limiterait les sages-femmes et modifierait l'essence de leur pratique qui est basée sur une relation égalitaire entre la femme et la praticienne, ce qui restreindrait le choix des femmes lors d'un accouchement (Bourgeault, 1997).

Dans les années 1980, le gouvernement du Québec poursuit son étude du domaine de la périnatalité et évalue, notamment, la possibilité d'adopter la pratique des sages-femmes comme moyen d'améliorer la situation en matière de périnatalité.

Car, malgré les tentatives d'humanisation des soins, les problèmes en périnatalité persistent. Par exemple, le taux de prématurité est toujours plus élevé qu'en Europe; entre 1981 et 1991, ce taux passe de 5,7 % à 6,7 % tandis qu'en France, par exemple, il diminue de 6,8 % à 4,8 % entre 1981 et 1989. Également, on retrouve, au Québec, des taux d'intervention trop élevés; alors que l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) préconise depuis 1985 un taux de césarienne inférieur à 10-15 %, le taux du Québec atteint presque 20 % (19,96 %) vers la fin des années 1980 (MSSS, 1993: 19 et 86).

En 1989, le Ministère de la Santé et des Services sociaux publie une collection comprenant cinq Avis et s'intitulant La périnatalité au Québec. Ces Avis ont été préparés par des équipes de chercheurs ainsi que des intervenants des départements de santé communautaire, des CLSC, du Ministère de la Santé et de Services sociaux et des groupes communautaires. L'Avis # 1, dans la lignée de la Politique de périnatalité de 1973, fait référence aux sages-femmes comme étant une solution éventuelle aux divers problèmes liés à la périnatalité au Québec. En effet, celui-ci s'intitule carrément: « La périnatalité au Québec, étude d'un moyen pour atteindre les objectifs: la pratique des sages-femmes ».

Les obstétriciens-gynécologues du Québec font alors valoir leur opposition à la légalisation d'une nouvelle intervenante dans le domaine car ils n'en voient pas la nécessité. Selon eux, l'accouchement avec une sage-femme est souhaité par une très faible minorité de femmes au

Québec alors que, affirment-ils, le système de santé « possède toutes les ressources nécessaires pour répondre aux attentes des femmes même s'il y a encore place pour de l'amélioration dans l'humanisation des soins apportés aux femmes enceintes » (Le Médecin du Québec, 1989: 7). Ils affirment qu'au cours des cinq années précédentes, de grandes améliorations ont été apportées afin d'humaniser l'obstétrique comme, par exemple, les chambres de naissance.

De plus, les médecins ne sont pas convaincus que les sages-femmes représentent la clé d'une plus grande humanisation des soins. Selon l'Association des obstétriciens-gynécologues, « la solution se trouve beaucoup plus dans les équipes multidisciplinaires de périnatalogie qui prennent en charge la femme enceinte avant, pendant et après l'accouchement » (Le Médecin du Québec, 1989: 7). Les obstétriciens-gynécologues prétendent que le recours aux sages-femmes n'est pas une solution aux problèmes de prématurité et de petit poids des bébés. Il faut plutôt des mesures sociales destinées aux femmes enceintes démunies et l'instauration de programmes d'information. Ils affirment que « tout a été mis en œuvre pour abaisser le taux de mortalité périnatale au Québec au cours des dernières années. Le Québec se classe actuellement au premier rang des provinces canadiennes dans les statistiques de mortalité et le Canada se situe parmi les quatre premiers pays au monde » (Le Médecin du Québec, 1989: 8).

Les obstétriciens-gynécologues du Québec ne considèrent donc pas que les sages-femmes pourront améliorer la situation. Au contraire, selon eux, elles pourraient plutôt représenter un danger ainsi qu'un retour en arrière si on leur permet de faire des accouchements à domicile ou dans des maisons de naissance à l'extérieur des hôpitaux. Ils affirment que « même si une bonne majorité des accouchements se passent normalement, ce n'est qu'une fois l'accouchement terminé qu'on peut le qualifier de normal » et qu'il est « très difficile de prévoir toutes les complications qui peuvent survenir en cours d'accouchement » (Le Médecin du Québec, 1989: 8).

Face à l'éventuelle reconnaissance d'une nouvelle intervenante en obstétrique, les obstétriciens-gynécologues réagissent négativement car ils tentent de conserver, selon les termes d'Abbott, leur juridiction, soit maintenir un contrôle complet et légal sur un territoire, ici, le domaine de l'obstétrique. Abbott définit le pouvoir professionnel comme étant l'habileté à retenir une

juridiction alors que les forces en présence vont en sens contraire. Or, le pouvoir professionnel des obstétriciens-gynécologues du Québec est menacé par l'arrivée des sages-femmes qui *forcent* les frontières de leur territoire et essaient de s'y *tailler* une place. Les sages-femmes cherchent une reconnaissance légale et, dans leur conception de l'accouchement, elles sont soutenues par une partie de l'opinion publique, deux moyens, selon Abbott, effectivement utilisés par les groupes qui revendiquent une juridiction. Selon cet auteur, un contexte socio-historique marqué par des changements de valeurs et de normes sociales peut être favorable ou non à une profession. Parfois, ces changements proviennent de mouvements sociaux plus larges comme c'est le cas pour les sages-femmes en Amérique du Nord qui sont issues du mouvement contre la médicalisation de la naissance (Abbott, 1988).

Dans les années 1980, on retrouve donc, au Québec, un mouvement social favorable à la légalisation de la pratique des sages-femmes. Les sages-femmes elles-mêmes demandent à être reconnues. Face à cette demande, le gouvernement qui cherche également des solutions afin d'améliorer la situation en matière de périnatalité, manifeste de plus en plus clairement sa volonté de légaliser la profession de sage-femme. Les médecins du Québec tentent alors de préserver leur monopole dans le domaine de l'obstétrique et réagissent en s'opposant à cette éventuelle légalisation.

Les années 1990

En juin 1990, malgré l'opposition des médecins, la « Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes » (projet de loi 4) est finalement adoptée.

Cette loi « a pour objet, à titre expérimental, d'autoriser la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes », expérimentation qui « vise principalement à évaluer les effets de la pratique des sages-femmes sur l'humanisation et la continuité des soins, la prévention de naissances de bébés prématurés ou de faible poids, l'utilisation des technologies obstétricales et l'adaptation des services aux clientèles-cibles, dans le but de déterminer l'opportunité de permettre ou non cette pratique et, le cas échéant, de déterminer l'organisation professionnelle de

cette pratique et le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe périnatale » (Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, art. 1: 1990).

Il est prévu que les projets-pilotes autorisés en vertu de cette loi, seront soumis à une évaluation dont les résultats seront présentés en 1998, moment où le gouvernement décidera s'il légalisera ou non la profession de sage-femme.

La loi 4 détermine les paramètres de la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes. De façon générale, la loi affirme que: « l'exercice de la pratique des sages-femmes comprend notamment l'éducation prénatale et postnatale des parents, les soins préventifs, le dépistage de conditions anormales chez la femme ou le nouveau-né, l'accouchement, les soins à donner à la femme et au nouveau-né et la planification familiale » (Loi sur la pratique des sages-femmes..., art. 2: 1990).

Suite à l'adoption de la loi en 1990, des projets-pilotes proposés par divers groupes sont présentés au gouvernement. Sept projets sont acceptés. Ces projets sont sélectionnés notamment parce qu'ils permettent de desservir plusieurs régions du Québec: Alma, Gatineau, Montréal, (quartier Côte-des-Neiges), Mont-Joli, Pointe-Claire (banlieue ouest de Montréal), Saint-Romuald (près de Lévis) et Sherbrooke. Il s'agit de projets parrainés par des CLSC et les maisons de naissance sont alors installées dans le même édifice qu'un CLSC ou dans une maison à proximité. La région de Puvirnituk, dans le Grand Nord québécois, bénéficie, depuis 1986, d'un programme de sages-femmes afin de répondre aux besoins de la communauté inuit de la région et doit faire partie de l'évaluation (Blais, 1998: 29 et 30).

Afin de sélectionner des sages-femmes dont la pratique sera légalisée dans le cadre des projets-pilotes et qui pourront exercer dans les maisons de naissance, des examens sont mis sur pied. Parmi les candidates qui se présentent aux examens, on retrouve des sages-femmes autodidactes, des sages-femmes diplômées, des infirmières et des médecins. Selon un article paru dans La Presse en janvier 1993 ¹, la présidente de l'Association des sages-femmes du Québec déplore le

¹ Faute de pouvoir consulter d'autres sources en raison de notre absence du Québec, nous citons cet article de journal ainsi que, plus loin, deux autres articles parus respectivement dans Le Devoir et La Presse.

fait que des infirmières et des médecins aient été admis aux examens car elle considère que les sages-femmes et les infirmières exercent deux professions distinctes et que les projets-pilotes étaient attendus depuis longtemps par les sages-femmes qui n'exerçaient aucune de ces professions et devaient leur être réservés (La Presse, janvier 1993: A12).

Selon un article paru dans *Le Devoir*, les sages-femmes québécoises diplômées ont été formées en Angleterre, en Hollande, en France et ailleurs, ou font partie des femmes qui, entre 1962 et 1972 ont reçu une formation du gouvernement québécois pour pratiquer dans le Grand Nord et dans les pays en voie de développement. Dans cet article, on peut lire que l'Alliance des sages-femmes qui regroupe alors les sages-femmes autodidactes pratiquant des accouchements à la maison n'est pas d'accord avec cette étiquette d'autodidactes que les médecins leur accolent. La présidente de l'Alliance y affirme que « les sages-femmes de cette association ont cumulé une formation théorique et pratique qui peut s'étirer sur trois ans, comprenant 25 suivis de grossesse à titre d'assistante et 30 accouchements supervisés par une sage-femme d'expérience » (*Le Devoir*, décembre 1991: B2).

Au Québec, les praticiennes qui cherchent à être reconnues comme sages-femmes ne constituent donc pas un groupe homogène. Cette diversité est effectivement une caractéristique des groupes en voie de professionnalisation car ces groupes présentent souvent plus d'une perspective sur, notamment, ce que devrait constituer la profession future et sur qui devrait y être admis.

En conférence de presse, le 9 mars 1993, le Regroupement des Fédérations de médecins du Québec (coalition regroupant les médecins spécialistes, les omnipraticiens, les résidents ainsi que les étudiants en médecine) affirme son désaccord avec la loi 4 autorisant la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

Le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et porte-parole du Regroupement affirme alors « qu'il n'est ni opportun dans le contexte économique actuel ni nécessaire du point de vue de la santé publique du Québec d'instaurer la profession de sage-

femme au Québec » (Le Médecin du Québec, avril 1993: 1). Selon le Regroupement, si on retrouve au Québec les plus bas taux de mortalité et morbidité périnatales en Amérique du Nord, on le doit aux équipes médicales compétentes ainsi qu'au personnel des salles d'accouchement dans les hôpitaux. On mentionne aussi que si le gouvernement persiste à vouloir légaliser la pratique des sages-femmes, cette pratique devrait se faire sous supervision médicale dans les centres hospitaliers.

Le personnel soignant des maisons de naissance comprend des sages-femmes et des assistantes. Selon la loi, les sages-femmes ne doivent intervenir, sauf en cas d'urgence, que dans le cadre de grossesses et d'accouchements normaux. Les femmes qui souhaitent bénéficier des services des sages-femmes peuvent donc, si elles n'ont pas d'antécédents ou de problèmes médicaux et obstétricaux, être suivies en maison de naissance et y accoucher. Afin de déterminer les critères permettant de sélectionner les grossesses pouvant être suivies par des sages-femmes ainsi que les femmes qui pourront accoucher en maison de naissance, le Conseil des Ministres approuve, le 21 mars 1993, un décret établissant un règlement sur les risques obstétricaux et néonataux. Celui-ci comporte une énumération de difficultés qu'on expose comme critères d'évaluation pour déterminer si la grossesse, le travail, l'accouchement ou la période postnatale présentent un risque particulier ou évoluent avec complication. Lors d'un problème, pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou après l'accouchement, les femmes doivent être dirigées vers un médecin ou transférées à l'hôpital le plus proche.

Bien que la loi ait été adoptée en 1990, c'est seulement à la fin 1993 que la première maison de naissance (le premier projet-pilote) ouvre ses portes dans l'Outaouais (à Gatineau).

Afin de comprendre pourquoi le gouvernement du Québec a décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes alors que l'Ontario la légalisait, Vadeboncoeur, Maheux et Blais (1996) ont avancé plusieurs explications: 1. un gouvernement, au Québec, influencé par un pouvoir médical plus fort et particulièrement bien organisé, pour qui la profession de sage-femme s'avérait menaçante alors qu'en Ontario, un plus grand nombre de médecins avaient été formés,

par exemple, en Grande-Bretagne où les sages-femmes exercent légalement et que plusieurs médecins se prononcèrent publiquement en faveur des sages-femmes; 2. le manque d'unité et de cohésion du mouvement des sages-femmes québécoises (au Québec, on retrouvait plus d'une association de sages-femmes¹ qui présentaient des divergences, notamment, face aux solutions proposées par le gouvernement - les projets-pilotes - tandis qu'en Ontario, les deux associations se sont unies rapidement - en 1984 - dans le processus); 3. un mouvement, en Ontario, qui n'était pas isolé parce qu'il s'inscrivait dans le cadre d'une révision en profondeur de la Loi sur les professions dans le domaine de la santé, commencée au début des années 1980 et qui se termina en 1991 par l'adoption d'une loi reconnaissant sept professions autoréglementées, dont la profession de sage-femme (les sages-femmes pouvaient se préparer en fonction de critères qu'on leur fournissait pour les différentes étapes du processus); 4. un mouvement social d'usagers, au Québec, moins efficace (en Ontario, le mouvement des consommateurs qui comprenait aussi des sages-femmes était né justement parce qu'un processus de reconnaissance légale de professions de la santé était en cours et il visait à obtenir cette reconnaissance alors qu'au Québec, le regroupement d'usagers Naissance-Renaissance avait plutôt comme objectif l'humanisation des soins liés à la naissance et ne faisait pas l'unanimité quant à la reconnaissance des sages-femmes.

Ces auteurs soulignent, en 1996, que, par la suite, d'autres provinces canadiennes ont emboîté le pas (Alberta, Manitoba, Colombie-Britannique) alors que le Québec se trouve toujours en expérimentation (Vadeboncoeur, Maheux, Blais: 1996: 239).

Alors que les projets-pilotes ne sont pas encore arrivés à terme, en décembre 1996, le Collège des médecins du Québec, en vertu de la Loi médicale, publie dans La Gazette officielle du Québec un projet de règlement sur les « Règles relatives à l'étude et à l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes ». Ce projet propose que les sages-femmes puissent exercer en milieu hospitalier après avoir reçu une formation universitaire et réussi un examen reconnu par le Collège des médecins. Les médecins admettent donc désormais la pratique des sages-femmes mais

¹ On retrouvait deux associations: l'une formée principalement de sages-femmes diplômées et l'autre, de sages-femmes praticiennes dites autodidactes.

uniquement en milieu hospitalier et ils manifestent le souhait d'exercer un contrôle sur cette profession.

Selon un article paru dans La Presse, les sages-femmes disent redouter la mainmise du Collège des médecins sur leur profession. Selon la coordonnatrice de la maison de naissance Mimosa de Saint-Romuald, « si le projet de règlement est adopté comme tel cela voudra dire que la profession de sage-femme sera entièrement soumise aux règles d'une autre profession, celle des médecins ». Elle craint donc « pour « l'autonomie professionnelle » des sages-femmes » (La Presse, janvier 1997: A12).

Ce projet de règlement ne sera toutefois pas retenu par l'Office des professions. On considère que, par ce mode de réglementation, « comme la totalité du champ d'exercice de la sage-femme serait contrôlée et gérée par la profession médicale, la reconnaissance de la pleine autonomie et de l'entière responsabilité de la sage-femme, le jugement par les pairs et l'autogestion ne seraient pas respectés ». En outre, ce projet est rejeté en raison de l'opposition des sages-femmes et des citoyens (Pratique des sages-femmes. Recommandations ministérielles, 1998 : 27).

En décembre 1997, l'évaluation des projets-pilotes de maisons de naissance est terminée et le comité ayant étudié les huit projets recommande au gouvernement de légaliser la pratique des sages-femmes et, également, de leur permettre de pratiquer en milieu hospitalier. En effet, « le Conseil d'évaluation des projets-pilotes considère que la pratique des sages-femmes telle qu'expérimentée a satisfait les exigences de la loi ». Il recommande notamment « de reconnaître officiellement la pratique des sages-femmes au Québec et l'intégration de celles-ci dans les équipes de périnatalité ». Également, il recommande « de reconnaître à la sage-femme un statut de professionnelle autonome responsable de la continuité des soins à prodiguer à la mère et à son enfant et de leur orientation dans le système de santé » (Pratique des sages-femmes. Recommandations ministérielle, 1998 : 7).

En mars 1998, le Ministre de la Santé et des Services sociaux affirme que la pratique des sages-femmes sera légale et qu'elles pourront exercer en maison de naissance ou dans des centres

hospitaliers à partir de septembre 1999. Afin d'éviter toute interruption des services offerts par les maisons de naissance, le gouvernement dépose alors un projet de loi permettant de maintenir l'exercice des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes. Tout reste cependant à mettre sur pied quant à la formation qui sera offerte ainsi qu'à l'organisation de la profession.

La proposition d'organisation professionnelle formulée par le Collège des médecins n'ayant pas été retenue, trois autres solutions sont étudiées durant la période de prolongation des projets-pilotes. Il s'agit de la constitution d'un ordre professionnel à exercice exclusif mixte avec les infirmières et infirmiers ; de la constitution d'un ordre professionnel à exercice exclusif avec les médecins ; ou de la création d'un ordre professionnel à exercice exclusif spécifique aux sages-femmes. Cette dernière solution correspond à celle adoptée dans d'autres provinces canadiennes (Pratique des sages-femmes. Recommandations ministérielles, 1998 : 28 à 31). Au cours de l'automne 1998, l'Office des professions doit transmettre au Ministre de la Santé et des Services sociaux ses recommandations concernant le mode d'organisation professionnelle des sages-femmes et il semble que la solution qui sera retenue sera celle d'un ordre spécifique aux sages-femmes¹.

Au Québec, la question des sages-femmes est donc, depuis plusieurs années, une question d'actualité qui, avec la légalisation de la pratique, continuera de l'être quelque temps encore. À la section suivante, nous exposons les éléments qui justifient la pertinence de notre sujet: les sages-femmes en France.

2- Pertinence du sujet « Les sages-femmes en France »:

Dans le contexte d'une éventuelle légalisation de la pratique des sages-femmes au Québec, plusieurs font référence aux sages-femmes européennes, dont particulièrement les sages-femmes

¹ Information obtenue lors d'une communication personnelle avec Monsieur Michel Paquette, avocat à l'Office des Professions du Québec, le mardi 25 août 1998 .

françaises, qui bénéficient d'une reconnaissance officielle et de la possibilité de pratiquer à l'intérieur du système de soins. Des personnes en faveur de la légalisation de la pratique des sages-femmes au Québec présentent la situation européenne comme un modèle pour les sages-femmes québécoises qui cherchent à obtenir cette légalisation et cette reconnaissance officielle afin de pouvoir pratiquer en toute légalité et de manière intégrée au système de santé québécois.

En France, la profession de sage-femme est effectivement légale et occupe, en tant que profession médicale, un statut particulier au sein du système de santé français. Toutefois, cette position (une pratique intégrée à un système officiel, financé et géré publiquement, comme au Québec) permet-elle aux sages-femmes françaises d'exercer leur profession de façon autonome ?

En fait, nous nous sommes intéressée aux sages-femmes en France pour plus d'une raison.

En premier lieu, cette étude permet de comprendre l'organisation de la prise en charge de la mère et de l'enfant dans un autre pays industrialisé, soit la France. Et, plus particulièrement, alors que le gouvernement du Québec souhaite légaliser la pratique des sages-femmes et l'intégrer au système de santé québécois, l'étude de la France permet de connaître un type d'organisation qui intègre cette pratique.

Également, la question des sages-femmes, parce qu'elle fait référence à celle de la médicalisation de la naissance, s'insère dans une autre question plus globale qui est celle de la médicalisation de la santé. Comme nous l'avons vu plus haut, en Amérique du Nord, dont au Québec, la pratique des sages-femmes a fait une réapparition dans les années 1970, dans le contexte social plus global d'un mouvement s'opposant à la médicalisation de la naissance et proposant cette pratique comme une alternative à cette médicalisation.

La question des sages-femmes, si elle fut portée par des mouvements contre la médicalisation de la naissance, fut également chère aux mouvements féministes. En effet, cette question des sages-femmes fait notamment référence à celle des rapports de genre qui caractérisent le domaine de la santé. Les féministes affirment que les médecins, par le biais de l'obstétrique, exercent un

contrôle sur les femmes de deux façons. D'abord, ils se sont approprié un domaine, celui des accouchements, qui était celui de femmes praticiennes, soit les sages-femmes. Mais, en outre, par cette voie, ils exercent un contrôle sur la vie reproductive des femmes. Pour les féministes, le *retour* des sages-femmes est ainsi une façon pour les femmes de reprendre le contrôle non seulement sur leur vie reproductive mais également sur un domaine qui leur appartiendrait. Il s'agit alors d'une tentative de rehausser le statut des métiers de la santé qui sont, en majorité, des métiers de femmes.

Enfin, la pratique des sages-femmes présente un intérêt du point de vue de la sociologie des professions. En effet, cette étude permet d'examiner la division du travail dans un domaine, celui de l'obstétrique et d'étudier les professions de santé qui se partagent ce domaine.

Plus précisément, comme nous souhaitions étudier la place des sages-femmes en France, nous avons été confrontée à la question de l'autonomie professionnelle chez ces praticiennes.

L'étude des sages-femmes peut donc être envisagée sous plusieurs angles. Nous en identifions trois principalement: celui de la médicalisation de la santé et, plus précisément, de la médicalisation de la naissance; celui de la division sexuelle du travail, particulièrement dans le domaine de la santé; celui de l'autonomie professionnelle.

Pour cette étude, nous avons privilégié les questions de l'autonomie professionnelle. En fait, au point de départ, la question que nous nous posions était la suivante: En France, la pratique des sages-femmes est légale et officiellement reconnue mais les sages-femmes possèdent-elles une réelle autonomie professionnelle ou se retrouvent-elles en situation de subordination ? Donc, les sages-femmes québécoises se trompent-elles lorsqu'elles pensent que la légalisation et l'intégration de leur pratique seront garantes d'un statut professionnel débouchant sur l'autonomie ?

L'étude de la profession de sage-femme en France ainsi que celle des modes de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement nous sont donc apparues des sujets d'actualité qui

présentent divers intérêts. Cette étude permet d'obtenir un point de comparaison avec la situation du Québec et, ainsi, d'envisager ce qui pourrait se passer au Québec, c'est-à-dire dans quelle situation les sages-femmes québécoises pourront éventuellement se retrouver.

Nous amorçons notre étude de la France au chapitre suivant qui porte sur l'organisation sanitaire et sociale de ce pays.

CHAPITRE II: L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE EN FRANCE

Les sages-femmes sont, en France, des professionnelles de la santé. Définie comme une *profession médicale à compétence limitée*, la profession de sage-femme est tout à fait intégrée au système de santé français. C'est pour cette raison qu'il est essentiel, avant d'aborder la question particulière des sages-femmes, de situer le cadre dans lequel elles exercent leur profession. Ce premier chapitre est donc consacré à une description de l'organisation sanitaire et sociale en France, chapitre qui permettra, par la suite, de mieux saisir plusieurs éléments se rapportant directement aux sages-femmes et de mieux situer celles-ci à l'intérieur d'une structure globale. Il est à noter qu'une attention particulière est accordée, dans cette description, à tout ce qui concerne la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Ce premier chapitre est divisé en trois sections. La première section explique, de façon générale, l'organisation du système de santé français. Dans la deuxième section, il y est question des professions de santé en France, alors que la troisième section est consacrée à la Sécurité sociale française.

1- Le système de santé français:

En France, l'organisation sanitaire et sociale est caractérisée par un compromis entre la tradition libérale et l'intervention de l'État protecteur. On voit donc, à l'intérieur du système de santé français, coexister deux principaux secteurs, soit le secteur public et le secteur privé.

En effet, selon Ceccaldi, « la législation française s'est constamment attachée à concilier les principes de la médecine libérale avec le contrôle qu'appelle la prise en charge des soins par la collectivité et à organiser la coexistence des établissements de soins publics et privés ». (Ceccaldi, 1993: 3; voir aussi à ce sujet Moreau et Truchet, 1995).

En fait, entre le secteur public et le secteur privé lucratif, plusieurs éléments diffèrent; d'abord, leurs missions mais également les modalités de fonctionnement, le type de clientèle ainsi que les modes de rémunération. Parmi les fonctions spécifiques au secteur public, on retrouve le traitement de l'urgence et des pathologies graves, le long séjour et la psychiatrie, de même que l'enseignement et la recherche.

Pour ce qui est du secteur privé, une partie importante de son activité s'articule surtout autour de la chirurgie mais également, de façon moins importante, de l'obstétrique. Les soins ambulatoires sont fournis essentiellement par des médecins qui exercent individuellement ou en groupe dans des cabinets privés et dont les principes d'exercice sont fondamentalement de nature libérale.

Selon l'Annuaire SESI de 1996, « le système de santé français fait coexister deux secteurs: un secteur public et un secteur fondé sur des principes libéraux. L'hospitalisation est majoritairement publique: deux-tiers des lits sont directement gérés par le public. Par contre, pour les soins ambulatoires, l'exercice libéral est prédominant » (SESI, Annuaire 1996: 97).

Si l'on examine la distribution des lits, on constate, au 1er janvier 1996, que sur un total de 516 499 lits installés en hospitalisation complète, la part du public représente 333 470 lits installés (soit 64,6 %) et celle du privé, 183 029 lits installés (soit 35,4 %) (SESI, Annuaire 1997: 125).

Le système français est défini comme un système permettant une liberté de choix du malade face aux deux secteurs, ce qui laisse donc une place importante au secteur privé qui ne cesse de se développer. En général, les cliniques privées sont favorisées par un patrimoine plus récent, des lits actifs à durée de séjour réduite ainsi que la possibilité de se diriger vers les créneaux d'intervention les plus rentables tels que les spécialités chirurgicales.

a) l'administration sanitaire et sociale:

Comme dans les autres secteurs de l'intervention publique, l'action de l'État dans le domaine de la santé se prolonge dans le cadre de **circonscriptions administratives**. L'administration sanitaire et sociale est alors impliquée à tous les niveaux de l'organisation territoriale française soit l'État, la Région, le Département et la Commune.

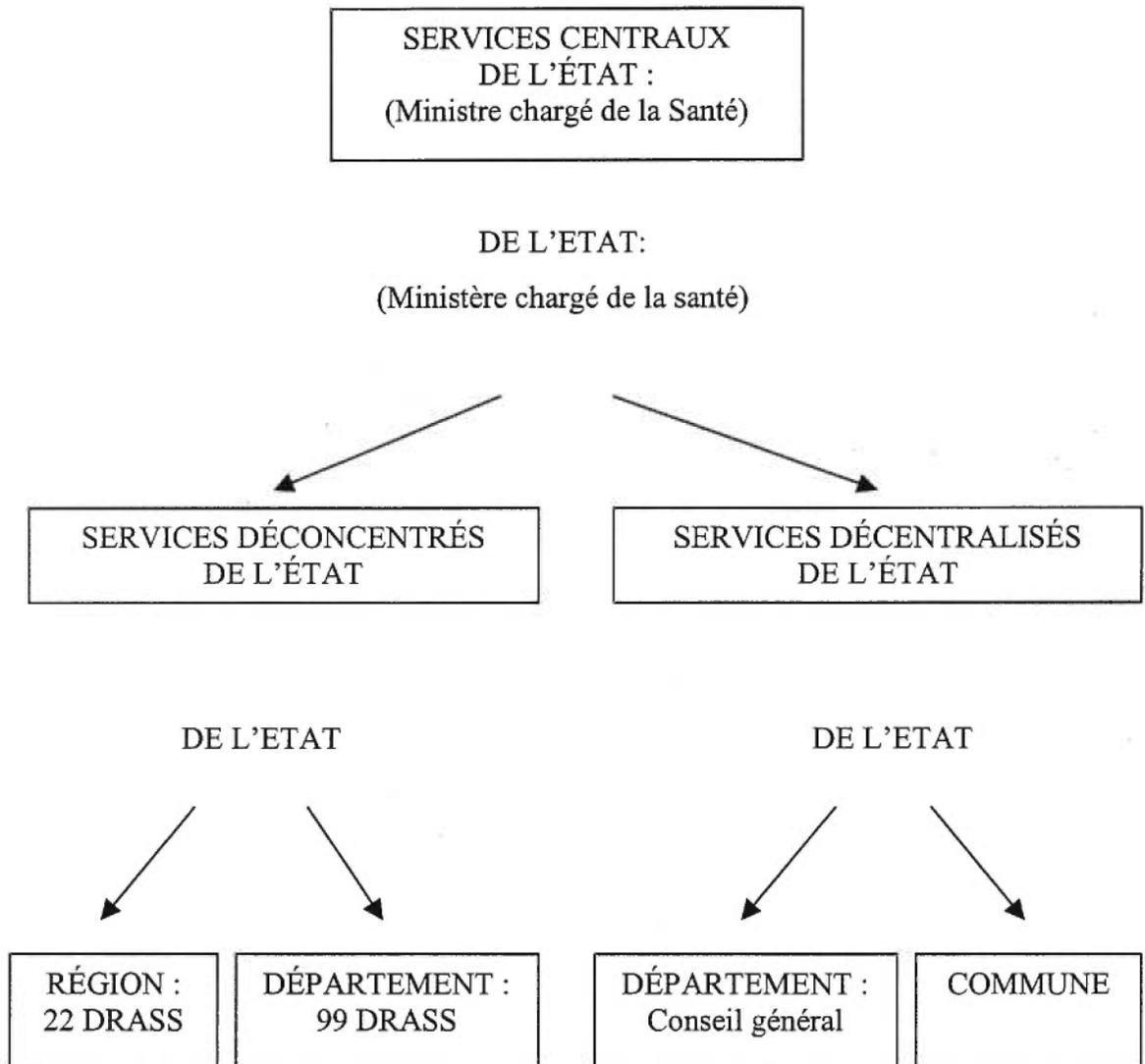
On retrouve donc:

- les services centraux de l'État;
- les services déconcentrés de l'État aux deux échelons, régional et départemental;
- les services décentralisés des collectivités territoriales, départementales et communales.

Depuis les lois de décentralisation (loi du 2 mars 1982 « relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions », notamment complétée par deux lois de répartition des compétences des 7 janvier et 22 juillet 1983), les pouvoirs et moyens des collectivités territoriales, en particulier du Département, ont été renforcés au détriment de ceux de l'État.

FIGURE 1

L'ADMINISTRATION SANITAIRE ET SOCIALE EN FRANCE



b) L'État:

Parmi les responsabilités de l'État on retrouve d'abord sa fonction législative et normative: par exemple, c'est l'État qui va déterminer l'organisation générale des grands systèmes de protection sociale ou fixer les conditions de formation et d'exercice des professions sanitaires et sociales. L'État exerce également des pouvoirs de tutelle et de contrôle, notamment sur les établissements publics de santé ainsi que sur les collectivités territoriales. En troisième lieu, l'État est responsable de la planification sanitaire et sociale et des schémas d'organisation des établissements et services.

Le nombre de Ministères qui prennent en charge ces responsabilités, n'est pas fixé par la loi et varie selon les gouvernements. Les structures subissent alors certaines modifications. En fait, depuis la création du premier Ministère à vocation sociale, le domaine « Affaires Sociales » a subi de fréquentes variations.

Le premier Ministère social remonte à la création du premier Ministère du Travail en 1906 tandis que le premier Ministère chargé de la Santé a vu le jour en 1920 lors de la création du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale.

Les services ministériels de la Santé sont généralement regroupés sous l'autorité d'un Ministre ou d'un Secrétaire d'État.

Des groupes de services souvent complémentaires les uns des autres (Travail-emploi, Santé, Sécurité sociale, Action sociale-Famille, Populations-migrations) peuvent être associés ou regroupés. Depuis les trente dernières années, cela se fait généralement selon deux formes:

1. Plusieurs groupes de services (cinq) sont regroupés dans un grand Ministère des Affaires sociales;
2. Deux ou trois Ministères autonomes sont reliés par des services communs.

Le domaine sanitaire et social se retrouve donc sous l'autorité d'un même Ministère dont l'appellation varie selon les gouvernements.

Par exemple, en 1991, un Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration représente les secteurs Santé, Sécurité sociale, Action sociale et solidarité, Immigration et intégration.

En 1995, la Santé relève du Ministère du Travail et des Affaires sociales sous la responsabilité d'un Ministre du Travail et des Affaires sociales ainsi que d'un secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale. En 1997, sous le gouvernement de Lionel Jospin, Martine Aubry est Ministre de l'Emploi et de la solidarité et Bernard Kouchner est alors Secrétaire d'État à la Santé.

En général, les services ministériels de la Santé comprennent :

- un ou plusieurs Ministères délégués ou des Secrétariats d'État;
- des services communs à plusieurs Ministères (par exemple la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget: DAGPB);
- des services spécifiques orientés soit vers le secteur social (notamment la Direction de la Sécurité sociale), soit vers celui de la Santé (en particulier la Direction Générale de la Santé ainsi que la Direction des hôpitaux);
- des établissements nationaux (L'École Nationale de la Santé Publique, le Laboratoire National de la Santé).

c) Les services déconcentrés de l'État:

Les services sanitaires et sociaux déconcentrés de l'État sont représentés au niveau des circonscriptions régionales et départementales. Ces services ne se retrouvent pas au niveau de la Commune ni à l'échelon du Canton ou de l'Arrondissement.

Au niveau local, c'est-à-dire au niveau régional et départemental, ce sont les **Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS)** et les **Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)** qui interviennent . Elles sont respectivement placées sous l'autorité du préfet de Région et du préfet départemental.

Au niveau régional:

On retrouve la **Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS)**.

La France métropolitaine compte 22 DRASS, situées au chef-lieu de Région et placées sous l'autorité des préfets de Région.

Comme tout service régional de l'État, les DRASS sont axées sur le développement économique et social. Les fonctions de la DRASS s'exercent notamment, au niveau régional, en matière de planification et programmation. Les DRASS sont responsables de la coordination et de la planification des équipements et investissements des établissements et services sanitaires et sociaux financés par l'État ou par les organismes de Sécurité sociale. Elles sont également responsables du contrôle et de la gestion des établissements et services, de l'évaluation des besoins de la population et du meilleur emploi des ressources affectées aux dépenses sanitaires et sociales. Elles assurent les relations administratives avec les professions de santé et exercent un contrôle sur les organismes de Sécurité sociale.

Donc, « aussi bien pour l'élaboration et l'arrêté des cartes et schémas d'organisation, pour la délimitation des secteurs sanitaires, pour la fixation des indices de besoin (dans les limites des fourchettes nationales) que pour les décisions individuelles d'autorisation, le préfet de Région (assisté par la DRASS) devient l'autorité compétente de droit commun et le principal maître d'œuvre de la planification » (Ceccaldi, 1993: 167).

Au niveau départemental:

On retrouve la **Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS)**.

Il s'agit également d'un service déconcentré de l'État dans le Département. Il y a, en France, une DDASS par Département, ce qui fait un total de 99 DDASS.

Les DDASS sont responsables du bon fonctionnement de la distribution des soins ainsi que des actions de prévention et de promotion de la santé.

Les DDASS sont également responsables de la mise en œuvre des politiques d'intégration, d'insertion, de solidarité et de développement social. Elles doivent assurer la protection sanitaire de l'environnement, le contrôle des règles d'hygiène et mener des actions de promotion et de prévention en matière de santé publique ainsi que lutter contre les épidémies et endémies. De plus, les DDASS ont un rôle de tutelle et de contrôle des établissements sanitaires et sociaux.

d) Les services décentralisés gérés par les collectivités territoriales:**Au niveau du Département:**

On retrouve les services sanitaires et sociaux relevant du **Conseil général**.

Ces services sont, sauf exception, rassemblés dans une même direction sous une dénomination variable. L'essentiel des pouvoirs de direction et d'administration sont concentrés dans les services du chef-lieu du Département.

La protection sanitaire, l'aide et l'action sociale figurent parmi les compétences les plus importantes du Département. Les pouvoirs du Conseil général s'exercent notamment dans le

domaine de l'action sanitaire, entre autres sur les politiques publiques concernant les vaccinations et la lutte contre certaines affections ou fléaux sociaux.

Le Conseil général est responsable de la création, du contrôle et de la tarification des établissements et services sous compétence du Département (ou sous compétence conjointe État-Département).

Le président du Conseil général est donc celui qui dirige les services départementaux, gère leurs personnels, passe les conventions et prend les décisions relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux sous compétence départementale (conjointement avec le préfet pour les services et établissements sous double compétence).

Ce qui implique alors que les Départements sont responsables de la création, l'organisation et fonctionnement de divers services (service d'aide sociale à l'enfance, d'action sociale, de vaccination ...) et que le financement de ces services constitue une dépense obligatoire.

En particulier, parmi les compétences des Départements, on retrouve la **Protection maternelle et infantile (PMI)**, c'est-à-dire l'organisation des centres et services dans ce domaine ainsi que leur financement.

Fondé par l'ordonnance de 1945 et récemment modernisé par la loi du 18 décembre 1989, ce service départemental est chargé des services et consultations de santé maternelle et infantile, de la protection maternelle et infantile à domicile (enfants de 0 à 6 ans), de la formation et de l'agrément des assistantes maternelles. Il doit donc mettre sur pied des mesures visant à protéger la santé de la future mère, de la mère et de l'enfant de 0 à 6 ans.

Ce service:

- assure la surveillance des établissements d'accueil de la petite enfance;

- participe aux activités de planification familiale et d'éducation familiale;
- concourt aux actions de prévention et de dépistage précoce des handicaps;
- recueille et traite les informations en épidémiologie et en santé publique;
- participe à la protection des enfants menacés par de mauvais traitements.

(d'après Ceccaldi, 1993: 332).

Le service est dirigé par un médecin responsable départemental et emploie une équipe multidisciplinaire et spécialisée qui peut comprendre des médecins à plein temps, vacataires ou contractuels, des sages-femmes, des infirmières, des assistant(e)s de service social, des puéricultrices et auxiliaires de puériculture, des psychologues, etc.

La quantité minimale d'actions et de personnel que le Département doit allouer pour les services de PMI est fixé par le décret du 6 août 1992. Pour les sages-femmes, les normes sont de « une sage-femme à temps plein pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année précédente, de parents résidant dans le Département » (cité par le Haut Comité de la Santé publique, 1994: 54).

La PMI offre « un service gratuit accessible à tous sans aucune discrimination: une personne dépourvue de toute couverture sociale peut s'adresser à la PMI pour un suivi de sa grossesse, sans aucun débours » (Haut Comité de la Santé publique, 1994: 54).

A l'intérieur du Département, chacune des circonscriptions d'action sanitaire et sociale comprend un service de PMI offrant des consultations de nourrissons et des consultations prénatales à la population. Ces consultations se retrouvent dans les dispensaires départementaux ou les centres conventionnés par le Département. Ces centres sont mis en place par les organismes de Sécurité sociale, les municipalités, la Croix-Rouge ou d'autres institutions privées.

Au niveau de la Commune:

Comme la plupart des établissements d'hospitalisation publics sont des établissements communaux (ou intercommunaux), des représentants élus du conseil municipal siègent au conseil d'administration des hôpitaux et celui-ci est présidé par le maire de la Commune où ils sont situés.

La Commune peut notamment, par convention avec le Département, exercer sur son territoire, certaines compétences normalement dévolues au Département (par exemple la gestion des centres de PMI). Ceci est également possible pour certaines missions sanitaires qui relèvent de l'État.

e) La planification sanitaire:

La planification sanitaire est définie au niveau régional. Les deux principaux instruments utilisés sont **la carte sanitaire et sociale** et **le schéma d'organisation sanitaire**.

La carte sanitaire et sociale détermine les limites des régions et secteurs sanitaires. À partir de ces limites, on définit les besoins concernant l'hébergement, la nature et l'importance des équipements, installations et activités nécessaires à la population ainsi que les normes d'utilisation des techniques médicales coûteuses.

Le schéma d'organisation sanitaire organise, pour chaque Région, la répartition géographique et, selon un échéancier précis, des installations, équipements et activités de soins. Selon un arrêté du 31 mars 1992, le schéma doit obligatoirement couvrir trois disciplines (médecine, chirurgie et obstétrique), quatre équipements matériels lourds sur les douze qui sont soumis à la planification et deux activités de soins sur douze (urgence et réanimation).

Les schémas visent particulièrement la rationalisation de l'offre de soins ainsi qu'une complémentarité des secteurs public et privé afin de limiter la concurrence. Ce qui suscite, semble-t-il, un certain nombre de conflits locaux.

f) Les établissements de santé:

Le système hospitalier français comprend des établissements dont les statuts juridiques diffèrent. Les établissements relèvent du secteur public ou du secteur privé. Ils sont définis par la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

Selon cette loi, « les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ». Les établissements de santé dispensent des soins « avec ou sans hébergement ».

Le fonctionnement des établissements est réglementé par le Code de la Santé publique, tout comme l'exercice des professionnels.

Selon Moreau et Truchet (1995: 51), « le système hospitalier français repose sur un double réseau, celui des établissements publics et celui des établissements privés, entre lesquels les patients ont un **libre choix**: c'est une donnée historique fondamentale ». Plusieurs textes, tels que le Code de déontologie médicale ou la Code de la Santé publique affirment que « le patient a le libre choix de son médecin et de son établissement de santé » (Moreau et Truchet, 1995: 162). Ce droit est réaffirmé par la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

Les établissements publics:

Les établissements publics de santé ont le statut d'établissement public à caractère administratif et donc de personne morale dotée de l'autonomie administrative et financière sous la tutelle de l'État. Ils sont dirigés par un directeur qui est nommé par le Ministre chargé de la santé et

administrés par un conseil d'administration. Ils bénéficient d'une certaine liberté d'action dans le recrutement et la gestion des personnels, dans le choix des équipements, etc.

Le directeur de l'hôpital, pour certaines questions, consulte **la Commission médicale d'établissement** qui lui fournit alors l'avis des représentants médicaux de l'établissement.

La Commission médicale d'établissement est composée de représentants élus des corps médical, odontologique et pharmaceutique. Son rôle est de préparer, avec le directeur, le projet médical, les mesures d'amélioration de la qualité, l'organisation médicale de l'établissement et le plan de formation des praticiens. Elle émet également des avis sur des questions telles que le projet d'établissement, le fonctionnement des services non médicaux, le budget, les aspects techniques et financiers des activités médicales, etc.

Pour ce qui est des sages-femmes, elles sont représentées au sein de cette commission par la sage-femme surveillante chef. Cette dernière participe aux séances, avec voix délibérative (droit de vote) pour les questions concernant la gynécologie-obstétrique, et voix consultative pour les autres sujets (Circulaire n° 94-36 du 24 octobre 1994 « fixant la procédure des élections aux commissions médicales des établissements publics de santé »).

Clément (1994: 59) qualifie cette Commission de « véritable gouvernement médical de l'hôpital qui, sans pouvoir délibératif réel sauf en matière de choix médicaux, est très influente vis-à-vis du directeur et du conseil d'administration ».

Le Comité technique d'établissement comprend des représentants du personnel. Il est obligatoirement consulté pour les questions concernant le projet d'établissement, le budget, les conditions et l'organisation du travail, l'emploi des personnels, les créations, suppressions ou transformations des structures (médicales ou non), etc.

Outre les missions déjà définies par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, le service public hospitalier contribue à certaines missions telles que l'enseignement universitaire et

postuniversitaire, la formation continue des praticiens, la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical, la recherche, la médecine préventive et l'éducation pour la santé.

Les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux¹ sont organisés en services ou en départements. La structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique est l'unité fonctionnelle. Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline, les départements comprennent au moins trois unités fonctionnelles.

Les services ou départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier. Selon les activités, le chef de service ou de département est assisté d'une sage-femme, d'un cadre para-médical ou d'un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités relevant de leurs compétences.

Les établissements privés:

Les institutions sanitaires et sociales du secteur privé, mis à part certains cas, ont pour support juridique une personne morale qui leur assure une certaine autonomie.

Le secteur privé d'hospitalisation comprend des établissements dont le statut est varié: établissements sans but lucratif et établissements à but lucratif.

¹ A partir de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, on peut distinguer trois catégories d'établissements publics: **les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les hôpitaux locaux.**

Les **centres hospitaliers** ont pour mission principale d'assurer les soins durant la phase aiguë de la maladie.

Les centres hospitaliers régionaux se retrouvent généralement dans les capitales (le chef-lieu) des régions sanitaires et sont caractérisés par une haute spécialisation. La plupart ont une vocation universitaire et sont appelés **Centre Hospitalier Universitaire (CHU).**

Les **hôpitaux locaux** sont des établissements de petite dimension, situés dans les petites villes et dont les missions sont limitées.

Selon la loi hospitalière du 31 juillet 1991, tous les établissements de soins appartiennent à un système hospitalier au service de la population, ce qui implique des exigences communes ainsi que la compatibilité avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Ces établissements doivent se soumettre à des conditions d'autorisation pour leur création, extension, aménagement important ou équipement lourd. Les projets doivent alors correspondre aux besoins de la population tels que définis par la planification sanitaire.

Dans tous les établissements privés, les salariés sont représentés dans les conseils d'administration ou dans les organes qui en tiennent lieu.

Les établissements privés à but non lucratif:

Les établissements à but non lucratif relèvent d'associations, de congrégations, d'organismes sociaux tels que caisses d'assurance maladie ou mutuelles.

Certains de ces établissements ont une vocation spécialisée comme les centres de lutte contre le cancer.

Ces établissements doivent se soumettre aux mêmes règles de gestion que les établissements publics et peuvent bénéficier des avantages accordés à ceux-ci.

Les établissements privés à but lucratif:

Les établissements privés à but lucratif sont essentiellement des cliniques qui sont la propriété de particuliers ou de sociétés. Ces établissements sont autorisés à faire des bénéfices. Ils sont surtout orientés vers la chirurgie et ont des règles de gestion et des modes de financement (prix de journée) qui diffèrent de ceux des établissements publics ou privés à but non lucratif. Les honoraires médicaux, les analyses et examens sont facturés à l'acte.

Ces établissements sont, en général, liés aux caisses de Sécurité sociale, le remboursement des éléments liés à l'hospitalisation est alors forfaitaire (hébergement, salle d'opération ...).

Les établissements à but lucratif sont orientés majoritairement vers le court séjour. Ils possèdent plus des deux tiers des lits privés et ont été caractérisés, ces dernières années, par une tendance au regroupement des petits établissements et au développement technique.

Les établissements participant au service public hospitalier (PSPH):

Depuis 1970, les cliniques privées à but non lucratif sont admises à participer au service public hospitalier (PSPH) selon diverses formules.

Certains établissements privés à but non lucratif peuvent donc assurer, sous certaines conditions, un service public hospitalier. Ils ont alors les mêmes obligations de service que les établissements publics et sont touchés par les mêmes règles de fonctionnement et de paiement. En outre, ils peuvent bénéficier, pour les équipements, des mêmes avantages financiers que les établissements publics.

Cette participation n'est pas obligatoire mais les établissements à but non lucratif sont très nombreux à y participer. Ils représentent 30 % des lits du secteur privé (Duriez et Sandier, 1994: 13) et il s'agit surtout de cliniques congréganistes ou mutualistes.

Toutefois, le statut de l'établissement demeure privé: les malades entretiennent alors avec l'établissement des relations de droit privé.

Il est à noter que, suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 (« plan Juppé »), le système de santé français est actuellement en réforme. En particulier, dans chaque Région, des **agences régionales d'hospitalisation (ARH)** ont été créées par cette ordonnance. Ces agences sont responsables de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers et chargées de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés. Elles déterminent également les

ressources des établissements de santé par des contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (SESI, Annuaire 1996: 99).

Dans cette première section, nous avons pu constater que le système de santé français est caractérisé par un double secteur comprenant le secteur public ainsi que le secteur privé. Ce double secteur se retrouve dans l'existence d'établissements publics et privés. La section suivante est consacrée aux professions de santé en France et, plus particulièrement, à la place importante qu'occupe l'exercice libéral dans ce pays.

2- Les professions de santé en France:

a) Généralités:

Pour ce qui est de la certification de la compétence (les diplômes) et des conditions d'exercice, les professions de santé sont réglementées par le Code de la Santé publique. Ces professions de santé comprennent les médecins (omnipraticiens et spécialistes), les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et les auxiliaires médicaux.

Parmi ces professions de santé, on retrouve en France trois professions **médicales**: les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Seules les professions médicales ont le droit de prescrire. De plus, ces professions sont caractérisées par des conditions d'exercice: diplôme d'État, nationalité, ordre professionnel, code de déontologie. En effet, elles doivent posséder un diplôme d'État et elles bénéficient d'un monopole d'exercice et donc, d'une protection légale contre l'exercice illégal de leur profession.

Selon le Code de la Santé publique, chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme doit posséder un code de déontologie préparé par le conseil national de l'Ordre intéressé, et édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique.

Les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes) possèdent un monopole d'exercice et, dans les limites de leurs compétences, peuvent exercer sans prescription médicale.

Les professionnels de la santé exercent comme salariés ou comme praticiens libéraux. En tant que salariés, ils travaillent dans des établissements publics ou privés, des centres de soins, des organismes de Sécurité sociale, dans le domaine de la protection maternelle et infantile, etc. À titre libéral, ils sont rémunérés directement par leurs patients. Notamment, dans les établissements de santé à but lucratif, les médecins exercent généralement à titre libéral.

En France, un *numerus clausus* a été instauré: en 1971 pour les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes); en 1980 pour les pharmaciens; en 1981 pour les masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs; en 1983 pour les infirmiers d'État; en 1989 pour les orthophonistes. Ce *numerus clausus* est appliqué à différents moments du cursus de formation: à l'admission aux études pour les sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes rééducateurs et infirmiers; au cours des études pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) (Les dossiers de l'obstétrique, 1997: 11).

b) L'exercice libéral:

Cette section accorde une attention particulière à l'exercice libéral en France. En effet, le secteur privé occupe une telle place à l'intérieur du système de santé français, qu'il semble essentiel, dans le cadre de ce chapitre, d'élaborer sur cette réalité fondamentale qui caractérise la France, soit l'importance et l'influence de la médecine libérale. Par ailleurs, les sages-femmes, en tant que professionnelles de la santé ayant à travailler en relation avec les médecins et donc, dans certains cas, avec des médecins libéraux, sont particulièrement concernées par cet aspect de la pratique médicale; dans les cliniques privées, les sages-femmes travaillent avec des médecins libéraux et dans les maternités publiques, certaines de leurs patientes sont ou ont été suivies, au cours de leur grossesse, par un médecin libéral. Finalement, la promotion de l'exercice libéral chez les sages-femmes étant une question de l'heure, il paraît donc, encore une fois, pertinent de

traiter des éléments principaux concernant ce type d'exercice tout en mettant justement l'accent sur ce qui pourrait toucher plus spécialement la profession de sage-femme.

Depuis le début des années 1980, la part du secteur libéral des professions augmente régulièrement. En 1996, les effectifs de l'ensemble du secteur libéral des professions de santé augmentait de 0,7% par rapport à l'année précédente (CNAMTS, 1997: 7). Il s'agit d'un ralentissement par rapport au rythme moyen observé entre 1980 et 1995 (3,0 %) mais, en général, la croissance se maintient, particulièrement pour certaines professions (CNAMTS, 1997: 39).

Chez les médecins, l'exercice libéral a longtemps été l'unique forme de pratique médicale. Il demeure prédominant puisqu'en 1994 (CNAMTS, 1995: 11) 69,3 % des médecins français exercent en libéral dans des établissements privés. Entre 1980 et 1995, le taux de croissance annuel moyen observé chez les médecins libéraux s'élève à 2,6 % mais, en 1996, l'augmentation se limite à 0,4% par rapport à l'année précédente (CNAMTS, 1997: 39).

La majorité des médecins français, soit 75% des omnipraticiens et 68 % des spécialistes, exercent en libéral. Lorsque leurs patients doivent être hospitalisés dans des cliniques privées ou dans les hôpitaux locaux, ils peuvent continuer à les traiter. (Duriez et Sandier, 1994: 16).

La frontière entre les exercices privé et public de la médecine n'est pas totalement étanche. En effet, bien des médecins libéraux ont une activité hospitalière en tant qu'attachés ou praticiens à temps partiel, ou une activité sectorielle de médecin du travail (uniquement des généralistes), de médecin de PMI, etc., ou une activité annexe de médecin expert auprès de compagnies d'assurance, de la Sécurité sociale, des tribunaux, etc.

Par ailleurs, on retrouve, à l'hôpital public, des médecins qui pratiquent une activité libérale. Selon la loi, la durée d'exercice libéral ne peut excéder le cinquième de la durée du temps passé dans le service. Cet exercice peut alors se traduire par la possibilité, pour le médecin, soit de consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des consultations, soit d'utiliser des lits du service pour l'hospitalisation de malades personnels ou bien une combinaison des deux (une

demi-journée par semaine de consultations, éventuellement fractionnée, et l'utilisation de lits du service). Ce type de pratique a suscité, selon Terquem (et suscite toujours) « beaucoup de controverses et de débats » (Terquem, 1992: 112).

TABLEAU I

RÉPARTITION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE SELON DIVERS MODES D'EXERCICE (1980 ET 1994)

Mode d'exercice ¹	1980	1994
Libéraux exclusifs	73,2 %	75,1 %
Libéraux + Salariés	8,5 %	8,1 %
Hospitaliers temps partiel	13,2 %	13,0 %
Hospitaliers temps plein	5,1 %	3,7 %
Total médecins libéraux	100 % (n= 75 821)	100 % (n= 112 772)

Source: CNAMTS, 1995: 24.

¹ « L'activité libérale des médecins recouvre différents modes d'exercice:

- **exclusivement libéral;**
- **libéral à temps partiel:** le médecin exerce une activité salariée, en plus de son activité libérale, par exemple dans un dispensaire ou un centre de santé;
- **hospitalier à temps partiel:** le médecin exerce en secteur libéral parallèlement à une activité salariée à l'hôpital (temps partiel ou vacataire);
- **secteur privé à l'hôpital:** le médecin est hospitalier à temps plein, mais dispose d'un secteur privé au sein de l'établissement qui l'emploie » (CNAMTS, 1995: 24).

Chez les médecins libéraux, entre 1994 et 1995, le nombre de spécialistes augmente plus rapidement que celui des généralistes: le nombre des omnipraticiens libéraux augmente de

0,4 % et celui des spécialistes de 1,1% (CNAMTS, 1996: 9). Cependant, en 1996, le rythme de croissance de l'effectif des spécialistes diminue: par rapport à 1995, le nombre des omnipraticiens augmente toujours de 0,4 % et celui des spécialistes s'accroît aussi de 0,4 %

(CNAMTS, 1997: 10).

La proportion des médecins généralistes dans l'ensemble des médecins libéraux diminue régulièrement depuis 1980. En 1996, la proportion des généralistes dans l'ensemble des médecins libéraux est de 53,3 % alors qu'elle était de 58,2 % en 1980 . Parmi les médecins généralistes, on retrouve des médecins ayant un **Mode d'Exercice Particulier (MEP)** tel que l'Acupuncture, l'Homéopathie, la Médecine d'urgence, l'Allergologie, etc.; ces derniers représentent, en 1996, 6 % des médecins libéraux. La proportion des médecins spécialistes augmente donc et ceux-ci représentent, en 1996, 46,7 % des médecins libéraux contre 41,8 % en 1980. (CNAMTS, 1997: 10).

Numériquement, les principales spécialités en médecine libérale sont: la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie, l'électroradiologie, la chirurgie, l'ophtalmologie, la cardiologie, la pédiatrie (Duriez et Sandier, 1994: 16).

TABLEAU II

RÉPARTITION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE
SELON LE STATUT (1980 et 1996)

Statut	1980	1996
Généralistes	52,8 %	47,4 %
MEP	5,4 %	5,9 %
Spécialistes	41,8 %	46,7 %
Total médecins libéraux	100,0 % (n= 75 821)	100,0 % (n= 114 011)

Source: CNAMTS, 1995: 24 et 1997: 9 et 10.

Les sages-femmes libérales représentent la seule profession dont les effectifs ont diminué entre 1980 et 1990 alors qu'ils augmentent depuis 1990. En 1995, les effectifs de sages-femmes libérales augmentent de 3,8 % par rapport à 1994 (CNAMTS, 1996: 7). En 1996, ils augmentent de 4,3 % par rapport à 1995 (CNAMTS, 1997: 7).

Les honoraires individuels moyens ont augmenté entre 1995 et 1996 de 2,7 % chez les médecins, de 4,7 % chez les chirurgiens-dentistes, de 0,6 % chez les masseurs-kinésithérapeutes et de 9,5 % chez les sages-femmes (l'augmentation, dans ce dernier cas, est de 3,3 % entre 1993 et 1994 et de 7,7 % entre 1994 et 1995) (CNAMTS, 1996: 7 et 1997: 7)¹.

¹ Il est à noter que les résultats statistiques publiés par la CNAMTS en 1996 (pour l'année 1995) peuvent présenter, pour les activités et les honoraires, une sous-estimation d'un ordre variant autour d'un demi-point. En conséquence, les résultats publiés en 1997 (pour l'année 1996) concernant les taux de croissance peuvent présenter une

La médecine libérale française est caractérisée par cinq principes fondamentaux. Ces principes sont **le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade et la liberté d'installation du médecin**. Voici en quoi ils consistent.

Les patients possèdent donc, en principe, la liberté de choisir entre tous les médecins qui peuvent légalement exercer en France. De plus, les caisses d'assurance maladie s'engagent à ne faire aucune discrimination parmi les médecins qui sont **conventionnés**. Des dispositions analogues se retrouvent dans les conventions des autres professions de santé.

La liberté de prescription est considérée comme un droit fondamental du médecin. En effet, quelle que soit sa spécialité, le médecin peut pratiquer tous les actes de prévention, de diagnostic ou de traitement mais, sauf dans une situation exceptionnelle, il doit éviter de « formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence ou ses possibilités » (art. 17, Code de Déontologie Médicale: C.D.M.). De plus, cette liberté est de plus en plus limitée pour des raisons financières. Elle doit être compatible avec un devoir d'économie que nécessite le contrôle des dépenses de santé.

Le principe du secret professionnel en est un qui ne souffre aucune limitation sauf face aux médecins-conseils des caisses d'assurance maladie qui sont informés de façon confidentielle.

Le paiement direct des honoraires est une règle toujours en vigueur qui est réaffirmée dans la convention nationale des médecins et qui est caractérisée, essentiellement, par le paiement à l'acte sans intervention de « tiers payant ». Le patient doit alors se faire rembourser par son régime d'assurance maladie.

Selon Duriez et Sandier, « les médecins jouissent de la liberté totale dans le choix du lieu d'installation de leur cabinet libéral sur le territoire ». D'ailleurs, les densités médicales sont, plus élevées en Île-de-France ainsi que dans les régions du Sud-ouest et du Sud-est. Les

surestimation d'environ un demi-point. Les données concernant la démographie n'auraient toutefois pas été affectées (CNAMTS, 1996: 5 et 1997: 5).

spécialistes sont plus nombreux dans les grandes villes (Duriez et Sandier, 1994: 16). Cette liberté peut cependant être limitée lorsqu'elle crée une confusion chez les patients ou qu'elle risque de susciter une concurrence trop forte entre praticiens.

Ces principes de médecine libérale doivent cependant coexister avec la prise en charge publique des services de santé. En effet, « le système français de Sécurité sociale, tout en respectant les principes de l'exercice libéral, a mis en place un régime conventionnel: des conventions nationales ont été signées avec les organisations représentatives des différentes professions concernées » (Moulinot et Rogeaux, 1992: 88).

Les Conventions fixent certaines conditions d'exercice des professions libérales. Notamment, elles précisent les conditions et modalités de prise en charge par les caisses d'assurance maladie des actes effectués par les professionnels. Elles définissent également la cotation des actes selon une **nomenclature des actes professionnels** ainsi que leur tarification.

Les tarifs des actes pratiqués par les praticiens (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et auxiliaires médicaux sont donc établis d'après une nomenclature des actes professionnels qui détermine la liste, avec leur cotation, des actes que peuvent avoir à pratiquer ces professionnels. Les actes sont désignés par une lettre-clé ainsi qu'un coefficient, ce qui permet de respecter la confidentialité. Une valeur monétaire est alors attribuée à chaque lettre-clé. Certains actes correspondent à une valeur identique, ce qui empêche de reconnaître un acte en particulier.

TABLEAU III

LETTRES-CLÉS SELON LES ACTES

C	Consultation au cabinet par médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme.
Cs	Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié.
CNPSY	Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.
V	Visite au domicile du malade par le médecin omnipraticien.
Vs	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié.
VNPSY	Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié ou neurologue qualifié.
K	Actes de chirurgie et spécialités pratiqués par le médecin.
Z	Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien dentiste.
B	Biologie.
BP	Anatomie et cytologie.
BM	Actes d'immunologie utilisant marqueurs.
ZB	Actes d'investigation par techniques radio-immunologiques.
SPM	Actes d'orthopédie dento-faciale, actes pour obturations dentaires définitives et traitement des paradontoses et actes de prothèse dentaire respectivement pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
SF	Actes pratiqués par la sage-femme.
SFI	Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.
AMM	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute.
AMI	Actes pratiqués par l'infirmière.

AMP	Actes pratiqués par le pédicure.
AMO	Actes pratiqués par l'orthophoniste.
AMY	Actes pratiqués par l'aide-orthophoniste.

Source: Levy et al., 1994: 30.

Depuis 1971, la Convention Nationale des Médecins régit le fonctionnement de la médecine libérale et détermine les rapports entre les organismes de Sécurité sociale et la profession médicale, tout en respectant les principes traditionnels de la médecine libérale. Sauf lorsqu'ils décident de se placer hors convention, les médecins doivent se conformer au texte de la Convention.

En 1971, des conventions furent également signées avec les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

La mise à jour des nomenclatures résulte de négociations entre les représentants des professionnels et les caisses d'assurance maladie, sous le contrôle de l'État. La fixation des tarifs lettres-clés fait également l'objet de négociations à chaque année environ.

Les négociations entre le corps médical et les pouvoirs publics sont souvent longues et difficiles et aboutissent, selon Ferrand-Nagel (1993, p. 72), à « préserver les apparences d'un système libéral » par le maintien du paiement direct à l'acte (le patient paye lui-même le médecin); l'intervention du tiers payant (la Caisse de l'assuré paye alors le médecin), que refusent obstinément les professionnels libéraux, représenterait, pour ces derniers, une perte de pouvoir. Ce principe (le paiement direct à l'acte) est, selon cette auteure, « corollaire de l'entente directe qui symbolise pour les médecins l'autonomie professionnelle » mais il fut toujours caduc car l'assurance maladie ne pouvait s'engager à rembourser aux professionnels des actes à n'importe quel prix. En conséquence, « l'enjeu de la politique conventionnelle » tourne autour de négociations entre les médecins et les caisses d'assurance maladie visant à déterminer les tarifs des actes codifiés (Ferrand-Nagel, 1993: 72).

« Face au corps médical fermement décidé à préserver toutes les dimensions, y compris monétaires, de l'autonomie professionnelle, les responsables de l'assurance maladie ont cherché à mettre en place une protection sociale efficace, cette efficacité passant par une couverture d'un montant élevé et prévisible des frais médicaux » (Ferrand-Nagel, 1993: 73).

Les médecins sont en majorité conventionnés (99,6 % des médecins libéraux en 1996: CNAMTS, 1997: 13) et ils peuvent alors choisir entre deux secteurs d'activité:

Secteur I: La majorité des médecins (72,9 % des médecins libéraux en 1996: CNAMTS, 1997: 13) pratiquent les « honoraires opposables ». Sauf circonstances exceptionnelles, ils doivent alors respecter les honoraires fixés par la Convention nationale. Lorsqu'ils respectent les tarifs conventionnels, l'assurance maladie participe au financement des cotisations sociales des médecins: cotisations d'allocations familiales, cotisations d'assurance maladie, Avantage Supplémentaire Vieillesse.

Selon Ferrand-Nagel, seuls ces médecins correspondent à « l'objectif des responsables politiques ». Le principe ne fut accepté, de façon incomplète, par les médecins qu'en 1960, mais c'est la convention de 1971 qui en a généralisé l'application. Toutefois, depuis 1980, selon l'auteur, « le principe est battu en brèche par la dualisation du système conventionnel » (Ferrand-Nagel, 1993: 73).

Secteur II: En effet, depuis 1980, les médecins de ce secteur sont réputés conventionnés bien que libres de fixer leurs honoraires, à condition de dépasser les tarifs « avec tact et mesure » (Convention Nationale des Médecins). Ils doivent alors renoncer à certains avantages fiscaux et sociaux consentis aux médecins conventionnés.

Depuis 1990, l'accès au secteur II est suspendu sauf pour les médecins qui sont d'anciens chefs de clinique et d'anciens assistants des hôpitaux et qui s'installent en médecine libérale. Cette catégorie représente, en 1996, 24,5 % des médecins libéraux (CNAMTS, 1997: 13). Les

dépassements représentent environ 10 % de la totalité des honoraires des praticiens libéraux et les médecins qui dépassent majoritairement le tarif de 50 % en moyenne (Duriez et Sandier, 1994: 27).

Certains médecins conventionnés (2,1 % des médecins libéraux en 1996: CNAMTS, 1997: 13) bénéficient d'un **droit permanent à dépassement des tarifs (D.P.)** en fonction, notamment, de critères de notoriété. Ce droit a été créé en 1971 et supprimé en 1980 mais quelques praticiens l'ayant obtenu avant l'entrée en vigueur de la convention de 1980 l'ont conservé. Ces médecins bénéficient également de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations sociales.

Dans le cas des médecins conventionnés, les honoraires payés par les patients sont remboursés à 70 % du tarif conventionnel.

Les médecins non conventionnés (0,4 % des médecins libéraux: CNAMTS, 1997: 13) ont choisi de ne pas se placer sous le régime de la convention nationale. Ils peuvent alors fixer librement leurs honoraires. Dans ce cas, ils ne bénéficient ni du statut fiscal, ni du statut social des médecins conventionnés.

Lorsque les médecins exercent hors convention, les honoraires sont alors remboursés au patient, par la Sécurité sociale, sur la base d'un tarif d'autorité qui est très faible; la valeur du remboursement est définie de façon unilatérale (et non négociée) par les caisses d'assurance maladie.

TABLEAU IV

RÉPARTION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE SELON LE SECTEUR CONVENTIONNEL (1996)

MÉDECINS CONVENTIONNÉS					
SECTEUR I	SECTEUR II	D.P.	TOTAL CONV.	MÉDECINS NON CONV.	TOTAL MÉD. LIBÉRAUX
72,9 %	24,5 %	2,1 %	99,6 %	0,4 %	100,0 % n = 114 011

Source: CNAMTS, 1997: 13.

Actuellement, comme à plusieurs reprises depuis les années 1930, les médecins libéraux tentent de préserver leur statut libéral.

La conclusion de la convention de novembre 1993 met en place des outils visant à rationaliser les dépenses de santé tels que l'élaboration de références médicales opposables. Il s'agit de « recommandations de bonnes pratiques médicales » et les médecins doivent s'y référer afin d'éviter les abus. Par exemple, dans le cas d'un problème de santé, il faudra essayer un traitement avant de passer à des examens plus poussés. Lorsqu'un médecin le juge médicalement justifié, il peut s'écarter du cadre d'une référence.

Depuis une dizaine d'années, l'exercice de la médecine libérale se fait de plus en plus de façon collective sous la forme du « cabinet de groupe ». La médecine de groupe procure des intérêts d'ordre professionnel tels que la coopération entre praticiens ou la possibilité de disposer à plusieurs d'un plateau technique plus important. Elle permet également une meilleure organisation des horaires de travail tout en offrant une permanence à la clientèle. Le plus

souvent, les cabinets de groupe réunissent des omnipraticiens ou des spécialistes d'une même discipline; il est plus rare qu'ils soient pluridisciplinaires. Quelques « maisons médicales » ont un caractère pluriprofessionnel (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers ...)

Parmi les formes d'associations possibles, **la société civile de moyens** peut être constituée de médecins de spécialités différentes mais elle peut aussi réunir des médecins ainsi que d'autres membres des professions de santé, à condition qu'ils exercent une profession libérale. Il s'agit de sociétés de moyens et non d'exercice dans le sens que le but exclusif de ces regroupements est de mettre en commun les moyens utiles à l'exercice de chaque professionnel sans que la société puisse elle-même exercer sa profession. Le partage ou la répartition des honoraires entre les différents membres de la société est en principe interdit.

Dans cette deuxième section, nous avons vu que, parmi les professions de santé en France, on retrouve trois professions médicales dont la profession de sage-femme. Nous avons également pu constater l'importance de la médecine libérale en France. Nous nous sommes attardée à cet exercice libéral car, comme nous le verrons plus loin, une partie des sages-femmes font actuellement la promotion de ce type d'exercice de leur profession. À l'instar des médecins, elles semblent convaincues qu'il existe un lien entre autonomie professionnelle et exercice libéral. La section suivante est consacrée à l'organisation de la Sécurité sociale française.

3- La Sécurité Sociale:

Le système français de Sécurité sociale fut construit à la Libération, à partir de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Quatre grands principes fondamentaux ont inspiré cette réforme:

- un régime unique de prestations;
- le principe de la Caisse unique;

- une gestion assurée par les bénéficiaires;
- la généralisation à toute la population.

Par cette ordonnance, le régime général était créé et celui-ci devait absorber les régimes spéciaux.

Cependant, des résistances de certaines catégories sociales ont empêché la mise en pratique du principe d'une Caisse unique. Plusieurs régimes et systèmes de caisses ont donc continué de coexister.

La création de la Sécurité sociale française en 1945 concrétise, après plus d'un siècle, des tentatives privées et publiques visant à couvrir la population contre les risques sociaux.

En effet, jusqu'au XIXe siècle, il n'y avait pas de protection sociale institutionnalisée; l'aide sociale était une question de morale et de charité et elle était prise en charge par l'Église. Puis, durant la première moitié du XIXe siècle, le seul moyen de protection fut l'assurance privée. Les sociétés de secours mutuel sont apparues au milieu du XIXe siècle (loi du 15 juillet 1850). Fondées sur le modèle associatif, elles visaient à encourager la solidarité et l'entraide entre individus par la collecte de cotisations. Par la suite, elles se développèrent énormément et, dès 1939, la Mutualité comptera neuf millions de membres (Levy et al., 1994: 26).

La Sécurité sociale est un dispositif de type légal, sous la tutelle de l'État. L'assurance maladie, une des branches de la Sécurité sociale, est principalement responsable de la protection sociale contre les risques financiers liés à la maladie, une protection complémentaire étant assurée par les organismes mutualistes ou les assurances privées. Les plus démunis peuvent bénéficier d'une prise en charge financière des soins assurée par l'Aide médicale, ou de soins offerts gratuitement par des associations caritatives.

Aujourd'hui, le système de Sécurité sociale permet à presque toute la population française d'être protégée par un régime d'assurance sociale. En effet, en 1992, on estime que 99,8 % de la

population est couverte par l'assurance maladie, en majorité sur la base de son activité de travail, mais aussi, dans quelques cas, à titre volontaire. Les chômeurs ont aussi accès à la protection sociale en cas de maladie. (Duriez et Sandier, 1994: 19)

A la création de la Sécurité sociale, en 1945, on souhaitait donc un régime unique et généralisé à toute la population. En pratique, la généralisation fut obtenue (1978) mais quatre régimes persistent toujours.

Les quatre grands régimes de Sécurité sociale sont:

- **Le Régime Général.** C'est le plus important. Il couvre les salariés de l'industrie, du commerce, des services et de certaines catégories d'emplois assimilés à des salariés (comme les stagiaires en formation professionnelle) ainsi que leur famille. Il couvre environ 80 % de la population.
- **Le régime agricole:** Il couvre les exploitants, les salariés agricoles et les salariés des secteurs rattachés à l'agriculture ainsi que leur famille. Ce régime couvre environ 9 % de la population.
- **Les régimes des travailleurs non salariés.** Il couvre les indépendants non agricoles (professions libérales, artisans, commerçants) et comprend plusieurs organismes spécialisés, par exemple, plusieurs caisses pour la couverture du risque maladie, fédérées par une caisse nationale, la CANAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et Maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles). Il couvre environ 6 % de la population.
- **Les régimes spéciaux:** Ils concernent des régimes constitués avant 1945 et qui touchent des populations particulières: agents de l'État et des collectivités locales, praticiens conventionnés, étudiants, militaires, mineurs, agents de la SNCF, clergé, marins-pêcheurs, Banque de France... Certains régimes spéciaux fonctionnent de façon autonome et couvrent l'ensemble des risques. Pour d'autres régimes, certains risques comme la vieillesse ou la

maladie sont pris en charge par le Régime général. Ces régimes spéciaux couvrent environ 4 % de la population

Le Régime général:

Son organisation actuelle provient de l'ordonnance du 21 août 1967 et son fonctionnement est placé sous la tutelle de la Direction de la Sécurité sociale du ministère des Affaires sociales.

Le Régime général comprend trois caisses nationales regroupées dans l'**Union des Caisses Nationales (UCANSS)**:

- **La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)**. Elle gère les risques maladie, maternité, invalidité et décès des salariés. Elle gère aussi les risques « accidents du travail et maladies professionnelles » (A.T.M.P.) des salariés.
- **La Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS)**. Elle gère les pensions de retraite des salariés.
- **La Caisse Nationale des Allocations familiales (CNAF)**. Elle gère les prestations familiales.

La gestion des deux branches (Maladie-Maternité-Invalidité-Décès d'une part et A.T.M.P. d'autre part) est donc assurée par la **Caisse Nationale d'Assurance Maladie** mais également, au niveau local, par les **Caisses Régionales d'Assurance Maladie** (une par Région administrative) et par 129 **Caisses Primaires d'Assurance Maladie** (une au moins par Département).

L'organisation des autres régimes, simplifiée par rapport à celle du Régime général, est basée essentiellement sur une caisse nationale et des caisses locales.

Les ressources de la Sécurité sociale sont constituées surtout de cotisations versées par les employeurs et les personnes protégées (78,3 %) mais également de contributions publiques d'impôt et de taxes diverses (19,3 %). Les cotisations sont obligatoires (Levy et al., 1994: 33).

Les recettes proviennent, dans le cas du Régime général, de cotisations patronales et salariales proportionnelles aux salaires. Pour les travailleurs indépendants, les cotisations sont évaluées à partir du revenu imposable et, pour les agriculteurs, à partir d'un calcul complexe basé sur le revenu et d'autres éléments .

Les relations entre la Sécurité sociale et les professionnels libéraux - médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux - sont définies par les conventions négociées avec les responsables syndicaux de ces professions et approuvées par le Gouvernement. Ces conventions déterminent donc les règles du paiement des services rendus en médecine ambulatoire dans les cliniques privées.

Selon Ceccaldi, le système français de Sécurité sociale est « un mécanisme neutre à l'égard de la relation médecin patient » puisqu'il se « borne à assurer à l'assuré social le remboursement de tout ou partie des honoraires versés » (Ceccaldi, 1993: 26). Toutefois, même si les soins sont librement choisis, leur remboursement peut comporter certaines limites fixées par la réglementation ou par les ententes conventionnelles .

Dans la majorité des cas, l'assurance maladie ne couvre pas la totalité des frais déboursés pour des soins et une partie reste alors à la charge du malade.

En fait, la Sécurité sociale couvre globalement près des trois quarts des dépenses de consommation médicale.

En principe, le patient paie directement au professionnel la totalité du coût des soins reçus et il peut ensuite obtenir un remboursement, le plus souvent partiel, de l'organisme d'assurance maladie dont il dépend. Du montant payé, une partie correspondant à un pourcentage des tarifs

ou des prix négociés sera remboursée alors qu'un pourcentage, le ticket modérateur, restera à la charge du malade. Les éventuels dépassements de tarifs ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

Le ticket modérateur varie en fonction de la nature des soins. Il est actuellement de 30 % pour les consultations de médecine générale, de 40 % pour les actes infirmiers, de 0 à 65 % pour les médicaments (CNAMTS, 1994: 18).

En pratique, il existe cependant plusieurs situations où le patient peut bénéficier de l'intervention du *tiers payant*: il ne règle alors au praticien que la valeur du ticket modérateur, le reste du montant de l'examen étant payé directement par la Caisse au praticien. C'est le cas des hôpitaux publics, lors d'une entente entre un médecin libéral ou un cabinet et la caisse d'assurance maladie ou lorsque le coût d'un examen dépasse un certain montant déterminé préalablement par la Caisse. Outre ces situations, si une personne veut consulter son médecin, elle devra payer la consultation et se faire rembourser par la suite un montant excluant le ticket modérateur.

De plus, les assurés peuvent, dans certains cas, bénéficier d'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire que, sous certaines conditions, les soins médicaux sont gratuits. C'est le cas notamment des soins liés à la maternité où le taux de prise en charge est de 100 %. Également, le ticket modérateur est supprimé dans le cas de certaines maladies graves et invalidantes parmi 31 maladies répertoriées (cancer, diabète, sida, hypertension artérielle...), dites « affections de longue durée » (A.L.D.) et impliquant des frais particulièrement lourds. Cette suppression existe aussi dans le cas des soins liés à un accident du travail. La plupart des interventions chirurgicales, les traitements lourds et coûteux ainsi que les hospitalisations de plus de trente jours sont également pris en charge en totalité.

Les prestations en nature correspondent au remboursement total ou partiel des soins reçus tandis que les prestations en espèce servent à compenser la perte partielle ou totale du revenu de l'assuré due à l'arrêt de travail, et elles sont versées sous forme d'indemnités journalières pour chaque journée de travail perdue, sauf les trois premières qui ne sont pas prises en charge.

Donc, environ un quart des dépenses de consommation médicale ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie. Pour couvrir une partie de ces sommes, de plus en plus de personnes ont recours à des assurances complémentaires: mutuelles, caisses de prévoyance et assurances privées lucratives ou non. En matière de protection complémentaire, ces organismes ne peuvent intervenir que suite au remboursement de la Sécurité sociale.

Selon le Code de la Mutualité (loi du 25 juillet 1985), les mutuelles sont des groupes de personnes (et non de capitaux) qui, à partir des cotisations de leurs membres, offrent des actions de solidarité, de prévoyance et d'entraide. Elles sont basées sur le principe de la liberté d'adhésion. L'activité principale de la mutualité est la prise en charge du ticket modérateur mais elle joue également un rôle important dans le versement des prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité, retraite, décès). De plus, elle gère plusieurs établissements sanitaires et sociaux.

Les groupements mutualistes, au nombre de 6 550, sont des groupements à but non lucratif.

Les institutions de prévoyance sont environ une vingtaine et sont gérées paritairement par les employeurs et les syndicats. Les compagnies d'assurance, au nombre de 80, sont des entreprises privées à but lucratif (Duriez et Sandier, 1994: 22).

Parmi les autres formes de protection sociale, on retrouve l'aide sociale destinée aux personnes qui, en raison d'une maladie, d'un handicap ou de leur âge, ne peuvent subvenir à leurs besoins. Les prestations de l'aide sociale couvrent l'aide médicale (16 %) ainsi que l'aide sociale stricto sensu (84 %). L'aide médicale comprend la prise en charge des frais des soins, du forfait hospitalier ou du ticket modérateur pour les personnes impécunieuses, la prise en charge de soins à domicile ou d'aide ménagère à domicile ainsi que le paiement de cotisations sociales au titre de l'assurance volontaire pour hospitalisation de longue durée. L'aide sociale est responsable de l'aide aux personnes âgées, aux personnes handicapées et de la protection de l'enfance.

L'aide médicale gratuite existe depuis 1905 et, selon la loi du 29 juillet 1992, « toute personne résidant en France a droit pour elle-même et les personnes à sa charge à l'aide médicale pour les dépenses de soins qu'elle ne peut supporter ». Cette loi vise en fait la généralisation de l'adhésion au régime de l'assurance personnelle de la Sécurité sociale, et les cotisations sont payées par l'aide sociale (Duriez et Sandier, 1994: 22).

La plupart des dépenses d'aide sociale sont sous la responsabilité des Départements et l'admission à l'aide sociale doit d'abord être acceptée par une commission présidée par le juge d'instance.

On retrouve également des organisations caritatives qui sont à l'origine de centres de médecine et dentisterie ambulatoires. Les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas être suivies dans le circuit général, peuvent consulter gratuitement des médecins ou des dentistes, recevoir des médicaments, bénéficier de soins infirmiers, et être dirigées vers d'autres prestataires de soins qui pourront également leur offrir des examens gratuits.

Ce chapitre nous a permis de comprendre l'organisation sanitaire et sociale en France. Comme nous l'avons vu, la profession de sage-femme est l'une des trois professions médicales qu'on retrouve en France. Ce survol favorisera la compréhension, dans les pages qui suivent, des modalités de pratique de ces professionnelles puisqu'elles exercent à l'intérieur de cette organisation. Le chapitre suivant, de façon plus précise, traite de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France, soit de l'organisation de l'obstétrique dans ce pays.

CHAPITRE III: L'OBSTÉTRIQUE EN FRANCE

Ce chapitre traite de l'organisation de l'obstétrique en France, c'est-à-dire qu'il y est question, plus particulièrement, des structures de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ainsi que des professionnels qui y sont impliqués. Ce chapitre est divisé en quatre sections: les maternités; le suivi de grossesse; l'accouchement; les professionnels.

1- Les maternités:

En France, la naissance est un événement qui « se passe dans des établissements spécialisés, les **maternités**, sous le contrôle et la responsabilité de personnels médicaux spécialisés: les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, assistés de pédiatres spécialisés dans les soins aux nouveau-nés et si besoin d'anesthésistes » (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 1).

Les maternités s'inscrivent dans le double système existant en France puisqu'on retrouve des maternités publiques ainsi que des maternités privées. Dans les hôpitaux publics, la maternité est l'un des services de l'hôpital. Dans le secteur privé, les maternités sont parfois intégrées à des ensembles médico-chirurgicaux plus vastes mais il existe aussi des cliniques d'accouchement indépendantes et spécialisées. Les locaux de la maternité font, dans certains cas, partie de l'hôpital ou de la clinique mais, dans d'autres cas, il s'agit d'un établissement séparé. Cette dernière situation concerne les ensembles architecturaux qui datent de l'époque des constructions pavillonnaires, époque où on séparait le lieu de la naissance de celui où on soignait les gens afin d'éviter toute transmission des maladies. La tendance actuelle consiste à regrouper, sous un « pôle mère-enfant », la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie.

On retrouve, en France, 954 maternités qui se répartissent de façon égale entre le secteur public et le secteur privé (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 104).

Le rapport L'obstétrique en France. Enquête 1991 (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993) classe les maternités selon deux axes:

1. **En fonction de l'activité:** c'est-à-dire le nombre d'accouchements réalisés par année.
2. **En fonction du statut:** public; privé à but lucratif; privé participant au service public hospitalier (PSPH); privé sans but lucratif.

Selon l'activité, on peut distinguer, en 1992, parmi les 954 maternités:

- 402 maternités qui font au plus 500 accouchements par an;
- 313 maternités qui font de 501 à 1000 accouchements par an;
- 239 maternités qui font plus de 1000 accouchements par an.

(Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 104)

Le tableau suivant permet de voir le degré d'activité des maternités selon leur statut, public ou privé.

TABLEAU V

RÉPARTITION DES MATERNITÉS SELON LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PRATIQUÉS DANS L'ANNÉE

(données au 1er janvier 1992)

	- de 300	301 à 500	501 à 1 000	> 1 000	TOTAL
PUBLIC	135	94	131	122	482
% par rapport au total des établissements	14,15 %	9,85 %	13,73 %	12,78 %	50,53 %
PRIVÉ	67	106	182	117	472
% par rapport au total des établissements	7,02 %	11,11 %	19,07 %	12,26 %	49,47 %
TOTAL	202	200	313	239	954
% par rapport au total des établissements	21,17 %	20,96 %	32,8 %	25,05 %	100 %

Source: Haut Comité de la Santé publique, 1994: 104.

Le nombre de maternités a énormément diminué depuis dix ans. En effet, entre 1982 et 1992, 108 établissements ont été fermés ou regroupés. Ces fermetures concernent essentiellement les petites structures (77 établissements) et elles ont surtout touché le secteur privé (86 fermetures) (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 104). C'est ce qu'indique le tableau suivant.

TABLEAU VI

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MATERNITÉS SELON LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PRATIQUÉS DANS L'ANNÉE (1982 et 1992)

	- 300	301 à 501	501 à 1 000	> 1 000	TOTAL
1982					
Public	149	96	129	130	504
Privé	130	128	195	105	558
Total	279	224	324	235	1 062
1992					
Public	135	94	131	122	482
Privé	67	106	182	117	472
Total	202	200	313	239	954
Différence et évolution 1982 à 1992					
Public	- 14 - 9,39 %	- 2 - 2,08 %	+ 2 + 1,55 %	- 8 - 6,15 %	- 22 - 4,36 %
Privé	- 63 - 48,46 %	- 22 - 17,18 %	- 13 - 6,66 %	+ 12 + 11,42 %	- 86 - 15,41 %
Total	- 77 - 27,59 %	- 24 - 10,71 %	- 11 - 3,39 %	+ 4 + 1,7 %	- 108 - 10,16 %

Source: Haut Comité de la Santé publique, 1994: 105.

Cette diminution est en continuité avec les politiques du passé, en particulier avec le décret Dienesch de 1972 qui, déjà, avait mené à la fermeture de 51,7 % des maternités françaises (Akrich et Pasveer, 1996: 51). Ce décret imposait au secteur privé des normes de sécurité qui touchaient le personnel, les locaux et le plateau technique et auxquelles plusieurs établissements ne pouvaient plus répondre. Il fut suivi, quelques mois plus tard, d'une circulaire concernant les maternités publiques qui reprenait les normes des établissements privés. En 1988, une circulaire (Circulaire du 5 mai 1988) « relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques » formulait à nouveau des recommandations afin d'améliorer le fonctionnement et la sécurité dans les maternités. Il semble que ce sont les maternités privées qui étaient moins aptes à correspondre aux exigences de sécurité inscrites dans ces textes de loi puisque, comme nous le constatons à la lecture du tableau VI, ce sont surtout les maternités privées qui ont été touchées par ces fermetures.

Concernant les petites maternités, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (1994: 107) affirme que, sauf exceptions, « la restructuration des établissements de moins de 300 accouchements s'impose à court terme » (pour 1996). Le terme ultime de ce travail de restructuration se traduit, selon le rapport et d'autres l'ayant précédé, par la fermeture de ces petites maternités.

Depuis, la répartition des maternités en fonction de l'activité s'est trouvée modifiée puisque les petites maternités ont effectivement dû fermer leurs portes. Il s'agit d'une mesure s'inscrivant dans une logique plus globale qui vise à accroître la sécurité de la naissance. « Avec un taux de 8,2 morts pour 1 000 naissances, la France est au 13e rang des pays développés pour la mortalité périnatale derrière les pays scandinaves, le Japon, la Suisse, l'Allemagne et l'Autriche. Le taux de mortalité maternelle est « estimé » par le ministère à 13,9 pour 100 000 accouchements, ce qui met la France au 13e rang » (Sokolsky, 1995: 44). Le gouvernement s'est donc fixé comme objectif d'améliorer les chiffres de la France en matière de mortalité périnatale et les résultats souhaités passent, pour de nombreux experts, par une augmentation de la sécurité, celle-ci dépendant essentiellement de l'équipement technique des établissements. Or, on considère que seules les maternités réalisant un minimum d'accouchements peuvent répondre aux exigences de

personnels et de moyens techniques. Les maternités qui réalisent moins de 300 accouchements par an sont alors considérées comme étant moins aptes que les autres à assurer une sécurité maximale dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement.

Ces recommandations de fermeture des petites maternités ont, depuis les débuts, provoqué de vives polémiques. Notamment, certains détracteurs prétendent que la concentration et l'hypermédicalisation peuvent aussi être sources de risques et de pathologies. De plus, on souligne qu'étant donné la géographie de la France, avec d'importants reliefs, de petites structures de proximité doivent être maintenues malgré le peu d'actes qu'elles effectuent. On insiste, également, sur le fait que les performances des petites unités ne sont pas moins bonnes que celles des grands centres. Le concept d'organisation en réseau est alors présenté comme une solution éventuelle à ces dissensions. Il s'agirait d'un réseau hiérarchisé d'établissements permettant d'orienter les femmes vers un établissement adéquat, en fonction de leur situation spécifique.

Au sujet du **statut** des maternités, selon le rapport L'obstétrique en France. Enquête 1991 (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993: 7), les maternités de statut public représentent un peu plus de 50 % des maternités (50,3 %) et elles effectuent 54 % des accouchements. Parmi les maternités privées, ce sont les maternités de statut privé lucratif qui représentent la proportion la plus importante. En effet, ces dernières représentent 38,9 % de l'ensemble des maternités.

En fonction du **nombre d'accouchements**, sur un total de 720 555 accouchements en 1995 (France métropolitaine), les maternités du secteur public en ont réalisé 400 841, soit 55,6% des accouchements et les maternités privées en ont réalisé 319 714, soit 44,4% des accouchements (SESI, Annuaire 1997: 136).

En fonction de la **distribution des lits en hospitalisation complète**, au 1er janvier 1996 (France métropolitaine), sur un total de 26 681 lits installés en hospitalisation complète **en obstétrique**,

la part du public représente 15 840 lits installés (soit 59,4%) et celle du privé, 10 841 lits installés (soit 40,6%) (SESI, Annuaire 1997: 125).

De façon générale, on peut donc constater que la part du privé n'est pas marginale et, qu'au contraire, lorsque l'on considère particulièrement la distribution des maternités en fonction du statut, on remarque une répartition presque semblable des maternités entre les deux types de statut, public et privé, les maternités privées lucratives représentant le type de maternité privée de loin le plus répandu. En effet, « une maternité sur deux appartient au secteur hospitalier public et près de 4 sur 10 au secteur privé lucratif » (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993: 37).

Selon le rapport L'obstétrique en France. Enquête 1991 (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993: 111), on retrouve, concernant les maternités françaises, « des variations importantes de pratique, qui sont loin d'être expliquées par les facteurs de risques médicaux:

- le suivi de grossesse n'est pas identique partout;
- les modalités de l'accouchement varient certes en fonction du risque, mais aussi, à risque identique, en fonction d'autres facteurs: le niveau d'activité de la maternité, son statut public ou privé, son architecture;
- le déroulement du séjour: la durée est plus longue en secteur privé, les transferts d'enfants¹ y sont moins présents.

Ces variations sont liées, d'une part à l'absence de standards professionnels clairs, d'autre part à une influence de la tarification et du mode d'allocation de ressources, qui pèse notamment sur les choix médicaux ».

¹ Il s'agit, en général, d'enfants transférés vers un centre hospitalier (en majorité les CHU) possédant un service de réanimation néonatale.

Finalement, les maternités, selon le rapport , « modulent leur recrutement et leur pratique en fonction de leur équipement et leur statut ».

Dans cette section, nous avons vu que les accouchements en France se font dans des établissements qu'on nomme les maternités. Dans le cas des hôpitaux publics, ces maternités sont l'un des services de l'hôpital. Comme nous l'avons vu, une proportion importante des maternités se retrouve en secteur privé. Dans ce dernier cas, on retrouve des maternités qui sont des sections de cliniques privées mais on retrouve également des cliniques d'accouchements spécialisées. À la section suivante, nous présentons ce qui caractérise le suivi de grossesse en France.

2- Le suivi de grossesse:

Le plan du gouvernement sur la périnatalité présenté le 12 avril 1994 énonce une série de mesures visant à atteindre quatre objectifs:

- Diminuer la mortalité maternelle de 30 %;
- Abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20 %;
- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 %;
- Réduire de 50 % le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse.

(d'après l'ANDEM, 1996: 3).

Parmi les 16 mesures du plan, l'une cherche à améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse. Dans ce but, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale a été chargée de réaliser un guide de surveillance de la grossesse. L'ANDEM a alors fait appel au Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, à la Société

Française de Médecine Périnatale, à la Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes, à la Fédération Nationale des Groupes d'Études en Néonatalogie et Urgences Pédiatriques ainsi qu'à des représentants de médecins généralistes.

Ce « Guide de surveillance de la grossesse » confirme la réglementation déjà en vigueur. En effet, sont **obligatoires** pour la femme enceinte:

– **7 examens prénataux:**

La première consultation prénatale doit être faite avant 14 semaines d'aménorrhée (SA). Elle servira, notamment à:

- « Confirmer l'état de grossesse, son début et le terme probable;
- « Évaluer les facteurs de risque et connaître la patiente: environnement social, familial et professionnel (...)
- « Déclarer légalement la grossesse selon un formulaire qui sera remis à la patiente avec la prescription d'examens biologiques obligatoires (...)
- « Établir un plan de surveillance avec, notamment, les rendez-vous des prochaines consultations et des examens échographiques » (ANDEM, 1996: 10).

– Les six autres consultations sont à une périodicité mensuelle.

– **1 examen postnatal** (dans les huit semaines suivant l'accouchement)

Si elle a effectué toutes ces consultations, la femme reçoit, durant sa grossesse ainsi que les premiers mois suivant la naissance du bébé, un montant mensuel, les allocations de grossesse.

Ces allocations servent donc à inciter les femmes enceintes à se conformer aux exigences réglementaires concernant les consultations prénatales.

La femme enceinte obtient, au début de sa grossesse, deux documents qui vont la suivre durant cette période. Le *carnet de maternité* est remis par la Sécurité sociale et contient tous les formulaires qui devront être signés. À chaque consultation, la femme doit faire signer, par le praticien qui l'a vue, un formulaire lui permettant d'avoir droit aux allocations de grossesse et un autre lui permettant d'être remboursée par la Sécurité sociale. Ce carnet contient également le « certificat d'accouchement » qui sera signé par la personne qui aura pratiqué l'accouchement.

Le second document, le *carnet de santé maternité* sert de lien entre les différents praticiens qui suivent la grossesse. Selon le Haut Comité de la Santé Publique, « le carnet de santé est un document obligatoire. Le praticien ou la sage-femme est tenu d'y consigner les résultats des examens pratiqués. De ce fait, ce document revêt une importance médico-légale » (1994: 241).

La déclaration de grossesse (voir annexe I) doit être signée par un médecin ce qui signifie que, dans les faits, la première consultation prénatale est plutôt réalisée par un médecin. Les six autres consultations mensuelles peuvent être faites par un médecin ou une sage-femme.

Lors de la première visite, on procède à un interrogatoire sur les antécédents médicaux de la femme ainsi que sur ceux de sa famille. Dans les visites suivantes, la femme sera questionnée sur les symptômes qu'elle pourrait avoir perçus. En outre, les consultations comportent habituellement les examens suivants: pesée, prise de tension, analyse d'urine afin d'évaluer le taux d'albumine, écoute des battements du cœur du fœtus, mesure de la hauteur utérine (considérée comme un indicateur de la taille du fœtus), examen vaginal visant à vérifier l'état de l'utérus et du col.

En plus de ces examens, trois échographies sont remboursées par la Sécurité sociale. On peut également ajouter à la liste une analyse de sang afin de vérifier qu'il n'y a pas de contre-

indication à la péridurale ainsi qu'une radiographie du bassin (radiopelvimétrie) si une disproportion entre le bassin de la mère et la tête du fœtus est suspectée.

« Bien que les pratiques soient relativement homogènes, ne serait-ce qu'en raison des choix opérés par la Sécurité sociale, la liste exacte des examens et leur importance relative sont susceptibles de varier en rapport avec la « politique » de chaque maternité » (Akrich et Pasveer, 1996: 69).

Après l'accouchement, l'examen postnatal est pratiqué par un médecin. Il permet d'effectuer les vaccins nécessaires mais aussi de faire le point sur la contraception.

« Les examens obligatoires sont remboursés à 100 %. Ils sont gratuits dans les centres de PMI » (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 240).

Sont remboursés, pour la femme enceinte, la mère ou le nouveau-né ayant besoin de soins: les examens, soins, médicaments, séances de préparation à la naissance, transports et hospitalisations.

La réglementation actuelle exige donc sept consultations prénatales obligatoires. Selon le Haut Comité de la Santé Publique, « pour la majorité des femmes, ce suivi est réalisé soit exclusivement par l'équipe de la maternité, soit de façon conjointe par le médecin généraliste et l'équipe de la maternité voire la PMI » (1994: XII).

Les femmes enceintes dont l'état nécessite une surveillance à domicile peuvent bénéficier des services d'une sage-femme et d'une puéricultrice à domicile par le biais de la PMI ou d'une sage-femme par voie d'hospitalisation à domicile.

Lors du suivi de la grossesse, des cours de préparation à la naissance peuvent être offerts aux femmes enceintes. Ces cours sont généralement dispensés par les sages-femmes et ils peuvent avoir lieu à l'intérieur de la maternité. Dans ce cas, ce sont souvent les sages-femmes de la

maternité qui offrent cette préparation soit celles qui effectuent aussi les accouchements. Certaines femmes suivent des cours offerts par des sages-femmes libérales ou d'autres intervenants. Dans plusieurs situations, les cours dispensés par les maternités ne sont pas suffisants pour répondre à la demande et les sages-femmes de l'établissement essaient alors de diriger les femmes vers d'autres ressources telles une sage-femme libérale de la Région.

Une partie de ces cours de préparation à la naissance transmet des connaissances concernant le déroulement physiologique de l'accouchement. Certains cours enseignent également différentes techniques qui permettent de gérer le mieux possible l'accouchement et la douleur (respiration, exercices, etc.). Des séances de gymnastique en piscine peuvent aussi être proposées.

Huit séances de préparation à la naissance peuvent être remboursées par l'Assurance maladie.

En 1995, 65 % des primipares et 22 % des multipares ont suivi une préparation pendant la grossesse, au lieu de 51 % et 18 % respectivement en 1981 (Wcislo et Blondel, 1996: 29).

Il semblerait qu'une proportion toujours plus grande de femmes bénéficie de ces consultations obligatoires. En effet, selon une enquête menée en janvier 1995 et s'inscrivant dans le plan périnatalité présenté par le Ministre en avril 1994, le pourcentage de femmes ayant eu plus de sept visites prénatales est passé de 42,5 % en 1981 à 73,3 % en 1995. La proportion de femmes n'ayant fait aucune visite à l'équipe responsable de l'accouchement aurait, en outre, diminué: de 17,8 % en 1981, cette catégorie de femmes ne représenterait, en 1995, que 11,2 % (Wcislo et Blondel, 1996: 28).

« En moyenne, les femmes ont eu neuf visites prénatales et moins d'une femme sur dix a eu moins de sept visites. Les grossesses non suivies sont très faibles en proportion mais continuent à exister. Le taux estimé de 0,2 % conduit à une évaluation de 1 500 grossesses non suivies dans l'année » (Wcislo et Blondel, 1996: 29).

On peut également remarquer, à partir de cette enquête, l'importance grandissante accordée à l'examen échographique dans le cadre du suivi de la grossesse. En effet, la proportion de femmes ayant eu trois échographies en 1981 était de 14,7 % alors qu'elle est passée, en 1995, à 41,9 %. Ce qui, toutefois, ne représente pas la moitié des femmes enceintes. Nous insistons sur cet aspect du suivi de la grossesse, c'est-à-dire l'examen échographique, car, comme nous le verrons plus loin, les sages-femmes sont habilitées à pratiquer les échographies mais le font peu.

Par ailleurs, « la moitié des femmes ont eu deux ou trois échographies, soit le nombre recommandé par la Conférence de Consensus en 1987 et 48,5 % des femmes en ont eu davantage ». En 1981, 18 % des femmes n'avaient eu aucune échographie alors qu'en 1995 cette situation ne touche que 0,3 % des femmes (Wcislo et Blondel, 1996: 29).

Quant au professionnel choisi, dans les faits, lorsqu'une femme en France est enceinte, plusieurs possibilités s'offrent à elle pour son suivi de grossesse. Elle peut, par exemple, se faire suivre par un médecin généraliste ou par un médecin spécialiste de pratique libérale. En France, 10 % des grossesses sont suivies exclusivement par un généraliste seul (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 67). Une femme peut également opter pour un suivi offert par une sage-femme libérale qui possède un cabinet. Les femmes enceintes ne choisissent donc pas nécessairement toutes d'être suivies par l'équipe d'une maternité et lorsqu'elles se tournent vers cette option, elles seront suivies soit par une sage-femme, soit par un gynécologue-obstétricien. Il y a également les services départementaux de PMI (Protection maternelle et infantile) qui offrent des suivis de grossesses gratuits.

Bien que les sages-femmes soient légalement reconnues comme étant habilitées à effectuer les suivis de grossesses, elles ne sont donc pas toujours choisies par les femmes enceintes. Ce sera parfois les circonstances qui détermineront le choix (par exemple, une femme décide de continuer d'être suivie par son médecin généraliste ou demande à celui-ci de la diriger vers un gynécologue-obstétricien sans penser à la sage-femme) mais, dans certains cas, il semblerait que le choix résulte d'une préférence marquée pour un médecin (par exemple, certaines femmes vont en clinique privée pour être intentionnellement suivies et accouchées par un médecin). En outre,

dans des cours de préparation à la naissance, plusieurs femmes ont affirmé qu'avant de venir à la maternité elles ne savaient pas que les sages-femmes pouvaient les suivre ou que leur médecin les avait dirigées vers un gynécologue-obstétricien de la maternité sans mentionner la possibilité pour elles d'être suivies par une sage-femme¹.

Dans cette partie du chapitre, nous avons vu en quoi consistait le suivi de grossesse en France. Nous avons pu constater que le gouvernement français met l'accent sur la prévention dans le cadre de la grossesse car on encourage fortement les femmes enceintes à se conformer au suivi de grossesse prévu. Cette section nous a également permis de connaître le rôle des sages-femmes dans le suivi de la femme enceinte. La section suivante présente l'accouchement tel qu'il se déroule en France.

3- L'accouchement:

« Il y a en France chaque année environ 750 000 naissances, dont 4 000 par procréation médicalement assistée » (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: XI).

En France, presque tous les accouchements ont lieu en maternité. Seulement 0,5 % des accouchements ont lieu à domicile (environ 3 800 par an). Dans quelques cas, il s'agit d'accouchements prévus à domicile et réalisés par des médecins libéraux ou des sages-femmes. Toutefois, selon le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, la plupart des accouchements à domicile, correspondent à des grossesses non suivies et à quelques accouchements prévus en maternité et survenus accidentellement à domicile; en général, ces femmes sont, par la suite, dirigées vers un établissement d'accouchement (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 103).

Les circonstances de l'accouchement, en France comme ailleurs, montrent « une évolution des pratiques, ainsi le pourcentage de déclenchements est passé de 10 % à 20 % entre 1981 et 1995. Pendant la même période, le pourcentage de péridurales est passé de 4 % à 49 %, tandis que le pourcentage d'anesthésies générales diminuait de 14 % à 5 %. Le pourcentage des césariennes

¹ Ces propos ont été recueillis lors de l'étude de cas qui sera présentée au chapitre V.

est passé de 11 % à 16 % et celui des accouchements par voies basses opératoires de 11 % à 14 %. Ces données traduisent une augmentation de la volonté de maîtrise du travail et de l'accouchement » (Wcislo et Blondel, 1996: 29).

En fait, comme les accouchements en France ont lieu majoritairement en milieu hospitalier (dans les maternités), il s'agit d'accouchements fortement médicalisés comme on peut le constater avec les statistiques citées ci-haut qui montrent une augmentation des interventions médicales. Akrich et Pasveer, dans un ouvrage où elles comparent les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas, décrivent l'accouchement en France comme étant particulièrement encadré par un dispositif de surveillance. La description qu'elles font de l'accouchement en France montre que, du point de vue physique ou par rapport aux décisions à prendre, la femme qui accouche est prise en charge et intégrée dans ce dispositif de surveillance qui lui laisse peu de marge de manœuvre. Mentionnons que cette description correspond à ce que nous avons observé lors de notre étude de cas dans une maternité qui sera présentée au chapitre V.

Voici comment se déroule un accouchement: lorsqu'elle arrive à la maternité pour accoucher, la femme française est installée dans une salle de consultation, de pré-travail ou de travail afin d'y être examinée. On lui installera également un monitoring comprenant deux capteurs, un qui enregistre le rythme cardiaque fœtal (RCF) et l'autre qui permet de vérifier la régularité des contractions de l'utérus. Si on considère qu'elle va accoucher, elle est alors -si elle n'y est pas déjà- installée en salle de travail, dépouillée de ses effets personnels, placée sous perfusion et branchée de façon continue à un monitoring qui imprime des courbes qui seront régulièrement vérifiées par la sage-femme. Dans certains cas, on ajoutera à la perfusion des ocytociques, hormones qui permettent de régulariser les contractions. À intervalles réguliers, la sage-femme l'examinera afin de connaître l'évolution de la dilatation du col de l'utérus et une infirmière -ou un sage-femme s'il n'y a pas d'infirmière à la maternité- prendra sa température. À partir de ce moment, la parturiente n'a plus le droit de boire ni de manger. « Certes, il existe des établissements dans lesquels ces gestes ne sont pas pratiqués de façon systématique, où le monitoring est utilisé de manière intermittente, mais ils constituent plutôt des exceptions dans le

paysage actuel, au moins en région parisienne. Certains acteurs insistent fortement sur la différence qui existe entre la région parisienne et peut-être les grandes agglomérations d'un côté et, de l'autre, les petites villes de province dans lesquelles tout se passerait de manière beaucoup plus conviviale et plus souple » (Akrich et Pasveer, 1996: 90).

Ce type d'accouchement est associé à un recours de plus en plus fréquent à la péridurale (de 4 % à 49 % entre 1981 et 1995). Selon Akrich et Pasveer (1996: 139), « l'accouchement sans péridurale est rendu difficile ou plus improbable par l'organisation de la naissance en France. Immobilisée sur le dos et confrontée à un ballet incessant de spécialistes, la femme n'est pas dans la meilleure situation pour se concentrer et gérer elle-même la douleur. De la même manière, la sage-femme qui court d'une salle de naissance à l'autre, installant les différents appareils et interprétant les mesures effectuées ne peut plus prendre le temps de s'asseoir auprès d'une femme et de la soutenir pendant le travail ». Pourtant on n'attribue pas que des avantages à la péridurale; bien qu'on reconnaisse qu'une analgésie locale soit nettement préférable à une anesthésie générale qui représente beaucoup plus de risques, plusieurs affirment que la péridurale augmente la fréquence des extractions instrumentales. En diminuant la sensibilité de la femme, la péridurale diminue voire supprime l'envie de pousser, ce qui rendrait moins efficaces les poussées de la parturiente.

La préoccupation majeure semble être d'assurer une sécurité optimale, ce qui expliquerait une telle organisation de l'accouchement. « Puisque tout accouchement est considéré comme potentiellement dangereux, même lorsque toute la grossesse s'est déroulée de façon normale, il est nécessaire de mettre en place d'importants moyens de surveillance » (Akrich et Pasveer, 1996: 185). Par ailleurs, plusieurs personnes invoquent le poids de plus en plus en grand de l'aspect médico-légal. En effet, des praticiens auraient été condamnés suite au décès d'un enfant ou à la naissance d'un enfant handicapé parce qu'ils n'avaient pas utilisé le monitoring de manière continue.

Il existe, pour le fonctionnement des maternités, des normes de personnel. Selon la circulaire du 5 mai 1988 relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance, « la présence constante

d'une ou plusieurs sages-femmes au bloc obstétrical 24h/24 est (...) indispensable ». Dans presque toutes les maternités, on retrouve une sage-femme disponible 24 h/24 mais la disponibilité d'une sage-femme exclusive au bloc obstétrical (assignée exclusivement en salle d'accouchement) n'est prévue que dans un peu plus de la moitié des maternités (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993: 32).

En tout temps, un obstétricien de la maternité doit être disponible rapidement afin de répondre à un éventuel appel de la sage-femme en cas d'évolution anormale de l'accouchement ou en cas de souffrance fœtale. Selon la circulaire de 1988, le délai d'intervention ne doit pas excéder 15 minutes. Dans les maternités privées, les gynécologues-obstétriciens sont plus souvent d'astreinte (garde à domicile), alors que dans les maternités publiques, ils sont plus souvent de garde sur place (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993: 42). On recommande, d'ici les prochaines années, que soit instaurée une garde sur place permanente d'un gynécologue-obstétricien pour toutes les maternités.

Les recommandations gouvernementales exigent, également, la présence permanente - ou du moins la disponibilité rapprochée - d'un anesthésiste-réanimateur qualifié dans toute maternité ainsi que la disponibilité permanente d'un pédiatre formé en néonatalogie.

Ces normes de personnel ne sont pas nécessairement appliquées et le Haut Comité de la Santé Publique (1994: 49) affirme qu'on « note dans toutes les catégories un manque quantitatif de personnel qualifié, plus fort dans les hôpitaux publics, où de nombreux postes mis au recrutement ne sont pas pourvus ».

En principe, ce sont les sages-femmes qui sont responsables des accouchements eutociques (normaux) et elles doivent laisser au médecin spécialiste les accouchements dystociques. Il est par contre difficile d'établir ce qui se passe en pratique car les enquêtes fournissent des données non concordantes quant à la proportion d'accouchements réalisés par le médecin ou la sage-femme.

Selon le rapport L'obstétrique en France. Enquête 1991 (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993: 72), en France l'accoucheur est un obstétricien dans 62,4 % des cas et il ne s'agit d'une sage-femme que dans 35 % des accouchements (informations inconnues dans 1,4 % des dossiers).

Dans les très petites maternités et dans les grosses, selon ce rapport, les sages-femmes effectuent près de la moitié des accouchements alors que dans les très grosses maternités, les accouchements sont réalisés par un obstétricien dans près de deux tiers des cas.

Fait intéressant, ce rapport mentionne également des différences assez importantes entre les maternités publiques et les maternités privées lucratives. En effet, dans 38 % des maternités publiques l'accoucheur est un obstétricien alors que dans les maternités privées lucratives, il s'agit de 94,6 %. Selon le rapport, quelle que soit l'activité de la maternité, on retrouve cette même différence.

Les données statistiques contenues dans ce rapport semblent cependant sous-estimer la proportion d'accouchements effectués par les sages-femmes ce qui indique un certain hiatus entre la pratique réelle des professionnels et les documents officiels à l'origine de ces statistiques. En effet, les statistiques du rapport sont basées sur les certificats d'accouchement qui doivent être signés par l'accoucheur et, dans certains cas, en particulier dans les C.H.U., il paraîtrait que, même si l'accouchement a été réalisé par une sage-femme, c'est le médecin qui signe le certificat.

Pour ce qui est des cliniques privées, la caractéristique déterminante est le fait que les médecins ne sont pas salariés comme dans les maternités publiques mais qu'ils sont rémunérés à l'acte. Dans les cliniques privées, les médecins effectuent les suivis de grossesse et accouchent les femmes. Les sages-femmes, qui sont salariées, sont présentes durant tout le travail mais elles doivent appeler le médecin à l'expulsion, soit lorsque la tête du bébé apparaît (selon une sage-femme libérale ayant travaillé en clinique privée: « quand tu vois les cheveux, tu dois appeler le médecin ! »). On peut donc affirmer que le mode de rémunération a une influence sur la division

du travail entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes dans les maternités privées et qu'il est, par conséquent, difficile de déterminer avec fiabilité quelle proportion d'accouchements est réalisée par les médecins et les sages-femmes.

En effet, selon une directive de la Direction Générale de la Sécurité Sociale du 28 mai 1963, « le forfait d'accouchement peut être facturé lorsque le praticien appelé auprès de la parturiente s'y est rendu dans les *délais normaux* et lorsqu'il a procédé à la *ligature du cordon* et à la *délivrance* » (L'Officiel de la sage-femme, 1984: 6).

L'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes affirme plutôt que les sages-femmes « assurent à elles seules 70 % des naissances » et qu'elles « participent à tous les accouchements » (1996: 3).

Selon le Haut Comité de la Santé Publique, les sages-femmes « assurent seules pour les deux tiers des accouchements, et participent au tiers restant, ne serait-ce que pour faire le prédiagnostic de gravité; elles appellent le moment venu le gynécologue-obstétricien à la rescousse. Présentes durant tout le travail, elles ont vocation à accompagner les parturientes, et à être leur soutien psychologique. Enfin, après la naissance, c'est à elles que reviennent les premiers soins postnatals, ainsi que les soins aux nouveau-nés, ceci durant toute la période des suites de couches » (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 42).

Selon une enquête menée en région parisienne (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 39), l'accouchement est réalisé par un médecin dans un peu plus d'un tiers des cas environ, dans les circonstances suivantes:

- 14,7 % sont des interventions par voie basse (forceps, spatules, ventouses) en raison d'une urgence survenant à l'expulsion.
- 15,9 % sont des accouchements par césarienne (environ la moitié sont des césariennes planifiées; l'autre moitié est effectuée en urgence);

- En plus de ces interventions, environ 6 % des accouchements nécessitent d'être pris en charge par un médecin (siège, grands prématurés, jumeaux, hypotrophies majeures, etc.) »

On retrouve donc en France, pour ce qui est des maternités, deux systèmes (public et privé) qui cohabitent et qui reflètent la situation générale des services de santé français. Pour les accouchements, il semble exister des différences significatives entre les secteurs privé et public pour ce qui est, particulièrement, du praticien qui procède à l'accouchement. La section suivante présente quelques données sur les deux principaux professionnels impliqués dans l'accouchement en France: les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

4- Les professionnels:

Pour ce qui est de l'accouchement en France, les deux principaux praticiens susceptibles d'intervenir, selon les situations, sont les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. Voici donc quelques données concernant ces deux professions.

a) Les gynécologues-obstétriciens:

Les gynécologues-obstétriciens représentent, au 1er janvier 1996 (France métropolitaine), un total de 4 600 praticiens. Parmi ceux-ci, une majorité sont en secteur libéral puisqu'on retrouve 3 345 médecins libéraux (73 %) - y compris les médecins libéraux ayant une activité salariée à temps partiel- et 1 255 médecins salariés (27 %) (SESI, Annuaire 1997: 148).

Il est intéressant de noter que les gynécologues-obstétriciens représentent, au 1er janvier 1996 (France métropolitaine) une densité de 31,3 médecins pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. À titre de comparaison, voici la densité (pour 100 000 habitants) de quelques autres spécialités médicales: anesthésie-réanimation: 13,6; cardiologie: 8,2; chirurgie générale: 6,5; gynécologie médicale: 13,3; médecine interne: 3,0; oto-rhino-laryngologie: 8,8; radiologie: 11,5, etc. Seule la pédiatrie présente une densité plus élevée que la gynécologie-obstétrique avec un taux de 44,1 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 16 ans (SESI, Annuaire 1997: 148).

Bien que la densité des gynécologues-obstétriciens semble élevée, certains textes mentionnent plutôt une pénurie. Selon le Haut Comité de la Santé Publique (1994: 130), la démographie chez ces spécialistes est « catastrophique » car chaque année une cinquantaine de praticiens est formée alors qu'il en faudrait le triple. Dans un article paru dans Les dossiers de l'obstétrique, le docteur

Berthet (1996: 30) affirme que le nombre de DES (diplôme d'études spécialisées) ne réussit pas à couvrir les départs à la retraite. Selon lui, le nombre d'inscriptions au DES a augmenté mais il reste néanmoins insuffisant pour garantir une « stabilité des effectifs ». Il invoque plusieurs

facteurs pour expliquer cette « désaffection »: « pénibilité et fréquence des gardes, notamment dans les petites structures, haut risque médico-légal (...), sous-cotations des actes (...une application de forceps, activité à haut risque et combien difficile, rapporte moins que la pratique des IVG¹) et puis, peut-être, et surtout évolution des mentalités des jeunes confrères dans une société socialisée et tournée vers le loisir ».

Dans les faits, on ne semble pourtant pas observer de diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens qui sont passés de 4 519 praticiens au 1er janvier 1995 (France métropolitaine) à 4 600 praticiens au 1er janvier 1996. On remarque également une légère augmentation au niveau de la densité de ces spécialistes entre ces deux dates: pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, on observe une densité de 30,9 médecins en 1995 et une densité de 31,3 médecins en 1996 (SESI, Annuaire 1996: 135 et Annuaire 1997: 148).

Un rapport (du professeur Guy Nicolas) aurait toutefois prévu « un déficit important à moyen terme » de gynécologues-obstétriciens car, sur 4 657 praticiens au 1er janvier 1997, 23,5 % ont plus de cinquante ans (Le Monde, février 1998: 10).

Les C.H.G. (centres hospitaliers généraux) sont actuellement touchés par des difficultés de recrutement. En effet, en 1996, 160 postes ont été déclarés vacants dont 25 chefferies. Soixante-seize candidats se sont présentés dont 23 demandes de mutation. Donc, sur les 160 postes offerts, on n'a recruté que 53 nouveaux spécialistes (FNAP, 1997: 6).

On peut formuler l'hypothèse que les difficultés de recrutement de gynécologues-obstétriciens dans le secteur public pourront éventuellement avoir un impact sur la profession de sage-femme; dans ce secteur, les sages-femmes pourraient être appelées à compenser un déficit en gynécologues-obstétriciens, ce qui favoriserait le développement de leur profession en permettant à celle-ci d'occuper une place plus grande dans la division du travail en obstétrique.

¹ Interruption volontaire de grossesse (avortement).

Par ailleurs, puisque les femmes paraissent privilégier le recours à un médecin pour leur suivi de grossesse, si les gynécologues-obstétriciens sont surtout attirés par le secteur privé, ils sont alors susceptibles de favoriser le développement de ce secteur, incitant les sages-femmes à se tourner vers celui-ci pour obtenir un emploi. Comme nous le verrons au chapitre V, le secteur privé ne semble pas permettre aux sages-femmes d'exercer leur profession avec autant d'autonomie que dans le secteur public; il semble que dans le secteur privé, les sages-femmes n'aient pas la possibilité d'accomplir l'éventail des tâches qu'elles sont autorisées à effectuer. Dans l'éventualité d'un essor du secteur privé de l'obstétrique, l'autonomie professionnelle des sages-femmes pourrait alors se trouver restreinte par le modèle de pratique que présenterait ce secteur.

La spécialité de gynécologie-obstétrique est composée majoritairement d'hommes; au 1er janvier 1995 (France métropolitaine), on retrouve 67,8 % d'hommes et 32,2 % de femmes. La gynécologie médicale est toutefois une spécialité dominée par les femmes puisqu'à la même date on retrouve 85,8 % de femmes et 14,2 % d'hommes (SESI, 1996: 49 et 143). La proportion de femmes gynécologues-obstétriciennes est plus élevée dans le secteur libéral que chez l'ensemble de ces spécialistes: 49,7 % de femmes chez les gynécologues-obstétriciens libéraux au 31 décembre 1994 (CNAMTS, 1995: 19).

b) Les sages-femmes:

Selon le Haut Comité de la Santé Publique (1994: 42), la profession de sage-femme, contrairement à celle des gynécologues-obstétriciens, ne connaît pas de crise grave de recrutement. Au nombre de 8 479 au 1er janvier 1981, elles sont passées à 11 957 sages-femmes en 1994 puis à 12 218 en 1995 (France métropolitaine) (SESI, Annuaire 1996: 138 et Annuaire 1997: 153). Toutefois, selon l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (1996: 3), « la profession ne connaît qu'une faible expansion puisqu'entre 1974 et 1995, ses effectifs n'ont augmenté que de 5 % ».

La densité chez les sages-femmes est, au 1er janvier 1995 (France métropolitaine), de 83,1 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (SESI, Annuaire 1997: 151).

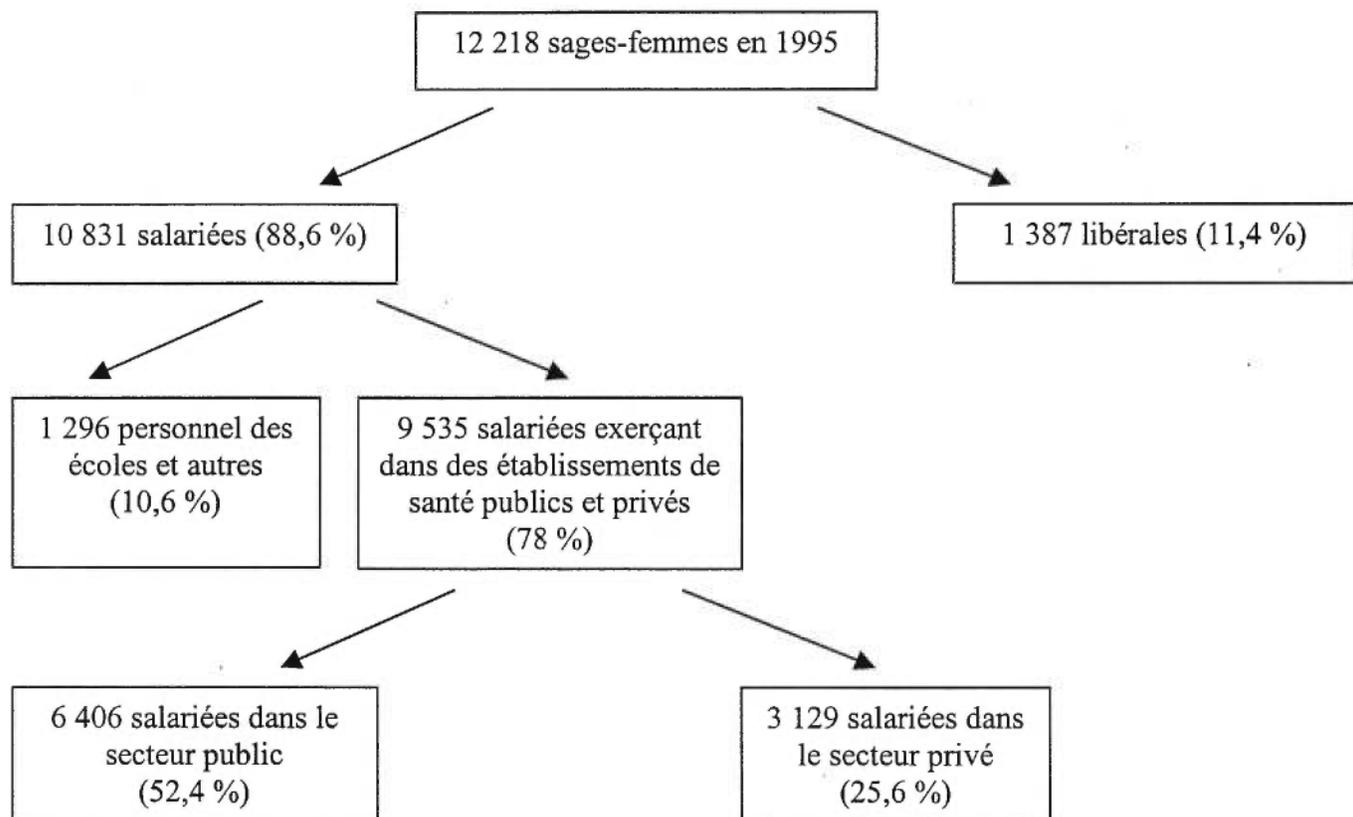
Les sages-femmes sont en majorité salariées puisque, au 1er janvier 1995 (France métropolitaine), seulement 1 387 sages-femmes sont des libérales (11,4%) alors que 10 831 sages-femmes (88,6 %) sont salariées (SESI, Annuaire 1997: 153).

En excluant le personnel des écoles, on retrouve, au 1er janvier 1995 (France métropolitaine), 9 535 sages-femmes exerçant dans des établissements de santé publics et privés: 6 406 en public (67,2 %) et 3 129 en privé (32,8 %) (SESI, Annuaire 1996: 149).

FIGURE 2

RÉPARTION DES SAGES-FEMMES SELON LE MODE

D'EXERCICE (1995)



La profession de sage-femme est composée presque exclusivement de femmes. En effet, en 1995 (France entière), treize ans après qu'on ait permis l'accès aux hommes (en 1982), 99,3 % des sages-femmes sont des femmes (SESI, Annuaire 1997: 159).

Dans le chapitre suivant on retrouve des informations plus élaborées sur la profession de sage-femme. En effet, ce chapitre est consacré au statut de cette profession en France. Il y est notamment question du cadre légal entourant la profession, de la formation, des associations professionnelles.

CHAPITRE IV: LES SAGES-FEMMES EN FRANCE

Ce chapitre traite de toutes les questions relatives au statut de la profession de sage-femme en France. Il est composé des sections suivantes: d'abord une définition de la profession puis, il est question de l'évolution de la profession depuis les premières maternités (et surtout au cours de la période de l'entre-deux-guerres), de la formation des sages-femmes, des fonctions actuelles des sages-femmes, des secteurs d'activité et des associations professionnelles.

1- Définition de la profession:

En France, la profession de sage-femme est définie comme étant une *profession médicale à compétence limitée*. Elle représente, en effet, avec les médecins et les chirurgiens-dentistes, l'une des trois professions médicales en France. Les sages-femmes peuvent donc pratiquer les actes médicaux nécessaires à l'exercice de leurs fonctions, prescrire certains médicaments, des examens, etc. La profession de sage-femme, comme les autres professions médicales, est caractérisée par un diplôme d'État, un code de déontologie, un ordre professionnel. On parle de compétence limitée parce que les compétences médicales des sages-femmes sont limitées au domaine de l'accouchement eutocique (normal) tout comme les compétences des chirurgiens-dentistes sont limitées au domaine de l'odontologie. Ces deux professions ne peuvent bénéficier d'une compétence médicale totale comme c'est le cas pour les médecins. Après une formation de quatre ans, les sages-femmes peuvent prendre en charge le suivi de grossesse ainsi que l'accouchement eutocique; elles doivent laisser au médecin spécialiste l'accouchement dystocique (pathologique).

L'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes définit la profession de la façon suivante:

« La compétence de la sage-femme lui permet d'intervenir lorsqu'il s'agit de grossesse et naissance physiologiques. Elle doit savoir dépister la pathologie obstétricale (donc bien la connaître) mais ne peut dans ce cas intervenir que sous la responsabilité du médecin obstétricien » (1996: 1).

2- Évolution de la profession depuis les premières maternités (et surtout au cours de la période l'entre-deux-guerres):

Cette section retrace l'évolution de la profession de sage-femme en France à partir des premières maternités qui virent le jour durant la période de l'entre-deux-guerres. Les modifications observées dans le domaine de l'obstétrique se sont étalées sur une cinquantaine d'années et correspondent à la diminution progressive puis à la quasi disparition de l'accouchement à domicile en France. Il s'agit d'une période importante pour les sages-femmes car, en quelques décennies, la façon d'accoucher se modifia et elles durent s'adapter aux changements engendrés par la généralisation de l'accouchement en maternité. Nous considérons donc que le fait de revenir sur ces événements et sur la façon dont ils se sont déroulés, peut permettre de comprendre la situation actuelle des sages-femmes.

Par ailleurs, plusieurs sources affirment que le développement de l'exercice salarié en maternité se serait fait au détriment de l'exercice libéral. À l'époque des premières maternités, les sages-femmes auraient eu à lutter pour défendre leur profession puis, à s'intégrer dans une structure particulière, celle des maternités. On identifie généralement la période correspondant à l'exercice libéral majoritaire comme étant celle où les sages-femmes auraient bénéficié d'une totale autonomie dans leur travail.

Nous constatons donc que, du point de vue de certains acteurs sociaux, l'autonomie professionnelle chez les sages-femmes est associée à un mode d'exercice de cette profession, soit l'exercice libéral. Ce qui signifie que l'exercice salarié à l'intérieur des maternités serait considéré par certains comme étant synonyme d'une diminution de l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Toutefois, de façon paradoxale, les compétences et responsabilités des sages-

femmes, avec les années, ont continuellement augmenté. En conséquence, leur formation est de plus en plus longue et de plus en plus étoffée.

Selon Valls-Lacroix (1989: 139), « la médicalisation de la naissance, de la surveillance de la grossesse, associée à l'utilisation d'un équipement technico-scientifique complexe, a bouleversé la banalisation de l'acte obstétrical. C'est pourquoi les sages-femmes ont dû apprendre à intervenir différemment, et accepter un nouveau contexte professionnel. Toutefois cette évolution n'a pas été sans conséquences sur leur identité professionnelle qui a probablement souffert d'une relative perte de prestige, dont le statut de profession médicale en exercice libéral les avait préservées ».

Quels sont en fait les changements qui se sont produits ?

Le premier changement observé consiste en l'institution d'établissements, les maternités, visant à accueillir les femmes enceintes pour leur permettre d'y accoucher. Durant cette période, des difficultés surviennent pour les sages-femmes en libéral, dont la concurrence provenant des nouvelles maternités, des médecins ainsi que de divers autres professionnels de la santé. Puis, on assiste à une évolution de la pratique des sages-femmes du libéral vers une pratique salariée au sein des maternités. Enfin, la profession de sage-femme connaît, après la seconde guerre mondiale, une extension graduelle de ses compétences, ce qui contribue à en faire une profession médicale (à compétence limitée).

L'avènement des premières maternités:

Selon Knibiehler et Thébaud (1995: 102), « en un demi-siècle, depuis les années 1920 jusqu'aux années 1970, une importante révolution des mœurs s'est accomplie en France: les Françaises ont pris l'habitude d'accoucher hors de leur maison; le foyer familial a cessé d'être le lieu où les enfants venaient au monde. Cette mutation s'est réalisée en deux étapes: après la première guerre mondiale, puis après la seconde. Au cours de la première étape, les médecins ont mis au point un établissement modèle pour accueillir les futures mères et les parturientes; ils

ont réussi à y attirer des femmes de milieu modeste. Après la seconde guerre mondiale, leur modèle s'est imposé partout et toutes les Françaises (sauf de très rares exceptions) ont voulu accoucher en milieu médicalisé ».

C'est pour remédier au problème de la dénatalité que les pouvoirs publics auraient accepté de soutenir les efforts du corps médical visant à réduire la mortalité infantile qui était élevée par rapport à celle d'autres pays européens. On envisage alors une protection accrue de la maternité (de la grossesse et de l'accouchement) et cette protection passe par la médicalisation, essentiellement à travers une institution: la maternité.

Au XIXe siècle, l'accouchement se faisait généralement à domicile mais il y avait aussi des sages-femmes qui hébergeaient leurs patientes un ou quelques jours. Les premières maternités furent fondées dans les années 1860 mais elles consistaient surtout en des maisons d'accouchement charitables destinées aux nombreuses femmes dans le besoin qui ne pouvaient se payer un accouchement à domicile.

Donc, des maisons d'accouchement existaient déjà mais, dans les années 20, les médecins imposent comme modèle un établissement visant à prendre soin de la mère et de l'enfant depuis la conception jusqu'à la fin de l'allaitement. Cette nouvelle forme d'établissement prit naissance à la maternité Baudelocque de Paris et l'idée provenait du professeur Pinard, inventeur de la puériculture.

La maternité Baudelocque aurait constitué un modèle pour l'époque puisque, par la suite, en France et à l'étranger, d'autres maternités se sont organisées afin de se conformer à cet exemple.

La popularité de la maternité, dans ses débuts, n'est pas universelle et on retrouve, selon les milieux sociaux, des différences de comportement. Alors qu'on cherche à donner de la nouvelle maternité une image de confort, de sécurité et de progrès, plusieurs femmes, surtout celles de milieu aisé sont réticentes à y accoucher. Durant la période de l'entre-deux-guerres, aucune « bourgeoise » n'accouche à Baudelocque sauf quelques marginales (artistes, femmes sans

mari ...). Les ouvrières non plus n'y sont pas très nombreuses. En général, les femmes aisées préfèrent les cliniques privées, créées par des médecins ou des sages-femmes et souvent tenues par des religieuses car elles trouvent qu'elles y sont plus respectées. Certaines femmes plus modestes suivent les consultations à la maternité mais accouchent ailleurs, en clinique privée ou chez elles.

Il n'y a donc pas, durant la période de l'entre-deux guerres, consensus sur le lieu idéal de l'accouchement et, malgré l'image positive qu'on tente de donner de la maternité, l'accouchement à domicile existe toujours de façon importante. Ce type d'accouchement est, en général, réalisé par une sage-femme ou un médecin non spécialisé. À la campagne, la médicalisation de l'accouchement est alors à peine ébauchée et le modèle dominant reste l'accouchement à domicile.

Toutefois, avec le temps et malgré les réticences de plusieurs, la médicalisation de l'accouchement se réalise puisque, progressivement, le nombre d'accouchements à domicile diminue de façon importante alors que le nombre d'accouchements en maternité hospitalière augmente régulièrement. L'accouchement chez une sage-femme qui connut une grande popularité dans les années vingt, diminue également.

A Paris, entre 1920 et 1939, le nombre d'accouchements en maternité hospitalière augmente (de 33,6 % à 67,8%), alors que le pourcentage des **accouchements à domicile** passe de 42,4 % à 7,7 %. L'accouchement **chez une sage-femme** augmente régulièrement durant la **décennie vingt** (23,2 % en 1920 à 31,3 % en 1929) pour ensuite régresser. Ce type d'accouchement représente quand même, en 1939, près du quart (24,3%) des accouchements. En **province**, jusqu'à la **fin des années 50, la moitié des accouchements** ont toujours lieu à **domicile** (Thébaud, 1986: 154).

De façon générale, on observe une évolution défavorable à la profession de sage-femme; alors qu'au **début des années vingt**, environ **3/4 des accouchements** sont faits par des **sages-femmes**, la proportion chute à **64 % en 1931** (Thébaud, 1986: 170).

Le mouvement de médicalisation de la naissance, entamé dans les années vingt et trente, se poursuit après la deuxième guerre mondiale. En effet, la progression de l'accouchement en maternité reprend et, comme l'image des maternités dans la population avait été, jusque là, très inégale, la quasi-disparition des accouchements à domicile est seulement observée après la deuxième guerre mondiale. Knibiehler et Thébaud (1995: 106) soulignent « l'importance de cette mutation, proprement révolutionnaire, accomplie en un demi-siècle. La naissance a cessé d'être un événement familial, appartenant à la vie privée, pour devenir un acte essentiellement médical et chirurgical dont les techniques se développent jusqu'à une véritable sophistication ».

Pour expliquer la rapidité avec laquelle le transfert de la naissance vers le milieu médical a été accepté par la population, plusieurs hypothèses ont été avancées. Deux facteurs auraient été particulièrement déterminants: le développement de la protection sociale et le perfectionnement des soins.

Les lois instaurant les assurances sociales pour les salariés sont promulguées en 1928 et 1930.

Les caisses de l'assurance-maternité versent alors des prestations aux futures mères, salariées ou épouses de salariés, à condition que celles-ci se soumettent aux trois consultations médicales exigées. Ces consultations prénatales sont gratuites et permettent d'obtenir le versement d'une prime de 10 francs. Le non respect de cette règle mène à la suppression des indemnités journalières. Ces dernières sont versées à celles qui ne travaillent pas durant les six semaines précédant et les six semaines suivant l'accouchement. Lors de la première consultation, le certificat de grossesse, qui doit être envoyé quatre mois avant l'accouchement, est rempli. Celui-ci doit être complété par un examen gynécologique dans des consultations agréées ou chez un médecin dont la liste est fournie par les caisses.

Suite à l'accouchement, des consultations du nourrisson sont remboursées et des primes d'allaitement sont versées. Pour bénéficier des primes d'allaitement, il faut se présenter régulièrement (chaque quinzaine pendant six mois, puis chaque mois jusqu'à un an) à la consultation du nourrisson.

Pour l'accouchement, des tarifs de remboursement ont été fixés par les caisses. Lorsque l'accouchement est réalisé par une sage-femme privée, le remboursement est forfaitaire et la parturiente verse alors les honoraires fixés par la sage-femme. Ceux-ci peuvent correspondre à un tarif syndical et dépasser les indemnités forfaitaires. Par exemple, les tarifs fixés en 1930 par la caisse de la Seine sont de 300 F pour un accouchement simple et 420 F pour un accouchement gémellaire (desquels il faut déduire 15 à 20 % de ticket modérateur à la charge de l'assurée). Les tarifs votés en 1929 par l'Association des accoucheuses et puéricultrices de France et approuvés jusqu'en 1937, pour Paris et la Banlieue, correspondent à 400 F pour un accouchement normal et sept visites, 700 F pour un accouchement gémellaire et neuf visites, et 1 000 F pour un accouchement et neuf jours de séjour chez la sage-femme (Thébaud, 1986: 43 et 44).

À la fin des années trente, le gouvernement souhaitant uniformiser l'assurance maladie, il publie deux circulaires (en 1937 et 1938) précisant les règles de remboursement. Si l'accouchement a lieu à domicile, par un médecin ou une sage-femme, le remboursement est forfaitaire. Lors d'un accouchement en clinique privée ayant passé convention avec la Caisse, ayant reçu son agrément, ou se soumettant au contrôle, le tarif de remboursement correspond à celui d'un accouchement à domicile. Lorsque la clinique ne correspond à aucune de ces catégories, aucun remboursement n'est accordé. L'accouchement à l'hôpital ou en maternité publique est pris en charge intégralement même en cas de complications.

La gratuité permet ainsi d'accéder aux soins mais elle incite aussi à se conformer à la surveillance médicale. Ces dispositions auraient favorisé, pendant l'entre-deux-guerres, le mouvement de médicalisation de la naissance.

À la Libération, le système d'assurance est perfectionné et les dispositions qui existaient déjà pour les femmes relevant du « régime général » (salariés) sont étendues à l'ensemble des assurées. L'assurance maternité implique alors le remboursement intégral des soins éventuels liés à la maternité, des frais d'accouchement ainsi que le transport vers un établissement spécialisé.

En outre, depuis l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la Protection maternelle et infantile, les consultations prénatales sont obligatoires. Des allocations familiales sont alors versées à partir de la déclaration de grossesse (imposée dès le troisième mois de grossesse), à condition que soit respectée l'obligation de consultations prénatales.

Un autre facteur important qui expliquerait l'acceptation par la population de l'accouchement en milieu hospitalier consiste en une offre de soins enrichie et diversifiée ainsi qu'une sécurité de plus en plus satisfaisante. Avec les antibiotiques, la mortalité par infection a énormément diminué, ce qui contribua à améliorer l'image des maternités.

Selon Thébaud (1986: 151), on peut identifier trois conséquences principales du processus de médicalisation de l'accouchement. « La plus importante est d'ordre médical et démographique et consacre le recul de la mortalité maternelle et infantile (...) Les deux autres conséquences - l'élargissement de la clientèle des maternités et la crise de la profession de sage-femme - sont induites et leurs effets sont plus lents à s'exprimer ou à être perçus; le mouvement ne s'amplifie ou ne se résout réellement qu'après la deuxième guerre ».

Une concurrence pour les sages-femmes:

Au XIX^e siècle, les sages-femmes connurent une période plutôt favorable; la pratique des accouchements était toujours considérée comme leur domaine et, tout au long du siècle, leur nombre augmenta. Cependant, en 1882 la création d'un corps de médecins accoucheurs représente une concurrence et marque le début de difficultés pour les sages-femmes d'autant que le nombre d'accouchements décroît et que les sages-femmes n'ont aucun droit de prescription; c'est alors le début d'une crise qui va s'accroître pendant l'entre-deux-guerres avec la médicalisation de l'accouchement.

Avec les nouvelles maternités, les sages-femmes considèrent que leur survie professionnelle est en jeu et elles demandent le maintien de l'accouchement à domicile, la maternité ne devant servir

que pour les cas de dystocie. Elles insistent sur l'importance de leur rôle social auprès de la femme enceinte, la parturiente et la jeune mère et elles prétendent que ce rôle est irremplaçable.

Dans le contexte de la répression de l'avortement, plusieurs discours provenant des organisations professionnelles de sages-femmes affirment que la sage-femme peut participer à la promotion des valeurs morales et à la lutte contre l'avortement, qu'elle est une intervenante idéale pouvant dissuader « naturellement » les femmes de l'avortement et les encourager aux « joies de la maternité ». Les sages-femmes cherchent, à partir de ces discours, à revaloriser leur profession.

Les sages-femmes catholiques s'opposent particulièrement au nouveau modèle de maternité. Souhaitant défendre l'ordre familial, elles déplorent, comme d'autres à l'époque, que la naissance se déroule hors du foyer. Elles cherchent également à préserver leur profession car elles sentent que l'exercice libéral est menacé.

Ce qui nuit surtout à la profession c'est la concurrence d'autres personnels, médicaux ou paramédicaux. En 1922, un décret revalorise le métier d'infirmière par la création d'un diplôme et ces intervenantes, lors des visites à domicile auprès de femmes enceintes ou de jeunes mères, exercent alors certaines fonctions des sages-femmes. En 1932, un diplôme d'assistante sociale est également créé. Cependant, aucune de ces deux professionnelles ne peut effectuer d'accouchement. Le médecin, par contre, est une réelle menace pour les sages-femmes. En effet, alors que le nombre de sages-femmes tend à diminuer depuis le XIXe siècle, les médecins, eux, sont de plus en plus nombreux et bénéficient, face aux sages-femmes, de certains atouts: leur statut social leur permet de posséder un téléphone et une voiture, ce qui facilite les contacts avec la clientèle; de plus, les sages-femmes sont pénalisées par les assurances sociales qui réservent les examens des femmes enceintes à des médecins; enfin, seuls les médecins ont le droit d'utiliser des ocytociques¹ lors des accouchements.

La profession de sage-femme se trouve alors en situation de crise; les effectifs de sages-femmes chutent et celles-ci connaissent des conditions de vie difficiles. La chute des effectifs se stabilise

¹ Il s'agit d'hormones qui permettent de modifier le rythme des contractions.

entre les deux guerres alors que les naissances diminuent. On parle alors de « surproduction » des sages-femmes.

Dès les années trente, des sages-femmes déclarent qu'elles sont victimes de « propagande anti-accouchement à domicile ». En 1936, l'Association des Accoucheuses propose des démarches au ministère pour contrer une propagande provenant des assistantes sociales et des Caisses d'assurances qui envoient les femmes enceintes dans les dispensaires et les maternités. L'Association veut aussi intenter un procès à une femme, auteure d'un livre intitulé « Pour devenir la meilleure ménagère de France », qui affirme que « les sages-femmes ne peuvent avoir que des initiatives limitées », alors que les maternités offrent « un personnel qualifié, des soins éclairés, la certitude qu'un médecin spécialisé sera prêt à intervenir si besoin est » (cité par Thébaud, 1986: 170).

Face aux inquiétudes des sages-femmes, plusieurs solutions sont envisagées. En 1926, dans le but de lutter contre la mortalité infantile, d'assurer une meilleure répartition des sages-femmes et d'élever leurs revenus, un projet de loi est déposé visant à créer des postes cantonaux de sages-femmes d'État.

Mais les sages-femmes, en général, craignent la fonctionnarisation et la perte de leur statut de profession libérale. Elle accueillent très mal un projet relatif à la réglementation de la profession ainsi que toute suggestion visant à recruter des sages-femmes intervenantes familiales au niveau local ou départemental. La proposition de créer des postes cantonaux soulève de vives protestations.

Les sages-femmes proposent alors comme réponse un projet visant à les employer comme assistantes rurales de protection maternelle et infantile dans des régions dépourvues de ce type de protection. Des sages-femmes rurales seraient également rémunérées pour exercer ces fonctions.

Des médecins, des juristes et des hommes politiques proposent aux sages-femmes la puériculture comme nouveau débouché qui de surcroît correspond aux préoccupations de l'époque concernant

la dénatalité. Plus précisément, il s'agit d'une protection de la maternité, de la femme et de l'enfant. Seulement quelques sages-femmes acceptent ce projet.

Selon Thébaud (1986: 176), aucun des projets proposés aux sages-femmes « ne lutte contre la concurrence masculine, ils tendent plutôt à élargir les attributions des sages-femmes vers d'autres professions féminines ».

Avec le temps et suite aux difficultés rencontrées, les mentalités évoluent et, afin d'obtenir une certaine sécurité d'emploi, les sages-femmes acceptent plus facilement la pratique en milieu hospitalier. Après 1945, la solution à la crise de la profession passe, notamment, par le développement de postes en maternité.

Dans les années 1970, les sages-femmes connaissent de nouvelles difficultés. En 1972, la loi Dienesh qui détermine les moyens minimaux de fonctionnement des cliniques ou hôpitaux possédant un service d'obstétrique oblige les petits établissements à fermer leurs portes. Selon la secrétaire générale de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, avant la loi Dienesh, les cliniques appartenaient à des sages-femmes mais, avec les normes de personnel et de matériel exigées par cette loi, celles qui avaient maintenu une activité libérale ne peuvent plus se permettre de conserver leur clinique¹.

Évolution de la pratique des sages-femmes : du libéral vers le salariat:

À l'époque des premières maternités, entre les deux guerres, 95 % des sages-femmes sont des libérales (Severine, Oehy et Petit, 1994; 5) mais, à cette époque, les résistances des sages-femmes ne réussissent pas à limiter une tendance vers la généralisation du salariat.

Selon Thébaud (1986: 168), l'organisation de la nouvelle maternité hospitalière est caractérisée par une rigoureuse hiérarchie des fonctions au sommet de laquelle se trouve le médecin accoucheur, chef de service et souvent professeur de clinique obstétricale. Les sages-femmes,

¹ Information obtenue suite à une entrevue réalisée auprès de cette personne, le 31 octobre 1996.

elles, sont réduites à une position subordonnée et on cherche à les exclure de l'exercice du pouvoir et d'un travail qualifié pour les confiner à des tâches secondaires. Cette division hiérarchique des fonctions est justifiée par un discours sur les rôles féminin et masculin.

Cependant, des témoignages provenant de sages-femmes ayant travaillé dans trois maternités différentes durant l'entre-deux-guerres, soulignent que, dans les faits, les sages-femmes conservent un certain pouvoir. Ces sages-femmes expliquent que le médecin ne venait jamais pour un accouchement normal et que ce sont elles qui formaient les internes. Elles ajoutent: « tant qu'on n'avait pas de pépins, on pouvait tout faire » (y compris les sièges et les forceps). En réalité, dans les nouvelles maternités, la sage-femme conserve effectivement la responsabilité et la surveillance de la salle d'accouchement (citées par Thébaud, 1986: 172).

Après la seconde guerre mondiale, l'expansion des structures hospitalières possédant des services de maternité se poursuit et offre ainsi aux sages-femmes de plus en plus de débouchés. Le salariat et la fonctionnarisation représentent peu à peu la tendance dominante. En 1962, sur 9 000 sages-femmes en exercice, 5 000 sages-femmes (55 %) sont toujours en pratique libérale. En 1976, on dénombre 3 500 sages-femmes hospitalières, 3 500 exerçant dans des établissements privés (surtout des cliniques) et 2 000 libérales (22 %) (Valls-Lacroix, 1989: 137 et 138). La chute des effectifs des sages-femmes libérales se poursuit jusqu'au début des années 1990. Cependant, depuis cette date, on observe une légère mais constante augmentation du nombre de sages-femmes libérales (CNAMTS, 1995: 51). En 1995, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les sages-femmes libérales représentent environ 11 % de l'ensemble des sages-femmes.

Avec le salariat, les sages-femmes obtiennent la sécurité d'un salaire fixe ainsi que la régularité des horaires mais elles doivent abandonner, selon certains, des aspects fondamentaux de leur pratique. Par exemple, un mémoire de fin d'études de sages-femmes affirme qu'avec l'exercice salarié, les sages-femmes perdent « leur indépendance de praticienne, le suivi global de la naissance, et quelque part dans l'inconscient de futures mères, encore un pan de leur image. Car

la relation directe qu'elles avaient avec la femme va dorénavant passer, dans la presque totalité des cas, par un chef de service, un employeur » (Séverine, Oehy et Petit, 1994: 18).

Mise en place des éléments faisant de la profession de sage-femme une profession médicale (à compétence limitée):

Après la seconde guerre mondiale, alors que la généralisation du salariat chez les sages-femmes se poursuit, ce que certains associent à une perte de statut professionnel, les éléments qui font de la profession de sage-femme une profession médicale (à compétence limitée), vont se mettre progressivement en place.

Durant la période de l'entre-deux-guerres, en réponse à la situation difficile que connurent alors les sages-femmes, l'idée d'un ordre des sages-femmes avait pris naissance, particulièrement chez les sages-femmes catholiques. En 1937, lors du 3^e congrès international de *l'Association des sages-femmes catholiques*, la création de cette organisation avait été demandée par les sages-femmes. La proposition fut réitérée sous le régime de Vichy, dont les valeurs concordaient avec le « rôle social et familial » revendiqué par les sages-femmes et, après la guerre, l'Ordre national des sages-femmes est officiellement créé par l'ordonnance du 24 septembre 1945.

Cette ordonnance du 24 septembre 1945 affirme, en outre, qu'un code de déontologie propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, doit être préparé par le Conseil national de l'ordre intéressé. Quelques années plus tard, le décret du 30 septembre 1949 présente le code de déontologie des sages-femmes. Celui-ci sera modifié par la suite, en raison de l'extension des compétences des sages-femmes. En effet, la troisième version, celle de 1991 (voir annexe II), accorde à celles-ci des responsabilités plus vastes et des compétences plus étendues que les versions précédentes.

L'arrêté du 7 août 1952, modifié par la suite, accorde aux sages-femmes un droit de prescription de médicaments ne contenant pas de substances vénéneuses et dont la liste est préalablement établie.

Le 8 novembre 1971, un décret étend le droit de prescription à certains examens de laboratoire et permet l'utilisation de certains instruments, dont le spéculum vaginal qui, jusqu'alors, leur était interdit probablement, selon Valls-Lacroix (1989: 137), comme un « véritable tabou » qui aurait persisté « sous la forme d'un quelconque résidu propagandiste envers la natalité, afin de dissuader les sages-femmes de pratiquer des avortements ».

Le 10 août 1976, un décret vient compléter la liste antérieure des compétences des sages-femmes et permet, notamment, à celles-ci d'effectuer des frottis vaginaux.

Dans les années 1980, de nouvelles responsabilités sont accordées aux sages-femmes. La loi du 19 mai 1982 définit la profession et reconnaît aux sages-femmes, dans leur champ de compétences, une complète autonomie technique.

Le 23 janvier 1986, un décret étend considérablement leur droit de prescription et permet la pratique des échographies dans le cadre de la surveillance de la grossesse. Suite à ce décret, quelques médecins réagissent assez négativement en s'exprimant dans leur presse professionnelle et la compétence des sages-femmes en cette matière est remise en cause. Avant cette date, les sages-femmes pouvaient uniquement prescrire des échographies. Lors de la parution du décret, la Confédération des syndicats médicaux français conteste la qualification des sages-femmes sur les deux plans (prescrire et réaliser des échographies) (R.D.S.S., 1986: 46).

En 1991, le code de déontologie des sages-femmes est modifié afin que soient incluses les nouvelles compétences accordées à celles-ci. Notamment, on y précise les compétences qui leur sont reconnues en matière d'échographie et d'anesthésie péridurale. Ce nouveau code de déontologie stipule, concernant la péridurale, que la participation de la sage-femme est autorisée au cours du déroulement de l'accouchement, lorsqu'elle a reçu une formation particulière. Elle doit se limiter aux réinjections indiquées par le médecin anesthésiste qui est responsable de la première injection ainsi que de l'installation et du retrait du dispositif.

Cependant, il faut souligner qu'en principe, les sages-femmes refusent d'effectuer les réinjections du produit. En effet, dans les années 1950 et 1960, des sages-femmes possédaient une spécialisation (suite à une formation complémentaire de deux ans) leur permettant de gérer les petites anesthésies et, quelques années plus tard, lorsque les anesthésistes ont obtenu que toute anesthésie soit placée sous leur responsabilité, elles ont considéré avoir été dépossédées de leurs compétences dans ce domaine. C'est ce qui explique que leurs associations professionnelles aient réagi négativement à la demande de réinjection en péridurale en déclarant qu'on les jugeait soudainement compétentes en la matière alors qu'on avait prétendu auparavant qu'elles ne l'étaient pas. De plus, elles arguent de leur statut de profession médicale dans cette lutte, indiquant qu'elles sont juridiquement responsables de leurs actes, même en cas de délégation par un médecin, ce qui ne serait pas le cas des infirmières. En pratique, certaines sages-femmes acceptent toutefois d'effectuer des réinjections (Carricaburu, 1992: 210, et Akrich et Pasveer, 1996: 155).

Malgré une perte de terrain relative (depuis le début du siècle, les effectifs de sages-femmes sont restés presque constamment autour de 10 000 alors que la population française a augmenté d'environ 16 millions d'habitants), la profession a néanmoins connu ces dernières années une extension de ses compétences et une technicisation de ses pratiques. La diversification des tâches attribuées aux sages-femmes fut décrite en 1975 par le Comité Européen de Santé Publique du Conseil de l'Europe, en ces termes:

« Elle doit être capable d'assurer la surveillance des soins et les conseils nécessaires à la mère pendant la grossesse, le travail et la période puerpérale, de procéder à des accouchements sous sa propre responsabilité et de prendre soin des nouveau-nés et des enfants du premier âge. Il lui incombe, à ce titre d'appliquer les mesures de prophylaxie voulues, de déceler toute anomalie chez la mère et chez l'enfant, de faire appel, s'il y a lieu, à un médecin et de prendre les mesures d'urgence qui s'imposent si elle ne peut obtenir un secours médical. Elle a un rôle important à jouer dans le domaine des conseils d'hygiène et de l'éducation sanitaire non seulement à l'égard des patientes, mais aussi au sein de la famille et de la collectivité. Ses attributions doivent

englober l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et s'étendent à certains secteurs de la gynécologie, de la planification de la famille et de la protection infantile... »

(Les sages-femmes en Europe: Formation et rôle actuels et futurs de la sage-femme dans les États membres du Conseil de l'Europe et en Finlande, cité par Valls-Lacroix, 1989: 139).

On peut donc observer que les compétences et responsabilités des sages-femmes n'ont cessé de s'accroître depuis les débuts des maternités contribuant ainsi à en faire une profession médicale (à compétence limitée). Cependant, il apparaît que ces praticiennes ont dû, pour continuer d'exister, suivre le mouvement de médicalisation et, en 1997, avec une proportion d'environ 11 % de sages-femmes qui sont en exercice libéral, on peut affirmer que l'ère des sages-femmes œuvrant à leur propre compte, est plutôt révolue. Actuellement, les sages-femmes exercent majoritairement en milieu hospitalier ou en clinique et elles doivent s'intégrer à la structure qui les emploie.

Selon Valls-Lacroix (1989: 142), la « survie » de la sage-femme ne se trouve pas menacée mais, néanmoins, on assisterait à « une sorte de compromis implicite qui s'est instauré entre les sages-femmes et les médecins obstétriciens, au prix probablement pour ces dernières de l'acceptation quelquefois d'un rôle, d'une position plus ou moins évidents d'assistante, voire d'auxiliaire du pouvoir médical ».

Elle ajoute que « la cohabitation, la collaboration professionnelle médecin sage-femme ne sont donc pas épargnées par quelques tensions qui rendent compte de l'inéluctable « rivalité » économique entre ces deux corporations, dont la plus fragile nous semble-t-il est celle des sages-femmes, pénalisées par leur condition féminine. Quelques-unes d'entre elles évoquent à ce sujet, leur manque de combativité, de représentativité au vu de leur nombre relativement peu élevé. »

La section suivante retrace, en premier lieu, l'évolution de la formation des sages-femmes depuis la fin du XIXe siècle. Puis, il y est question de l'organisation actuelle des écoles ainsi que des études de sages-femmes.

3- Évolution et état actuel de l'organisation de la formation des sages-femmes:

a) Évolution de la formation des sages-femmes:

Avant la fin du XIXe siècle, une certaine formation des sages-femmes avait été mise en place mais celle-ci était caractérisée par une réelle disparité puisqu'on retrouvait des praticiennes dont le niveau n'était pas du tout équivalent.

À la fin du XIXe siècle, suite aux découvertes pasteuriennes, un courant hygiénique touche le monde médical et, particulièrement le domaine de l'obstétrique. Les études de sages-femmes sont alors développées et standardisées et, le 25 juillet 1893, un décret porte la durée des études à deux ans. Les enseignements alternent la théorie et la pratique et abordent les domaines de l'anatomie, la physiologie, la pathologie élémentaire, etc. À la fin de chaque année, les élèves doivent réussir un examen.

À cette époque, la candidate doit, pour accéder aux études, être âgée de 19 ans au moins et elle doit posséder les documents suivants: un certificat de bonne vie et mœurs, un extrait de casier judiciaire, une autorisation paternelle ou maritale, le brevet élémentaire ou le certificat d'études secondaires (à défaut, elle passe l'examen d'entrée).

Avec cette loi, la plupart des interdits concernant l'utilisation d'instruments et la prescription de médicaments sont maintenus mais, en rendant obligatoire la généralisation d'un programme officiel, cette réforme va progressivement mener à l'uniformisation de la formation des sages-femmes et remettre en cause l'idée encore fort répandue que toute femme ayant elle-même accouché peut devenir sage-femme.

Au début du XXe siècle, avec les préoccupations nationales de l'époque qui visent à enrayer le « fléau de la dénatalité », on introduit dans la formation des sages-femmes une nouvelle

discipline: la puériculture¹. Cette discipline est même carrément proposée aux sages-femmes comme un débouché professionnel d'avenir, particulièrement sous le régime de Vichy qui, dans le cadre de sa politique familialiste et nataliste, encourage et gratifie la profession.

Avec la loi du 17 mai 1943, modifiée le 24 avril 1944, la période de formation des sages-femmes est étendue à trois ans et les études sont réorganisées en vue de l'obtention d'un diplôme d'État de sage-femme. L'organisation actuelle de la profession a pour fondement législatif cette loi de 1943.

Par la suite, les changements les plus importants se font durant les années 1970. Avec l'arrêté du 6 novembre 1970, une école de cadres sages-femmes est créée à Dijon. Dans cette école, sont formées les monitrices d'enseignement et les surveillantes des maternités. Le concours d'entrée est ouvert aux sages-femmes qui exercent depuis plus de trois ans et la formation dure un an. Les sages-femmes ayant exercé durant quatre ans peuvent également être recrutées pour devenir directrices d'un Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

En 1973, le contenu des études est remanié par l'arrêté du 23 mai. La puériculture et la pédiatrie y sont plus développées et de nouveaux enseignements sont offerts: psychologie, contraception, préparation psychoprophylactique à l'accouchement, pharmacie, législation sociale, organisation professionnelle, etc. Ce nouveau programme met l'accent sur la prévention, l'information concernant la planification et la régulation des naissances, l'éducation sanitaire des familles, la préparation aux techniques de l'accouchement sans douleur. Selon Valls-Lacroix (1989: 145), avec 1 680 heures d'enseignements théoriques et 4 020 heures de formation clinique et pratique, ce programme représente « un tournant décisif dans l'histoire de la profession. À savoir la technicisation des compétences, leur multiplication, accompagnées de la consécration des responsabilités et de l'autonomie technique des praticiennes ».

Depuis 1982, les hommes peuvent avoir accès aux études de sages-femmes.

¹ Le Petit Robert 1 définit la puériculture comme étant l'« ensemble des méthodes propres à assurer la croissance et le plein épanouissement organique et psychique de l'enfant (de la conception à la seconde enfance, vers trois ou quatre ans) » (1990: 1564).

Le 27 septembre 1985, un décret porte la durée de la scolarité à quatre ans, « à la grande satisfaction des professionnelles qui revendiquaient depuis près de dix ans l'allongement de la formation. » (Valls-Lacroix, 1989: 145). Quelques mois plus tard, l'arrêté du 27 décembre réforme les études en fonction de l'allongement de celles-ci. La formation des sages-femmes comprend désormais 1 820 heures d'enseignements théoriques et 4 370 heures de formation pratique et clinique. Certaines des disciplines antérieures sont développées (notamment la pédiatrie) mais, également, de nouvelles matières sont enseignées: sexologie, psychiatrie, économie de la santé, sociologie, information à la relation et à l'encadrement, informatique.

b) Organisation actuelle des écoles et des études de sages-femmes:

On retrouve actuellement 34 écoles de sages-femmes agréées (30 en France métropolitaine plus une à Tahiti, une en Nouvelle-Calédonie, une à la Réunion et une à la Martinique). Ces écoles sont presque toutes rattachées ou intégrées à un centre hospitalier régional ou universitaire (CHU). Elles sont sous la tutelle de deux ministères: le Ministère chargé de la santé et le Ministère de l'éducation nationale.

L'organisation des écoles de sages-femmes ainsi que des études qui y sont offertes montre qu'il s'agit d'une profession qui n'est pas complètement autonome puisque ces aspects se trouvent sous le contrôle d'une autre profession, celle des médecins. La présence médicale se retrouve au niveau de la direction des écoles, au niveau de la direction et de la composition de conseils consultatifs ainsi qu'au niveau de l'évaluation des études et donc de l'accès à la profession.

En effet, les écoles de sages-femmes sont dirigées par un **directeur technique et d'enseignement** qui est un professeur des universités spécialiste en gynécologie-obstétrique ou, à défaut, un médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique, et par une **sage-femme directrice**. Selon l'arrêté du 15 juillet 1986, le médecin directeur technique et d'enseignement est celui qui détermine le contenu des enseignements dispensés aux élèves et qui, sous réserve des attributions propres au conseil technique, a autorité pour prendre toutes décisions concernant le fonctionnement technique de l'école. L'arrêté précise qu'il est « assisté » dans sa tâche par la

sage-femme directrice. Cette dernière, « sous la responsabilité du médecin directeur technique et d'enseignement (...) assure l'organisation générale de l'école tant sur le plan pédagogique que pratique et disciplinaire ».

Dans chaque école, au minimum une fois par an, un **conseil technique** doit se réunir. Il s'agit d'un organe consultatif qui statue sur l'organisation de l'école. Il est composé de son président, le médecin inspecteur régional de la santé, du directeur de la faculté de médecine à laquelle l'école est rattachée (un médecin), du médecin directeur technique et d'enseignement, de la sage-femme directrice, de deux représentants des professeurs enseignants à l'école, des sages-femmes monitrices ainsi que de quatre représentants élus des élèves (un par promotion).

Au niveau national, le **comité de perfectionnement** est consulté par le Ministre chargé de la santé sur les questions concernant l'organisation des études, l'agrément et le fonctionnement des écoles. Cette instance est présidée par le Directeur Général de la santé ou son représentant et le Directeur des enseignements ou son représentant en est le vice-président. Elle est composée de représentants du personnel enseignant et du personnel d'encadrement des écoles ainsi que de membres appartenant à la profession.

L'équipe enseignante d'une école est composée de sages-femmes monitrices, d'enseignants universitaires (médecins, sociologues, juristes, psychologues...), de praticiens hospitaliers ainsi que d'intervenants divers (psychanalystes libéraux, inspecteurs de la D.D.A.S.S., directeurs d'établissements ...). Par exemple, à l'école de Grenoble, on retrouve quatre sages-femmes monitrices (une par promotion) et 92 vacataires (médecins, biologistes, pharmaciens, psychologues...).

L'accès aux études est conditionnel à l'obtention d'un BAC (ou d'un titre équivalent) et à la réussite du concours d'admission aux études de sages-femmes. Ce concours comporte quatre épreuves écrites du niveau BAC S (Scientifique). En pratique, un certain nombre de candidats ont déjà effectué des études supérieures quand ils s'y présentent. Le nombre de places mises au concours est déterminé annuellement, pour chaque école, par arrêté du Ministre chargé de la

santé et, selon l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, le taux de réussite au concours est de 10 % (1996: 3). Depuis 1971, un *numerus clausus* est appliqué à l'admission aux études de sages-femmes. Depuis le début des années 1990, ce *numerus clausus* est fixé à 657 nouveaux inscrits (SESI, Annuaire 1997: 158).

La formation de sage-femme est d'une durée de quatre ans et elle comprend des enseignements théoriques, cliniques et pratiques ainsi que des stages hospitaliers notamment dans les services d'obstétrique. Il y a, en moyenne, une vingtaine d'élèves par promotion et, en 1995 (France entière), 2 565 élèves étaient inscrits à une formation de sage-femme (SESI, Annuaire 1997: 156).

Chaque année, deux sessions d'examens sont organisées et les élèves doivent subir ces examens devant l'unité de formation et de recherche de médecine à laquelle est rattachée l'école de sages-femmes. Nous constatons donc que les sages-femmes ne contrôlent pas entièrement l'accès à la profession puisque les évaluations se trouvent sous le contrôle de la profession médicale. Ce fait est également démontré par la composition du jury des examens. En effet, selon l'arrêté du 3 juin 1986, ce jury est « désigné par le directeur de l'unité de formation et de recherche en médecine, sur proposition du médecin directeur technique et d'enseignement de l'école de sages-femmes, et après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Il comprend: un professeur des universités, praticien hospitalier, spécialiste en gynécologie-obstétrique; deux membres au moins du personnel enseignant de l'unité de formation et de recherche de médecine; deux membres au moins du personnel enseignant de l'école de sages-femmes; des sages-femmes enseignant; des sages-femmes en exercice qui feront subir les épreuves pratiques et cliniques » (Arrêté du 3 juin 1986).

Au terme de cette formation de quatre ans, les élèves peuvent se présenter aux épreuves du diplôme d'État de sage-femme. Il s'agit d'un diplôme national de l'enseignement supérieur et celui-ci est « délivré par les universités habilitées à cet effet par arrêté conjoint du Ministre chargé des universités et du Ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche aux personnes qui ont suivi les enseignements et subi

avec succès les examens prévus ... » (Décret du 27 septembre 1985). L'arrêté du 3 juin 1986 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des élèves sages-femmes (...) stipule que chaque élève doit présenter un mémoire en vue de l'examen du diplôme d'État de sage-femme. Selon cet arrêté, « l'examen du diplôme d'État de sage-femme qui porte sur l'ensemble du programme des études comprend l'acceptation par le jury, du mémoire présenté par chaque candidat (...). Après acceptation par le jury, du mémoire présenté par le candidat, l'admission aux épreuves du diplôme d'État est prononcée ... ». En 1995, 585 diplômes de sage-femme ont été délivrés dans toute la France (SESI, Annuaire 1997: 159).

Actuellement, dans le cadre d'une réforme des études de sages-femmes, il est question, pour la première année, d'un tronc commun en médecine comme c'est le cas pour les chirurgiens-dentistes. Cette modification importante porterait éventuellement les études à cinq années ce qui toutefois ne fait pas l'unanimité. À titre expérimental, l'école de Grenoble admet donc, depuis 1992 (suite à un arrêté qui modifie le concours d'entrée de cette école), des élèves qui ont réussi la première année de médecine. En 1992, deux autres écoles devaient participer à l'expérimentation mais celles-ci auraient abandonné, cédant, selon la directrice de l'école de Grenoble, à certaines pressions. Le projet doit se terminer en 1999 et cette dernière ne pense pas qu'il sera renouvelé¹.

La section suivante présente les fonctions que peuvent exercer les sages-femmes françaises une fois leurs études complétées.

4- Fonctions actuelles des sages-femmes:

Ce mémoire étant présenté au Québec où la profession de sage-femme n'est pas encore intégrée au système de santé, nous expliquons ici les fonctions des sages-femmes en France afin de montrer l'étendue du travail qu'une sage-femme peut accomplir dans un pays où la profession est légalisée.

¹ Information obtenue lors d'une entrevue réalisée auprès de la directrice de l'école de Grenoble, le 7 avril 1997.

Nous précisons qu'il s'agit d'une présentation théorique des fonctions des sages-femmes, c'est-à-dire que nous décrivons ce que *légalement* les sages-femmes peuvent effectuer et non ce qu'elles font dans la réalité. Ce dernier aspect est abordé plus loin dans ce mémoire à partir d'une étude de cas dans une maternité publique.

En France, la profession de sage-femme est réglementée par le Code de la Santé publique. On la retrouve au Livre IV du Code, parmi les professions médicales. Les fonctions des sages-femmes françaises sont donc légalement définies à l'intérieur de ce texte de loi qui fixe également les limites de la profession. Les lois, ordonnances, décrets, arrêtés et circulaires qui encadrent la profession de sage-femme sont établis par le Ministère de la santé après avis de l'Académie de médecine (les textes de loi encadrant la pratique des sages-femmes se trouvent en annexe II avec le Code de déontologie).

Plus précisément, *l'Article 374* du Code de la Santé publique et la *loi du 19 mai 1982* décrivent les fonctions des sages-femmes de la façon suivante:

« 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, sous réserve des dispositions des articles L. 369, L. 370 et L. 371 du présent code et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession ».

Le champ d'action de la sage-femme englobe donc le suivi de la grossesse, l'accouchement eutocique ainsi que le post-partum.

La grossesse:

La sage-femme est compétente à effectuer le suivi clinique de la grossesse. Le diagnostic de grossesse, bien que faisant partie des compétences des sages-femmes, nécessite toutefois un examen clinique médical complet, ce qui implique l'intervention d'un médecin.

Dans le cadre de l'exercice de leur profession, les sages-femmes sont autorisées à utiliser certains instruments, à prescrire des examens (échographies, prises de sangs, radiographies, etc.) et à en contrôler les résultats, à prescrire également certains médicaments.

Les examens et médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire ainsi que les instruments qu'elles peuvent utiliser sont limités à ceux qui sont nécessaires à l'exercice de leur profession; la liste est établie par un arrêté du Ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine (articles L. 369 et L. 370 du Code de la Santé publique). Les manœuvres et actes instrumentaux qu'elles peuvent pratiquer sont énumérés à l'article 18 du Code de déontologie.

Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail aux femmes enceintes lors de grossesses non pathologiques d'une durée limitée à quinze jours non renouvelable (Décret du 17 octobre 1985).

Les sages-femmes sont habilitées à pratiquer certains examens complémentaires à la fin de la grossesse, tels un monitoring ou une amnioscopie. L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse peut également, depuis 1986, être effectuée par une sage-femme (article 18 du Code de déontologie des sages-femmes).

L'accouchement:

La surveillance et la pratique de l'accouchement font partie des compétences des sages-femmes. Plus précisément, la sage-femme peut effectuer:

- « la surveillance électronique (...) de l'état du fœtus in utero et de la contraction utérine;
- le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du PH du sang fœtal;
- l'anesthésie locale. En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie loco-régionale (...), à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin;
- l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ».

(Article 18 du Code de déontologie des sages-femmes).

À l'exception de l'amnioscopie pendant la dernière semaine de la grossesse, il est interdit aux sages-femmes de pratiquer toute intervention instrumentale, par exemple il leur est interdit d'utiliser des forceps.

Depuis le décret du 8 novembre 1971, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer la réanimation néonatale. La liste du matériel de réanimation, de la boîte d'instruments pour intubation trachéale et du nécessaire à perfusion ombilicale que les sages-femmes peuvent employer, est fixée par l'arrêté du 3 octobre 1988.

Le post-partum:

Les sages-femmes, dans l'exercice de leurs fonctions peuvent également pratiquer la surveillance et les soins postnatals chez la mère et l'enfant.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne.

La liste des médicaments pouvant être prescrits et les examens autorisés à être pratiqués sur la mère sont énumérés à l'article L. 370 du Code de la Santé publique cité plus haut.

Les examens autorisés à être pratiqués sur le nouveau-né sont fixés par l'arrêté du 17 octobre 1983, modifié par l'arrêté du 10 octobre 1989.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques (ce type de vaccination n'est cependant plus effectué en France), ainsi que les soins prescrits ou conseillés par un médecin (article L. 371 du Code de la Santé publique), notamment elles peuvent participer, sous la direction d'un médecin, au traitement d'une patiente présentant une affection gynécologique (article 24 du Code de déontologie des sages-femmes).

La contraception:

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être effectuée par une sage-femme ou un médecin. Les contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peuvent cependant être délivrés que par un médecin. (L. n° 67-1176 du 28 décembre 1967, réd. L. n° 82-413 du 19 mai 1982, Décret 1982-247).

En résumé, l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes (1996: 1) décrit les principales responsabilités des sages-femmes de la façon suivante:

- « établissement du diagnostic de grossesse
- prescription des sérologies et examens obligatoires
- surveillance de la grossesse: consultations, échographies, prévention de la pathologie obstétricale, prescription de médicaments (liste autorisée)

- préparation à la naissance par différentes méthodes
- surveillance de tous les accouchements
- pratique des accouchements normaux et assistance des accouchements pathologiques y compris les césariennes
- soins aux nouveau-nés (réanimation néonatale si besoin)
- soins aux mères en suites de couches
- prescription ou prévision d'une contraception pour l'après-naissance
- rééducation périnéale ».

L'exercice de la profession de sage-femme implique deux types d'actes. D'abord, les sages-femmes pratiquent des actes qui sont de leur compétence et qu'elles sont habilitées à exercer sous leur propre responsabilité. Mais, elles peuvent aussi être appelées à effectuer des actes sur prescription médicale. Dans ce dernier cas, la responsabilité des sages-femmes, au niveau médico-légal, peut être engagée conjointement à celle du médecin lorsque ce dernier est absent (par exemple dans les cas d'une pré-induction du travail ou d'une réinjection dans le cadre d'une anesthésie péridurale). Le médecin est toutefois responsable des conséquences des actes qu'il a prescrits et qui sont exécutés en sa présence. La responsabilité des sages-femmes peut être impliquée en cas d'appel tardif (Boubli et Willigens, 1996: 8 et 9).

La section suivante présente les différents secteurs d'activité où les sages-femmes françaises peuvent exercer l'ensemble ou une partie de ces fonctions.

5- Secteurs d'activité:

On retrouve, en France, trois principaux types de pratique, la pratique hospitalière (publique), clinique (privée) et libérale. Quelques sages-femmes exercent aussi dans les services de PMI.

Comme nous l'avons vu à la page 82, les sages-femmes salariées représentent, au 1er janvier 1995, 88,7 % de l'ensemble des sages-femmes en France métropolitaine (SESI, Annuaire 1997: 153).

Les sages-femmes salariées exercent au sein des services d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie des maternités des établissements publics et privés. Ces sages-femmes salariées exercent également dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les centres sociaux, les centres de planification des naissances et certains services spécialisés dans la procréation médicalement assistée (PMA). La répartition des sages-femmes entre les établissements de santé publics et privés est donnée à la page 82. Le chapitre V présente, à partir d'une observation dans une maternité publique, le travail des sages-femmes dans ce type d'établissement. Au chapitre V, des distinctions seront également apportées concernant le travail des sages-femmes en secteur privé.

Depuis quelques années, les sages-femmes sont plus nombreuses à s'installer en libéral. Comme nous l'avons vu à la page 82, les sages-femmes libérales représentent, en 1995, environ 11 % de l'ensemble des sages-femmes (SESI, Annuaire 1997: 153). La plupart des sages-femmes libérales pratiquent l'accompagnement global de la grossesse (consultation, préparation à la naissance, prévention de la grossesse pathologique) et certaines exercent la surveillance des grossesses pathologiques à domicile (sur prescription médicale), la rééducation périnéale, le suivi de la femme et de l'enfant en post-partum et la surveillance des stérilets. Quelques sages-femmes libérales font des accouchements à domicile ou en plateau technique ouvert dans une maternité publique ou privée. Le chapitre VI est consacré au secteur libéral de la profession de sage-femme.

Les sages-femmes de PMI travaillent généralement dans un secteur géographique déterminé. Elles effectuent des visites à domicile consacrées aux grossesses pathologiques et à la surveillance de femmes enceintes en difficulté socio-économique ou familiale. Dans la première situation, les signalements proviennent de médecins généralistes, de gynécologues libéraux ou de maternités publiques ou privées. Les femmes en difficulté sont, elles, signalées par des médecins, des sages-femmes, des centres de planification familiale ou d'IVG ou les services sociaux. « Au cours des visites effectuées, les sages-femmes disent toujours faire un acte médical aussi limité soit-il pour manifester la spécificité de leur fonction et peut-être aussi pour éviter que leur visite ne soit perçue par les femmes comme un contrôle » (Schweyer, 1996: 81). Au 31 décembre 1994, on dénombrait, en France métropolitaine, 616 sages-femmes de PMI. À titre de comparaison, le personnel de PMI était également composé de 1 255 médecins, de 3 548 puéricultrices et de

1 133 infirmières (SESI, Annuaire 1997: 182). Les puéricultrices et les infirmières exercent soit dans les consultations médicales, soit pour la surveillance à domicile des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans.

En France, les sages-femmes salariées n'exercent donc pas uniquement en milieu hospitalier (public) mais elles peuvent également exercer dans des cliniques privées ainsi que dans des centres axés sur la protection maternelle et infantile. Il est intéressant de noter qu'un certain nombre de sages-femmes exercent leur profession à leur propre compte, soit en libéral. La dernière section de ce chapitre présente les associations professionnelles qui regroupent les sages-femmes.

6- Associations professionnelles:

Selon l'article L. 444 (Décret du 11 mai 1955) du Code de la Santé publique, « l'Ordre national des sages-femmes groupe obligatoirement toutes les sages-femmes habilitées à exercer leur profession en France ».

Au niveau de son organisation, l'Ordre des sages-femmes, comme celui des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, est bâti sur le modèle de l'Ordre des médecins, avec des effectifs différents pour les conseils. L'Ordre des sages-femmes se distingue par la mise en place de conseils à un niveau interrégional.

Les Conseils de l'Ordre des sages-femmes sont:

– **Les Conseils départementaux:**

L'article L. 446 du Code de la Santé publique affirme que « dans chaque Département, il est institué un conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes. Il possède en ce qui concerne la profession de sage-femme, les mêmes attributions que le conseil départemental de l'Ordre des médecins en ce qui concerne les médecins »

Selon l'article L. 448, « les deux conseils départementaux des médecins et des sages-femmes peuvent tenir des réunions communes sous la présidence du président du conseil départemental de l'Ordre des médecins »

– **Les Conseils interrégionaux:**

Selon l'article L. 448-1 (L. n° 95-116 du 4 février 1995) du Code de la santé publique, « le conseil interrégional de l'Ordre des sages-femmes constitue la juridiction disciplinaire de première instance. Cette juridiction a, à l'égard des sages-femmes, les mêmes attributions que celles du conseil régional de l'Ordre des médecins vis-à-vis de ces derniers ».

– **Le Conseil national:**

Selon l'article L. 452 (Décret n° 58-1340 du 20 décembre 1958) du Code de la Santé publique, « le conseil national des sages-femmes a, en ce qui concerne les sages-femmes, les mêmes attributions générales que le conseil national de l'Ordre des médecins vis-à-vis des médecins. Le

conseil peut tenir séances avec le conseil national des médecins pour l'examen de questions communes aux deux professions ».

Avant 1995, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes était composé de quatre médecins spécialisés en obstétrique désignés par le Conseil national de l'Ordre des médecins et de cinq sages-femmes élues par les conseils départementaux. Il devait être présidé par un médecin. Depuis la loi du 4 février 1995 et après plusieurs années de revendications, la composition du conseil est modifiée; désormais, celui-ci est composé de cinq sages-femmes élues et il est présidé par une sage-femme.

En effet, l'article L. 449 du Code de la Santé publique stipule que (d'après la L. n° 95-116 du 4 février 1995), le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes doit être composé de « cinq sages-femmes élues par les conseils départementaux regroupés en cinq secteurs par arrêté du Ministre chargé de la santé publique ».

Par ailleurs, on retrouve toujours une présence médicale au sein des conseils nationaux et interrégionaux des sages-femmes; selon l'article L. 450, « sont adjoints au Conseil national des sages-femmes, avec voix consultative, trois médecins représentant les Ministres de la Santé publique et de la Population, de l'Éducation nationale et du Travail et de la Sécurité sociale »; selon l'article L. 448-3, « sont adjoints avec voix consultative au conseil interrégional: « 1° un conseiller juridique (...); 2° le médecin inspecteur régional de la santé de la Région dans laquelle se trouve le siège du conseil interrégional; 3° un médecin directeur technique d'une école de sages-femmes, désigné par le Ministre chargé de la santé; 4° un médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour les affaires relevant de l'application des lois sur la sécurité sociale, désigné par le médecin-conseil national ».

Outre l'Ordre des sages-femmes, de nombreuses associations professionnelles représentent les sages-femmes. Notamment, on retrouve deux associations syndicales soit l'Union Nationale des Syndicats de Sages-femmes (UNSSF) créée en 1945 et l'Organisation Nationale des Syndicats de

Sages-femmes (ONSSF) créée en 1953. Ces deux associations sont membres, notamment, du Conseil de perfectionnement des écoles ainsi que des commissions paritaires nationales et départementales, de la commission de la nomenclature, des commissions tarifaires, de la commission concernant le droit de prescription et la capacité professionnelle. Également, elles signent les conventions avec la Caisse nationale d'assurance maladie pour le secteur libéral.

Les sages-femmes de différentes catégories peuvent aussi être représentées par des associations telles que l'Association des directrices et monitrices des écoles et des écoles de cadres de sages-femmes, l'Association professionnelle des sages-femmes des facultés de médecine, l'Association nationale des sages-femmes libérales, l'Association nationale des sages-femmes de PMI ...

Dans ce chapitre, nous avons pu, notamment, constater l'étendue des fonctions qui sont légalement attribuées aux sages-femmes en France. Nous pouvons maintenant affirmer, qu'au niveau formel, les sages-femmes françaises bénéficient d'une autonomie professionnelle provenant des textes officiels qui encadrent leur profession; le cadre légal qui définit le champ de compétence des sages-femmes permet, en effet, à celles-ci d'être autonomes dans les cas de grossesses et d'accouchements eutociques. Il reste cependant à vérifier si, au niveau concret, soit dans les sites de travail, les sages-femmes peuvent exercer leur profession de manière autonome ou si elles sont restreintes par la proximité médicale. Le chapitre suivant présente les résultats d'une observation réalisée dans une maternité publique. Il permettra donc de connaître un lieu de travail précis dans lequel les sages-femmes peuvent exercer leurs fonctions et ainsi d'évaluer si elles peuvent réussir à y mettre en pratique les compétences que leur confère le cadre légal.

CHAPITRE V: UNE MATERNITÉ

PUBLIQUE FRANÇAISE

Ce chapitre présente les résultats d'une observation réalisée dans une maternité publique française de taille moyenne. Il est divisé en cinq sections. À la première section, nous expliquons les démarches méthodologiques concernant cette observation. À la section suivante, afin de situer les sages-femmes dans leur milieu de pratique, nous présentons, d'abord le centre hospitalier auquel appartient cette maternité, puis la maternité elle-même et, enfin, nous abordons les différents modes de suivi de grossesse dans le secteur de la maternité. Puis, dans une section consacrée à la division du travail en maternité publique, le travail des sages-femmes dans cette maternité publique est expliqué ainsi que, de façon brève, celui des autres intervenants avec qui elles sont en relation: les médecins gynécologues-obstétriciens, les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, les pédiatres et les anesthésistes-réanimateurs. Dans une quatrième section, après avoir décrit le travail des sages-femmes à la section précédente, un bilan de la position qu'elles occupent dans ce type de site de pratique est effectué à partir des observations que nous avons faites, mais aussi à partir de ce qu'elles nous ont dit sur leur travail ainsi que sur les rapports professionnels qu'elles entretiennent avec les médecins. Finalement, dans une dernière section, quelques précisions sont apportées concernant le travail des sages-femmes dans d'autres catégories de maternité, ceci afin d'éviter une généralisation, à partir de la maternité observée, à l'ensemble des maternités françaises.

1- Méthodologie:

Au départ, notre ambition était d'identifier deux types de sites de pratique des sages-femmes en France afin d'effectuer une comparaison entre ces deux sites. Dans le cadre d'un mémoire sur

l'autonomie d'une profession, cette comparaison aurait eu pour objectif d'analyser dans quelle situation l'autonomie des sages-femmes était la plus grande.

Il s'agissait donc, après avoir compris l'organisation du système de santé français, de repérer les types de sites pertinents à comparer en vue d'étudier deux modes de pratique des sages-femmes.

L'enquête publiée par la CNAM, L'obstétrique en France. Enquête 1991 (Groupe d'animation et d'Impulsion National, 1993) fait ressortir deux classements de maternité. Selon ce rapport, le fonctionnement des maternités varie en fonction de l'activité de l'établissement (nombre annuel d'accouchements) et en fonction du statut (public, privé sans but lucratif, privé à but lucratif et privé participant au service public hospitalier). Ce rapport souligne que des variations importantes de pratique existent entre les différentes maternités.

Or, il est apparu que les deux principaux secteurs dans lesquels œuvrent les sages-femmes correspondent aux secteurs public et privé à but lucratif et que l'existence de ce double système (public et privé) est une caractéristique fondamentale du système de santé français. De plus, de manière généralisée, on reconnaît, en France, que l'exercice de la profession de sage-femme varie particulièrement entre le secteur privé et le secteur public. La comparaison aurait donc pu porter sur une maternité privée et une maternité publique.

Toutefois, cette comparaison n'a pas pu être réalisée pour des raisons opératoires. Après avoir obtenu la liste des maternités des deux régions avoisinantes (PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Rhône-Alpes), il est ressorti qu'il serait particulièrement difficile de sélectionner, dans un secteur assez rapproché de notre résidence, deux maternités (privée et publique) de taille équivalente (afin d'éviter de faire intervenir une seconde variable, soit l'activité de la maternité) qui fonctionneraient avec environ 1 000 accouchements par an et qui seraient relativement proches l'une de l'autre. En effet, nous cherchions par là à exclure les petites et les très grosses maternités car elles sont moins nombreuses.

Ce chapitre présente donc, à partir d'une observation réalisée dans une maternité publique (la maternité H), le fonctionnement d'une maternité française de taille moyenne ainsi que les modalités d'exercice de la profession de sage-femme dans ce type de maternité. En effet, comme il était impossible, dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, de couvrir tous les types de pratique (public, privé, libéral, petites maternités, maternités moyennes, grosses maternités, CHU, PMI ...), il a été jugé plus intéressant de présenter un exemple de maternité existant en France. Cet établissement a été choisi (en janvier 1997) pour trois raisons principales. D'abord, la proximité de la maternité par rapport à notre lieu de résidence mais, également parce qu'il s'agissait d'une maternité qui correspondait au type d'établissement recherché: ni une très petite maternité, ni une très grosse, mais une maternité où se déroulent de 900 à 1000 accouchements par année. En outre, comme le système de santé au Québec est un système public, il était préférable, pour avoir une idée de ce sur quoi une législation de la pratique des sages-femmes au Québec pourrait déboucher, de choisir un site de pratique le plus semblable possible.

Suite à une entrevue avec la sage-femme surveillante chef de la maternité H (et sur invitation de cette dernière), une première observation d'une durée de six jours a été réalisée en novembre 1996. L'objectif était d'utiliser ce site comme pré-test avant de procéder à une éventuelle comparaison entre deux autres maternités. Il s'agissait de nous familiariser avec le fonctionnement d'une maternité en offrant une vue d'ensemble sur ce type d'établissement, ce qui devait faciliter l'étude ultérieure et la compréhension des deux maternités qui auraient constitué les cas retenus. En effet, les activités suivantes furent alors observées:

- les soins en suites de couches du matin (effectués, comme habituellement, par la sage-femme chef d'unité);
- les soins en suites de couches de l'après-midi (effectués par une des deux sages-femmes de garde);

- une matinée de consultations¹ avec les sages-femmes (sur rendez-vous);
- des consultations en « urgence » avec les sages-femmes;
- une réunion hebdomadaire du lundi entre les médecins et les sages-femmes;
- une matinée d'échographies effectuées par un gynécologue-obstétricien de la maternité;
- une matinée d'échographies effectuées par une sage-femme;
- une « relève » (changement de personnel à 8 heures le matin: on se transmet alors les informations sur les patientes);
- l'examen par une sage-femme d'une femme venant d'accoucher (toujours en salle d'accouchement);
- deux accouchements réalisés par une sage-femme;
- l'installation d'une péridurale par une anesthésiste;
- un après-midi de cours de préparation à la naissance offerts par une sage-femme (deux groupes chaque vendredi).

Mais, surtout, de façon plus diffuse, un contact avec le personnel de la maternité fut établi, en particulier avec les sages-femmes. En dehors d'activités précises, quelques moments furent passés à accompagner celles-ci dans leur bureau, à observer ce qu'elles y faisaient (remplir des formulaires, répondre au téléphone, donner des informations aux femmes par téléphone, accueillir les femmes qui arrivent avec un problème et qui ont, éventuellement, besoin d'une consultation, discuter avec les médecins du cas de certaines patientes, etc.) et à les suivre dans

¹ Le terme « consultation » correspond à ce qu'on appelle, au Québec, une « visite », un « rendez-vous » chez le médecin.

leurs déplacements entre le bureau, la salle d'accouchement, la salle de consultation, les chambres des patientes, les bureaux des médecins...Ce premier contact fut très positif et l'ensemble du personnel, tout à fait accueillant.

Quelques semaines plus tard, suite à l'abandon du projet de comparaison entre deux maternités, cette maternité fut sélectionnée (pour les raisons énumérées plus haut) pour une observation plus élaborée. Une nouvelle rencontre (le 30 janvier 1997) avec la sage-femme surveillante chef ainsi que, cette fois-ci, avec le chef de service de la maternité, permit d'obtenir l'accord souhaité. À la surveillante chef que nous connaissions déjà, nous avons exposé les motifs qui nous faisaient choisir la maternité H (proximité de la maternité et activité moyenne de celle-ci). Nous lui avons dit que nous avions pensé à deux ou trois autres maternités mais que nous ne souhaitions pas les retenir pour deux raisons: celles-ci se trouvent à plus d'une heure de route de notre résidence et, de plus, ce sont de petites maternités qui font de 400 à 500 accouchements par année. Elles sembla tout à fait d'accord avec nos deux objections et nous donna son accord immédiatement. Elle déclara qu'il serait toutefois nécessaire, cette fois-ci, de rencontrer le chef de service et, comme ce dernier « est très occupé », elle se rendit à son bureau pour lui demander de nous rencontrer quelques minutes. Celui-ci nous demanda de lui expliquer les objectifs de notre étude et, une fois que cela fut fait, il nous donna également son accord.

Une demande d'autorisation officielle fut envoyée (le 10 février 1997) à l'administration du Centre hospitalier où se trouve la maternité, et reçut également une réponse positive. L'accord de l'administration fut obtenu le 20 février et, le lendemain (vendredi), un appel téléphonique à la sage-femme surveillante chef permit de s'entendre sur le début de l'observation, soit le mardi suivant (les lettres de demande d'autorisation et les réponses se trouvent à l'annexe III).

La deuxième observation s'échelonna sur 11 semaines soit du 25 février 1997 au 6 mai 1997, ce qui correspond, en rajoutant la semaine de novembre 1996 à environ deux mois et demi de terrain. Nous étions présente à la maternité, en général, à raison de quatre jours par semaine pour des durées variables en fonction de l'activité journalière du service. Parfois, il s'agissait de périodes continues (par exemple de quatre heures ou plus), mais dans d'autres cas, l'observation

se déroulait en partie le matin pour être reprise dans le courant ou à la fin de l'après-midi. Nous avons tenté de mener cette étude à des moments différents de la journée afin d'obtenir une vue d'ensemble sur plusieurs situations et activités de la maternité (le calendrier des observations se trouve à l'annexe IV).

Une grande partie du travail d'une maternité est assez aléatoire et il est difficile de prévoir s'il y aura des accouchements ou non, s'il y aura beaucoup de consultations « urgentes »...

Certaines périodes se limitaient donc à demeurer auprès des sages-femmes, en particulier dans leur bureau, et à observer ce qu'elles faisaient et ce qu'elles disaient (par exemple, au milieu d'un après-midi où il n'y a aucune femme qui est en train d'accoucher) ou à essayer de les suivre dans leurs va-et-vient. D'autres moments étaient, cependant, consacrés à l'observation d'activités particulières (suites de couches, consultations, cours de préparation, réunion du lundi...). Enfin, dès que l'occasion se présentait, le déroulement d'un accouchement était observé.

Avant l'observation d'une activité précise, nous demandions à la sage-femme concernée si elle acceptait notre présence à moins (ce qui était moins fréquent) que cette dernière nous ait elle-même conviée à l'accompagner (par exemple: « je fais des consultations, est-ce que tu veux venir? » ou, la sage-femme entrant dans la salle d'accouchement: « tu peux venir si tu veux... »). Notre demande était surtout effectuée par politesse car, sauf exception, l'attitude des sages-femmes était toujours positive. Lors des consultations et des accouchements, la même demande était toujours effectuée auprès de chaque femme et aucune ne refusa. Nous étions alors simplement présentée comme une stagiaire et certaines patientes déclaraient: « il faut bien apprendre! ». Dans certains cas, surtout à l'occasion des accouchements (pour les consultations, ce fut rarissime), une relation plus élaborée se développa avec la mère ou les deux parents (entre deux contractions!) et il fut alors possible d'expliquer les objectifs de notre travail. Nous expliquions alors que nous étions Québécoise et que nous réalisions une étude sur la profession de sage-femme en France parce que cette profession n'est pas reconnue au Québec. Si la femme ou le couple manifestaient un intérêt plus poussé, nous pouvions être appelée à donner des informations plus détaillées sur la situation au Québec. Le fait d'être Québécoise, comme ce fut

le cas depuis les premières démarches de notre étude, était souvent un atout et suscitait un intérêt ainsi qu'une chaleur particulière chez les gens.

Cette observation réalisée au printemps 1997 permit, dans un premier temps, d'approfondir l'étude d'activités déjà observées en novembre mais, également, elle fournit la possibilité d'observer de nouvelles tâches et activités.

Au total, nous avons assisté à 22 accouchements, la plupart (16) étant des accouchements normaux mais nous avons également vu une césarienne ainsi que quelques accouchements (5) avec extraction instrumentale (spatules ou ventouses). Tous les bébés qui sont nés étaient normaux et en bonne santé mais un de ceux-ci était un prématuré (1,6 kg) qui dut être transféré dans un centre hospitalier spécialisé (régional). Nous avons aussi vu venir au monde des jumeaux. Les accouchements eutociques étaient réalisés par une sage-femme, assistée d'une aide-soignante ou auxiliaire-puéricultrice pour recevoir le bébé. Cependant, dès qu'un accouchement déviait de la norme, il nécessitait la présence d'une équipe (en plus des deux premières intervenantes: un médecin gynécologue-obstétricien, un anesthésiste et son infirmier anesthésiste, un pédiatre). Dans certains cas, la sage-femme était accompagnée d'une élève sage-femme en stage. Nous avons donc pu observer des accouchements normaux et ainsi regarder les sages-femmes exercer leur profession (ou l'apprendre dans le cas des stagiaires) mais, aussi, nous avons pu les voir travailler en équipe, lors de situations particulières. Les accouchements observés sont présentés dans le tableau suivant.

TABLEAU VII

CALENDRIER DES ACCOUCHEMENTS OBSERVÉS

Note: S.A. = sage-femme de garde en salle d'accouchement;

S.C.= sage-femme de garde en suites de couches.

DATE	SAGES-FEMMES (SF) ¹ ET MÉDECINS (DR) ²	TYPE D'ACCOUCHEMENT
Jeudi 21 novembre	S.A.= SF 3 Élève SF	voie basse: accouchement eutocique
Jeudi 21 novembre	S.A.= SF 3 Élève SF	voie basse: accouchement eutocique
Mardi 25 février	S.A.= SF 2 S.C.= SF 7 (aide)	voie basse: accouchement eutocique
Jeudi 27 février	S.A.= SF 10, SF 6 Élève SF S.C.= SF 6 (aide)	voie basse: accouchement eutocique
Mardi 4 mars	DR Y S.C.= SF 2	césarienne
Lundi 10 mars	S.A.= SF 4 Élève SF	voie basse (petit poids: 2,090 kg)
Mardi 11 mars	S.A.= SF 4 Élève SF	voie basse: accouchement eutocique
Vendredi 14 mars	DR R S.A.= SF 1 Après 20 h: S.A.= SF 8 S.C.= SF 11 (aide)	voie basse: ventouses (gémellaire)

¹ Les sages-femmes sont identifiées par un numéro (de 1 à 12).

² Les médecins sont identifiés par une lettre de l'alphabet (X, Y, Z et R pour une remplaçante).

Lundi 17 mars	S.A.= SF 6 Élève SF	voie basse: accouchement eutocique
Jeudi 20 mars	S.A.= SF 1 S.C.= SF 5 (aide)	voie basse: accouchement eutocique
Lundi 24 mars	S.A.= SF 10	voie basse: accouchement eutocique
Jeudi 27 mars	S.A.= SF 9 après 20 h: S.A.= SF 2 S.C.= SF 7 (aide)	voie basse: accouchement eutocique
Mercredi 2 avril	S.A.= SF 7	voie basse: accouchement eutocique
Jeudi 3 avril	S.A.= SF 2 S.C.= SF 7 DR Z	voie basse: spatules
Mardi 8 avril	S.A.= SF 4 S.C.= SF 11 DR Z	voie basse: spatules (prématuré)
Vendredi 11 avril	S.A.= SF 6 DR Y SF chef d'unité (à la fin)	voie basse: spatules
Mercredi 16 avril	S.A.= SF 5	voie basse: accouchement eutocique
Lundi 21 avril	S.A.= SF 2 Élève SF	voie basse: accouchement eutocique
Mercredi 23 avril	S.A.= SF 1 DR Z Élève SF	voie basse: spatules
Dimanche 27 avril	S.A.= SF 1	voie basse: accouchement eutocique
Dimanche 27 avril	S.C.= SF 11	voie basse: accouchement eutocique
Lundi 28 avril	S.A.= SF 9	voie basse: accouchement eutocique

Toutes les sages-femmes, sauf une (SF 12), ont été observées durant ces accouchements. Une sage-femme (SF 8) a été observée une seule fois, deux sages-femmes (SF 1 et SF 7) ont été observées quatre fois et la sage-femme (SF 2) qui a été observée le plus souvent, a été observée cinq fois. Les autres sages-femmes (SF 3, SF 4, SF 5, SF 6, SF 9, SF 10 et SF 11) ont été observées deux ou trois fois. Un des médecins n'a pas été observé (X) durant un accouchement. Toutefois, les deux autres médecins de la maternité ont été observés ainsi qu'une remplaçante (R).

Outre les accouchements, les principales activités qui peuvent être ajoutées à la liste déjà établie en novembre sont les suivantes:

- une réunion mensuelle du lundi incluant les pédiatres ;
- d'autres échographies (effectuées par une seconde sage-femme);
- plusieurs activités des sages-femmes telles que: les commandes de pharmacie, la consultation du Minitel pour obtenir les résultats d'examens des patientes, la préparation ainsi que la remise des documents nécessaires à la sortie des femmes et de leurs bébés;
- une amniocentèse;
- une intervention gynécologique (une ponction du sein);
- les soins aux nourrissons en salle de change (pouponnière) effectués par les aides-soignantes ou auxiliaires-puéricultrices;
- des visites du médecin.
- la pratique d'un des rares hommes sages-femmes (un remplaçant);

En général, cette observation s'est bien déroulée et l'équipe de la maternité était très réceptive à notre présence. Il était stimulant d'accompagner ces professionnels dans leurs activités de travail quotidiennes et, en particulier, ce fut une expérience fort enrichissante (et aussi émouvante!) d'avoir la possibilité d'assister à ces accouchements.

Parmi les difficultés rencontrées, il faut surtout souligner un certain stress que nous ressentions de façon presque constante mais surtout lors de l'arrivée à la maternité, moment où il fallait, chaque fois « briser la glace ». En effet, comme ce type d'établissement fonctionne 24h sur 24, lorsque nous arrivions, peu importe l'heure, les sages-femmes étaient alors en pleine activité. Ce qui signifie qu'il fallait parfois les trouver dans l'établissement et essayer de s'intégrer à l'équipe de la journée (qui variait régulièrement). Les premières journées (mis à part le jour de notre arrivée où la sage-femme surveillante chef nous accompagna au bureau des sages-femmes) nous devions, quotidiennement, nous présenter ainsi que notre projet¹, sauf si la sage-femme nous avait déjà rencontrée en novembre. Dans ce dernier cas, elle réagissait alors souvent avec enthousiasme (« Ah! tu es revenue! »).

Les deux situations les plus délicates pour nous intégrer correspondaient aux accouchements et aux consultations « urgentes ». Si un accouchement était en cours, pour y assister il fallait aborder une sage-femme parfois très occupée afin d'obtenir son accord puis, s'introduire délicatement dans la salle d'accouchement pour solliciter l'accord de la parturiente. Lors des consultations « urgentes », la porte fermée de la salle d'examen représentait une frontière difficile à franchir et il fallait encore une fois manifester notre souhait d'y assister. Les sages-femmes, en général débordées de travail, étaient toujours très pressées et il n'était pas aisé de devoir, chaque fois, les interrompre dans leur travail pour leur demander si elles acceptaient que nous les accompagnions ou pour poser des questions. Il était également stressant de nous trouver constamment dans leur dos ou à leurs côtés à nous demander si nous les dérangions dans leur travail.

¹ Nous expliquions que nous étions Québécoise et que nous réalisions une étude sur les maternités françaises ainsi que, plus particulièrement, sur la profession de sage-femme qui n'est pas reconnue chez nous. Nous expliquions que nous souhaitions les accompagner afin d'observer ce qu'elles font comme travail dans une maternité.

Néanmoins, aucune sage-femme n'a montré de l'impatience face à notre présence et ce stress était plutôt occasionné par notre impression d'être continuellement « dans leurs jambes ». Certaines sages-femmes étaient même particulièrement accueillantes: elles nous expliquaient, dès notre arrivée, ce qui était en cours dans le service et nous invitaient à les suivre ou à entrer en salle d'accouchement ou de consultation. Il faut ajouter que l'ensemble du personnel (les aides-soignantes et auxiliaires-puéricultrices) représentait également un groupe qui facilitait les contacts et qui était toujours (lorsque leur travail le permettait) enclin à fournir quelques explications.

En général, après avoir passé l'étape de l'intégration à une activité (un accouchement, les consultations, les suites de couches...), l'intérêt et le plaisir d'y assister prenaient souvent le dessus et la journée se terminait avec enthousiasme.

Enfin, parmi les difficultés, il faut mentionner la nature même des activités inhérentes à une maternité, c'est-à-dire des situations qui sont particulièrement intimes. Que ce soit les accouchements, les soins (par exemple, une toilette en suites de couches), les consultations, etc., nous nous sentions toujours un peu gênée d'y être présente en tant qu'observatrice. Néanmoins, comme le milieu hospitalier est également un lieu d'apprentissage où il est fréquent de retrouver des personnes en formation qui accompagnent les professionnels, notre présence ne semblait pas inopportune.

Une seule sage-femme s'est montrée réticente face à notre présence lors des consultations. Elle a souligné le fait que les consultations sont des moments privilégiés entre la sage-femme et la femme ou les deux parents et qu'il s'agit d'une situation intime due non seulement à l'examen qui est effectué mais, aussi, en raison de la discussion propre à cette circonstance et des questions qui peuvent y être posées. Comme la deuxième sage-femme ne semblait pas d'accord avec elle et ne voyait aucun inconvénient à notre présence (elles en discutaient), elle a finalement, après avoir sollicité l'accord de la patiente, accepté que nous assistions à la consultation. Une fois celle-ci terminée, elle a toutefois déclaré que les rendez-vous suivants seraient identiques et qu'il n'était pas nécessaire que nous l'accompagnions. Notre attitude fut alors de ne pas insister en

considérant que les consultations pourraient être observées avec d'autres sages-femmes favorables à notre présence. Il faut dire que cette situation s'est produite en février lors de notre seconde journée à la maternité et que, toutes les sages-femmes n'ayant pas été nécessairement avisées de notre étude, celle-ci n'y était peut-être pas préparée. Si notre demande avait été réitérée, cette sage-femme aurait peut-être adopté une attitude positive; néanmoins, ce souhait n'a pas été formulé et cette sage-femme n'a pas, par la suite, particulièrement cherché à nous inviter à la suivre.

De façon globale, nous pouvons affirmer que cette observation nous a permis de connaître et comprendre comment fonctionne une maternité publique française de taille moyenne. Surtout, nous avons pu observer les sages-femmes, objet principal de notre étude, dans le contexte de leur travail en maternité publique et nous sommes donc en mesure de présenter ce qui caractérise ce travail. Mais les sages-femmes ne sont pas les seules à œuvrer dans une maternité et cette étude nous a permis de saisir en quoi consiste la division du travail d'une maternité publique et quelles sont les tâches respectives des différents professionnels qui y œuvrent.

Afin de compléter nos observations, des entrevues ont été effectuées pendant et après l'observation. Lors de notre séjour à la maternité, nous avons interrogé certains membres de la maternité: la sage-femme surveillante chef, la sage-femme chef d'unité, d'autres sages-femmes, des élèves sages-femmes en stage, des médecins (dont des remplaçants), des auxiliaires de puériculture, des aides-soignantes, des secrétaires. Nous avons alors consigné avec nos notes d'observation les propos recueillis auprès de ces personnes. Une fois l'observation terminée, afin de compléter les informations requises pour la rédaction du mémoire, nous avons rencontré les personnes suivantes: la surveillante chef à deux reprises, la chef d'unité, des sages-femmes¹, des aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, un médecin, un représentant de l'administration du centre hospitalier auquel appartient la maternité, deux sages-femmes à la retraite ayant travaillé à la maternité à partir de la fin des années 1930 jusqu'au début des années 1980.

¹ En particulier, nous avons interrogé les sages-femmes qui sont arrivées à la maternité avant qu'un médecin n'y exerce à plein temps (avant 1987) ainsi que des sages-femmes ayant travaillé à la clinique située dans la même ville.

Dans le cadre de notre recherche, des entrevues ont aussi été effectuées auprès de certaines représentantes de la profession de sage-femme. Nous avons rencontré: à Paris, la secrétaire générale de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes; la directrice d'une École de sage-femme avec deux enseignantes ainsi qu'une sage-femme de la maternité observée qui est une ancienne élève de cette école; une sage-femme libérale installée depuis quelques années dans la ville de la maternité H; une sage-femme qui venait de quitter (en janvier 1998) la maternité H pour ouvrir un cabinet libéral. Nous avons également réalisé une entrevue téléphonique avec une autre sage-femme libérale du Département où se trouve la maternité H.

Nous avons, au début de notre recherche, communiqué avec le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes à Paris afin d'obtenir des informations sur la profession et éventuellement rencontrer une représentante du Conseil. Nous les avons d'abord rejointes par téléphone puis, à leur demande, par courrier mais notre requête n'obtint aucune réponse.

À la maternité H, nous avons consulté certains documents qui font partie du fonctionnement habituel du service tels que le *dossier obstétrical* des femmes enceintes, les formulaires que les sages-femmes remplissent lors d'un accouchement, le dossier des protocoles de soins, etc. Afin de nous documenter sur le centre hospitalier de la maternité observée, nous avons également consulté certains documents. Ces derniers sont cités à la section suivante qui présente le centre hospitalier ainsi que la maternité.

Avant de présenter les résultats de cette observation, nous tenons à préciser que cette étude a été centrée sur la description des responsabilités des professionnels ainsi que sur la nature de leurs rapports plutôt que sur l'aspect médical de leur travail. En l'occurrence, malgré nos efforts à reproduire le plus fidèlement ce que nous avons observé, il se peut toutefois que certains termes techniques nous aient échappé ou aient été mal compris.

2- Présentation du site d'observation:

Les maternités publiques, en abritant la gynécologie-obstétrique, constituent un des services d'un centre hospitalier. C'est pour cette raison, qu'avant de présenter la maternité observée, une brève présentation du centre hospitalier auquel elle appartient est d'abord effectuée afin de situer celle-ci dans son environnement. Ces deux points sont suivis d'une section portant sur les différents modes de suivi de grossesse présents dans le secteur géographique de cette maternité.

a) Présentation du Centre hospitalier H:

Le centre hospitalier H est situé dans une ville d'environ 36 000 habitants. Il s'agit du chef-lieu du Département; on retrouve donc également dans cette ville l'ensemble des services départementaux, notamment la DDASS.

L'hôpital appartient à la catégorie *centre hospitalier général* et il n'est donc pas un centre spécialisé, ce qui implique que toutes les pathologies ne sont pas prises en charge localement. En particulier, il n'existe pas de véritable service de réanimation néonatale. Si un enfant en détresse naît à la maternité de l'hôpital, il est stabilisé, conditionné en vue d'un transport puis évacué vers un centre hospitalo-universitaire. Dans d'autres domaines, on notera également l'absence de neuro-chirurgie, de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

Deux possibilités de transfert sont offertes dans la Région. L'hôpital universitaire le plus proche situé au sud de la ville, est distant de 200 km, par un trajet principalement en autoroute. La durée du transfert est alors de deux heures. L'hôpital universitaire le plus proche situé au nord n'est distant que de 100 km mais par une route de montagne difficile. Le transfert prend également deux heures. Un transfert effectué en hélicoptère (le jour) représente une durée d'une heure pour un hôpital et de 45 minutes pour l'autre.

Selon le S.R.O.S. (Schéma régional d'organisation sanitaire), déterminé par un arrêté du 18 juillet 1994, le centre hospitalier H représente un pôle de référence « couvrant ainsi la plupart des besoins des habitants » du Département et du nord du Département contigu qui est au sud.

L'hôpital H est, ces dernières années, en pleine expansion. En 1993, fut ouvert un nouveau plateau technique regroupant, notamment, le laboratoire polyvalent, le bloc opératoire, l'imagerie médicale, les urgences et le service social. En 1994, un hôpital de jour médical fut créé. En outre, sont prévues la construction d'un pavillon médical comprenant un pôle mère-enfant pour le printemps 2 000 et, en 2 001, celle d'un pavillon chirurgical.

Pour les services classés dans les disciplines M.C.O. (Médecine, Chirurgie et Obstétrique), les **entrées en hospitalisation complète** ont connu, ces dernières années, une progression importante (il s'agit d'une évolution de 26,4 % en cinq ans et de 3,95 % entre 1995 et 1996) et représentent un total de 14 590 entrées en 1996 réparties de la façon suivante: 7 515 en médecine, 5 381 en chirurgie et 1 694 en obstétrique. L'activité des services médico-techniques est « toujours très importante » dans les secteurs de l'imagerie et de l'anesthésiologie. Les **actes opératoires**, produits au profit de malades hospitalisés, représentent une augmentation de 11,4 % entre 1995 et 1996 et totalisent 335 078 actes (Compte administratif. Exercice 1996. Rapport de présentation du directeur: 7 et 8).

Le nombre de lits installés au 1er janvier 1997 est de 427 lits. En hébergement ou hospitalisation complète, le nombre de lits installés est de 408 lits répartis de la façon suivante: 268 en M.C.O. (152 en médecine, 86 en chirurgie et 30 en gynécologie-obstétrique), 110 en soins de longue durée et 30 en maison de retraite. Les 19 lits installés en hospitalisation à temps partiel et activité ambulatoire se distribuent comme suit: 8 en médecine, 8 en hémodialyse et 3 en I.V.G. (Interruption volontaire de grossesse) (Budget de l'exercice 1998. Rapport du directeur: 15).

Les effectifs du personnel médical étaient de 43 dont trois temps partiel en 1990. En 1997, ils sont de 65 dont 2 temps partiel. Les effectifs du personnel non médical étaient, en 1990, de 694 et, en 1997, de 770 (Projet d'établissement 1997-2001: 8).

À titre d'exemple, en 1996 le personnel médical rémunéré était composé de 69,55 E.T.P. et se ventilait de la façon suivante: 38,23 praticiens hospitaliers (temps plein), 1,2 praticiens hospitaliers (temps partiel), 18,69 assistants (généralistes et spécialistes), 5,97 vacations d'attachés, 0,46 suppléants et 5,0 internes (Compte administratif. Exercice 1996: 18).

Toujours en 1996, l'effectif total du personnel non médical rémunéré était de 732,34 E.T.P. répartis comme suit: 96,07 administratifs, 486,61 soignants et éducatifs, 48,94 médico-techniques et 100,72 techniques. À cela, il faut rajouter 42,08 E.T.P. en maison de retraite et 42,32 E.T.P. en U.S.L.D (Compte administratif. Exercice 1996: 18).

Malgré le fait que les sages-femmes sont légalement définies comme une profession médicale, dans la classification adoptée par l'administration de l'hôpital, seuls les médecins font partie du personnel médical et les sages-femmes sont donc comptées parmi le personnel non médical, dans la catégorie des soignants comme, par exemple, les infirmières.

On retrouve, à l'hôpital H, une activité libérale pour les services suivants¹: cardiologie, gastro-entérologie, médecine générale, pédiatrie, chirurgie digestive, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologique, gynécologie-obstétrique, anesthésiologie et imagerie médicale. Cette activité s'effectue en consultation externe et (ou) pour des usagers hospitalisés.

b) Présentation de la maternité H:

Il y a une quinzaine d'années, on retrouvait dans le Département où est située la maternité observée (H), quatre maternités. Aujourd'hui, on n'en compte plus que deux.

En 1984, la maternité (E) d'une ville située à environ 40 km fermait. Cette maternité publique totalisait cinquante accouchements par année et le personnel était composé de deux sages-femmes. Comme la maternité ne comprenait ni gynécologue-obstétricien, ni pédiatre, ni anesthésiste, il n'était pas possible d'effectuer de césarienne ou d'extraction instrumentale. Tous

¹ Bien que salariés de l'hôpital, les médecins de ces services ont une pratique libérale.

les cas à risques étaient alors dirigés vers une des deux maternités du Département qui sont aujourd'hui toujours ouvertes (dont la maternité H).

En août 1995, la maternité de la clinique C (privée), localisée dans la même ville que la maternité observée, fermait également. Cette maternité réalisait 200 à 250 accouchements par an. Le service comprenait des sages-femmes, un gynécologue-obstétricien, des anesthésistes et des pédiatres. Il possédait, de plus, tout l'équipement technique nécessaire à la pratique des accouchements.

Dans un Département contigu, une autre maternité (S) fermait ses portes en juin 1996. Il s'agissait d'une maternité publique et, bien que située dans un autre Département, une partie des naissances de ce Département ont été reportées sur la maternité observée pour des raisons de proximité (cette ville se trouve à environ 45 km). Elle réalisait 160 à 180 accouchements par année. Le personnel était composé de quatre sages-femmes, d'un obstétricien (qui ne pouvait pas effectuer de césariennes) ainsi que d'un gynécologue-obstétricien à temps partiel. Un pédiatre se déplaçait d'une maternité située à 40 km et des anesthésistes pouvaient être appelés en cas d'urgence mais aucune péridurale ne pouvait être pratiquée.

Les fermetures de ces maternités résultent de la politique gouvernementale visant à fermer les établissements effectuant moins de trois cents accouchements par an.

Actuellement, le Département compte, outre la maternité observée, une autre maternité publique distante de 90 km. Cette maternité réalise 400 à 450 accouchements par an.

La maternité H est située dans un vieux bâtiment datant des années vingt, ce qui signifie qu'elle n'est pas physiquement intégrée à l'ensemble du centre hospitalier mais se trouve plutôt à quelques mètres, à côté de celui-ci. La maternité n'est pas le seul service à se trouver isolé du reste de l'hôpital puisque c'est aussi le cas de la pneumologie.

Le service de gynécologie-obstétrique comprend trente lits installés dont vingt-deux en obstétrique et huit en gynécologie chirurgicale. Dans les locaux de la maternité, on retrouve les lits d'obstétrique ainsi que trois salles d'accouchement, une salle de césarienne, trois tables de réanimation néonatale et quatre couveuses (dont deux de transport). Les lits de chirurgie gynécologique sont installés dans le pavillon de chirurgie viscérale en dehors de la maternité et les interventions chirurgicales se font dans les salles du bloc opératoire du plateau technique¹ (les plans de la maternité se trouvent à l'annexe V).

La construction, prévue pour l'an 2 000, d'un pavillon devant servir de pôle mère/enfant permettra de regrouper les disciplines orientées vers la prise en charge de la femme (gynécologie-obstétrique, IVG) et de l'enfant (pédiatrie). Actuellement, la pédiatrie n'est pas située dans les locaux de la maternité ce qui occasionne plusieurs déplacements des pédiatres qui doivent se rendre fréquemment à la maternité pour les visites des enfants, les réunions, les urgences, etc. Mais surtout, lorsque les enfants doivent être hospitalisés en pédiatrie, ils sont alors déplacés vers ce service et donc, séparés de leur mère qui reste à la maternité. La construction du nouveau pavillon devrait donc remédier à ces lacunes, c'est-à-dire remplacer des locaux vétustes et éparpillés, par une structure intégrée.

Le bâtiment actuel de la maternité H a été construit en 1928. À l'époque, la maternité fonctionnait avec un médecin libéral installé en ville et exerçant à la maternité à temps partiel ainsi qu'une sage-femme qui n'était pas encore fonctionnaire. Celle-ci était hébergée par la maternité et rémunérée par les clientes. Vers 1935-1940, une nouvelle sage-femme remplaça la première puis, environ cinq ans plus tard, celle-ci fut rejointe par sa sœur (après la Libération). C'est à ce moment-là que les sages-femmes seraient devenues des fonctionnaires. Ces deux sages-femmes étaient également résidentes et on peut encore voir, au deuxième étage, les locaux où elles habitaient. Selon l'une d'elles, elles sont restées les deux seules sages-femmes pendant plus de dix ans avant qu'une troisième sage-femme vienne les rejoindre. Elles affirment qu'elles faisaient presque autant d'accouchements qu'aujourd'hui (une année, elles en auraient effectué

¹ Le plateau technique n'est pas un bâtiment d'hospitalisation mais regroupe plutôt les services techniques: laboratoire, centre de transfusion, imagerie médicale, bloc opératoire, stérilisation centrale et urgences.

près de 900). La première y est restée jusque dans les années 1970 et la seconde jusqu'au début des années 1980¹.

Jusqu'en 1987, aucun médecin ne fut présent à la maternité de façon permanente. Les quelques médecins accoucheurs qui se succédèrent possédaient un cabinet en ville, réalisaient des accouchements privés à la clinique et exerçaient à la maternité H à temps partiel. En principe, ils devaient effectuer une visite quotidienne à la maternité H et ils répondaient aux appels des sages-femmes lorsqu'elles avaient besoin d'un médecin (par exemple pour une césarienne ou des forceps). Les sages-femmes étaient donc celles qui « faisaient tourner la maternité ». Elle pratiquaient tous les accouchements et, lors d'un problème, tentaient de joindre le médecin qui venait si possible (il pouvait être déjà accaparé par un premier accouchement). Autrement, elles pouvaient faire appel au chirurgien de l'hôpital.

En 1954, un nouveau médecin accoucheur qui, par la suite, devint gynécologue- obstétricien, arriva à la maternité. Ce médecin, le seul gynécologue-obstétricien de la ville, marqua particulièrement la maternité puisqu'il y travailla jusqu'en 1986. Certaines des sages-femmes de l'équipe actuelle l'ont même connu. Comme son prédécesseur, ce médecin possédait un cabinet en ville et venait à la maternité sur appel pour les césariennes et les extractions instrumentales. Il y effectuait également une visite quotidienne ainsi que, les dernières années, quelques échographies. Lors des absences de ce médecin, un généraliste le remplaçait. Selon ce qu'on raconte, à cette époque les sages-femmes étaient encore, dans les faits, les « patrons » de l'établissement.

Au départ de ce médecin, en 1986, son fils prit la relève, toujours à temps partiel et la maternité fonctionna avec lui et des remplaçants (des médecins venaient des villes universitaires environnantes pour prendre des gardes durant ses jours d'absence).

¹ Informations obtenues suite à deux entrevues réalisées respectivement auprès de chacune de ces deux sages-femmes.

La sage-femme chef d'unité arriva à la maternité en 1974 mais elle occupa le poste de chef d'unité seulement en 1983 lorsque ce poste fut créé. Lors de son arrivée, la maternité fonctionnait avec quatre autres sages-femmes.

La surveillante chef actuelle arriva en tant que sage-femme à la maternité en 1976. Le poste de surveillante chef fut créé en 1979 et, avant qu'elle ne l'occupe, ce fut d'abord la plus jeune des deux sœurs résidentes (sages-femmes) qui assumait cette responsabilité pendant environ deux ans avant de quitter la maternité. La surveillante chef actuelle est la seule, toutefois, qui a suivi la formation offerte par l'École de cadre.

En août 1987, arriva à la maternité, le premier praticien hospitalier à temps plein. L'arrivée de cette gynécologue-obstétricienne fut suivie, environ un an plus tard (en 1988), par celle d'un assistant qui est aujourd'hui l'un des trois médecins du service (d'abord à temps partiel puis à temps plein). L'année 1987 représente donc pour la maternité, un tournant décisif car, à partir de cette date, il y eut désormais, une présence médicale permanente alors que, jusque là, le service avait toujours fonctionné sans médecin sur place. Si les médecins ayant exercé à la maternité H (les médecins de ville) occupaient en principe le poste de chef de service, comme ils ne se trouvaient pas sur place, le « véritable patron », selon un représentant de l'administration de l'hôpital¹, c'était la sage-femme surveillante chef.

En 1989, la gynécologue-obstétricienne dut quitter la maternité car elle fut jugée incompétente. Quelques mois plus tôt, le fils du médecin des années 1950 (qui, depuis 1986, y exerçait, comme son père et ses prédécesseurs, à temps partiel) avait également dû quitter la maternité. Jusqu'en 1990, le service fonctionna avec le médecin assistant devenu, entre-temps, praticien hospitalier (P.H.) ainsi qu'avec des remplaçants (il semble qu'un nombre considérable de remplaçants se succédèrent alors). Durant cette période, ce fut le président de la CME (un chirurgien viscéral) qui exerça temporairement les fonctions de chef de service.

¹ Informations obtenues suite à une entrevue réalisée auprès de ce membre de l'administration.

En 1990, un nouveau médecin chef de service arriva à la maternité. Selon le représentant de l'administration, ce dernier fut à l'origine du service d'aujourd'hui; en imposant un investissement important en matériel et en personnel, il favorisa un nouveau tournant pour la maternité, cette fois-ci dans la structure du service. Une fois le service mis en place il quitta la maternité en 1992.

En 1992, le médecin qui est actuellement le chef de service arriva à la maternité. En 1991, un nouvel assistant avait été recruté et, en 1995, il devint l'un des trois praticiens du service.

En 1997, l'équipe de la maternité est composée de quatorze sages-femmes (dont une sage-femme surveillante chef et une sage-femme chef d'unité), trois gynécologues-obstétriciens (dont un chef de service), 16,75 postes d'aides-soignantes et auxiliaires-puéricultrices, cinq postes d'ASH (agents du service hospitalier) et 2,5 postes de secrétaires. Le tableau suivant présente les arrivées et les départs des sages-femmes et des médecins ayant exercé à la maternité H depuis son ouverture.

TABLEAU VIII

ARRIVÉES ET DÉPARTS DES SAGES-FEMMES ET DES MÉDECINS DE LA MATERNITÉ H DEPUIS 1928

Note: Afin d'éviter la confusion entre les arrivées et les départs, les sages-femmes et les médecins qui sont toujours à la maternité sont inscrits en caractère gras.

ANNÉES	SAGES-FEMMES	MÉDECINS
De 1928 à 1940	- 1 sage-femme résidente et payée directement par les clientes.	- 1 médecin libéral: - possède un cabinet en ville; - réalise acc. privés à la clinique; - exerce à la maternité H à temps
De 1940 à 1950	- Deux sages-femmes résidentes (deviennent fonctionnaires après la guerre): - 1 de 1938 environ jusqu'aux années 1970; - sa sœur de 1943 environ jusqu'au début des années 1980.	partiel (visites et urgences): chef de service. X médecins se sont succédé...
De 1950 à 1985	- Deux sœurs résidentes (une quitte dans les années 1970); - Dans les années 1950: arrivée d'une 3 ^e sage-femme; - Année non précisée: arrivée d'une 4 ^e sage-femme;	- 1954 à 1986: 1 médecin libéral: - possède un cabinet en ville; - réalise acc. privés à la clinique; - exerce à la maternité H à temps partiel (visites et urgences): chef de service.

- 1974: **Arrivée d'une 5e sage-femme qui devient chef d'unité en 1983;**

ANNÉES	SAGES-FEMMES	MÉDECINS
	- 1976: Arrivée d'une sage-femme qui devient surveillante chef en 1983.	
De 1985 à 1987	- Augmentation du nombre de sages-femmes.	- 1986 à 1989: fils du médecin précédent: - possède un cabinet en ville; - réalise acc. privés à la clinique; - exerce à la maternité H à temps partiel (visites et urgences): chef de service.
De 1987 à 1996	- Augmentation du nombre de sages-femmes.	- 1987 à fin 1988: premier praticien à temps plein à la maternité: chef de service; - 1988: 1 médecin et des remplaçants; - 1990 à 1992: 1 médecin chef de service; - 1991: 1 médecin assistant s'ajoute (devient P.H. en 1995); - depuis 1992: 1 médecin chef de service.

SITUATION EN 1997

- 1 sage-femme surveillante chef;
- 1 sage-femme chef d'unité;
- 12 sages-femmes.
- 1 médecin chef de service;
- 2 médecins P.H.;
- 1 poste créé en 1996: remplaçants.

En situation d'urgence ou pour une césarienne planifiée, l'équipe de la maternité fait appel aux anesthésistes et aux pédiatres de l'hôpital.

Une infirmière puéricultrice de la PMI visite, à raison de deux fois par semaine, les femmes qui ont accouché. Également, une kinésithérapeute de l'hôpital vient à la maternité sur demande pour masser les jambes des femmes enceintes en repos.

Un poste de praticien hospitalier pratiquant la chirurgie gynécologique a été créé en 1996 mais, à ce jour, ce poste n'a pas été pourvu et il est occupé par des remplaçants.

Parmi les besoins en personnel ayant été formulés dans le cadre du *Projet d'établissement* du centre hospitalier, on retrouve celui de deux sages-femmes, de 2,75 puéricultrices, d'un auxiliaire de puériculture, d'une aide-soignante (*Projet d'établissement 1997-2001, 1997: 237*).

Le service a connu, ces dernières années, une augmentation d'activité particulièrement importante. En cinq ans (de 1992 à 1997), le nombre de consultations externes a quadruplé et le nombre d'accouchements a doublé (*Rapport d'orientation budgétaire. Année 1998. Rapport du directeur: 11*).

La maternité a réalisé en 1996, 903 accouchements (dont 60 césariennes), ce qui représente, par rapport à l'année précédente, une augmentation de 105 accouchements. Cette progression est

due, en particulier, au transfert des activités des deux maternités du secteur ayant dû fermer leurs portes (Compte administratif. Exercice 1996. Rapport de présentation du directeur: 7).

En 1997, la maternité a réalisé 912 accouchements qui se ventilaient de la façon suivante: 831 accouchements simples; 4 gémellaires; 77 césariennes (70 césariennes simples et 7 gémellaires). Le pourcentage de césariennes effectuées est de 8,4 %, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale qui est de 14 % (Le Monde, 1997: 6).

Le nombre d'extractions instrumentales (forceps, spatules, ventouses) pour 1997 est de 55 et correspond à 6 % des accouchements. Le nombre de sièges est de 24 (10 par voie basse et 14 par césarienne) ce qui correspond à 2,6 % des accouchements. Le nombre de péridurales a augmenté ces dernières années et atteint, en 1997, 36 % des accouchements (31,6 % des voies basses et 89 % des césariennes).

La même année (1997), on dénombre dans le service 1076 hospitalisations de grossesses dont 164 pour grossesses pathologiques. Dans ce dernier cas, les motifs d'hospitalisation sont, en général, les suivants: menaces d'accouchement prématuré (MAP), hypertension artérielle, vomissements, métrorragies (saignements).

En 1997, 3 300 actes externes ont été effectués par les sages-femmes (consultations, échographies, cours de préparation à l'accouchement et cours en piscine). Les gynécologues-obstétriciens en ont effectué 6 300 (consultations, échographies et actes médicaux tels que la pose d'un stérilet, une biopsie de col, etc.).

La DMS (durée moyenne de séjour) de la maternité est de 5,13 jours mais pour certaines femmes qui accouchent dans des périodes de grande activité la durée est limitée à J + 3 (3 jours en plus de la journée de l'accouchement). En effet, ces périodes de grande affluence rendent particulièrement difficile la gestion des lits du service. (Rapport d'Orientation budgétaire. Année 1998. Rapport du directeur: 11). Normalement, la durée de séjour pour un accouchement est de J+ 5; elle est de J + 7 (une semaine) pour une césarienne.

Aujourd'hui, selon le représentant de l'administration rencontré, le service ne serait pas encore arrivé à maturité. Au niveau de l'obstétrique, le nombre d'accouchements annuels qui approche les 1 000 accouchements, ne devrait plus tellement augmenter. Cependant, au niveau chirurgical, le chef de service étant actuellement le seul à pratiquer la chirurgie gynécologique, il ne réussit pas à répondre à la demande et une partie de la population doit aller ailleurs.

c) Le suivi de grossesse dans le secteur (la ville de H et ses environs):

Parmi les femmes qui viennent accoucher à la maternité, certaines ont été suivies à l'extérieur de celle-ci par les différents praticiens du secteur.

Dans la ville même, en plus des généralistes, trois gynécologues installées en libéral sont susceptibles d'effectuer des consultations prénatales.

À l'extérieur de la ville, des consultations sont offertes au centre prénatal des hôpitaux S et E situés à environ 40-45 km. À l'hôpital S, une sage-femme offre des consultations durant deux journées complètes ainsi que deux matinées par semaine. Une partie des femmes qui y consultent accouchent à la maternité H. Les femmes qui consultent à l'hôpital E, accouchent à l'une ou l'autre des deux maternités du Département.

Il existe, de plus, dans la ville de la maternité H, une sage-femme libérale. Cette sage-femme offre surtout la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale. Également, une des sages-femmes de la maternité H vient tout juste (en janvier 1998) de quitter son poste afin d'ouvrir un cabinet. Elle offre, principalement, le suivi de grossesse (les consultations prénatales ainsi que les échographies), la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale. Aucune de ces deux sages-femmes libérales ne fait d'accouchements. Malgré l'existence d'une PMI, il faut noter l'absence de sage-femme de PMI dans ce secteur .

Pour les échographies obstétricales, les possibilités sont également multiples. En effet, les femmes peuvent faire leurs échographies à la maternité¹ mais ces échographies peuvent aussi être faites aux endroits suivants: chez certains généralistes de ville, chez des gynécologues de ville, aux hôpitaux S et E (en radiologie), à l'hôpital H (en radiologie), à la clinique C ou dans un des trois cabinets de radiologie (privés) dont deux sont situés dans la même ville que la maternité et le troisième dans celle de l'hôpital H.

Une petite enquête réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude d'une élève sage-femme à partir de cent questionnaires distribués dans les deux maternités du Département (soixante ont été distribués à la maternité H puisque celle-ci effectue un plus grand nombre d'accouchements) permet de donner une idée du type de praticien choisi par les femmes du Département. On avait demandé au personnel des services de remettre un questionnaire à chaque nouvelle accouchée avant sa sortie. Cette enquête s'est échelonnée sur une période de deux mois et demi (du 28 septembre 1996 au 12 décembre 1996) et 93 questionnaires complétés ont été obtenus (Elzeard, 1997).

Selon les résultats de l'enquête, plus de la moitié des grossesses sont suivies par un gynécologue-obstétricien (53 %)² et environ le quart (27 %) par des généralistes. Seulement 2 % des femmes sont suivies par une sage-femme exclusivement. L'enquête montrait des suivis de grossesse effectués par plusieurs professionnels car 18 % des grossesses sont suivies par deux catégories de professionnels différentes (4 % par obstétricien et généraliste, 8 % par obstétricien et sage-femme, 5 % par généraliste et sage-femme).

Pour le suivi de grossesse, les échographies, les cours de préparation à l'accouchement, plusieurs possibilités sont donc offertes aux femmes enceintes du secteur. Cependant, la maternité H est la

¹ Les femmes ne sont pas obligées d'accoucher à la maternité pour y faire leurs échographies, elles peuvent les faire où elles le désirent, peu importe où elles accoucheront. La maternité H étant désormais la seule maternité du secteur où les femmes peuvent accoucher, le problème ne se pose donc pas mais, si une autre maternité existait à proximité de la maternité H, les femmes pourraient faire leurs échographies à un endroit et accoucher à un autre.

² Il semble que les gynécologues soient inclus dans cette catégorie et non seulement les gynécologues-obstétriciens œuvrant dans les maternités.

seule maternité du secteur où les femmes peuvent accoucher. Au nord du Département, on retrouve une autre maternité, plus petite, qui couvre un autre secteur.

La section suivante présente les responsabilités respectives des personnes travaillant à la maternité H et que nous avons observées durant la période de terrain.

3- La division du travail en maternité publique:

Parmi le personnel travaillant à la maternité, il est question, dans cette partie du chapitre, des deux professions médicales au service d'une maternité publique, soit principalement les sages-femmes mais aussi les gynécologues-obstétriciens avec qui elles travaillent. Il est également question des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture puisque ces dernières sont en contact avec la mère et l'enfant et qu'elles travaillent, par exemple lors d'un accouchement, en étroite collaboration avec les sages-femmes. Il est à noter que dans certaines maternités, des infirmières effectuent une partie du travail des sages-femmes ou des aides-soignantes et auxiliaires de puériculture. Dans la maternité que nous avons observée, il n'y avait pas d'infirmières, sauf celles qui accompagnaient l'anesthésiste. Enfin, quelques explications sont données sur le rôle des pédiatres et des anesthésistes de l'hôpital, à la maternité.

a) Les sages-femmes:

L'horaire des sages-femmes de cette maternité correspond à douze heures de travail continu de jour ou de nuit. L'équipe de jour arrive à 8 heures le matin et, durant les quinze minutes qui suivent, l'équipe de nuit lui transmet les informations concernant les douze heures précédentes. C'est la relève. À 20 heures, lorsqu'arrive une nouvelle équipe pour la nuit qui débute, cette situation se produit à nouveau.

De nuit comme de jour, chaque équipe est composée de deux sages-femmes de garde sur place: une sage-femme en salle d'accouchement et une sage-femme en suites de couches (soins).

Le jour, les sages-femmes travaillent avec six aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture qui sont réparties à différents moments de la journée. En général, une travaille en salle d'accouchement et deux à la pouponnière. La nuit, les sages-femmes sont accompagnées de deux auxiliaires de puériculture ou aides-soignantes, une en salle d'accouchement et l'autre en charge des bébés.

Les périodes de travail de jour alternent avec les périodes de nuit. Entre chaque période de travail, les sages-femmes disposent de deux ou trois jours de repos. Elles travaillent donc selon des horaires qui peuvent ressembler à ceci: lundi et mardi de jour (deux jours); mercredi, jeudi et vendredi (deux ou trois jours) en congé; samedi et dimanche de nuit (deux nuits); lundi, mardi et mercredi en congé (toujours trois jours de repos après une période de travail de nuit). Elles travaillent une fin de semaine sur deux de jour ou de nuit. Les sages-femmes peuvent occuper l'une ou l'autre des responsabilités (accouchement ou suites de couches) ce qui implique qu'elles peuvent avoir, à un moment ou un autre, à assumer toutes les tâches attribuées aux sages-femmes dans cette maternité. La rotation entre la garde en suites de couches et celle en salle d'accouchement se fait tous les quinze jours.

On retrouve, à la maternité H, deux sages-femmes cadres (la surveillante chef et la chef d'unité) qui sont présentes tous les jours (la semaine) de 8 heures à 16h30¹.

Le rôle de la surveillante chef est de coordonner l'équipe du personnel (hormis les médecins) sous la responsabilité administrative de la chef des surveillantes du centre hospitalier pour les aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture et sous sa propre autorité pour ce qui est des sages-femmes. Elle exerce ses fonctions dans son bureau situé au rez-de-chaussée de la maternité. En tant que sage-femme, elle est parfois appelée à effectuer certaines tâches propres à la profession. Par exemple, lorsque les deux sages-femmes de garde sont monopolisées par des accouchements, c'est elle qui fait les consultations prénatales. Cette situation s'explique par un manque de personnel mais la sage-femme surveillante chef affirme qu'elle souhaite elle-même continuer à exercer une partie du travail de sage-femme. Elle effectue des consultations car c'est

¹ La surveillante chef affirme qu'elle doit fréquemment revenir à 18 heures pour, par exemple, des réunions. Il lui arrive donc de quitter la maternité dans l'après-midi si elle sait qu'elle devra revenir plus tard.

une façon, pour elle, de gérer l'ensemble des dossiers et éviter que ceux-ci soient trop éparpillés dans le service. Ainsi, elle conserve un lien entre les « staffs » du lundi où les dossiers problèmes sont présentés et les consultations. Elle déclare que, même l'an prochain lorsqu'il y aura une sage-femme supplémentaire, elle souhaite continuer à effectuer une matinée de consultations par semaine.

La sage-femme chef d'unité est responsable du secteur des hospitalisations et des suites de couches. Pour pallier au manque de personnel, c'est elle qui, le matin, effectue la tournée des chambres pour donner les soins aux femmes. Elle est également chargée de superviser l'ensemble

des soins donnés aux nouveau-nés et de pratiquer divers prélèvements chez les nouveau-nés. Lors d'un problème chez la mère ou l'enfant, elle est responsable de la gestion des rendez-vous avec divers spécialistes. En outre, elle est en charge de la planification des horaires de travail des sages-femmes. Mis à part les soins, elle exerce ses fonctions dans un bureau situé au premier étage, attribué au secteur des suites de couches et qui est aussi utilisé par la sage-femme de garde en suites de couches ainsi que les pédiatres (B7 sur le plan).

La maternité ne possède pas de chef d'unité pour le secteur des consultations, du bloc opératoire et des accouchements. C'est donc la sage-femme surveillante chef qui, en plus de gérer l'ensemble du service, est en charge de ce secteur.

Avant la fermeture de la clinique C et de la maternité de l'hôpital S, la nuit et les fins de semaine, une seule sage-femme était de garde sur place durant 24 heures. Une autre sage-femme était alors d'astreinte à domicile. Cette garde était partagée entre toutes les sages-femmes (dont les deux surveillantes).

La sage-femme de garde en salle d'accouchement est celle qui pratique tous les accouchements qui surviennent durant sa période de travail et qui sont de sa compétence. Elle est également responsable des femmes enceintes hospitalisées et des consultations en urgence, c'est-à-dire de

toute femme enceinte se présentant avec un problème quelconque et ayant besoin d'être examinée, hospitalisée ou parce qu'elle est à terme.

La sage-femme de garde en suites de couches est celle qui effectue, en matinée, les consultations prénatales sur rendez-vous. En fin d'après-midi, elle fait un nouveau tour des chambres pour les soins de l'après-midi (un premier tour a été effectué le matin par la sage-femme chef d'unité). La sage-femme de nuit, effectue aussi une tournée des chambres en début de soirée puis, elle reste disponible pour toute femme hospitalisée ayant besoin d'elle durant sa période de travail. La fin de semaine, il n'y a pas de consultation et c'est elle qui donne les soins le matin et l'après-midi. La nuit comme le jour, la sage-femme de garde en suites de couches fera aussi des accouchements si la première sage-femme est déjà accaparée par une parturiente (parfois deux ou trois accouchements ont lieu en même temps).

La sage-femme en suites de couches joue également un rôle auprès des nouveau-nés: elle vérifie que les protocoles concernant les nouveau-nés soient appliqués par les aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture et elle gère l'alimentation des nouveau-nés à problèmes (les petits poids, les nouveau-nés en couveuse, les bébés ictériques sous photothérapie¹...). En outre, elle reçoit, chaque jour, la visite de la pédiatre pour l'entretenir des nouveau-nés à problèmes et reçoit les directives de cette dernière concernant les enfants de la maternité.

Les sages-femmes se trouvent généralement au premier étage où sont situés leur bureau, le bureau des suites de couches, les salles d'accouchement, la salle de césarienne ainsi qu'une partie des chambres. Au rez-de-chaussée, on retrouve, l'autre partie des chambres, le secrétariat, un bureau pour les consultations prénatales offertes par les sages-femmes le matin, les salles d'échographies, le bureau de la surveillante chef ainsi que les bureaux des médecins.

Durant la journée, les médecins sont généralement à leur bureau ou au bloc opératoire. Un des médecins est de garde et ce sera lui qui sera appelé en salle d'accouchement si un problème

¹ Les bébés qui souffrent d'une jaunisse sont placés sous lampe bleue.

survient. Régulièrement, les sages-femmes vont les voir à leur bureau pour discuter du cas d'une femme ou pour obtenir une « conduite à tenir ».

On peut présenter les activités des sages-femmes en suivant leur déroulement au cours d'une journée (voir le tableau IX).

En début de journée, la sage-femme en suites de couches est responsable des consultations alors que la sage-femme chef d'unité fait le tour des chambres pour les soins du matin. L'après-midi, la sage-femme des consultations (de garde en suites de couches) prend en charge les soins aux chambres. La sage-femme chef d'unité reste, durant l'après-midi, responsable du secteur des suites de couches, elle est également en charge de la planification des horaires.

On observe donc un changement au niveau de la personne qui donne les soins à l'intérieur d'une même journée de travail. Une des sages-femmes nous a expliqué que ce problème pourrait être résolu en assignant une sage-femme aux consultations (cette sage-femme éventuelle aurait un horaire régulier de travail correspondant à celui des consultations) et en libérant ainsi la sage-femme des suites de couches qui pourrait se consacrer uniquement à cet aspect de son travail, c'est-à-dire donner les soins du matin ainsi que ceux de l'après-midi. Cependant, cette forme d'organisation du travail impliquerait qu'on abandonne le principe de polyvalence qui caractérise le travail des sages-femmes dans cette maternité puisqu'elles perdraient la possibilité d'effectuer une partie importante de leur travail (les consultations prénatales) alors que l'organisation actuelle permet le maintien de ce principe.

En tout temps, la sage-femme en suites de couches peut avoir à participer aux accouchements si l'autre sage-femme a besoin d'aide. Les césariennes sont planifiées les lundis matins ou autres, s'il y en a plusieurs. Si les deux sages-femmes sont monopolisées par les accouchements et césariennes, la sage-femme surveillante chef s'occupe des consultations du matin.

Pendant ce temps, la sage-femme en salle d'accouchement s'occupe du service: elle est en salle d'accouchement si une femme en travail s'y trouve, sinon son temps se répartit entre les activités

suivantes: recevoir les femmes qui se présentent pour être examinées, consulter un médecin pour ces situations, répondre au téléphone¹, accueillir les femmes qui arrivent pour accoucher, etc. Ces dernières activités sont aussi effectuées pendant qu'elle suit une femme en travail puisqu'elle ne reste pas de façon permanente en salle d'accouchement.

En fin de journée, chaque sage-femme est responsable de son côté des commandes de pharmacie, soit d'indiquer sur un formulaire les produits manquants pour la salle d'accouchement et pour les suites de couches.

Tous les lundis en fin de matinée, les sages-femmes et les médecins se réunissent afin que les sages-femmes puissent présenter les dossiers posant problème. Sont présents à ces « staffs »: les deux sages-femmes de garde si elles peuvent se libérer, la sage-femme chef d'unité, la sage-femme surveillante chef ainsi que les médecins du service disponibles. Une fois par mois, les pédiatres y participent. En présentant les dossiers, les sages-femmes proposent parfois des solutions et en discutent avec les médecins qui acquiescent. D'autres fois, elles leur demandent carrément ce qu'il faut faire. Une fois la décision arrêtée, elles l'inscrivent, dans le *dossier obstétrical*² (voir Annexe VI) de la femme concernée avec la note: « vu au staff » ainsi que la date. Il nous a semblé que la sage-femme chef d'unité est celle qui intervient le plus pour proposer ou indiquer des conduites à tenir alors que les jeunes sages-femmes (au niveau de l'âge et de leur statut) vont plutôt exposer la situation puis demander des directives au(x) médecin(s).

¹ Malgré l'existence d'un secrétariat, plusieurs appels aboutissent au bureau des sages-femmes. On appelle pour obtenir des conseils, pour savoir si telle personne a accouché ou tout simplement pour connaître le numéro de chambre d'une patiente ! Comme une des sages-femmes le disait: « on fait même le standard ! ».

² Il s'agit du dossier médical dans lequel sont consignées les informations relatives aux antécédents familiaux et personnels de la femme, aux échographies, aux consultations prénatales, à une éventuelle hospitalisation pendant la grossesse, à l'accouchement, au nouveau-né, au post-partum ainsi qu'à l'examen postnatal.

TABLEAU IX

HORAIRE DES PRINCIPALES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES SAGES-FEMMES DANS UNE JOURNÉE

<i>ACTIVITÉ</i>	<i>AVANT-MIDI</i>	<i>APRÈS-MIDI</i>	<i>NUIT</i>
Accouchements	Sage-femme en salle d'accouchement	Sage-femme en salle d'accouchement	Sage-femme en salle d'accouchement
Consultations urgentes	Sage-femme en salle d'accouchement	Sage-femme en salle d'accouchement	Sage-femme en salle d'accouchement
Consultations prénatales (sur rendez-vous)	Sage-femme en suites de couches		
Soins aux: - femmes qui ont accouché; - femmes hospitalisées; - nouveau-nés.	Sage-femme chef d'unité Fin de semaine: Sage-femme en suites de couches	Sage-femme en suites de couches	Sage-femme en suites de couches
Cours de préparation à l'accouchement (vendredi p.m.)		Sage-femme en suites de couches	

On peut aussi présenter les activités des sages-femmes en les regroupant en diverses catégories. Nous en distinguons sept.

Les consultations prénatales:

Chaque matinée, la sage-femme de garde en suites de couches voit sept femmes pour des consultations prénatales d'une demi-heure chacune. Un petit bureau situé au rez-de-chaussée de l'établissement est attribué à ces consultations. En général, la maternité exige que la femme, si

elle n'a pas été suivie par un des praticiens de la maternité, y vienne pour la dernière consultation (celle du 9e mois) afin de constituer son dossier (le *dossier obstétrical*). Les sages-femmes ne sont pas les seules à effectuer des consultations puisque les médecins aussi en font.

Durant cette consultation, la sage-femme questionne la femme enceinte afin de remplir le *dossier obstétrical* (dossier médical), surtout lors de la première consultation qui vise à connaître les antécédents personnels et familiaux. Puis, elle lui demande les résultats des analyses exigées lors de la dernière rencontre et, s'il y a lieu, des échographies¹. Elle rédige aussi les ordonnances pour les examens et analyses nécessaires pour la visite suivante.

Les examens obligatoires ou conseillés sont, pour la première consultation, la détermination du groupe sanguin et le dépistage des sérologies suivantes: RAI (agglutines irrégulières), rubéole, BW (syphilis: n'est plus obligatoire mais est très conseillé), HIV (non obligatoire) et toxoplasmose. En cas de résultat négatif pour la toxoplasmose (ce qui signifie que la femme n'a pas été immunisée), ce test doit être refait tous les mois. Lors de la quatrième consultation (6e mois), un dépistage de l'hépatite B ainsi qu'une numération globulaire recherchant une anémie doivent être prescrits. Au 9e mois, à la dernière consultation, on prescrit un bilan de coagulation en vue d'une éventuelle anesthésie locale ou générale. Un examen clinique du bassin est effectué et si un doute se présente, on prescrit une scanopelvimétrie. Durant la grossesse, trois échographies obstétricales sont prescrites aux 12e, 22e et 32e semaines d'aménorrhée.

Une fois l'interrogatoire terminé, la sage-femme procède alors à l'examen clinique général et obstétrical: pesée, prise de tension, écoute des battements du cœur du fœtus avec un monitoring ou un détecteur de pouls fœtal (on fait entendre à la mère le cœur de son bébé afin qu'elle puisse constater qu'il va bien, ce qui est important au niveau médico-légal), mesure de la hauteur utérine, toucher vaginal afin d'examiner le col, examen des jambes et des mains (pour vérifier qu'il n'y ait pas de problème d'œdème), analyse d'urine à la recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.

¹ Les femmes font faire leurs analyses dans un laboratoire privé ou à celui de l'hôpital et elles apportent elles-mêmes les résultats qu'on leur a envoyés (même si, dans certains cas, le praticien en reçoit une copie). Certaines femmes font également leurs échographies à l'extérieur de la maternité (par exemple chez un médecin qui pratique ce genre d'examens) puis elles apportent aux consultations le compte-rendu (texte et iconographie) qu'on leur a remis.

Après avoir demandé à la femme si elle a des questions à poser ou des points à soulever, après avoir formulé, s'il y a lieu, des conseils, la sage-femme termine cette consultation par la signature des formulaires exigés pour les allocations familiales et la Sécurité sociale.

Selon une des secrétaires du service, les femmes qui se présentent à la maternité pour prendre rendez-vous pour une consultation prénatale sont acheminées vers un médecin ou une sage-femme selon la préférence de la femme. Elle affirme que si celle-ci n'a pas formulé de choix précis, les secrétaires lui demandent alors si elle souhaite être vue par un médecin ou une sage-femme. Cependant, selon une des sages-femmes, les secrétaires proposent surtout des médecins. De plus, selon elle, les femmes ne savent pas tellement que les sages-femmes peuvent les suivre. C'est surtout lorsqu'elles viennent en consultation urgente qu'elles s'en rendent compte car plusieurs déclarent: « ah! vous faites les consultations... ». Dans certains cas, elles décident de changer pour être suivies par une sage-femme. Selon cette sage-femme, ce qui avantage les sages-femmes c'est la durée de la consultation; en une demi-heure, elle peuvent prendre leur temps avec la femme ou le couple alors que les médecins disposent de dix ou quinze minutes. Comme les médecins font du privé, il serait moins rentable pour eux d'offrir des consultations plus longues alors que les sages-femmes peuvent se le permettre puisqu'elles sont salariées. Ce qui dessert toutefois les sages-femmes, selon cette praticienne, c'est le fait que les femmes ne voient pas toujours la même sage-femme puisque ces dernières exercent selon un principe de rotation. En outre, certaines femmes préfèrent nettement être suivies par un médecin car elles considèrent que, s'il survient un problème médical, ce dernier sera mieux en mesure de le détecter.

Voici quelques exemples de consultations. Chaque exemple cité provient d'une consultation effectuée par une sage-femme différente.

Mercredi 26 février:

Consultation de 9 heures. La femme effectue sa dernière visite avant l'accouchement (celle du 9e mois). Il s'agit de la première visite à la maternité, les autres ayant été faites chez un

généraliste et les échographies à l'hôpital E. La femme remet à la sage-femme (SF) les résultats des examens prescrits à sa dernière consultation. En regardant les échographies, la SF semble en désaccord avec la date du début de la grossesse déterminée par le médecin. Après avoir interrogé puis examiné la femme, elle lui conseille, dans 15 jours, d'aller voir la SF à E pour qu'elle lui décolle le pôle inférieur des membranes, ce qui peut parfois déclencher l'accouchement. Enfin, elle signe les formulaires pour les allocations familiales et la Sécurité sociale.

Mercredi 12 mars:

Consultation de 9h30. La femme présente d'abord les résultats des examens demandés lors de la dernière visite. Elle dit à la SF qu'elle est très fatiguée (elle est institutrice). La SF dit qu'elle va lui donner des vitamines. Puis, elle passe à l'examen. Ensuite, elle inscrit les informations dans le *dossier obstétrical* et regarde les résultats que la femme a apportés. Elle rédige les ordonnances pour les examens nécessaires à la prochaine consultation, prescrit du fer ainsi que des vitamines, vérifie à l'aide d'un test d'urine le taux d'albuminurie puis, signe les formulaires.

Vendredi 21 mars:

Consultation de 10 heures (le couple). La SF demande à la femme si la grossesse se passe bien et celle-ci répond: « pas trop... ». Elle dit qu'elle a des contractions, qu'elle est déjà venue il y a 15 jours, qu'une sage-femme lui avait fait passer un monitoring et lui avait dit de bien se reposer (elle lui avait prescrit un arrêt de travail). La SF lui dit: « c'est pas le moment d'en avoir! » (des contractions) puis, elle regarde les résultats des examens que la femme a apportés. La SF lui dit qu'elle ne peut pas renouveler l'arrêt de travail et qu'il faudrait voir un médecin¹. Elle procède alors à l'interrogatoire puis rédige les ordonnances pour les analyses nécessaires à la prochaine consultation. Elle effectue l'examen et, comme la femme semble avoir des crampes d'estomac, elle lui dit qu'elle devrait voir un généraliste pour qu'il lui prescrive un médicament. Elle lui explique la présentation du bébé. Elle ajoute que le col est toujours bien fermé, ce qui est bien. La femme demande si elle devrait faire les cours de préparation dans la ville où elle habite. La

¹ Comme nous l'avons vu au chapitre IV, les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail d'une durée de quinze jours non renouvelables.

SF lui dit que oui car rien ne donne plus de contractions que la voiture. Elle dit qu'elle ne lui donne pas de traitement car le col ne s'est pas modifié mais lui conseille d'essayer de se reposer. Elle rédige les ordonnances, signe les formulaires, demande à la femme si elle a des questions, lui en pose sur son appétit ainsi que son sommeil puis lui donne la liste pour les effets du bébé (à apporter à l'accouchement). La femme lui demande s'il est mieux d'allaiter et la SF lui explique que oui. Elle demande si elle peut combiner les deux (allaitement et biberon). La SF lui dit que Comme nous l'avons vu au chapitre IV, les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail d'une durée de c'est déconseillé car c'est compliqué. Elles parlent d'allaitement et la SF lui dit que si elle n'a pas envie d'allaiter, qu'il est mieux qu'elle ne le fasse pas contre son gré. Elle lui explique pourquoi. Le conjoint dit à sa femme: « tu verras.. » et la SF répète, en regardant celui-ci, qu'il ne faut pas le faire si elle n'en a pas envie...Plus tard, entre deux consultations, dans le secrétariat, une secrétaire dit à la SF que la femme a téléphoné pour dire qu'elle a vu son médecin mais qu'il ne veut pas renouveler le congé car ce n'est pas lui qui l'a examinée. Comme le médecin Z est présent dans le bureau, la SF lui explique un peu la situation afin qu'il signe son arrêt de travail. Le médecin semble sceptique et dit que c'est parce qu'elle ne veut pas travailler. La femme fait beaucoup de voiture pour travailler mais il est surpris car elle doit aussi en faire pour venir à ses consultations à cette maternité (elle habite, dans le Département voisin, une ville, située à environ une heure, où se trouve une petite maternité). La SF lui conseille de lui prescrire encore un arrêt pour 15 jours et lui donne le formulaire. La femme entre alors dans le secrétariat et le médecin, en rédigeant l'ordonnance, dit: « si toutes les femmes enceintes arrêtaient de travailler... ». La femme dit alors: « je ne sais pas moi... » et regarde la SF, cherchant un avis ou un appui (?). Une fois sortie du secrétariat, la SF dit qu'il est vrai que les médecins sont très surveillés par la Sécurité sociale. Elle reconnaît que la situation est « entre les deux »; le col n'est pas ouvert mais la tête du bébé est très basse et appuie sur le col. Selon elle, comme la femme fait beaucoup de route pour travailler, si, dans 15 jours, le col s'ouvre, il y aura alors un problème. Elle affirme que, dans le doute, il vaut mieux ne pas prendre de risque. Plus tard, dans le secrétariat, elle demande au médecin ce qu'il a finalement fait et il lui répond qu'il lui a prescrit un arrêt de travail jusqu'aux « 15 jours pathologiques » (15 jours avant l'accouchement).

Vendredi 28 mars:

Consultation de 11 heures. La femme remet à la SF les résultats de ses examens. La SF, à l'aide d'un calendrier spécial, calcule l'âge gestationnel. Elle lui demande si tout va bien puis procède à l'interrogatoire: elle demande si le bébé bouge bien, si elle a des saignements, des contractions ou de la tension, si elle voit des mouches devant ses yeux, si elle a des brûlures, etc. Puis, elle demande à la femme si elle a besoin de fer mais la femme lui répond qu'elle en a encore. Elle passe alors à l'examen. Comme elle a un peu de temps, elle laisse cette fois-ci le monitoring (pour écouter le cœur du fœtus) environ 10-15 minutes. Pendant ce temps, la femme lui dit que, lors de la dernière visite, la SF trouvait que le bébé n'était pas très gros. La SF la rassure: « bof! Il ne fera pas 4 kg... » mais elle ajoute que cela n'est pas nécessaire et que selon l'échographie, cela n'est « pas si mal ». La SF regarde les résultats apportés puis le tracé du monitoring. Elle palpe encore une fois le ventre puis, elle arrête le monitoring et prend la tension de la femme. Elle rédige les ordonnances et signe les formulaires. Elle explique à la femme à quel moment elle doit venir à la maternité (si elle perd les eaux, si elle a des contractions régulières à toutes les 5 à 7 minutes pendant deux heures ou si elle saigne). La femme dit qu'elle irait voir un médecin proche de chez elle si elle a des contractions au lieu de se rendre à la maternité inutilement. Selon la SF, si elle a des contractions et que le col est un peu ouvert, le médecin l'enverra à la maternité car « ils n'ont pas l'habitude... ». Finalement, la SF lui conseille de prendre des bains lorsque les contractions commencent.

Mercredi 9 avril:

Consultation de 12 heures. Il s'agit de la visite du 8e mois. La SF regarde le dossier et la femme lui montre les échographies. La SF procède alors à l'interrogatoire puis à l'examen. Elle demande à la femme si elle a besoin qu'elle renouvelle une ordonnance pour des médicaments. La femme lui nomme trois médicaments. La SF dit alors que pour éviter les contractions, elle doit se reposer mais qu'elle ne peut pas prescrire un des trois médicaments. La femme semble surprise car elle dit que d'habitude la SF le faisait. La SF lui explique que pendant longtemps, elles le faisaient effectivement mais que récemment elles ont reçu une lettre de la Sécurité sociale

(leur rappelant qu'il leur est interdit de prescrire certains médicaments) et qu'elle ne peuvent plus le prescrire. Après, au secrétariat, la SF lui prend un rendez-vous pour sa visite du 9^e mois (les secrétaires sont allées manger).

Les échographies:

A la maternité, au moment de notre observation, deux sages-femmes effectuent des échographies obstétricales¹. La première, la sage-femme chef d'unité, en pratique, de façon occasionnelle, depuis 1983, et de façon régulière, sur rendez-vous, depuis 1987. Elle a suivi une formation pratique, durant un certain nombre de mois (entre 6 mois et un an) avec un médecin échographiste à raison de quatre journées par mois. La seconde sage-femme pratique l'échographie obstétricale depuis 1986. À l'époque où elle a débuté, elle a dû suivre à nouveau la formation offerte dans le cadre des études de sages-femmes car celle-ci était devenue plus élaborée. Cette formation théorique et pratique consistait en quatre périodes d'une semaine chacune. Puis, en 1991, elle obtint une attestation d'études universitaires à partir d'une semaine de théorie suivie d'un examen et de 40 vacations (demi-journées) de pratique.

La sage-femme chef d'unité offre une consultation par jour (lorsqu'il y a un rendez-vous) à l'heure du midi (à 13h30) et l'autre sage-femme effectue une demi-journée d'échographies (le jeudi matin) tous les quinze jours. Cette dernière affirme qu'elle n'en pratique pas toutes les semaines parce qu'il n'est pas possible pour la surveillante chef de la libérer davantage en raison du manque de sages-femmes. Le temps alloué par les sages-femmes pour chaque échographie est de 30 minutes.

Nous remarquons donc que très peu de sages-femmes font des échographies obstétricales puisque, lors de notre observation, sur treize sages-femmes travaillant à la maternité, seulement deux sages-femmes en pratiquent. Depuis, une des deux sages-femmes a quitté la maternité (en janvier 1998) pour ouvrir un cabinet. Elle offre toujours les échographies en plateau technique ouvert à la maternité mais en tant que sage-femme libérale et non plus en tant que sage-femme de

¹ Depuis 1986, la pratique des échographies est autorisée aux sages-femmes dans le cadre du suivi d'une grossesse.

la maternité. Quelques mois après son départ (en avril), la sage-femme chef d'unité nous apprend qu'elle cesse également d'offrir des échographies obstétricales. Des sages-femmes semblent alors dire qu'une autre sage-femme suivra une formation afin d'assumer la relève mais aucune décision ne semble avoir été prise à ce sujet.

Les sages-femmes ne pratiquant pas l'échographie obstétricale, elles sont susceptibles de perdre cette compétence. Pour expliquer le fait que si peu de sages-femmes font des échographies, des sages-femmes invoquent d'abord l'investissement exigé par cette pratique et la difficulté, pour la maternité, de libérer plus de sages-femmes pour qu'elles puissent la pratiquer; non seulement l'échographie demande une formation supplémentaire et les sages-femmes doivent la suivre dans une autre ville, ce qui implique qu'elles doivent s'éloigner de leur famille mais, en outre, la pratique des échographies nécessite un investissement important et permanent dans l'exercice quotidien d'une praticienne parce qu'il faut en faire beaucoup pour prétendre être compétente et qu'il faut régulièrement se recycler par des formations. Si plusieurs sages-femmes de la maternité offraient les échographies, elles devraient donc investir beaucoup de temps dans cette pratique et elles ne seraient alors plus disponibles pour les autres activités du service (accouchements, consultations, etc.). Les sages-femmes mentionnent également la responsabilité médico-légale qu'implique la pratique des échographies. Une des deux sages-femmes pratiquant l'échographie nous fait remarquer que les deux sages-femmes qui en font sont des « anciennes » qui « ont été habituées à prendre plus de risques ». Selon elle, les jeunes ne sont pas attirées par cette pratique car elles « ont été habituées à travailler plus dans les cadres »; les risques médico-légaux les repousseraient donc. L'autre sage-femme pratiquant l'échographie aborde aussi la question de la concurrence avec les médecins. Selon elle, ces derniers n'apprécient pas tellement que les sages-femmes fassent des échographies et elle prétend que les sages-femmes « dérangent »...

Les consultations en urgence:

Soit parce qu'elles sont à terme (ou dépassé)¹, soit parce qu'elles manifestent un problème (par exemple des douleurs abdominales), à tout moment des femmes se présentent dans le service pour être examinées. Selon une des secrétaires de la maternité, lorsqu'une femme arrive pour une consultation urgente, la secrétaire lui donne son dossier (si elle en a un à la maternité) et elle l'envoie au premier étage, au bureau des sages-femmes. Les femmes qui viennent en consultation urgente ne sont pas envoyées chez un médecin car, selon cette secrétaire, les médecins n'ont pas le temps de les voir. Quand les femmes arrivent au bureau des sages-femmes, ces dernières les accueillent et les installent dans une des salles d'accouchement.

L'examen varie en fonction des diverses situations qui se présentent. En général, la sage-femme installe un monitoring (un cardio-tocographe) qu'elle laisse un certain temps (environ une demi-heure) afin de vérifier l'activité utérine² ainsi que l'activité cardiaque fœtale³. Elle effectue une prise de tension, procède à un examen vaginal et, dans certains cas, à une amnioscopie. Enfin, elle vérifie à l'aide d'un test d'urine le taux d'albuminurie (qui peut être signe de tension).

Après avoir examiné la femme, la sage-femme va adopter la conduite appropriée. Elle peut, dans le cas d'une femme qui a dépassé son terme, juger qu'elle doit être déclenchée ou, dans celui d'une femme qui présente un réel problème, considérer qu'elle doit être hospitalisée. Parfois, si tout va bien, elle laisse tout simplement la femme repartir. Dans certains cas, elle lui donne, par exemple, un médicament qui calme les contractions ou lui prépare une ordonnance d'antibiotiques (qui doit être signée par un médecin) pour soigner une infection urinaire. Quelques fois, il faut installer la femme qui se prépare à accoucher. Dans plusieurs situations, la sage-femme doit consulter un des médecins afin d'obtenir son accord face à la décision prise ou

¹ Lorsqu'elles sont arrivées au terme de leur grossesse, on demande aux femmes de venir toutes les 48 heures à la maternité pour y être examinées.

² Elles vérifient si la femme a des contractions utérines car, normalement, durant la grossesse, elle ne doit pas en avoir.

³ Afin de vérifier s'il y a souffrance fœtale.

pour solliciter une décision de sa part. En effet, dès qu'on déborde du domaine de l'eutocie, un médecin doit être consulté.

Les cours de préparation à l'accouchement:

Une série de quatre cours de préparation à l'accouchement est offerte à la maternité. Deux cours se donnent chaque vendredi après-midi (les cours un et deux puis, la semaine suivante, les cours trois et quatre) de 14 heures à 16 heures. Chaque cours est donc d'une durée d'une heure et c'est la sage-femme de garde en suites de couches ce jour-là qui les offre. En général, les sages-femmes conseillent aux femmes d'étaler les cours sur une période de quatre semaines afin d'avoir la possibilité de rencontrer quatre sages-femmes différentes et peut-être ainsi celle qui les accouchera.

Lors du premier cours, la sage-femme fait visiter la maternité aux femmes et donne des informations concernant le fonctionnement de celle-ci. Elle explique qui est le personnel de l'établissement et ce que sont leurs responsabilités respectives. Elle leur explique que, même si elles sont suivies par un médecin, ce sera une sage-femme qui les accouchera sauf si un problème survient. Elle informe également les femmes sur les anesthésies péridurales ainsi que sur les visites des pédiatres. Elle aborde les questions de la peur et de la tension avant l'accouchement et leur explique l'importance d'être bien informées et d'apprendre à se détendre. La dernière partie du cours est consacrée à l'apprentissage d'exercices de relaxation.

Lors du deuxième cours observé, la sage-femme présenta un film sur l'accouchement qui fut suivi d'une discussion et de questions concernant l'accouchement, la péridurale, etc.

Au troisième cours, la sage-femme aborde la question des premières contractions. Elle explique ce que les femmes enceintes doivent faire à ce moment-là et à quel moment elles doivent venir à la maternité. Elle leur apprend également ce que la sage-femme qui les recevra fera quand elles arriveront.

Le quatrième et dernier cours est consacré à l'accouchement. La sage-femme leur enseigne comment elles devront pousser, comment expulser le bébé, la mise au sein, etc. En outre, elle leur fournit des explications au sujet de la première toilette suite à l'accouchement, des soins en suites de couches. Comme c'est le dernier cours, elle leur propose de répondre aux questions qui subsistent.

En général, une place significative est offerte aux femmes qui assistent aux cours (ainsi qu'aux rares hommes) afin qu'elles puissent poser des questions ou manifester leurs incertitudes ou leurs craintes et la sage-femme semble souhaiter y répondre du mieux qu'elle peut. Elle pose elle-même régulièrement des questions comme: « Qui pense demander une péridurale ? » ou « Qui a décidé qu'elle allaitera son bébé ? ». Ces questions visent à susciter un débat sur ce type de sujet et à aider peut-être celles qui sont encore incertaines.

Lors d'un premier cours observé en novembre 1996 et offert par une élève sage-femme, celle-ci, en abordant les questions de l'allaitement, avait nettement encouragé les femmes à adopter cette pratique en mettant de l'avant les avantages reconnus pour le bébé. Une des sages-femmes de la maternité qui assistait au cours est alors longuement intervenue pour expliquer aux femmes qu'effectivement l'allaitement présentait des bénéfices MAIS qu'elles ne devaient pas le faire contre leur gré si elles n'en avaient vraiment pas envie. En parlant de son expérience personnelle, elle a rassuré les femmes en affirmant que celles qui n'arrivaient pas à obtenir suffisamment de lait n'étaient pas responsables et qu'il valait alors peut-être mieux opter pour le biberon au lieu de s'acharner et de se culpabiliser. Par la suite, nous avons entendu les deux sages-femmes de garde, dans leur bureau, qui critiquaient l'attitude de cette élève comme étant trop « pro-allaitement ».

Les soins en suites de couches:

En début de matinée, la sage-femme chef d'unité effectue une tournée des chambres afin de donner les soins aux femmes en suites de couches ou aux femmes enceintes hospitalisées.

Voici en quoi consistent ces soins: durant la visite, la sage-femme fait, les premiers jours suivant l'accouchement, une toilette puis procède à certaines vérifications comme celle du périnée (s'il y a eu déchirure ou épisiotomie lors de l'accouchement, elle vérifie les points) ou, dans certains cas, du col afin d'examiner si l'utérus s'est bien contracté; elle examine le ventre (elle cherche l'utérus sous l'ombilic pour évaluer s'il est bien rétracté); elle demande à la femme si elle a mal aux jambes, au ventre ou à la tête; pour une femme ayant été césarisée, elle désinfecte la cicatrice puis refait le bandage; dans certains cas, elle prend la tension; en outre, elle distribue les médicaments nécessaires à chaque patiente.

Pour chaque femme visitée, la sage-femme pose des questions sur son état ou celui du bébé et, selon la situation (plusieurs femmes répondent: « tout va bien » mais d'autres ont certains problèmes ou incertitudes à soulever), elle apporte des conseils, par exemple concernant l'allaitement ou la contraception. Elle regarde également le bébé pour vérifier s'il fait une jaunisse (il est alors un peu jaune).

Dans l'après-midi, une autre tournée sera effectuée par la sage-femme de garde en suites de couches et, une troisième sera faite en début de soirée par la sage-femme de nuit en suites de couches.

Chaque fois, les informations concernant la mère sont systématiquement consignées dans le *dossier de soins* (consacré aux soins en suites de couches)¹ qui, dans l'éventualité d'un problème, est très important au niveau médico-légal. Il existe également un *dossier de soins* pour l'enfant. À la fin du séjour, ces dossiers sont inclus dans le *dossier obstétrical*.

Pour les femmes enceintes hospitalisées, les informations sont inscrites dans le *dossier des grossesses pathologiques* qui est un dossier comme ceux qu'on retrouve dans les autres services de l'hôpital.

¹ On y inscrit les informations concernant les observations faites durant le séjour de la mère ou de l'enfant, les prescriptions médicales, l'alimentation et l'hygiène.

La visite du médecin¹:

Règle générale, la visite du médecin est effectuée en matinée, bien que certaines visites observées aient été faites en après-midi. Les deux sages-femmes de garde, si elles sont disponibles, y participent ainsi que, s'il y a lieu, l'élève sage-femme. Si la sage-femme en salle d'accouchement n'est pas libre, seule la sage-femme en suites de couches est présente. En général, le médecin regarde le dossier qui se trouve dans la chambre, discute un peu avec la mère, lui demande si tout va bien, si elle a un problème ou des questions à poser ...La sage-femme fournit des explications au médecin (elle a en main le dossier des *grossesses pathologiques*) et, dans certains cas, répond à ses questions. Durant les visites observées, l'atmosphère était souvent assez détendue, on plaisantait, discutait, etc.

Voici deux exemples de visites du médecin:

Lundi 14 avril:

Le médecin Y avait affirmé à la sage-femme en salle d'accouchement (SF S.A.) qu'il ferait la visite vers 15 heures. Il passe au bureau vers 15h15 et la SF S.A. lui dit, en lui montrant une pile de dossiers, qu'elle veut faire la visite. Le médecin Y dit qu'il doit d'abord téléphoner à un certain professeur au CHU M, puis il fera la visite car il doit être au bloc à 15h30. La SF S.A. dit qu'elle doit se rendre en chirurgie 3 pour un monitoring (une femme enceinte y est hospitalisée). Le médecin Y repart et, à 15h30, il passe pour dire qu'il se rend au bloc pour un curetage. La SF S.A. n'est pas contente et elle lui dit en riant de revenir dans 15 minutes pour faire la visite. La SF stagiaire vient voir la SF S.A. pour lui expliquer où en est la dilatation d'une femme en salle d'accouchement. La SF S.A. va voir... Vers 16h30, elle descend chercher le médecin Y pour lui dire de monter faire la visite. À 16h40, la surveillante chef monte au bureau des SF et, avec la SF S.A., elles se demandent qui elles pourraient faire sortir car il n'y a plus de chambres libres. Le médecin Y arrive et la SF surveillante chef lui dit de faire sortir telle et telle femmes qui sont en repos. La SF S.A. et le médecin Y commencent la visite et, dans la deuxième moitié de celle-

¹ Durant l'observation des visites, nous n'avons pas noté le nombre de patientes vues; il n'est donc pas possible d'indiquer combien de temps en moyenne le médecin passe avec chaque patiente.

ci, la SF en suites de couches (SF S.C.) et la SF stagiaire y participent. À la première femme que la SF surveillante chef souhaitait faire sortir, le médecin Y demande quand elle veut sortir. Elle répond « maintenant » et le médecin Y dit qu'il est d'accord. À la seconde femme, il dit qu'il va faire une échographie dans cinq minutes et qu'il prendra alors la décision. Après, à l'écart, la SF S.A. insiste auprès du médecin pour la faire sortir et celui-ci répond qu'il n'est pas responsable des problèmes de lits, que ce n'est pas son rôle de les régler. Il ajoute que s'ils font sortir des patientes, on ne leur donnera pas plus de lits. Pour les autres chambres, le médecin Y effectue une visite habituelle: il pose des questions à la femme ou à la SF qui tient le dossier des grossesses pathologiques et qui l'informe de chaque situation, il fournit des explications ou donne des consignes. À 17h20, la visite est terminée.

On remarque ici que, bien qu'ils soient tous deux salariés de l'hôpital, le médecin et la sage-femme n'adoptent pas la même attitude face au problème de lits. Il faut dire, cependant, que les sages-femmes, en étant responsables de l'organisation des chambres (lorsqu'une femme entre à la maternité, elles doivent lui attribuer une chambre, ce qui devient, les jours de fort achalandage, un véritable casse-tête), se trouvent directement confrontées au problème concret du manque de lits.

Jeudi 17 avril:

Le médecin Z ainsi que les deux sages-femmes de garde effectuent la visite à 15h30. À une femme dont le terme est dépassé et qui a quelques contractions, le médecin Z explique qu'il est mieux pour le bébé de ne pas trop attendre. Il lui dit qu'ils vont attendre encore un peu mais qu'ils la déclencheront peut-être demain. Une autre femme demande des conseils pour son bébé qui veut toujours téter. Une des SF et le médecin Z lui donnent des conseils et lui disent que le pédiatre doit passer (ce bébé sera transféré en pédiatrie mais ils ne le disent pas à la femme car ils laissent le pédiatre lui dire). À la femme suivante, le médecin Z demande si tout va bien. La SF lui explique que le bébé est un peu paresseux pour téter. Le médecin Z consulte la courbe de poids et dit qu'il « n'a pas perdu grand-chose » ... A la femme suivante, il demande encore si tout va bien. Ils discutent un peu puis, la femme demande si elle pourra sortir le lendemain. Le

médecin Z répond que non car elle doit rester cinq jours et, de plus, le bébé n'a pas repris son poids de naissance. Enfin, dans une autre chambre, ils regardent un bébé qui est un peu jaune et disent à la femme que, pour sa sortie, elle doit voir avec le pédiatre qui évaluera la situation en fonction du poids du bébé. La visite est terminée à 16 heures.

Les accouchements:

Lorsqu'une femme arrive à la maternité pour accoucher, c'est la sage-femme de garde en salle d'accouchement qui l'accueille, l'installe et l'examine. S'il s'agit d'un accouchement eutocique, il fait partie des compétences de la sage-femme, ce sera donc elle qui en aura l'entière responsabilité, du début à la fin.

Durant tout le travail, la sage-femme vient régulièrement visiter et examiner la femme en salle d'accouchement. Une fois retournée à son bureau, elle inscrit, dans le *dossier obstétrical* les informations relatives à l'évolution du travail.

La sage-femme réalise l'accouchement avec, à ses côtés, une aide-soignante ou auxiliaire de puériculture. Une fois le bébé né, la sage-femme donne les premiers soins nécessaires au nouveau-né: elle examine le bébé pour vérifier si tout est en ordre, coupe le cordon, aspire les sécrétions dans la bouche et le nez afin de vérifier la perméabilité de l'œsophage et des choanes¹) et calcule le score d'Apgar² . Puis, l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture prend le bébé afin de prendre et inscrire ses mesures (taille, thorax, crâne et poids) puis de le vêtir. La sage-femme effectue alors la délivrance (évacuation du placenta) puis, s'il y a eu déchirure ou épisiotomie, elle va suturer la femme.

Suite à l'accouchement, la parturiente reste pour une période de deux heures en salle d'accouchement et la sage-femme doit venir régulièrement la voir afin de surveiller qu'aucun problème ne survient. En effet, en France, « un accouchement ne peut être considéré comme

¹ Orifices qui font communiquer le cavum et les fosses nasales.

² Mesure la vitalité du bébé.

normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir » (Nissand, 1994: 15).

En salle d'accouchement, l'auxiliaire de puériculture ou aide-soignante essaye de mettre le bébé au sein si la mère allaite. En effet, la première mise au sein doit être faite en salle d'accouchement pour stimuler la montée de lait.

Après cette période de deux heures, l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture transfère la femme avec son bébé dans sa chambre.

La sage-femme appelle le médecin de garde (sur place durant la journée de travail, sinon elle l'appelle à son domicile) ainsi que le pédiatre et l'anesthésiste lorsqu'il s'agit d'un accouchement à haut risque dystocique (présentation du siège, grossesse gémellaire...) ou lorsque survient une anomalie en cours de travail (souffrance fœtale, stagnation de la dilatation...) pouvant nécessiter une extraction instrumentale ou une césarienne. Dans le cas d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne, c'est le médecin qui pratique l'accouchement. Pour l'extraction instrumentale, la sage-femme aura suivi le travail comme pour un accouchement normal mais c'est le médecin qui utilise les forceps afin d'expulser le bébé, pour ensuite effectuer la délivrance puis suturer la femme. Pendant ce temps, il est assisté par la sage-femme. C'est alors le pédiatre qui prend en charge le bébé parfois conjointement avec la sage-femme. La sage-femme appelle également le médecin lors d'une anomalie de la délivrance.

Lors d'une césarienne, les personnes suivantes doivent être obligatoirement présentes: le médecin qui pratique la césarienne, la sage-femme qui assiste le médecin (elle instrumente), l'anesthésiste ainsi que l'infirmier anesthésiste, le pédiatre qui prend en charge le bébé ainsi qu'une aide-soignante formée à ce rôle (qui est celui d'une infirmière de bloc: soit habiller le médecin, lui présenter le matériel de façon stérile et compter les compresses). En dehors des heures de travail de cette dernière, on fait appel à un assistant de chirurgie pour assister le médecin et la sage-femme remplit le rôle de l'aide-soignante. Si aucun assistant chirurgical n'est

disponible, la deuxième sage-femme est alors requise, ce qui est un problème pour le service puisque les deux sages-femmes sont alors monopolisées.

Afin d'illustrer comment différents types d'accouchements peuvent se produire dans cette maternité, quelques exemples d'accouchements observés sont présentés ci-dessous. Ceux-ci visent également à montrer comment les interactions entre les différents praticiens se déroulent et de quelle façon les décisions se prennent. En outre, à partir de ces exemples d'accouchements, on réalise que la frontière entre les responsabilités respectives des différentes sages-femmes (les surveillantes, la sage-femme de garde en salle d'accouchement, la sage-femme de garde en suites de couches) n'est pas totalement étanche et que leur travail est parfois fait de coopération.

Jeudi 27 février:

A 15 heures une femme arrive avec des contractions et la sage-femme de garde en salle d'accouchement (SF) dit que « cela va aller très vite ». Elle installe tout très rapidement (étriers, perfusion, bacs, instruments...). La sage-femme de garde en suites de couches (SF S.C.) vient l'aider. C'est la SF stagiaire qui pratique l'accouchement avec la SF à ses côtés. À 15h40, un petit garçon est né. La stagiaire SF et la SF donnent les premiers soins au nouveau-né et l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture (A) prend alors le bébé pour inscrire les mesures et le vêtir. La stagiaire SF effectue, pendant ce temps, la délivrance.

Lundi 10 mars:

Une femme en salle 1 a été déclenchée en matinée. Vers 10 heures, la SF examine le col, le médecin Z à ses côtés. Les deux praticiens sortent de la salle, ils discutent et regardent le dossier de la femme. Plus tard, la stagiaire SF examine le col et dit que cela n'a « pas beaucoup bougé » (...) Vers 15 heures, le travail est enclenché. Le médecin Z passe mais ne fait rien. L'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste sont présentes pour la péridurale qui a été installée. Elles appellent une SF pour lui dire que la poche des eaux est rompue. C'est la SF S.C. qui vient; elle change les draps, etc. Régulièrement, les SF vont voir la femme pour examiner le col.

À 17h30 le col est à 9. Le médecin Z est dans le bureau des SF et la stagiaire SF lui demande si elle doit installer une tocographie interne¹. Le médecin dit que ce n'est pas nécessaire car « elle va accoucher ». La stagiaire prend sa température. À 18h30, le médecin Z vient examiner le col, il demande si la femme a uriné. Comme la réponse est négative, il dit à la stagiaire SF d'installer une sonde car sinon elle ne pourra pas pousser. La stagiaire SF installe la sonde avec la SF à ses côtés, puis elle installe une tocographie interne (la SF, à côté, lui explique comment faire). La femme demande ce qu'on lui fait et la SF lui explique. Le médecin Z attend dans le bureau des SF. La stagiaire SF et la SF retournent dans leur bureau et le médecin dit qu'après deux heures à ce stade ils la feront pousser un peu sinon il faudra faire une césarienne (car si cela n'évolue pas il y a risque de souffrance fœtale). À 19h30, le médecin Z, la SF et la stagiaire SF (l'infirmière est à côté) viennent pour la faire pousser. La SF la fait pousser et le médecin Z quitte la salle. La femme demande des explications et la SF lui explique que le bébé est un peu descendu depuis 17h30 mais qu'elles ne peuvent pas le prendre. S'il descend plus bas, ils pourront le prendre avec des spatules. À 20 heures c'est la relève et l'équipe se prépare pour une césarienne. L'infirmière appelle l'anesthésiste. Fin de l'observation.

Vendredi 14 mars:

En matinée, la SF installe une gémellaire en salle 2. À 10 heures, elle dit que la femme a rompu la poche des eaux mais qu'elle n'est « qu'à un doigt »². À 11 heures, on apporte l'échographe et le médecin R (une remplaçante) vient faire une échographie pour vérifier si les bébés ont toujours la tête en bas. La SF et l'A (aide-soignante ou auxiliaire de puériculture) sont à ses côtés (selon la SF, elle aurait pu le faire mais comme le médecin passait...). Le médecin R explique à la femme qu'il y aura deux accouchements. La femme rit un peu et dit: « vous ne me rassurez pas ! ». Le médecin dit gentiment: « je ne peux pas vous bercer d'illusion ... ». Elles sortent de la salle. À 11h15, la SF vient examiner la femme qui souffre beaucoup et qui lui dit: « une chance que vous êtes là... ». Puis une contraction survient et la SF la fait respirer, lui parle...Plus tard, une A transfère la femme en salle 1 (qui est plus grande pour contenir tout le monde ainsi que

¹ Il s'agit d'un capteur interne des contractions. Il est plus fiable et plus précis que le capteur installé sur le ventre.

² La dilatation du col de l'utérus se mesure de 1 à 10 cm (souvent comptés en « doigt »). A 10, le col est complètement dilaté.

deux tables de réanimation pour les bébés). Vers 11h50, la SF est appelée par l'A car la femme a beaucoup de contractions et elle a envie de pousser (la SF était en salle 3 avec une femme qu'elle examinait). La SF vient en salle 1, installe le monitoring et la perfusion. Deux A installent la deuxième table du bébé. Puis la SF demande à tout le monde de moins circuler pour laisser la femme un peu tranquille. À 15h15, l'anesthésiste et l'infirmier arrivent pour installer une péridurale. À 15h25, le médecin X passe quelques minutes (il s'agit d'une patiente qu'il a suivie); il ne fait rien. En début d'après-midi, l'anesthésiste part. L'après-midi, la SF va régulièrement examiner la femme pour suivre l'évolution de la dilatation. La surveillante chef passe quelques minutes. À 17h30, la SF examine encore une fois la femme qui est toujours à 9. Elle appelle le médecin R qui est en bas, à son bureau, et lui demande si elle est d'accord pour ajouter du Syntocinon¹ dans la perfusion ainsi qu'une tocographie interne. Elle met le Syntocinon et installe la tocographie. À 18h30, le médecin R vient dans le bureau des SF et dit en riant à la SF que c'est peut-être le temps de l'examiner à nouveau. La SF lui répond qu'elle pourrait peut-être le faire et le médecin R va donc l'examiner longuement. Ensuite, elle dit à la SF à ses côtés, qu'elle croit que la tête du bébé est de telle manière et lui demande d'examiner elle aussi la femme afin de voir si elle sent la même chose. La SF examine donc la femme puis lui indique comment pousser. Le chef de service passe, pose des questions et la SF lui explique la situation. Il repart. Le médecin R est partie se changer pour intervenir. Quand elle revient, la SF fait pousser la femme et le médecin R à côté d'elle l'encourage et lui dit comment pousser mais ne la touche pas. Elles arrêtent et, vers 18h15, le médecin R l'examine un peu. Elle essaie de faire tourner la tête du bébé puis demande à la SF ce qu'elle en pense. Après elle repart dans son bureau. La SF reste un peu avec la femme et la fait pousser une fois ou deux. À 19 heures elle installe les étrières, vérifie la température, fait à nouveau pousser mais cela ne bouge pas. À 19h25, l'anesthésiste appelle et le médecin R remonte. Dans le bureau des SF, tout le monde attend. À 20 heures c'est la relève. Le médecin et la SF disent à la SF de nuit que la femme ne pousse pas bien, qu'elle ne se prend pas en main. Elles disent que si elles arrêtent la péridurale, elle se plaint et si elle la repartent, alors elle ne sent plus rien pour pousser. La SF de nuit grogne contre la femme puis se rend en salle d'accouchement. Elle sonde la femme tandis que le médecin R à côté lui explique qu'il faut vraiment pousser fort. La SF la fait pousser. Elle est

¹ Ce produit est souvent ajouté à la perfusion. Il régularise et renforce les contractions.

beaucoup plus dure que la SF de jour mais peut-être plus énergique. La SF S.C. à côté est plus douce; elle et le médecin R encouragent la femme. À 20h30, le médecin R remplace la SF pour faire pousser puis, après cinq minutes, dit à la femme qu'elles vont « l'aider un peu » (elle va utiliser des ventouses car elle ne travaille pas avec les forceps). Elle lui dit que cela ne lui fera pas mal car cela sera posé sur la tête du bébé. La SF va appeler l'anesthésiste et le pédiatre puis, rapidement, la SF et le médecin R installent tout pour l'utilisation des ventouses. Le médecin R pratique alors l'accouchement. Les deux SF à côté encouragent la femme (« poussez ! allez ! ... ») et la SF S.C. appuie sur son ventre. L'anesthésiste et l'infirmier arrivent. À 21h, les jumeaux sont nés et l'anesthésiste prend les bébés et commence à s'en occuper puis, l'A les prend à son tour. Le pédiatre arrive puis repart et la SF dit à la femme que les bébés ne seront peut-être pas vus par lui pendant la fin de semaine mais plutôt lundi.

Mercredi 2 avril:

Une femme est arrivée vers 7 heures pour accoucher et la SF l'a installée en salle 1. Vers 9h15 l'anesthésiste et l'infirmière arrivent pour installer la péridurale. Une fois celle-ci installée, l'anesthésiste part. Vers 10h10, la SF met du Spasfon¹ dans la perfusion. Vers 10h30, elle l'examine et dit que c'est « toujours pareil » (à 4). À ce moment, l'infirmière est toujours dans la salle et semble faire un inventaire des produits d'une armoire. La SF dans son bureau, inscrit les informations dans le *dossier obstétrical*, remplit des documents, répond au téléphone, etc. Puis, la SF va rompre une poche qui empêche la dilatation, ce qui accélère nettement le travail. Vers 11h30, elle va à nouveau examiner la parturiente puis inscrit dans le dossier qu'elle est « à complète ». Une femme téléphone alors pour dire qu'elle a perdu le bouchon muqueux. La SF qui était partie avec le père voir une chambre revient lui parler. À 11h40, elle retourne voir la femme en salle 1 et l'installe pour la faire pousser. L'anesthésiste (qui entre-temps est revenue) et l'infirmière semblent faire du ménage dans l'armoire. Elles sortent puis reviennent assister à l'accouchement. À 11h55, la SF explique à la femme comment pousser, celle-ci pleure un peu et se plaint à sa mère qui l'accompagne. La SF lui dit de plutôt pousser encore, l'encourage, etc. L'A est montée sur la table pour appuyer sur le ventre. À 12h10, la petite fille est née. La SF

¹ Pour assouplir le col, qu'il se relâche entre chaque contraction et éviter qu'il se contracte trop souvent.

l'examine sur la table de réanimation, lui donne les premiers soins et l'A coupe le cordon, la pèse, la mesure et l'habille. La SF effectue la délivrance puis part vers 12h30. Elle va installer une autre femme qui est dans sa chambre et qui va accoucher.

Jeudi 3 avril:

Vers 16h, une femme est en salle 1 « à complète ». Elle est sous péridurale. Le médecin Z et la SF sont dans le bureau des SF. Comme le travail est un peu long, ils décident d'utiliser les forceps. Le médecin Z essaie alors de sortir le bébé avec les forceps mais la femme se plaint car elle souffre beaucoup. La SF lui parle, l'encourage et la reconforte. On décide alors de l'endormir et on attend quelques minutes l'arrivée de l'infirmier (l'anesthésiste, déjà sur place lui a téléphoné). À son arrivée, ils endorment la femme et le médecin Z sort le bébé pendant que la SF appuie sur le ventre. Il est né à 16h40. La pédiatre, la SF et l'A s'occupent du bébé (on le ventile pour le réveiller). Puis l'A prend le bébé pour le vêtir et inscrire les mesures. Pendant ce temps, la SF S.C. masse le ventre pour aider à la délivrance effectuée par le médecin Z. Le médecin suture et la SF l'assiste (la SF S.C. est repartie) puis elle part avant la fin. L'A assiste le médecin Z. À 17h30, le médecin Z a terminé et la SF vient faire la toilette de la femme, lui mettre un drap propre, etc. Trois A font le ménage de la salle. Vers 17h40, l'A vient chercher la SF qui est dans son bureau avec le médecin Z pour lui dire que la perfusion est terminée. La SF va mettre un autre sachet ainsi que du Syntocinon car, comme le travail a été long, l'utérus ne se contracte pas très bien. Dans le bureau, les deux SF remplissent les papiers concernant cette naissance. Elles sont surprises et critiquent la cotation Apgar du bébé faite par le pédiatre.

Vendredi 11 avril:

Une femme est en salle 1 depuis 7h30 (...). Vers 9h40, la SF va l'examiner et dit qu'elle se rétracte (elle est moins dilatée). Elle appelle le médecin Y dans son bureau. Il monte et la SF lui explique la situation. Elle lui dit qu'elle pense installer une tocographie interne, la sonder (installer une sonde urinaire) puis voir ce qui se passe. Le médecin Y est d'accord. Il lui dit qu'il va envoyer une femme pour un monitoring. Vers 10 heures, la SF sonde la parturiente et

installe la tocographie interne. Le médecin Y passe à la porte, regarde puis laisse le dossier de la femme dont il a parlé. Vers 10h10, la SF va chercher un monitoring qui se trouve alors dans une chambre et installe la femme arrivée en salle 3. Elle consulte le dossier et constate que le médecin Y a demandé une VME (version par manœuvres externes)¹ pour lundi. Elle réagit car une césarienne ainsi qu'un déclenchement sont déjà prévus ce jour-là et, de plus, la SF chef d'unité sera absente. La SF surveillante chef passe pour demander à la SF si elle peut débrancher le monitoring en salle 2. La SF lui dit qu'elle le fera puis elle lui demande si une césarienne et un déclenchement sont bien prévus pour lundi. Comme la surveillante chef le lui confirme, elle l'informe des intentions du médecin Y. La SF surveillante chef affirme que ce n'est « pas possible », qu'il faudra le faire mardi ou mercredi. La SF déclare alors qu'il faudrait lui dire (au médecin Y). Puis, elle va débrancher le monitoring en salle 2. En salle 1, elle ajoute un peu de Spasfon dans la perfusion « pour faire lâcher un peu le col » et augmente la dose de Syntocinon. Le médecin Y passe en salle 1, regarde la femme, ne dit rien (ni ne l'examine). Ensuite, il passe au bureau de la SF qui lui explique la situation. Le médecin Y dit d'attendre un peu. Après, la SF dit à l'A qu'il vaut mieux attendre un peu (avant de penser à la césarienne), qu'elle le « freine un peu » (le médecin Y) et que si c'était le médecin Z, la femme serait déjà césarisée. La SF reste un peu dans son bureau et consulte des résultats d'examens qu'elle vient de recevoir. Le médecin Y passe à nouveau et lui demande des nouvelles. La SF dit qu'elle n'a pas encore examiné la femme et qu'elle va aller le faire. Elle rajoute qu'elle préparait justement des ordonnances et elle lui montre les résultats reçus avant d'aller examiner la parturiente. Pendant ce temps, le médecin Y rédige des ordonnances dont une pour du Clamoxyl (antibiotiques) ainsi que pour d'autres analyses. Vers 10h45, une femme arrive au bureau des SF et dit qu'elle ne sent plus son bébé bouger. La SF l'installe en salle 2 avec un monitoring. Vers 11 heures, elle va en salle 3 prendre la tension et, vers 11h15, se rend en salle 1 changer la perfusion. Elle retourne dans son bureau pour remplir des papiers. Vers 11h40, la SF surveillante chef vient voir ce qui se passe. La SF lui explique pour la femme en salle 1 puis, elle consulte le Minitel pour obtenir des résultats de laboratoire. Vers 11h50, elle va examiner la femme en salle 1 qui souffre beaucoup. Elle fait venir la SF chef d'unité et lui demande de l'examiner. Cette dernière lui confirme que la parturiente est « à complète » et que le bébé s'est lui-même retourné. Elle

¹ Dans le cas d'une présentation en siège, le médecin essaie de retourner le fœtus en appuyant sur l'abdomen de la femme.

explique à la femme qu'il faut arrêter la péridurale pour pouvoir pousser. Le médecin Y passe à la porte et la SF lui fait signe que cela va bien. Elle sort lui parler de la femme en salle 3 pour l'informer qu'il faut la garder (elle a beaucoup de tension). Le médecin Y acquiesce et demande également une albuminurie des 24 heures. Dans son bureau, la SF inscrit les informations au *dossier obstétrical* et remplit d'autres papiers. Vers 12h10, elle demande à une A d'installer la femme de la salle 3 dans une chambre. Vers 12h20, elle va en salle 1 installer la femme pour pousser. Elle prépare une injection pour une femme hospitalisée (c'est la SF surveillante chef qui va la faire). Elle part avec le monitoring pour la femme qui vient juste d'être hospitalisée. Vers 12h35, la SF essaye de faire pousser la femme en salle 1. La SF surveillante chef l'encourage et appuie sur le ventre avec l'A à ses côtés. Puis, la SF surveillante chef est remplacée par l'A. Vers 13h, l'anesthésiste vient pour une nouvelle injection de péridurale et la SF surveillante chef appelle le médecin Y à son domicile pour qu'il vienne faire des forceps. Vers 13h20, un petit garçon est né et le pédiatre vient pour le recevoir. Le médecin Y procède à la délivrance assisté de la SF puis il suture. Vers 13h30, la SF est descendue manger et la SF chef d'unité assiste le médecin Y. Elle se dépêche car elle doit effectuer une échographie à 13h30.

Mercredi 16 avril:

En matinée, une femme installée en salle 2 s'apprête à accoucher. Vers 9h30, l'anesthésiste lui fait une péridurale. En salle 1, un accouchement vient de se terminer ainsi qu'une césarienne au bloc. C'est la SF S.C. qui a assisté le médecin pour la césarienne. Pendant ce temps, la SF surveillante chef a entamé les soins du matin (en suites de couches et aux femmes enceintes hospitalisées car la SF chef d'unité est absente). Une fois la césarienne terminée, la SF S.C. prend la relève pour les soins. Les consultations ont été annulées. Tout le monde est à la course en raison du manque de personnel. En salle 1, une A fait le ménage. Elle dit que la veille, il manquait trois A et qu'aujourd'hui il en manque deux; une aide-soignante est venue de la pneumologie mais « comme elle ne connaît pas bien le travail ... ». Elle dit qu'elle en a marre de travailler comme cela. Vers 9h45, une autre A demande à la SF si elle peut venir voir un bébé en pouponnière car elle le trouve un peu jaune. La SF dans son bureau dit qu'elle n'a pas le temps

et lui dit de demander à la SF surveillante chef. Les deux A sont appelées en salle de césarienne. Finalement, la SF va voir le bébé quelques secondes. Puis, le médecin Y passe pour avertir qu'il y aura une amniocentèse. La SF va en salle 2 installer la parturiente et la fait pousser. Vers 10h15 l'anesthésiste vient voir, donne un peu d'oxygène à la femme, l'encourage puis ressort. La SF sonde la femme. Vers 10h30, elle dit à l'A qu'elle va la faire pousser un peu mais qu'elle a encore le temps (de continuer le ménage). L'A dit qu'elle va donc « attaquer le bloc ». Elle revient pour l'expulsion et une petite fille est née à 10h45. La SF donne les premiers soins au nouveau-né puis l'A s'occupe du bébé. La SF retourne effectuer la délivrance. Puis, elle pratique, à l'aide d'une injection, une anesthésie locale afin de suturer la déchirure (vers 11h15). Entre les deux salles d'accouchement, en salle de préparation, deux A nettoient les bacs et instruments ayant servi pour les autres accouchements. Vers 11h30, la mère d'une femme vient à l'entrée des salles d'accouchement pour demander si sa fille qui est hospitalisée pour MAP peut sortir. L'A va voir la SF qui est en train de suturer pour lui en parler. La SF paraît d'accord pour que la femme sorte mais elle semble attendre la visite du médecin. Vers 11h45, elle a terminé de suturer, elle prend alors le dossier de la femme hospitalisée et descend voir le médecin Z qui est de garde pour lui faire signer la sortie de cette femme.

Dimanche 27 avril:

En début d'après-midi, deux femmes sont installées en salles 1 et 2 pour accoucher. Celle en salle 2 a eu une péridurale et à 14h30 elle est « à complète ». Vers 15h, la SF sort de la salle 1 pour aller examiner la femme en salle 2. Elle regarde le tracé du monitoring puis va informer la SF S.C. qu'elle pense que les deux accouchements se feront en même temps. Elle retourne voir la femme en salle 1, lui demande si elle a envie de pousser et, pour faire dilater le col, elle ajoute un peu de Spasfon dans la perfusion. Puis, elle l'examine. Vers 15h15, la SF S.C., arrivée en salle 1, demande à la SF si elle souhaite qu'elle reste à ses côtés. La SF fait pousser la parturiente tandis que la SF S.C. lui tient la tête et l'encourage. Elles vont voir la femme en salle 2, appellent l'A, installent la femme en salle 1 pour l'expulsion et la SF S.C. prépare les vêtements du bébé (elle les sort de la valise de la femme). Pendant ce temps, l'A arrive et à 15h25, une petite fille est née. La SF lui donne les premiers soins puis l'A prend le bébé pendant

que la SF effectue la délivrance puis suture l'épisiotomie. En salle 2, la SF S.C. fait pousser la parturiente, l'infirmier anesthésiste à ses côtés. À 15h47, une deuxième petite fille est née et la SF S.C. qui a pratiqué l'accouchement la prend dans la salle 1 pour les premiers soins avant de la donner à l'A. L'infirmier anesthésiste prend la tension de la femme et la SF S.C. revient pour la délivrance et pour suturer. À 16h, la SF a terminé de suturer en salle 1, elle va voir en salle 2 puis se rend à son bureau pour remplir les formulaires concernant les accouchements. Vers 16h20, la SF S.C. vient l'aider à terminer la rédaction des papiers. Vers 16h45, la SF va voir les deux femmes qui viennent d'accoucher pour faire signer la déclaration de naissance. Elle leur donne des cachets et examine le ventre. L'anesthésiste vient voir la femme en salle 2. Vers 17h30, la SF retourne voir la femme en salle 1. Elle constate que la perfusion est terminée, prend sa tension, examine à nouveau son ventre, fait sa toilette puis, enlève la perfusion. Avec l'A elle mène la femme à sa chambre.

Une fois chaque accouchement terminé, la sage-femme doit compléter les informations requises pour le *dossier obstétrical*. Puis, elle doit inscrire, dans le *Livre des accouchements* pour l'année en cours, celui qu'elle vient de réaliser (nom de la mère, son âge, la date et l'heure de la naissance, la taille, le poids et le nom du bébé). Elle doit également remplir les formulaires suivants: une feuille *Enfant* ainsi qu'une autre *Accouchée*, la *Déclaration de naissance*, une feuille de température avec une courbe de poids pour le bébé (placée au pied du lit, dans la chambre), le *Certificat d'accouchement* (pour la Sécurité sociale) et le *Bordereau de salle d'accouchement*. Enfin, elle doit ouvrir un *Carnet de santé* pour le bébé et y remplir le certificat de PMI. La rédaction de ces formulaires prend environ une demi-heure (un exemplaire de certains formulaires se trouve à l'annexe VII).

Bilan des activités effectuées par les sages-femmes de la maternité H:

Nous pouvons constater que les sages-femmes, dans cette maternité, couvrent en majeure partie le spectre prévu des activités qu'elles sont autorisées à effectuer en France. En effet, la pratique des sages-femmes de la maternité H comprend le suivi de grossesse, la surveillance et la pratique des accouchements eutociques ainsi que le post-partum.

Dans le cadre du suivi de grossesse, les sages-femmes de la maternité H offrent des consultations prénatales, prescrivent les examens nécessaires et en contrôlent les résultats. Elles prescrivent également les médicaments qu'elles sont autorisées à prescrire. Les sages-femmes de la maternité H peuvent pratiquer des échographies dans le cadre de la surveillance de la grossesse; nous remarquons toutefois que cette pratique est peu développée puisque, lors de notre observation, seulement deux sages-femmes (sur treize) en faisaient. Depuis, une de ces deux sages-femmes s'étant installée en libéral (en janvier 1998), il ne reste plus, parmi les sages-femmes de la maternité, qu'une seule sage-femme qui pratique des échographies. Les sages-femmes prescrivent des arrêts de travail aux femmes enceintes d'une durée de quinze jours mais, comme prévu, elles ne peuvent pas renouveler ces arrêts de travail et l'intervention d'un médecin est alors requise. Enfin, nous avons observé les sages-femmes pratiquer, à la fin des grossesses, certains examens complémentaires (monitorage, amnioscopie) qu'elles sont autorisées à pratiquer.

Pour ce qui est des accouchements, les sages-femmes de la maternité H effectuent la surveillance des accouchements et pratiquent les accouchements eutociques, ce qui fait effectivement partie de leurs compétences. Elles appellent le médecin de garde lorsque sa présence est requise, par exemple, pour une extraction instrumentale. Dans le cas des accouchements pathologiques, dont les césariennes, elles assistent le médecin qui réalise l'accouchement. Elles effectuent les épisiotomies, la réfection des épisiotomies non compliquées ainsi que la restauration des déchirures superficielles du périnée.

Dans le cadre du post-partum, les sages-femmes de la maternité H pratiquent la surveillance ainsi que les soins pour la mère et l'enfant, tel qu'elles y sont autorisées. Elles prescrivent les contraceptifs locaux qui sont toujours utilisés (crèmes, ovules, spermicides).

Parmi les activités autorisées, celles que les sages-femmes de la maternité H ne pratiquent pas sont les suivantes: lors des péridurales, elles ne font pas les réinjections du produit anesthésique car ce sont les infirmiers qui accompagnent les anesthésistes qui s'en chargent¹; elles ne font pas

¹ Selon la surveillante chef, les sages-femmes estiment qu'actuellement elles n'ont pas la compétence suffisante pour effectuer les réinjections. Cependant, elle affirme qu'elles vont prochainement recevoir une formation donnée

de réanimation néonatale car, lorsqu'un problème est prévu, on fait appel au pédiatre pour qu'il soit sur place à la naissance; elles n'effectuent pas de rééducation périnéo-sphinctérienne mais projettent le faire suite à une formation qu'elles doivent recevoir¹.

À la Commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier, les sages-femmes de la maternité H sont représentées, tel que prévu par la législation, par la sage-femme surveillante chef. Nous n'avons pas assisté aux réunions de la CME mais, durant notre séjour à la maternité H, un candidat a dû être sélectionné pour un poste de médecin qui avait été créé en 1996 et, à partir de cette situation, nous avons essayé de connaître la façon dont les décisions se prennent à la maternité H et de savoir si les sages-femmes sont consultées pour ce genre de questions. Nous relatons ici ce que nous avons observé au sujet du choix d'un quatrième médecin pour la maternité.

Lors de notre séjour à la maternité H, trois médecins gynécologues-obstétriciens remplaçants y ont exercé. Parmi les trois, deux de ceux-ci correspondaient aux critères exigés par la maternité pour un quatrième poste (on veut recruter un gynécologue-obstétricien qui soit chef de clinique, c'est-à-dire qui soit apte à pratiquer la chirurgie gynécologique afin de soulager le chef de service qui est actuellement débordé). La maternité choisissait la personne qu'elle désirait et ce choix était présenté à la réunion de la CME du 15 avril 1997 afin d'être soumis à un vote.

Selon le médecin Z, dans ce type de situation, la CME vote « selon le chef de service » après que celui-ci se soit exprimé sur la question. Avant la CME, le chef de service aura consulté le personnel de la maternité. Il nous affirma que les sages-femmes sont consultées, non de façon officielle (elles ne votent pas) mais que le chef de service leur demande leur avis.

Nous avons observé, un après-midi, le chef de service passer au premier étage et demander à voir la sage-femme de garde ce jour-là (elle était seule de garde en raison d'un manque de personnel).

par les médecins anesthésistes afin de pouvoir effectuer les réinjections car les infirmiers anesthésistes ne veulent plus venir à la maternité.

¹ La surveillante chef nous explique qu'elles projettent surtout faire du dépistage pour ensuite adresser les femmes aux praticiens qui offrent déjà ce type de service soit les sages-femmes libérales ou des médecins rééducateurs fonctionnels.

Puis, dans le bureau des sages-femmes, le chef de service et cette sage-femme ont discuté un certain temps, la porte fermée (alors que cette porte reste, en général, ouverte). Plus tard, la sage-femme nous expliqua que le chef de service avait voulu la consulter concernant le poste du quatrième médecin. Elle nous fit alors part de son opinion sur la question à partir de son expérience de travail avec chacun des deux médecins.

Deux jours plus tard, nous avons entendu deux autres sages-femmes qui discutaient de la question devant le médecin Z et qui racontaient qu'elles avaient été consultées par le chef de service à ce sujet. Elles déclaraient qu'il était difficile d'émettre un avis car elles n'avaient vu travailler aucun des deux postulants.

Le lendemain, nous avons questionné la sage-femme surveillante chef sur la question et elle nous affirma: « oui, les sages-femmes sont très consultées... ». Elle nous expliqua qu'elle venait, le matin même, de rencontrer la directrice de l'hôpital à ce sujet. Elle nous confirma que l'équipe des sages-femmes était consultée de façon informelle et elle nous rappela qu'elle-même voterait à la CME.

Nous n'avons pas assisté à la CME mais deux personnes (le médecin Y ainsi qu'un médecin d'un autre service) nous rapportèrent le déroulement du vote: le chef de service présenta le choix de la maternité, la sage-femme surveillante chef, à son tour, s'exprima sur la question, puis, l'assemblée demanda également l'avis de l'autre médecin du service présent à la réunion. La CME vota, sauf une voix, en accord avec le choix de la maternité¹.

b) Les médecins gynécologues-obstétriciens:

Actuellement, l'équipe des médecins gynécologues-obstétriciens de la maternité H est composée de trois praticiens hospitaliers et de remplaçants (en attendant que soit comblé le quatrième poste). Leur emploi du temps est réparti, principalement entre un certain nombre de demi-

¹ Finalement, le médecin choisi refusa le poste car il en obtint un au centre hospitalier où il exerçait déjà. Depuis, ce poste n'est toujours pas comblé.

jours de consultations d'ordre gynécologique et obstétricale (publiques et privées) et des périodes au bloc opératoire consacrées aux interventions chirurgicales gynécologiques. Les consultations, chez les médecins, sont d'une durée de 15 minutes sauf pour l'échographie morphologique (22^e semaine), qui prend 20-25 minutes. Lors d'une césarienne planifiée, le médecin qui aura suivi la femme, l'effectuera. À tour de rôle, les médecins sont de garde pour les urgences obstétricales ou gynécologiques. C'est le médecin qui est de garde qui effectue la visite quotidienne avec les sages-femmes auprès des femmes hospitalisées ou en suites de couches.

c) Les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture:

Le personnel employé auprès des bébés en salle d'accouchement ou en pouponnière est composé d'aides-soignantes ou d'auxiliaires de puériculture. Dans cette maternité, elles effectuent le même travail et gagnent le même salaire.

Les aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture travaillent en alternance en salle d'accouchement et en pouponnière. La rotation se fait tous les quatre mois.

En salle d'accouchement, l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture doit préparer, juste avant la naissance, la table de réanimation pour le bébé. Une fois que la sage-femme a donné les premiers soins au nouveau-né, elle prend en charge le bébé: elle le mesure (taille, thorax et crâne), le pèse, l'habille puis elle lui lave la tête; elle lui met les bracelets d'identification (poignet et cheville); elle inscrit sur une feuille les informations concernant l'heure de sa naissance ainsi que les mesures obtenues. Par la suite, c'est elle qui fait le ménage de la salle d'accouchement et qui nettoie les instruments.

En pouponnière, l'aide-soignante ou auxiliaire de puériculture est responsable de la toilette du bébé effectuée le matin. Elle surveille sa température, le pèse, le lave, désinfecte le cordon... Lorsque la mère allaite, elle est responsable du contrôle du poids du bébé (au troisième jour, elle doit le peser habillé, avant et après la tétée). Elle vérifie, pour les bébés dont le poids est

inférieur à 2,7 kg ou supérieur à 4 kg la glycémie (taux de sucre dans le sang). Le jour, elle s'occupe des bébés nés par césariennes (les changer et les faire téter) et la nuit, elle garde les bébés des femmes accouchées du jour, césarisées ou épuisées. Elle est aussi en charge des biberons (c'est l'équipe de nuit qui les prépare dans la soirée et, dans la journée, ils sont distribués dans les chambres toutes les trois heures). Elle explique également aux mères comment changer le bébé, les soins du cordon et elle aide aux mises aux seins.

d) Les pédiatres:

A la naissance, les bébés sont examinés une première fois par la sage-femme et, si un problème se présente, elle appellera un pédiatre du centre hospitalier. Durant son séjour à la maternité, chaque bébé sera vu, de toute façon, par un pédiatre pour la visite du 8e jour (chaque bébé doit avoir été vu une fois par un pédiatre avant son 8e jour). Deux des quatre pédiatres sont responsables des visites quotidiennes à la maternité et ils exercent cette responsabilité en alternance une semaine sur deux. Une troisième pédiatre est responsable, durant la journée, de la maternité pour ce qui est des urgences ou des césariennes. Par la suite, c'est elle qui suivra le bébé qu'elle aura vu naître. Cette pédiatre effectue également une visite quotidienne dans le service. Le quatrième pédiatre y viendrait le moins possible en raison d'un conflit qui l'aurait opposé à la maternité. Lorsqu'une urgence survient en dehors de l'horaire régulier de travail, ce sera le pédiatre d'astreinte (de garde à domicile) qui sera appelé. La présence d'un pédiatre est obligatoire pour les césariennes, les sièges, les accouchements gémellaires, les hypotrophes, les extractions instrumentales, les accouchements prématurés ainsi que lors d'une souffrance fœtale durant l'accouchement.

e) Les anesthésistes-réanimateurs:

Les anesthésistes-réanimateurs de l'hôpital, au nombre de dix, peuvent être appelés pour des situations prévues telles qu'une césarienne ou un déclenchement¹. Autrement, ils peuvent être appelés en urgence pour une péridurale ou pour une anesthésie dans les cas de césarienne,

¹ Lors d'un déclenchement, on avertit alors l'anesthésiste qu'on aura peut-être besoin de lui pour une péridurale.

d'extraction instrumentale, de révision utérine, de siège ou de délivrance artificielle. Durant la journée, un des anesthésistes est chargé de la maternité et la nuit ainsi que les fins de semaine, l'anesthésiste ou le réanimateur qui est de garde, sera appelé.

La section suivante, tente, à partir des observations faites à la maternité H ainsi que des entrevues réalisées avec des sages-femmes et médecins y travaillant, d'évaluer la place et le statut que les sages-femmes occupent dans cette maternité. Il s'agit d'essayer de cerner la position que les sages-femmes peuvent occuper dans une maternité publique de taille moyenne.

4- Perceptions de la place et du statut des sages-femmes en maternité publique:

Dans la maternité observée, on remarque que le statut des sages-femmes se situe entre la profession médicale et la profession paramédicale. Les sages-femmes exercent une profession médicale lorsqu'elles effectuent les consultations prénatales, lorsqu'elles prennent en charge les femmes qui arrivent pour être examinées ou pour accoucher et qu'elles réalisent les accouchements eutociques en toute autonomie. Elles se trouvent toutefois dans la position d'une profession paramédicale lorsqu'elles donnent les soins, lorsqu'elles assistent un médecin lors d'un accouchement dystocique, lorsqu'elles doivent consulter un médecin avant de prendre une décision concernant une femme enceinte et, de façon générale, quand elles veillent à l'intendance (accueillir les gens, répondre au téléphone, vérifier les commandes de pharmacie, vérifier et ranger les instruments ayant servi en salle d'accouchement ou au bloc...). À l'hôpital H, comme il est souligné plus haut, les sages-femmes sont classées par l'administration parmi le personnel non-médical, dans la catégorie des soignants.

Les sages-femmes cherchent constamment à préserver l'aspect médical de leur profession; par exemple, certaines affirment qu'elles doivent continuer à prescrire les médicaments autorisés afin d'éviter de perdre ces droits acquis¹. Cependant, elles semblent vouloir également conserver

¹ Car on dit que dans certaines maternités les sages-femmes ne peuvent plus prescrire certains médicaments qu'elles pourraient légalement prescrire. Si on leur dit: « Oui, vous en avez le droit », elles répondent: « Je sais, mais ici je ne peux pas ».

l'aspect « soins » de leur travail. Selon une sage-femme cadre, il est vrai que les sages-femmes doivent protéger l'aspect médical de leur travail mais elles doivent aussi chercher à garder la responsabilité des soins car elles risquent de se faire prendre cette partie du travail par des infirmières (dans certaines maternités, ce sont en effet les infirmières qui effectuent les soins).

Il est important de souligner ici que la présence permanente d'un médecin à la maternité ne datant que de 1987, soit environ dix ans, cela signifie qu'un certain nombre de sages-femmes (dont la surveillante chef et la chef d'unité) ont connu la période précédant l'arrivée de ces premiers médecins, une époque où elles faisaient elles-mêmes « tourner la maternité » et devaient, nécessairement, prendre plus d'initiatives.

Comme il y eut, en 1987, un médecin que les sages-femmes jugèrent incompétente et qu'elles qualifient de dangereuse puis, après son départ, un grand nombre de remplaçants, les sages-femmes n'auraient pas immédiatement senti de modification profonde dans leur pratique quotidienne. Les premiers médecins permanents leur auraient laissé, selon certaines sages-femmes (SF 3 et SF 9), encore beaucoup de liberté. D'autres sages-femmes décrivent la situation d'un autre point de vue en affirmant que ces premiers médecins n'étaient pas des médecins sur qui elles pouvaient s'appuyer (SF 4 et les deux sages-femmes cadres). Le premier médecin qui aurait marqué le changement, c'est-à-dire qui aurait été perçu « comme un chef », serait, de façon unanime, celui de 1990. Cependant, selon deux sages-femmes (SF 13 et SF 9), ce dernier, préoccupé par la mise en place d'un secteur de chirurgie gynécologique moderne, leur aurait aussi laissé une liberté significative. Selon elles, le vrai changement serait survenu en 1992, avec le chef de service actuel qui serait « arrivé avec tous ses protocoles et ses conduites à tenir ». Une sage-femme cadre déclare que le chef de service actuel correspond plus à un chef dans le sens qu'il cherche davantage à « imprimer un certain nombre de conduites à toute l'équipe ». Il décide d'une politique générale et souhaite qu'elle soit suivie par toute l'équipe alors que son prédécesseur (même si elle est d'accord pour dire qu'il s'agit du premier chef dans les faits) ne cherchait pas nécessairement à imposer à l'ensemble de l'équipe sa politique générale. Une autre cadre déclare qu'avant 1987, même si le médecin de la maternité n'était pas présent de façon permanente, comme il y travaillait depuis longtemps, une politique de soins avait quand même

été établie. Puis, de 1987 à 1990, avec la succession de remplaçants, les sages-femmes ont alors dû gérer la maternité « comme elles voulaient », c'est-à-dire « comme elles pouvaient ». Elle ajoute que durant cette période, les sages-femmes ont dû « tenir la barre » et, elle déclare qu'en 1990, ce fut un soulagement de voir enfin arriver un chef de service sur qui elles pouvaient compter. Elle affirme ne pas avoir senti de changement avec le chef de service actuel mais que sa venue à la maternité se serait plutôt faite « en continuité » avec l'arrivée du précédent.

Il est vrai qu'avec le temps, les médecins venus à la maternité ainsi que les jeunes sages-femmes devaient correspondre aux exigences d'une nouvelle époque, c'est-à-dire respecter les règles établies et se conformer, pour chaque professionnel, aux responsabilités lui étant légalement attribuées. Depuis quelques années, des rapports ont été publiés (et c'est encore le cas), les maternités ont été fortement critiquées (et cela continue) et la gynécologie-obstétrique a dû évoluer vers une pratique plus standardisée, soit plus encadrée par des protocoles précis ayant préalablement été établis.

Néanmoins, il est intéressant de remarquer qu'il y a à peine dix ans (ce qui, dans l'histoire de la maternité, est relativement récent), les sages-femmes étaient, dans les faits, les responsables de la maternité. Depuis, les sages-femmes doivent pratiquer dans les limites légalement prescrites, ce qui implique qu'il leur est régulièrement nécessaire d'avoir recours à un médecin alors que certaines sages-femmes avaient été habituées à gérer elles-mêmes plusieurs de ces situations. Une des sages-femmes (SF 4) déclare: « oui, c'est vrai on avait plus de liberté » et ajoute: « les sages-femmes étaient le pilier » de la maternité mais elle n'approuve pas nécessairement (ou complètement) cette époque car elle affirme qu'elles n'exerçaient pas totalement dans la légalité (« on ne travaillait pas dans la sécurité »)¹.

Une des sages-femmes arrivées à la maternité H avant 1987 (SF 3), raconte que la première fois qu'elle a constaté une mort in utero, elle a téléphoné au médecin en lui disant: « le cœur ne bat

¹ Notre objectif ici, ainsi que dans les exemples qui vont suivre, n'est pas d'évaluer ou de juger la pratique des sages-femmes à cette époque ni celle du médecin alors responsable de la maternité mais plutôt d'illustrer, par des exemples et des commentaires, de quelle façon l'exercice des sages-femmes a évolué depuis à peine une vingtaine d'années. Il faut rappeler qu'à cette époque, ce médecin était seul responsable de son cabinet, de la clinique et de la maternité alors qu'aujourd'hui quatre médecins (de la maternité) assument cette responsabilité.

pas, pouvez-vous venir ? ». Ce dernier lui aurait répondu: « Et alors? Que voulez-vous que je fasse? Je ne vais pas le ressusciter! ». Elle raconte également qu'à l'école on leur avait fortement rappelé de pratiquer les sièges avec une présence médicale¹ mais, lorsqu'elle se trouva, pour la première fois, confrontée à ce type de situation et qu'elle tenta de joindre ce médecin, celui-ci réagit de la même manière en disant: « Je ne vais pas me déplacer pour cela! Débrouillez-vous! ». Selon cette sage-femme, ce médecin, ayant été habitué à des sages-femmes qui prenaient beaucoup plus d'initiatives et qui faisaient elles-mêmes fonctionner la maternité, devait être troublé face à ces jeunes praticiennes qui cherchaient à exercer comme elles y étaient autorisées et qui faisaient alors régulièrement appel à lui. Cette sage-femme raconte encore que, jusqu'à dernièrement, elle a toujours pris en charge les MAP (qu'elle peut juguler) comme elle avait été habituée de le faire; elle accueille la femme, la perfuse pour arrêter les contractions puis l'installe dans une chambre. Cependant, les sages-femmes plus jeunes demandent à un médecin ce qu'elles doivent faire et, ces dernières étant devenues plus nombreuses que les anciennes, cette sage-femme s'est sentie marginalisée dans sa façon de pratiquer. Selon elle, les jeunes sages-femmes auraient « imprimé une attitude de légalité qui moralement oblige les anciennes à entrer dans la légalité ». Elle a donc eu peur que, si un jour un problème survenait, on lui reproche de ne pas avoir consulté le médecin et d'avoir pratiqué « hors légalité ». Dernièrement, lors d'un *staff* du lundi, elle a demandé au chef de service quelle attitude il souhaitait qu'elle adopte et celui-ci a répondu qu'elle devait d'abord le prévenir.

Une autre des sages-femmes arrivées avant 1987 (SF 4) raconte aussi que lors de ses études on avait fortement rappelé qu'elles doivent appeler un médecin pour un siège. La première fois qu'elle fut confrontée à cette situation, sachant qu'elle ne devait pas déranger le médecin (elle prétend qu'il se mettait en colère), elle a dû consulter un manuel et effectuer l'accouchement sans médecin. Elle raconte également un accouchement dont le bébé se présentait par le front (présentation du front) et pour lequel elle avait téléphoné au médecin (après avoir consulté un livre afin de vérifier ce qu'elle savait: ce type d'accouchement ne peut pas être réalisé par voie basse et il faut pratiquer une césarienne) en lui disant que l'accouchement ne se présentait pas bien et que la dilatation n'avancait plus. Ce dernier aurait réagi avec incrédulité en lui disant

¹ A la fin de l'accouchement, si des complications surviennent, le médecin peut avoir à intervenir très rapidement pour pratiquer une extraction instrumentale.

d'attendre encore un peu. Elle affirme que ces situations la révoltaient et que pour réussir à obtenir le médecin elle devait parfois, lorsqu'elle l'appelait, « noircir » le problème.

Actuellement, malgré l'évolution du travail dans cette maternité, les sages-femmes considèrent qu'en comparaison avec le travail dans d'autres maternités, elles jouissent toujours d'une grande autonomie dans leur travail. Plusieurs sages-femmes racontent que les élèves sages-femmes, lors de leur passage à la maternité, leur en font souvent la remarque. Selon une des sages-femmes (SF 4) de la maternité qui y travaille depuis le début des années 1980, comme il n'y a pas d'internes à la maternité, les médecins comptent sur les sages-femmes; afin de montrer qu'ils peuvent avoir des relations de collaboration, elle cite l'exemple du médecin Y qui, un peu plus tôt, lui avait demandé au sujet d'une femme: « Qu'en penses-tu? Veux-tu la voir ? ». Elle ajoute, qu'à cette maternité, elles font un « vrai travail de sage-femme » ce qui n'est pas le cas d'autres endroits tels les CHU ou les cliniques privées. Elle admet toutefois qu'elles possèdent moins de liberté qu'auparavant puisqu'aujourd'hui elles doivent référer à tous ces protocoles mis en place et elle affirme: « avant on faisait comme bon nous semblait ». Une autre sage-femme (SF 11) ayant travaillé deux mois à la clinique C et deux ans et demi à la maternité H est d'accord pour affirmer qu'elles font un « vrai travail de sage-femme » mais, malgré sa courte période à la maternité H, elle constate également une différence entre le moment de son arrivée et le moment présent, à savoir qu'elles peuvent en faire moins.

Les relations de travail quotidiennes entre les sages-femmes et les médecins, comme les exemples des accouchements cités plus hauts le montrent, semblent faites à la fois de subordination et de coopération. De plus en plus, les sages-femmes doivent soumettre leurs décisions à l'avis des médecins, ce qui les empêche d'être totalement autonomes dans la gestion des situations qui se présentent à elles et c'est là qu'on comprend bien la signification de l'expression: *profession médicale à compétence limitée*. Leur domaine de compétence étant limité aux grossesses et accouchements eutociques, il est alors fréquemment nécessaire d'avoir recours à un autre intervenant (désormais présent sur place) dont la compétence légale dépasse la leur puisqu'elle est entière.

Par ailleurs, nous avons également remarqué (à partir de ce que nous avons observé mais aussi de ce qu'on nous a raconté) une certaine « coopération » parce que (peut-être en continuité avec les habitudes de la maternité où les sages-femmes étaient celles qui dirigeaient ?), dans les faits, les sages-femmes sont souvent celles qui prennent en charge les patientes, qui évaluent les situations et qui « jugent de la gravité de l'état ». Lorsqu'elles vont voir ou appellent le médecin c'est souvent pour obtenir un accord formel ou pour « simplement demander son avis »; elles leur présentent le cas et, parfois, ce sont elles qui suggèrent les « conduites à tenir » (elles vont dire: « On devrait faire cela... Qu'en pensez-vous? » ou « Est-ce qu'on doit hospitaliser cette femme? » ou encore, demandent de signer une ou des ordonnances qu'elles ont préparée(s), etc.) car, après tout, ce sont elles qui ont examiné la patiente. Dans plusieurs situations, elles prennent elles-mêmes l'initiative de garder ou de laisser repartir la femme et, si elles décident de l'hospitaliser, elles vont parfois en parler au médecin un peu plus tard afin que celui-ci soit au courant quand il effectuera la visite. Il semble que la fréquence avec laquelle les sages-femmes font appel au médecin varie selon les praticiennes. Certaines vont le voir plus facilement alors que d'autres ont été habituées à prendre en charge plusieurs des situations.

Des sages-femmes de la maternité (SF 12, SF 1 et SF 4) disent qu'elles jugent elles-mêmes de la nécessité de prévenir le médecin immédiatement ou ultérieurement. En fait, il existe une série de protocoles qui déterminent les *conduites à tenir* pour chaque situation. Par exemple, si une femme a rompu la poche des eaux, un de ces protocoles exige que la maternité la garde. La sage-femme va alors hospitaliser cette femme et, plus tard, elle expliquera la situation au médecin. Selon une sage-femme (SF 4), si une femme présente de la tension, sa conduite dépendra de la gravité de la situation: si la tension est peu élevée et stable, elle va hospitaliser la femme pour accoucher et suivra le protocole; toutefois, si la tension est élevée, elle va informer le médecin. Lors d'une MAP, la nécessité de prévenir le médecin, dépendra également du contexte: s'il s'agit d'une « petite menace » (avec un col fermé et non modifié), elle ne « dérange pas le médecin la nuit » mais l'avertit le lendemain; lors d'une « grosse menace », elle « appelle pour l'avertir » (selon elle, une jeune sage-femme appellera systématiquement); le jour, elle informe le médecin en vue de la visite quotidienne et non, selon elle, pour lui demander ce qu'elle doit faire car, faisant référence aux protocoles, elle affirme: « on sait ce qu'il faut faire »; parfois elle

laisse la femme repartir en lui donnant des conseils de repos ainsi qu'un traitement et en lui disant de revenir si les contractions persistent; si elle hésite parce que la situation est « entre les deux », elle « en parle au médecin ».

Lorsqu'une femme ne présente rien de pathologique, la sage-femme va prendre l'initiative de la laisser repartir et, s'il y a lieu, elle prescrira les examens nécessaires en externe. Selon une des sages-femmes (SF 12), les médecins « ne viennent pas systématiquement voir », car ils leur « font confiance » et savent que si un problème survient, la sage-femme les rappellera. Même si le médecin refuse de se déplacer, ce qui est important, selon cette sage-femme et une autre (SF 4), c'est d'inscrire dans le *dossier obstétrical* qu'il a été contacté et qu'elle a obtenu son accord ou d'indiquer la « conduite à tenir » qu'il a dictée.

Selon un des médecins (Y), les sages-femmes font appel à eux si elles « ont un doute », si elles « ne savent pas régler un problème ». Selon lui, cela dépend de la complexité de la situation; il existe des « choses simples qui sont toujours les mêmes », et alors les sages-femmes savent ce qu'elles doivent faire mais, pour les « choses plus compliquées », elles « doivent en parler » au médecin. Lorsqu'elles décident d'hospitaliser une femme, elles « doivent toujours en parler » au médecin. En général, ce médecin souhaite que les sages-femmes lui en parlent pour, par exemple, qu'il pratique une échographie. Lorsque la situation n'est pas grave, la sage-femme va prendre l'initiative de laisser la femme repartir mais, selon ce médecin, si la sage-femme n'en a pas parlé auparavant au médecin, elle ne sera « pas couverte » (au niveau médico-légal). Il cite l'exemple d'une sage-femme qui, « l'autre jour a fait quelque chose avec laquelle » il « n'était pas d'accord » et à qui il aurait dit que si un problème survenait, il ne « la couvrirait pas ».

Une des sages-femmes raconte (SF 4) qu'il y a quelque temps, un médecin remplaçant a voulu préparer les papiers de sortie des femmes ayant accouché. Lorsqu'il a vu que les sages-femmes les préparaient, il a été, selon cette sage-femme, agréablement surpris et leur aurait dit: « vous faites tout ! ». Selon elle, pour les sages-femmes, c'est « du travail en plus » mais « c'est intéressant » de le faire et cela les « valorise aux yeux de la femme » car celle-ci voit que les sages-femmes les accouchent, leur donnent les soins en suites de couches, préparent leur sortie.

Selon elle, la sage-femme est plus autonome lorsqu'elle est en salle d'accouchement car elle « gère » elle-même « son travail ». Le travail en suites de couches est, selon elle, plus lié au pédiatre: dès qu'il y a un problème, il faut appeler le pédiatre alors qu'elle affirme: « avant on jugeait soi-même »; de plus, elle explique que la pédiatre responsable de la maternité passe tous les jours et qu'elle consulte le cahier des bébés, ce qui expliquerait qu'elles se sentent moins autonomes, peut-être plus surveillées.

Jusqu'à récemment, les sages-femmes avaient l'habitude de prescrire des médicaments en dehors de la liste autorisée et les médecins de la maternité leur accordaient une totale confiance à ce niveau. Toutefois, une lettre de la Sécurité sociale (visant à leur rappeler la liste des médicaments qu'elles sont autorisées à prescrire) serait venue mettre un terme à cette pratique. Actuellement, les sages-femmes continuent à prescrire certains de ces médicaments sur des ordonnances pré-signées par les médecins de la maternité, ce qui dénote une plus grande autonomie que ce qu'on leur attribue légalement car ce sont alors elles qui jugent quand il faut prescrire ces médicaments. De plus, cette situation montre bien le type de relation de confiance existant entre les sages-femmes et les médecins de cette maternité puisque ces derniers leur laissent l'initiative de prescrire certains médicaments en leur nom propre. Nous avons observé, lors d'un « staff » du lundi ainsi que dans le bureau des sages-femmes, des médecins qui signaient, à la demande des sages-femmes, une série d'ordonnances vierges. Ce fait illustre, cependant, de quelle manière les sages-femmes doivent, de plus en plus se conformer aux règles établies, et le fait qu'ainsi elles deviennent, pour ce genre de situation, régulièrement dépendantes des médecins. Bien que, dans ce cas, la relation d'autorité soit contournée, les sages-femmes doivent tout de même compter sur les médecins pour leur fournir des ordonnances déjà signées. Pour d'autres médicaments, elles préparent l'ordonnance et vont la faire signer par un médecin ou bien elles déclarent carrément aux femmes qu'elles ne peuvent pas les prescrire et que celles-ci doivent s'adresser à un médecin.

Lors d'une entrevue réalisée auprès de deux sages-femmes enseignantes et de la directrice d'une école de sage-femme ainsi que d'une sage-femme de la maternité H, nous avons rencontré des sages-femmes qui semblaient unanimement inquiètes pour le statut actuel et futur de leur

profession. Elles semblaient toutes s'entendre sur le fait que, dans les faits, les sages-femmes sont de plus en plus limitées dans leur travail.

Selon la directrice de l'École de sage-femme, certes le droit de prescription des sages-femmes a été élargi avec les années mais, selon elle, ce droit n'est pas réellement utilisé dans la pratique; par exemple, dans les CHU, elle dit que les sages-femmes ne font pas de consultations pour les suivis de grossesse alors qu'il y a quinze ans, elles en faisaient encore quelques-unes. Selon elle, les femmes viennent en CHU, non pas pour voir une sage-femme mais pour être suivies par tel médecin qui est renommé. On y retrouve, selon elle, beaucoup de sages-femmes compétentes mais elles ne sont pas reconnues comme des praticiennes. En outre, elle affirme que, la sage-femme ne pouvant intervenir que dans le cadre de la physiologie, son droit de prescription est alors incomplet si elle veut réellement suivre une grossesse. Dans les CHU, les sages-femmes font plutôt la surveillance des grossesses pathologiques. Elle prétend que les sages-femmes « aiment beaucoup » cet aspect de leur travail car cela les rapproche de leur « image médicale » alors qu'elle considère que, dans ce type de situation, les sages-femmes interviennent plutôt par délégation, en tant qu'auxiliaire médicale.

La directrice de l'École déclare que la sage-femme aurait aussi perdu une autonomie en salle d'accouchement. Selon elle, cette situation est « normale » car les sages-femmes sont formées dans les CHU où elles doivent appeler un médecin dès qu'elles doivent agir. Elle ajoute qu'auparavant les internes se référaient à la sage-femme et qu'aujourd'hui c'est l'inverse...Elle cite le cas d'une petite maternité près de Grenoble où les sages-femmes auraient reçu une note leur indiquant que toute femme renvoyée chez elle pour faux travail doit préalablement être vue par un médecin; elle affirme que, suite à cette note, « aucune sage-femme n'a réagi »...

Selon une sage-femme stagiaire à la maternité H, les jeunes sages-femmes sont conscientes des limites grandissantes de leur profession et du fait que celle-ci est « menacée ». Elle affirme que, lorsqu'elles font leurs stages dans les différentes maternités, les sages-femmes les avertissent de la situation. Par exemple, elle déclare que, dans la plupart des maternités, les sages-femmes donnent les premiers soins aux nouveau-nés mais dans certains endroits, les sages-femmes

n'ayant plus le temps, ce sont des puéricultrices qui le font. Selon elle, des sages-femmes s'inquiètent alors: « attention », disent-elles, « si on ne le fait plus, on va se le faire enlever... ».

La surveillante chef de la maternité H admet que les sages-femmes en « font moins qu'avant » et elle cite l'exemple des « sièges » que les sages-femmes, il y a quelques années, accomplissaient toutes seules alors qu'aujourd'hui, elles doivent les faire en s'assurant qu'une équipe médicale (un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre) est sur place au cas où une extraction instrumentale deviendrait nécessaire. Cependant, selon elle, ce fait ne concerne pas que la profession de sage-femme mais plutôt l'ensemble de la médecine. Elle affirme qu'il y a vingt ans, la médecine était très individualiste alors qu'actuellement, les professionnels doivent « travailler en équipe ». Des protocoles de soins ont été établis et, pour plus de sécurité, les sages-femmes doivent s'y conformer mais, elle affirme que c'est également le cas des médecins en général.

Les sages-femmes de la maternité H étant considérées comme particulièrement autonomes dans leur travail, nous présentons, à la section suivante, les différences qu'elles perçoivent entre leur situation et d'autres types de maternités, surtout les cliniques privées et les CHU.

5- Perceptions des différences entre la maternité H et les autres types de maternités:

Il semblerait que les deux principaux types de sites présentant des différences significatives avec la maternité H sont les CHU et les cliniques privées. N'ayant pas observé ces deux types de maternité, nous sommes obligée de nous en tenir à ce qu'on en dit dans le milieu, en particulier chez les personnes y ayant travaillé.

Dans les cliniques privées, les sages-femmes, lors d'un accouchement, suivent le travail mais doivent appeler le médecin ayant suivi la patiente pour l'expulsion (ce fait est reconnu par toutes les personnes qui nous ont parlé du travail des sages-femmes en clinique privée).

À la clinique C (dont la maternité a fermé), les sages-femmes ne faisaient pas les consultations car, en clinique privée, ce sont les médecins qui suivent les femmes enceintes. Un gynécologue-obstétricien - ayant déjà travaillé à la maternité H - en était responsable. Dans cette clinique, on retrouvait une situation particulière car, la sage-femme aujourd'hui installée en libéral, y exerçait à mi-temps comme sage-femme salariée de la clinique mais, également à mi-temps en tant que praticienne libérale. Ce qui signifiait qu'elle prenait des gardes comme les autres sages-femmes salariées mais qu'elle suivait également des patientes (en tant que praticienne libérale) qu'elle accouchait à la clinique¹. Lorsque, dans le cadre d'une garde, elle suivait l'accouchement d'une patiente du gynécologue-obstétricien, elle devait, comme les autres sages-femmes, appeler celui-ci pour l'expulsion. Il y avait, à la clinique C, quatre postes de sages-femmes, incluant le mi-temps de la sage-femme libérale. Les sages-femmes salariées de la clinique, lorsqu'une femme se présentait pour accoucher, effectuaient l'examen d'entrée et suivaient le travail jusqu'à l'arrivée du médecin² ou de la sage-femme libérale. On voit ici une illustration de la logique engendrée par le paiement à l'acte: le médecin, afin d'être rémunéré pour un accouchement, exige qu'on l'appelle à l'expulsion ce qui crée, lors des accouchements, une division du travail entre les médecins et les sages-femmes différente de celle qu'on retrouve en maternité publique.

À la clinique C, si des femmes venaient pour un problème quelconque (consultations urgentes), les sages-femmes pouvaient s'en occuper mais cette situation était plutôt rare car, en général, lorsqu'une femme avait un problème, elle se rendait directement chez son médecin ou elle lui téléphonait et celui-ci lui demandait de passer le voir. Si le cas se présentait, après avoir examiné la femme et installé un monitoring, les sages-femmes devaient absolument prévenir le médecin qui leur disait d'hospitaliser la femme, de la faire descendre à son cabinet ou de la laisser repartir et qu'il la verrait, par exemple, dans une semaine.

¹ Les sages-femmes l'appelaient au début du travail (à 2-3 cm de dilatation).

² Sauf exceptions: dans de rares cas, la sage-femme n'avait pas eu le temps de joindre le médecin et pouvait alors réaliser l'accouchement mais le médecin venait toujours pour la délivrance. Les sages-femmes pouvaient aussi, parfois, se trouver confrontées à une femme qui n'avait été suivie par aucun des deux praticiens rattachés à la clinique (le gynécologue-obstétricien et la sage-femme libérale), par exemple une vacancière, à qui elles demandaient si elle préférerait être accouchée par un médecin ou une sage-femme.

Les sages-femmes de la clinique n'effectuaient pas de cours de préparation à l'accouchement. Si le médecin jugeait qu'une de ses patientes avait besoin de cours, il l'envoyait voir la sage-femme libérale. Il paraît qu'il arrivait parfois que la femme demande de poursuivre son suivi de grossesse avec elle.

En plus du suivi des accouchements, les sages-femmes étaient responsables des soins en suites de couches. Deux des sages-femmes qui ont travaillé dans cette clinique sont d'accord pour affirmer que leur travail à la clinique correspondait plus à celui d'une infirmière spécialisée et elles déclarent préférer exercer à la maternité H car, selon l'une d'elles, elles y font un « vrai travail de sage-femme ». Cette sage-femme (SF 1) (qui a travaillé à la clinique durant environ un an) avoue qu'elle était arrivée à la clinique avec l'objectif de chercher, dès que possible, à travailler à la maternité publique H. L'autre sage-femme (SF 12) (qui y a travaillé pendant quatre ans) déclare qu'à son arrivée à la maternité H, elle a dû mettre plusieurs mois pour être à nouveau à l'aise avec certains aspects du travail de sage-femme qu'elle ne pratiquait plus, par exemple les consultations ou suturer une épisiotomie (alors qu'elle avait auparavant exercé pendant deux ans en centre hospitalier).

Selon le médecin R, dans certaines cliniques, les médecins laissent toutefois les sages-femmes pratiquer les accouchements, lorsqu'une relation de confiance est bien établie. Ce serait le cas particulièrement la nuit.

Les sages-femmes de la clinique étaient moins bien rémunérées que dans le secteur public et, à titre d'exemple, une des sages-femmes de la maternité H (SF 11) affirme que, même si elle travaille actuellement à 75 % d'un temps plein, son salaire est aussi élevé que celui qu'elle obtenait à la clinique où elle travaillait à temps plein.

Dans les CHU, on dit que les sages-femmes sont fortement encadrées et qu'elles doivent fréquemment, avant de réaliser un geste même s'il relève de leurs compétences, demander l'autorisation au médecin (par exemple, avant de rompre la poche des eaux). En général, les sages-femmes affirment qu'en CHU, leurs collègues ne peuvent plus rien effectuer avant de

demander une autorisation et, une sage-femme de la maternité H (SF 12) affirme que ces dernières se trouvent, de plus en plus, reléguées à un rôle de « technicienne du monitoring » et que les élèves sages-femmes qui viennent en stage à la maternité H, sont bien « contentes » de pouvoir exercer pleinement leur profession.

Selon la surveillante chef de la maternité H, dans les CHU, beaucoup d'intervenants sont présents (patron, chef de clinique, internes, externes, assistants, élèves) et, tous cherchent à apprendre donc, à en faire le plus possible. Malgré le droit qu'elles possèdent de pratiquer certains gestes, les sages-femmes doivent alors parfois laisser la place aux internes qui veulent apprendre ces gestes. Normalement, les internes ne doivent pas suivre le travail mais, comme ils sont en situation d'apprentissage, les sages-femmes sont un peu obligées de leur laisser parfois la place.

Le médecin R, elle, affirme que dans les CHU, les sages-femmes ont la responsabilité des internes. Selon elle, c'est parfois « énervant » mais, elle admet que « c'est normal ». Par exemple, les sages-femmes demandent aux internes: « faites des forceps ». Pour les cas à problèmes, ce sont les médecins qui ont la responsabilité des internes mais, autrement, ce sont les sages-femmes qui leur disent ce qu'ils doivent faire, qui « forment les internes ».

Finalement, il est à signaler que certaines femmes (ayant accouché) nous ont parlé de quelques maternités plus petites où la prise en charge de l'accouchement serait nettement moins médicalisée. Nous n'avons toutefois pu observer le fonctionnement de ces maternités dont on nous a parlé.

Nous pouvons donc constater que les sages-femmes de la maternité H, en comparaison avec celles d'autres types d'établissements, semblent jouir d'une relative autonomie dans leur travail. Avant de passer à une analyse plus élaborée de l'autonomie professionnelle des sages-femmes en France, le prochain chapitre présente la pratique libérale des sages-femmes dans ce pays car, ce type de pratique, bien qu'ayant décliné considérablement, est toujours le fait d'une certaine

proportion des sages-femmes en France et semble même progresser depuis quelques années. Certains membres de la profession cherchent d'ailleurs à faire la promotion de cette pratique.

CHAPITRE VI: LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Ayant décliné considérablement, suite à l'apparition des premières maternités, la pratique libérale chez les sages-femmes en France connaît, depuis quelques années, un certain regain quant aux effectifs, à l'activité et aux honoraires perçus, en même temps qu'un courant tente de faire la promotion de ce type de pratique. C'est une des raisons qui expliquent la rédaction d'un chapitre sur cet aspect de la profession de sage-femme en France. Nous avons également jugé pertinent de présenter, malgré sa relative marginalité, ce mode de pratique en comparaison avec le secteur public puisqu'il représente, au niveau de l'autonomie professionnelle, des avantages et des contraintes différentes de celles retrouvées dans les maternités publiques.

Ce chapitre est divisé en trois sections: la première section vise à faire le point sur la promotion qui est actuellement faite de la pratique libérale; la seconde section présente des données sur la démographie, l'activité et les honoraires des sages-femmes libérales; la troisième section explique le travail des sages-femmes libérales et aborde les principales difficultés rencontrées par ces praticiennes.

1- Promotion de la pratique libérale des sages-femmes:

Comme nous l'avons expliqué plus haut dans ce mémoire, avant la création des maternités, les sages-femmes françaises exerçaient leur profession en libéral. À la fin du XIX^e siècle, elles connaissaient une « situation florissante » et l'accouchement était « leur domaine » (Berger-Guyau, Collet et Maratrey, 1993: 5). Mais le développement des maternités et la concurrence grandissante provenant des médecins ne jouèrent pas en leur faveur et les sages-femmes, pour survivre, durent se résigner¹ à appartenir à une structure (les maternités) qui leur offrait une

¹ Nous avons vu qu'elles tentèrent d'abord de résister au mouvement de fonctionnarisation afin de conserver leur statut de praticiennes libérales.

sécurité d'emploi mais qui impliquait qu'elles abandonnent leur statut de libérale pour s'intégrer à une division du travail qui les plaçait, selon certains, en situation de subordination face à un autre praticien: le médecin.

Actuellement, plusieurs sages-femmes affirment que la perte d'autonomie et de prestige que la profession aurait subie serait attribuable à l'abandon du statut de praticienne libérale. En conséquence, afin de revaloriser la profession, certaines tentent alors de faire la promotion de la pratique libérale.

En général, on peut dégager trois arguments principaux qui sous-tendent la promotion actuelle de l'exercice libéral chez les sages-femmes françaises. Le premier¹, d'ordre professionnel, est une tentative de revalorisation de la profession ainsi qu'une manière de rendre la pratique plus intéressante pour les praticiennes en offrant, aux femmes enceintes, un *accompagnement global* ; le second touche la clientèle car on fait ressortir l'intérêt pour les femmes enceintes de bénéficier de cet *accompagnement global* lors de leur grossesse et aussi de profiter de *services de proximité*²; le troisième concerne la société : on fait valoir, dans le cadre des restrictions budgétaires appliquées aux services de santé, les avantages d'une telle pratique, en termes économiques et en termes de santé publique.

En avril 1997, la revue *Les dossiers de l'obstétrique* publiait un dossier portant sur la profession de sage-femme libérale et dont le titre, fort éloquent, est: « Sage-femme libérale, profession d'avenir ? ». À travers les articles contenus dans ce dossier, on peut retrouver plusieurs positions qui, d'une façon ou d'une autre, cherchent à promouvoir la pratique libérale et qui recourent les principaux arguments énumérés.

¹ Il est à noter qu'il s'agit ici d'une énumération des arguments et que ceux-ci ne sont pas nécessairement placés par ordre d'importance, bien que le premier argument énoncé reste probablement le principal moteur de cette promotion de la pratique libérale, en tout cas, chez les professionnelles elles-mêmes.

² Il s'agit de services offerts à proximité du domicile des patientes. Avec la fermeture des petites maternités, certains prétendent que les femmes doivent se rendre dans des maternités qui sont parfois éloignées de leur domicile et que ces fermetures de maternités provoquent donc un manque au niveau de services offerts près du domicile des femmes enceintes.

Voici des extraits de ces positions qui sont tirés du dossier paru dans *Les dossiers de l'obstétrique*. Notre objectif ici n'est pas de faire nous-mêmes la promotion de la pratique libérale mais d'illustrer les principaux arguments utilisés par celles qui la font afin de donner un aperçu du discours actuel entourant cette question.

- Selon une sage-femme libérale de Paris, de plus en plus de maternités se spécialisent dans la surveillance de la grossesse et l'accouchement et renvoient les jeunes mères le plus tôt possible à la maison, négligeant d'offrir « un véritable suivi de suites de couches ». Certaines maternités offrent alors un suivi à domicile par l'intermédiaire de l'HAD (Hôpital à domicile) qui ferait appel à des sages-femmes libérales pour offrir « ce suivi global mère-enfant » (Bastide, 1997: 13).

Cette sage-femme affirme que des échanges avec les services d'obstétrique, les praticiens libéraux (médecins, pédiatres), les services de PMI, « seraient extrêmement souhaitables, mais ne semblent pas recherchés par eux ». Elle déclare avoir « personnellement fait de vains efforts dans ce sens » mais s'être heurtée « surtout au fonctionnement très autarcique des hôpitaux et des institutions en général, et surtout à l'ignorance complète du rôle des sages-femmes libérales (y compris à la Sécurité sociale) ». Ce qu'elle déplore car, selon elle, même en les « rémunérant correctement sans plus (...), la société réalise l'économie de consultations médicales et traitements inutiles, sans compter la prévention de problèmes graves de tous ordres » (Bastide, 1997: 15).

- Dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse, une autre sage-femme libérale fait ressortir l'intérêt de la prise en charge par les sages-femmes libérales des menaces d'accouchement prématuré (MAP). L'objectif de son texte est « de définir en quoi la prise en charge de cet état par les sages-femmes libérales est originale, de tenter d'en évaluer les conséquences en matière de santé publique, et de déboucher peut-être sur des prises de conscience concernant l'opportunité qu'il y a ou non de continuer d'appliquer des protocoles systématiques et lourds, comportant des bétamimétiques, des hormones, des hospitalisations, etc. » (Hammani, 1997: 16).

Cette sage-femme souligne le fait que, dans certains cas, « le fait même d'hospitaliser peut se révéler iatrogène et précipiter l'accouchement ». Les sages-femmes libérales françaises, ayant opté pour *l'accompagnement global de la naissance*, correspondent, selon elle, à ce que l'OMS appelle « les services périnataux parallèles ». Ces praticiennes pourraient donc jouer un rôle en réglant la plupart des MAP au domicile de la parturiente (Hammani, 1997: 17).

Madame Hammani cite deux rapports publiés par l'Association nationale des sages-femmes libérales: Sage-femme libérale et césarienne (il s'agit d'une étude sur 1228 grossesses suivies par des sages-femmes libérales et qui n'ont mené qu'à 4,8 % de césariennes) et La santé n'a pas de prix mais elle a un coût (cette étude qui porte sur 1134 grossesses suivies par des sages-femmes libérales évalue les économies obtenues par cette pratique et affiche des taux de naissances prématurées très faibles: que deux naissances, soit 0,18 %). Toutefois, il semble que ces deux rapports n'aient pas particulièrement intéressé les pouvoirs publics, l'argument avancé étant que les statistiques ne portent que sur environ 1 200 observations. Cette sage-femme affirme qu'il s'agit, pour certaines maternités de l'activité de deux ou trois ans et elle déclare: « nous ne comprenons pas en quoi l'évaluation de nos pratiques ne pourrait pas contribuer à une action de santé publique » (Hammani, 1997: 19).

Selon elle, comme c'est le cas dans d'autres pays d'Europe, toutes les grossesses eutociques (ce qui représenterait au moins 80 % des grossesses) devraient être suivies par les sages-femmes et les grossesses pathologiques devraient être adressées au gynécologue obstétricien, comme le prévoit la législation.

- Une troisième sage-femme libérale exerçant en Belgique prétend que le coût engendré par la surveillance de la grossesse serait triple en maternité (par rapport à celui d'une grossesse suivie par une sage-femme libérale). Selon elle, il existe des études « qui montrent que dans les pays où les sages-femmes ont le contrôle de la maternité d'une façon autonome, il y a moins de pathologies et un moindre coût » (Visée-Maton, 1997: 26 et 27).

De plus, cette sage-femme compare le travail d'une sage-femme libérale qu'elle qualifie d'« accoucheuse tout à fait autonome » avec celui des sages-femmes hospitalières qui sont, selon elle, des accoucheuses qui n'ont « aucun pouvoir de décision » (Visée-Maton, 1997: 25).

- Une sage-femme libérale installée à Genève (Suisse) affirme que « le travail effectué par les sages-femmes indépendantes contribue à l'économie des coûts de santé, grâce à sa toute petite infrastructure, ainsi qu'à une qualité de soin incontestable, fruit d'un service totalement privé et personnalisé » (Moreillon-Delachaux, 1997, p. 28).
- Selon une sage-femme surveillante chef, « si les femmes optent pour un accompagnement global de la naissance, c'est pour pouvoir compter sur une sage-femme qui la connaît depuis le début de la grossesse » (Baecher, 1997, p. 32). De plus, selon elle, si nous comparons les différents modes de suivi de grossesse et d'accouchement, nous arrivons à la conclusion qu'une naissance avec une sage-femme libérale, dans le cadre d'un accompagnement global, implique un coût moins élevé.

Cette surveillante chef mentionne la Suède pour affirmer que la sage-femme cadre française pourrait également être à l'origine de la création « d'appartements de naissance » qui seraient situés tous près des plateaux techniques des maternités et où les femmes enceintes pourraient, si l'état de leur grossesse le permet, « mettre au monde leur enfant, dans un univers moins médicalisé ». Selon elle, « les parents, ainsi responsabilisés, cogéreraient la naissance, la sage-femme se tenant à leur côté, obstétricienne dans le sens noble du mot et de la fonction. La sécurité s'ajoutant à la satisfaction de tous les intervenants, le respect de la physiologie diminuant le coût de l'accouchement, la naissance y gagnerait en qualité » (Baecher, 1997: 35).

Cette surveillante chef s'inspire du système hollandais pour proposer un système basé sur un groupe de trois sages-femmes associées qui pourraient suivre un certain nombre de femmes enceintes, du début de la grossesse jusqu'à la fin de la période des suites de couches. Au cours des consultations prénatales, les femmes pourraient rencontrer les trois sages-femmes et la sage-femme qui serait alors disponible pratiquerait l'accouchement et suivrait la femme en post-

partum. Selon elles, il est « capital », actuellement, de diminuer les dépenses de santé et pour y arriver, il faut « inventer d'autres systèmes de prise en charge médicale » (Baecher, 1997: 36).

- Un juriste, professeur à Paris écrit que, malgré la faible représentation des sages-femmes libérales qui laisse croire que cette pratique est de plus en plus « anachronique », tout porte à affirmer, selon lui, que « la sage-femme libérale est une solution d'avenir tant pour permettre de garantir l'indépendance professionnelle qui est un facteur fondamental de la liberté de prescription que pour suivre aux meilleurs coûts/avantages les femmes avant, pendant et après l'accouchement ». Selon ce juriste, les sages-femmes, en devenant des salariées, sont entrées « dans une hiérarchie plutôt pesante (surveillante, surveillante-chef, etc.) et une organisation du travail dominée par le médecin » (Clément, 1997: 37).
- Une autre sage-femme surveillante chef s'interroge sur l'indépendance que la sage-femme peut connaître en milieu hospitalier. Elle affirme que « la recherche d'alternatives à l'hôpital limité dans ses moyens humains et matériels, la demande de soins de qualité et personnalisés ont conduit à la re-connaissance de la sage-femme libérale et à son introduction dans l'organisation des soins périnataux » (Isola, 1997: 39).
- Finalement, un article raconte qu'en novembre 1996, neuf Françaises dont deux sages-femmes libérales et une élève sage-femme sont allées à Berlin afin d'y visiter quatre Maisons des naissances (Geburtshaus) et y ont été reçues par le Netzwerk (Réseau Européen des Maisons de Naissance). La première Maison de Naissance (MDN) de Berlin (Klausenerplatz) a été créée en 1987 à partir d'un concept inspiré des « Birth Centers » aux États-Unis, concept qui postule qu'une MDN doit être indépendante mais qu'elle doit travailler en collaboration avec une clinique privée ou un hôpital. Suite à l'ouverture de cette MDN, une quarantaine d'autres ont été créées en Allemagne. Les standards des MDN proviennent du manuel de l'Union des Maisons de Naissances de l'Amérique du Nord (NACC). Les MDN s'adressent aux femmes ne présentant pas de pathologie de grossesse.

Au Geburtshaus Klausenerplatz, dix sages-femmes se répartissent le travail. La femme fait la connaissance de toutes car, lors de l'accouchement, elle sera accompagnée par celle qui sera alors de garde. À la MDN, on offre un accueil aux femmes enceintes, des cours de préparation à la naissance (8 à 10 séances) et on pratique les accouchements. La femme peut s'y rendre dès les premières contractions et retourner chez elle quatre heures après son accouchement. Une sage-femme viendra alors lui rendre visite ainsi qu'au bébé pendant dix jours ou plus, si nécessaire.

Dans l'article, on annonce que le vendredi 7 février 1997, un groupe de parents et de professionnels s'est constitué afin de mettre en œuvre la création en France de « Maisons de Naissance » où proposer une alternative en matière d'accouchement et de soins périnataux.

Nous avons également retrouvé cette promotion de la pratique libérale dans le discours d'autres personnes ou dans d'autres textes que nous avons consultés. Voici trois exemples de ces positions.

- Lors des assises nationales des sages-femmes, en mai 1993, trois sages-femmes enseignantes présentaient les conditions de travail des sages-femmes libérales et déploraient la perte de statut engendré par la pratique salariée des sages-femmes. Elles déclaraient: « la sectorisation ou spécialisation de notre activité hospitalière a entraîné une diminution très nette de notre reconnaissance médicale par le grand public, nos patientes nous assimilant même de plus en plus à une auxiliaire médicale, voire même à une infirmière spécialisée pour certains. Plus le nombre des sages-femmes installées en libéral, et ayant une activité globale, sera grand, plus l'aspect médical de notre profession sera évident » (Berger-Guyau, Collet et Maratrey, 1993: 8).
- Dans le contexte de la fermeture des petites maternités, un certain nombre de personnes, sages-femmes ou autres, prétendent que le vide créé au niveau des services de proximité pourra être, en partie, comblé par les services des sages-femmes libérales. On dit qu'elles pourraient offrir certains services tels que des suivis à domicile dans le cas de grossesses pathologiques. Selon un représentant de l'administration du centre hospitalier H, la

profession de sage-femme libérale « est une profession qui va reprendre » car, avec la fermeture des petits centres, « des sages-femmes vont s'installer en libéral pour pallier aux manques ».

- L'enquête menée par une élève sage-femme auprès de femmes ayant accouché aux deux maternités du Département de notre étude et dont il fut question au chapitre V (Elzeard, 1997) fait ressortir l'intérêt qui pourrait être manifesté par des femmes pour des services de proximité offerts par une sage-femme libérale. En effet, à partir d'une question¹ portant sur l'installation éventuelle d'une sage-femme de proximité, 42 % des femmes affirmaient qu'elles « seraient favorables à l'installation d'une sage-femme à proximité de leur domicile et seraient allées la consulter pendant leur grossesse ». Les raisons données étaient surtout liées à la facilité et à la sécurité que procurerait un service de proximité. Cependant, 37 % des femmes de cette enquête « déclarent qu'elles n'auraient pas sollicité les services d'une sage-femme de proximité ». Les raisons invoquées consistaient en un désir de connaître l'équipe soignante ainsi que les locaux de la maternité où elles avaient prévu accoucher. Le mémoire souligne ici le fait que « la profession de sage-femme reste mal connue puisque certaines admettent qu'elles ne connaissaient pas, avant leur accouchement, les capacités de cette dernière, notamment dans la surveillance de la grossesse ». Dans cette enquête, 18 % des femmes n'ont pas répondu à cette question et 3 % n'avaient pas d'opinion (Elzeard, 1997: 33).

Certaines personnes, en particulier des sages-femmes, souhaitent donc voir se développer la pratique libérale des sages-femmes. On considère que les sages-femmes, dans le cadre des restrictions budgétaires des services de santé, pourraient offrir des services à moindre coût mais, aussi, que ces services seraient plus personnalisés car différentes formules sont proposées qui permettraient d'offrir aux femmes enceintes un *accompagnement global*, soit un suivi, de la grossesse jusqu'au post-partum, effectué par une même praticienne (ou un groupe restreint de

¹ Il s'agissait de la dernière question du questionnaire et elle se lisait comme suit: « Si une sage-femme était installée à proximité de votre domicile, seriez-vous allée la consulter pendant votre grossesse? Non, pourquoi?...Oui, pourquoi? ... ». (ELZEARD, 1997: 60). Nous rappelons que, sur cent questionnaires distribués, 93 ont été complétés.

trois sages-femmes par exemple). Selon certaines, ce type de pratique permettrait aux sages-femmes d'accéder à un statut de praticienne indépendante et de revaloriser la profession de sage-femme car, en milieu hospitalier, la sage-femme serait de plus en plus considérée comme une assistante ou technicienne médicale.

La pratique libérale des sages-femmes est, pour plusieurs, considérée comme un idéal de l'autonomie professionnelle et est proposée comme une solution face à trois problèmes principaux: problèmes financiers du système de santé; problèmes de médicalisation et de déshumanisation des services de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ressentis par certaines femmes; problème de perte de statut lié au salariat que déplorent des sages-femmes.

La section suivante présente des données qui montrent non seulement une augmentation des effectifs des sages-femmes libérales depuis quelques années, mais, également, une hausse de l'activité de ces praticiennes ainsi qu'une augmentation de leurs honoraires.

2- Quelques données:

a) La démographie:

Au XXe siècle, entre les deux guerres, 95 % des sages-femmes étaient installées en exercice libéral. Puis, la situation de concurrence s'accrut et le nombre de sages-femmes libérales chuta radicalement (Berger-Guyau, Collet et Maratrey, 1993: 5). En 1950, elles étaient près de 6 000 (L'Officiel de la sage-femme, 1993: 12) alors qu'en 1990, il n'en restait plus que 1 147 en libéral (CNAMTS, 1995: 51). C'est à partir des années 1990 qu'on commence à observer une certaine progression dans l'effectif des sages-femmes libérales. D'après le Bloc Notes Statistiques de la CNAMTS n° 76 (1995: 9), il s'agit, pour le secteur libéral des professions de santé, de la seule profession dont les effectifs diminuent régulièrement entre 1980 et 1990 mais augmentent depuis le début des années 1990.

Selon les statistiques de la CNAMTS, les effectifs des sages-femmes libérales étaient, en 1980 de 1 774 et en 1990, ils n'étaient plus que de 1 147 (CNAMTS, 1995: 51). Puis, après 1990, ils ont connu une légère mais constante progression pour atteindre, en 1996, un total de 1 300 sages-femmes libérales. En 1995, on observe, par rapport à l'année précédente, une augmentation de 3,8 % (1 247 sages-femmes libérales). Il s'agit d'une forte hausse car, sur la période 1980-1990, le taux d'évolution annuel moyen est demeuré de - 4,3 % (CNAMTS, 1995: 51). Entre 1995 et 1996, on observe, encore une fois, une importante augmentation qui est de 4,3 % (CNAMTS, 1997: 28). Voici deux tableaux illustrant l'évolution démographique des sages-femmes libérales de 1980 à 1996 ainsi qu'un autre présentant la répartition des sages-femmes libérales selon l'activité libérale exclusive et l'activité libérale à temps partiel, en 1980 et 1994.

TABLEAU X

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (de 1980 à 1996)

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Effectifs des S.F. libérales	1 774	1 202	1 147	1 168	1 188	1 182	1 201	1 247	1 300

Source: CNAMTS, 1995: 51; déc. 1996: 28; 1997: 28.

TABLEAU XI

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (EN POURCENTAGE) (de 1980 à 1996)

80-90	90-96	94-95	95-96
-35,3 %	13,3 %	3,8 %	4,3 %

TABLEAU XII

RÉPARTITION DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE SELON L'ACTIVITÉ LIBÉRALE EXCLUSIVE ET L'ACTIVITÉ LIBÉRALE À TEMPS PARTIEL (1980 et 1994)

	1980	1994
Libéral exclusif	85,7 %	77,0 %
À temps partiel	14,3 %	23,0 %
TOTAL	100 % (n= 1 774)	100 % (n= 1 201)

Source: CNAMTS, 1995: 51.

Nous remarquons, à la lecture du tableau XII, que la proportion des sages-femmes exerçant exclusivement en libéral diminue depuis 1980: de 85,7 % en 1980 elle passe à 77,0 % en 1994. En effet, la proportion des sages-femmes exerçant en tant que salariée à temps partiel augmente: de 14,3 % en 1980, elle passe à 23 % en 1994.

Les sages-femmes libérales sont, en moyenne, de plus en plus jeunes depuis une dizaine d'années. En effet, depuis 1985, l'âge moyen des sages-femmes libérales connaît une importante diminution; il est passé de 50,3 ans en 1985 à 43,4 ans en 1994. En 1994, les sages-femmes qui se sont installées en secteur libéral sont âgées de 35,3 ans en moyenne (CNAMTS, 1995: 51).

Les sages-femmes libérales ne se répartissent pas également sur le territoire français. Elles sont surtout installées dans le sud et le sud-ouest. C'est dans les circonscriptions des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie) de Montpellier et de Toulouse que leur densité est la plus élevée. En effet, au 31 décembre 1994, le nombre de sages-femmes pour un million d'habitants dans ces deux caisses s'élevait respectivement à 64 et 54 sages-femmes. Leur densité est peu élevée dans le nord (9 sages-femmes pour un million d'habitants en Région administrative de Lille), le centre (11 en Régions d'Orléans et de Limoges; 12 en Région de Clermont-Ferrand) et en Normandie (12 en Région de Rouen). Contrairement aux autres professions de santé libérales, elles sont peu nombreuses (16 par million d'habitants) dans la Région parisienne (CNAMTS, 1995: 53 à 55).

b) L'activité:

L'activité des sages-femmes libérales est représentée par les lettres-clés suivantes: C (consultations), V (visites), FA (forfait accouchement), SF (actes de sage-femme: surveillance de grossesse pathologique à domicile, amnioscopie, surveillance d'une femme en travail, suture d'une épisiotomie, monitoring, délivrance artificielle, révision utérine, réanimation d'un nouveau-né, surveillance d'un prématuré, rééducation périnéale, échographie...). Certaines sages-femmes pratiquent également des actes infirmiers qui sont désignés par la lettre-clé SFI (actes infirmiers pratiqués par une sage-femme: prise de sang, pansement, toilette...).

On observe en 1996¹, par comparaison avec l'année 1995, des changements dans l'activité des sages-femmes libérales. Le nombre d'actes SF augmente fortement (18,1 %) tandis que l'activité

¹ Nous rappelons que les statistiques de la CNAMTS concernant l'activité et les honoraires pour l'année 1995 présentent une légère sous-estimation et, qu'en conséquence, les statistiques concernant les taux de croissance pour l'année 1996 peuvent présenter une légère surestimation (CNAMTS, 1996: 5 et 1997: 5).

infirmière (SFI) diminue de 3,6 %. Le nombre de consultations (C) augmente de 8,5 % mais celui des visites (V) diminue de 2,8 %. Le nombre de forfaits d'accouchements (FA) diminue de façon assez importante puisqu'il s'agit d'une baisse de 17,1 % (CNAMTS, 1997: 28).

Entre 1995 et 1996, l'activité des sages-femmes libérales *actives à part entière (APE)*¹ évolue comme suit : 2,4 % pour les consultations (C); - 8,7 % pour les visites (V); 12,6 % pour les actes de sage-femme (SF); - 7,5 % pour l'activité infirmière (SFI); - 19,3 % pour les forfaits d'accouchements (FA) (CNAMTS, 1997: 28).

TABLEAU XIII

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (de 1993 à 1996)

					ÉVOLUTION EN %		
	ACTES 1993	ACTES 1994	ACTES 1995	ACTES 1996	1993-1994	1994-1995	1995-1996
C	679 105	714 732	728 855	790 627	5,2	2,0	8,5
V	6 931	6 703	6 710	6 525	-3,3	0,1	-2,8
FA	2 474	2 429	2 141	1 775	-1,8	-11,9	-17,1
SF	389 430	460 929	550 591	650 296	18,4	19,5	18,1
SFI	1 996 363	1 969 227	1 892 698	1 825 455	-1,4	-3,9	-3,6

Source: CNAMTS, avril 1996: 21; déc. 1996: 28; 1997: 28.

¹ Il s'agit des sages-femmes conventionnées, actives toute l'année, âgées de moins de 65 ans et qui ne sont pas salariées. L'application de cette définition donne un nombre moins élevé de praticiennes que celui qui apparaît dans les deux tableaux précédents. Selon la CNAMTS, les valeurs moyennes calculées sur ces effectifs en termes d'activité moyenne et d'honoraires sont plus significatives que les valeurs moyennes calculées sur l'ensemble des effectifs car cette évaluation permet d'éliminer les perturbations dues aux arrivées ou aux départs massifs de praticiens. (CNAMTS, déc. 1996: 22).

TABLEAU XIV

ÉVOLUTION DE LA MOYENNE (PAR SAGE-FEMME) DES ACTES EFFECTUÉS PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES APE EN FRANCE (*n* = non disponible) (de 1993 à 1996)

					ÉVOLUTION EN %		
	ACTES 1993	ACTES 1994	ACTES 1995	ACTES 1996	1993-1994	1994-1995	1995-1996
C	620	636	634	649	2,6	-0,3	2,4
V	6,0	5,9	5,8	5,3	-1,7	-1,7	-8,7
FA	1,9	1,8	1,5	1,2	-5,3	-16,9	-19,3
SF	352	403	482	543	14,5	19,6	12,6
SFI	1 583	1 521	1 425	1 318	-3,9	-6,3	-7,5

Source: CNAMTS, avril 1996: 21; déc. 1996: 28; 1997: 28.

Nous soulignons le peu d'accouchements réalisés par les sages-femmes libérales. En effet, depuis 1993, les sages-femmes libérales APE (tableau XIV) font un ou deux accouchements en moyenne par an (1,9 en 1993 et 1,2 en 1996). Ce qui est encore plus significatif, c'est que le nombre d'accouchements diminue régulièrement depuis 1993 (tableaux XIII et XIV). Entre 1993 et 1996, le nombre d'accouchements, chez l'ensemble des sages-femmes libérales, diminue de 28,3 % et chez les sages-femmes libérales APE, le nombre d'accouchements diminue, entre ces deux années, de façon plus importante, soit de 36,8 %. Les sages-femmes libérales font donc très peu d'accouchements et elles en font de moins en moins.

Par ailleurs, on remarque, à la lecture des deux tableaux précédents, l'importance des actes infirmiers (SFI) chez les sages-femmes libérales. Même si l'on ne peut pas établir une

comparaison directe entre le nombre d'actes infirmiers et les autres types d'actes pratiqués par les sages-femmes (il est difficile de comparer un acte infirmier qui peut, par exemple, correspondre à une injection avec un forfait d'accouchement, une consultation ou un acte SF qui peut, par exemple, représenter une échographie, soit un geste de haute technicité), on reste frappé par l'importance relative du nombre d'actes infirmiers pratiqués par les sages-femmes. Il semble donc que plusieurs sages-femmes libérales doivent, pour compléter leur activité, effectuer un nombre important d'actes infirmiers, c'est-à-dire qu'elles ne réussissent pas à assurer leur subsistance en pratiquant uniquement des actes propres à la profession de sage-femme. Entre 1993 et 1996, on remarque, cependant, une diminution des actes SFI; autant chez l'ensemble des sages-femmes libérales (tableau XIII) que chez les sages-femmes libérales APE (tableau XIV), la diminution se poursuivant entre ces deux années. Chez l'ensemble des sages-femmes libérales, le nombre d'actes SFI diminue, entre 1993 et 1996, de 8,6 % et chez les sages-femmes libérales APE, le nombre moyen d'actes SFI diminue, entre ces deux années, de 16,7 %. La période observée nous semble trop courte pour tirer des conclusions mais nous pouvons penser que la récente promotion qui est faite de la pratique libérale ainsi que la nécessité, pour plusieurs sages-femmes, de rehausser le statut de leur profession, incitent, depuis quelques années, les sages-femmes libérales à privilégier les actes de sages-femmes et à essayer d'éviter les actes infirmiers. En effet, l'évolution du nombre d'actes SF observée dans les deux tableaux (XIII et XIV) montre une augmentation constante et relativement importante. Entre 1993 et 1996, le nombre d'actes SF, chez l'ensemble des sages-femmes libérales, augmente de 67 %; chez les sages-femmes libérales APE, l'augmentation du nombre moyen d'actes SF, entre ces deux années, est moins importante mais elle est quand même de 54,3 %.

Comme nous le verrons au tableau XV, présenté à la section suivante, la valeur de l'acte SFI n'est pas plus élevée que celle de l'acte SF; pour expliquer l'importance des actes infirmiers effectués par les sages-femmes libérales, nous ne pouvons donc pas invoquer le fait qu'il s'agit d'un acte mieux rémunéré. En revanche, il faut noter que, depuis quelques années, la valeur de l'acte SF a été régulièrement majorée (de 14,60 F en 1988 à 17,00 F en 1998 alors que l'acte SFI a conservé, depuis 1988, la même valeur: 14,30 F), ce qui peut constituer un autre facteur pour

expliquer un plus grand intérêt des sages-femmes libérales pour ce type les actes SF. Les augmentations des tarifs des actes sont expliquées de manière plus détaillée à la section suivante.

c) Les honoraires:

La première convention des sages-femmes date de septembre 1975 et instaure notamment des organes de concertation. Une seconde convention est signée en mars 1981. Une troisième en juillet 1986 mais celle-ci n'entre en vigueur qu'en avril 1988 pour une période de quatre ans. D'avril 1992 à juin 1995, un vide conventionnel s'installe, précédant la signature de la quatrième convention en juillet 1995. Toutes les sages-femmes pratiquant en secteur libéral sont conventionnées.

Les tarifs des sages-femmes ont connu, ces dernières années, plusieurs augmentations. En avril 1995, les lettres-clés C (Consultations), FA (Accouchements) et SF (Actes de sage-femme) ont été revalorisées pour passer respectivement de 55,00 F, 830,00 F et 14,90 F à 80,00 F, 900,00 F et 15,50 F. Puis, en janvier 1996, les lettres C et SF ont à nouveau été majorées pour passer respectivement à 85,00 et 16,00. Enfin, depuis le 30 mars 1998, les lettres-clés C, V, SF et FA représentent respectivement 90,00 F, 90,00 F (au lieu de 76,00 F), 17,00 F et 1 000 F

(1 100,00 F pour un accouchement gémellaire au lieu de 985,00 F). Voici deux tableaux indiquant les tarifs des sages-femmes libérales.

TABLEAU XV

COTATION DES ACTES DE SAGE-FEMME (Valeur des lettres-clés)

	VALEUR AU: 1 ^{er} Janvier 1996	VALEUR ACTUELLE (depuis le 30 mars 1998)
Consultation (C)	85,00 F	90,00 F
Visite (V)	76,00 F	90,00 F
Forfait accouchement n° 1 (FA)	900,00 F	1 000 F
Forfait acc.n° 2 (jumeaux)	985,00 F	1 100 F
Actes sage-femme (SF)	16,00 F	17,00 F
Actes infirmiers (SFI)	14,30 F	14,30 F
IF (Indemnité de déplacement)	21,00 F	21,00 F
Indemnité nuit	145,00 F	145,00 F
Indemnité dimanche et jours fériés	110,00 F	110,00 F

Source: Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, Circulaire- Cotation des actes sage-femme, 1996 : 1 et entrevue avec une sage-femme libérale (pour 1998).

TABLEAU XVI

TARIFS DES ACTES PRATIQUÉS PAR LES SAGES-FEMMES
(Actes C et SF)
(liste non exhaustive)

ACTES	VALEUR (depuis le 30 mars 1998)
Préparation (C2)	180,00 F
Préparation (+ de 3 et - de 12) (C)	90,00 F
Surveillance de grossesse pathologique à domicile (SF 9) + 1F	174,00 F
Amnioscopie (1 semaine) (SF 10)	170,00 F
Surveillance du travail (5 h) (SF 20)	340,00 F
Suture épisiotomie (SF 10)	170,00 F
Monitoring (> 2 h pendant acc.) (SF 16)	272,00 F
D.A. ou R.U. isolée (SF 15)	255,00 F
Réanimation nouveau-né (SF 40)	680,00 F
Surveillance d'un prématuré (24 h) (SF 9)	153,00 F
Rééducation périnéale manuelle (SF 4)	68,00 F
Rééducation avec électrostimulation (SF 7)	119,00 F
Échographie du 1er trimestre (SF 16)	272,00 F
Échographie du 2e trimestre (SF 30)	510,00 F
si 2 fœtus (SF 60)	1 020, 00 F
Échographie du 3e trimestre (SF 20)	340,00 F
si 2 fœtus (SF 40)	680,00 F

Source: Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, Circulaire- Cotation des actes sage-femme, 1996 : 1 et entrevue avec une sage-femme libérale (pour 1998).

Les honoraires des sages-femmes libérales représentent en 1995, un total de 257 millions de francs, ce qui correspond à une augmentation de 11,9 % par rapport à 1994 (CNAMTS, déc. 1996: 39). En 1996, ils représentent un total de 294 millions de francs et il s'agit d'une augmentation de 14,2 % par rapport à l'année précédente (CNAMTS, 1997: 40).

Les honoraires moyens individuels représentent, pour 1995, 206 173 francs, ce qui correspond à une augmentation, par rapport à 1994, de 7,7 % (CNAMTS, déc. 1996: 39). En 1996, ils représentent 225 787 francs, soit une augmentation de 9,5 % par rapport à l'année précédente (CNAMTS, 1997: 40).

Le montant des honoraires moyens individuels pour les sages-femmes APE augmente en 1995 de 11,1 %, ce qui correspond à une hausse de 9,0 % en francs constants (CNAMTS, déc. 1996: 28). En 1996, ce montant connaît une augmentation de 9,6 % qui correspond à 7,8 % en francs constants (CNAMTS, 1997: 28).

TABLEAU XVII

ÉVOLUTION DES HONORAIRES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EN FRANCE (en millions de francs) (de 1993 à 1996)

				ÉVOLUTION EN %		
1993	1994	1995	1996	1993-1994	1994-1995	1995-1996
219	230	257	294	5,0	11,9	14,2

Source: CNAMTS, avril 1996: 21 et 31; déc. 1996: 39; 1997: 40.

Concernant les honoraires des sages-femmes, certains éléments sont à préciser: les sages-femmes n'ont pas le droit au dépassement d'honoraires (DH); toutefois, dans certains cas, elles peuvent appliquer le dépassement d'exigence (DE), voire l'entente directe (ED: accompagnement global en milieu hospitalier); il existe également, pour les actes ne figurant pas à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) comme le massage des bébés, le hors nomenclature (HN) mais ces actes HN ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

« En France, les revenus des sages-femmes libérales se situent dans une large fourchette qui va du déficit, à plus de 600-700 000 F de BNC, c'est-à-dire de revenus nets et (...) la moyenne de ces revenus nets pour 1995 est de 135 000 francs annuels (Trinh-Dinh, 1997: 47).

L'attrait pour la pratique libérale semble s'accroître depuis le début des années 1990 puisque les effectifs des sages-femmes libérales connaissent, depuis cette date, une constante progression. Pour expliquer cette augmentation du nombre de sages-femmes libérales, nous pouvons formuler quelques hypothèses: les fermetures de petites maternités inciteraient des sages-femmes à s'installer en libéral afin de trouver du travail dans leur milieu mais, également, ces fermetures, en créant un vide dans certaines régions, peuvent être une occasion pour elles d'ouvrir un cabinet; de plus, nous avons vu, à la page 205, que l'âge moyen des sages-femmes qui s'installent en libéral est de 35,3 ans (en 1994), ce qui permet de croire que certaines sages-femmes, après avoir exercé leur profession durant quelques années, souhaitent devenir indépendantes; en outre, on peut soulever le fait que certaines sages-femmes cherchent peut-être, en ouvrant un cabinet, à concilier vie familiale et vie professionnelle (avec des horaires fixes) car, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les horaires dans les maternités peuvent être variables et ces horaires exigent une disponibilité le soir, la nuit ainsi que les fins de semaine.

Nous remarquons, cependant, que les sages-femmes libérales doivent, de plus en plus, abandonner la pratique des accouchements puisqu'on observe une diminution importante du nombre de forfaits d'accouchements facturés. La prochaine section explique ce qui caractérise le travail des sages-femmes libérales en France et de quelle manière celles-ci peuvent avoir accès au plateau technique des établissements publics ou privés.

3- Le travail des sages-femmes libérales et les lois leur permettant d'accéder au plateau technique des établissements:

Le travail des sages-femmes libérales peut comprendre les activités suivantes: surveillance de la grossesse (consultations obstétricales), échographies obstétricales, préparation à la naissance, rééducation périnéale, suivi postnatal. De plus, comme nous l'avons vu, les sages-femmes sont habilitées à pratiquer des actes infirmiers. Certaines sages-femmes libérales pratiquent des accouchements soit à domicile, soit en plateau technique ouvert dans une clinique privée ou un centre hospitalier. L'accouchement est alors rémunéré selon un forfait global qui comprend les honoraires pour l'accouchement ainsi que la surveillance de la mère durant 12 jours, et la surveillance et les soins d'hygiène de l'enfant pendant 30 jours. Lorsque le suivi postnatal est effectué par une sage-femme libérale qui n'a pas réalisé elle-même l'accouchement, cette dernière peut alors facturer ses actes. Les sages-femmes peuvent également réclamer des frais de déplacement.

Le travail de la sage-femme libérale, en collaboration avec le secteur public, peut comporter la surveillance des grossesses pathologiques (prise en charge à domicile), les sorties postnatales précoces (visite quotidienne durant quelques jours) et la préparation à la naissance.

Depuis la **loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière, les plateaux techniques des établissements publics sont ouverts aux sages-femmes libérales à condition que le médecin chef du service de gynécologie-obstétrique, le directeur de l'établissement, le conseil d'administration, la commission médicale d'établissement et la DDASS donnent leur accord.

Ainsi l'article L 711 - 5 du Code de la Santé publique (issu de la loi du 31 juillet 1991) énonce que « les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation »

Également, l'article L. 162-31-1 de l'**Ordonnance (n° 96 - 346) du 24 avril 1996 (« plan Juppé »)** relative à la maîtrise des dépenses stipule que « des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel du système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention... ».

L'article L. 714 - 36 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit que « les centres hospitaliers autres que les CHR peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement ». Cet article poursuit: « les intéressés perçoivent leurs honoraires minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière ».

Également, selon l'article L 712 - 3-2 du Code de la Santé publique (toujours issu de l'ordonnance du 24 avril 1996), « en vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ». L'article poursuit: « les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de la santé ».

Il semblerait, toutefois, qu'il soit difficile pour les sages-femmes libérales d'accéder au plateau technique des établissements. Bien que légalisé depuis 1991, il reste exceptionnel dans les faits: 15 lieux en janvier 1997 (Pichot, 1997: 45).

Parmi les principales difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales, on fait ressortir la méconnaissance de la part de la société en général et en particulier des milieux médicaux et

hospitaliers ainsi qu'une concurrence obstétricale (généralistes, gynécologues, radiologues pratiquant des échographies obstétricales, PMI...). En outre, l'aspect financier peut représenter un problème majeur car certaines sages-femmes arrivent difficilement ou pas du tout à vivre de leur activité libérale (nous avons vu que plusieurs sages-femmes doivent, pour compléter leur activité, effectuer un nombre important d'actes infirmiers). On mentionne également l'isolement que peuvent connaître ces praticiennes. Farida Hammani, coordonnatrice du dossier paru dans *Les dossiers de l'obstétrique*, souligne la liberté obtenue par la pratique libérale mais elle affirme que « cette liberté entraîne une autonomie qui veut souvent dire solitude... » (Hammani, 1997: 3).

On retrouve, dans le Département où est située la maternité étudiée au chapitre précédent, quatre sages-femmes libérales dont une qui vient juste de quitter la maternité H pour s'installer en libéral (en janvier 1998). Cette dernière ainsi qu'une autre sage-femme (dont il fut question au chapitre précédent) sont localisées dans la ville du centre hospitalier H. Les deux autres sont localisées dans la ville où est située la deuxième maternité du Département et l'une d'elles occupe un mi-temps en PMI et complète son activité par un mi-temps en libéral.

Ce chapitre termine les informations que nous avons recueillies sur les sages-femmes en France. Dans le prochain et dernier chapitre, nous tentons d'analyser le statut accordé aux sages-femmes dans la société française et, particulièrement, dans le système de santé au sein duquel elles exercent afin d'évaluer l'autonomie professionnelle qui caractérise ces praticiennes.

CHAPITRE VII: ANALYSE ET DISCUSSION

DES RÉSULTATS

Avant de venir en France et de mener une étude sur la profession de sage-femme dans ce pays, nous nous étions familiarisée avec la situation des sages-femmes québécoises ainsi qu'avec leurs revendications visant une reconnaissance officielle. Nous avons donc été intéressée par le statut des sages-femmes françaises parce que celui-ci semble offrir tellement plus de droits qu'aux sages-femmes québécoises. En effet, en France, la profession de sage-femme occupe un statut particulier puisqu'elle est légalement définie comme une profession médicale. Au Québec, les sages-femmes, depuis plusieurs années, tentent d'obtenir la légalisation de leur pratique ainsi qu'une reconnaissance officielle alors que les sages-femmes françaises possèdent, dans leur pays, cette reconnaissance qui permet d'exercer la profession en toute légalité.

Cependant, les sages-femmes françaises sont également, de plusieurs manières, limitées dans l'exercice de leur profession. Elles sont, pour la plupart, intégrées à une structure de travail qui les place, d'une certaine façon, en position de subordination face à un autre intervenant, le médecin. En effet, les compétences médicales des sages-femmes sont limitées aux accouchements normaux alors que celles des médecins gynécologues-obstétriciens englobent l'ensemble de l'obstétrique. En France, la profession de sage-femme est définie comme une **profession médicale à compétence limitée**.

Ce chapitre aborde, en première section, les questions de l'autonomie professionnelle telle qu'elle est étudiée et présentée par certains sociologues. Puis, dans la deuxième section, nous rappelons les éléments qui font de la profession de sage-femme française une profession médicale; il s'agit de montrer quel statut les sages-femmes peuvent occuper dans une société et aussi d'évaluer si ce statut qu'offre le cadre juridique leur permet, en principe, d'exercer leur

profession de manière autonome. Dans la troisième section, nous tentons, à partir de l'observation que nous avons effectuée dans une maternité publique, d'évaluer les possibilités et les limites de l'autonomie professionnelle chez les sages-femmes lorsqu'elles pratiquent leur profession dans un tel site de travail; il s'agit, en fait, d'évaluer l'usage que les personnes observées font des possibilités et limites définies au niveau formel. En quatrième section, nous apportons des facteurs d'explication de l'autonomie partielle des sages-femmes; ces facteurs sont regroupés en trois thèmes principaux (l'évolution de la pratique des sages-femmes vers une pratique majoritairement salariée; l'évolution de l'obstétrique moderne; les rapports de genre caractérisant le domaine de l'obstétrique). Finalement, dans la dernière section, nous effectuons une synthèse des points précédents afin de tirer des conclusions sur l'autonomie des sages-femmes.

1- L'autonomie professionnelle:

Dans son ouvrage, The System of Professions. The Division of Expert Labor, Abbott (1988) affirme que ce qui caractérise les professions c'est le fait de posséder des connaissances abstraites qui doivent être associées à un traitement efficace (des résultats concrets et tangibles). Il définit les professions de la façon suivante: « professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases » (1988: 8). Le contrôle d'une profession est, selon Abbott, relié au contrôle de ces connaissances abstraites alors que les aspects techniques de la profession peuvent être délégués à d'autres travailleurs.

Selon Abbott, une profession doit exercer un contrôle sur un travail, en particulier sur le contenu du travail. Le phénomène central de la vie professionnelle réside dans le lien entre une profession et son travail, ce qu'Abbott appelle une *jurisdiction*.. Le contrôle d'une profession consiste donc en un contrôle d'un certain territoire, soit le travail, ce qui implique que la profession concernée détienne les connaissances abstraites requises pour l'exercice de ce contrôle. Cette situation nécessite, par ailleurs, une certaine protection du territoire.

Selon Abbott, pour une profession, une juridiction complète signifie un contrôle complet et légal sur un territoire, ce qui implique une légitimité provenant de l'État mais également une certaine reconnaissance de la part de la population d'où viennent les clients. En effet, une société reconnaît une profession (soit une façon de faire un travail et non le travail comme tel) lorsqu'elle concorde avec les valeurs de cette société. Une profession doit donc imposer sa définition des tâches nécessaires, d'après elle, dans une situation.

Les professions, selon Abbott, forment un système et pour réussir à se tailler une juridiction à l'intérieur de ce système, un groupe professionnel doit correspondre aux exigences de la structure mise en place. Lors d'une dispute de juridiction, différentes solutions peuvent être adoptées. Notamment, une profession peut alors accorder à une autre un contrôle au niveau de certains aspects du travail ou bien encore, des professions peuvent diviser leur juridiction en fonction de la nature des clients. Nous retrouvons ce type de situation dans le cas de l'obstétrique en France (ou dans d'autres pays) où les sages-femmes et les obstétriciens se partagent respectivement les accouchements normaux et dystociques. Selon Abbott, l'organisation sociale d'une profession implique trois principaux éléments: d'abord, une profession possède des groupes tels que des associations de toutes sortes; également, elle doit exercer certains contrôles (sur l'enseignement de la profession, sur les examens, les diplômes décernés, les codes d'éthique, etc.); finalement, une profession doit pouvoir exercer un contrôle au niveau des sites de travail eux-mêmes.

À partir d'une étude portant sur l'obstétrique aux États-Unis, Annandale (1989) montre qu'une profession peut réussir à maintenir un contrôle sur les lieux de travail soit dans l'organisation quotidienne du travail (niveau micro) alors qu'elle a perdu du contrôle au niveau de l'ensemble de la société (niveau macro).

Annandale cite deux thèses pour expliquer la position sociale des médecins américains. La première est la thèse de la *prolétarianisation*. Selon McKinlay et Stoeckle, la profession médicale subit une prolétarianisation due à la bureaucratisation croissante du travail et elle perd donc du contrôle au niveau macro, c'est-à-dire au niveau des décisions concernant les lieux de travail ainsi que le contenu du travail. Selon cette thèse, une nouvelle forme d'organisation s'est

développée regroupant l'ensemble des différents praticiens et cette organisation ne protège pas les intérêts des praticiens. En outre, la compétition s'est intensifiée à l'intérieur même de la profession en raison d'un surplus de praticiens. Selon cette thèse, les changements au niveau macro entraînent une perte de pouvoir au niveau micro; en conséquence les médecins perdent également la possibilité de contrôler leur travail quotidien. Selon la seconde thèse, celle de la *restratification*, attribuée à Freidson, la profession médicale, en tant que corps professionnel, réussit à maintenir sa position dominante au niveau social (niveau macro). En effet, Freidson prétend que la régulation et la codification se font toujours sous l'égide de la profession médicale elle-même, qu'elles sont sous son contrôle. Contrairement à McKinlay, il conclut qu'au niveau macro-social, la médecine exerce toujours un contrôle sur le processus de définition et de reconnaissance des compétences d'un médecin, et que le contrôle exercé par la médecine n'est pas en train de diminuer puisque la discipline est entre les mains des pairs. Freidson admet, cependant, qu'un processus de stratification au sein de la profession médicale s'est développé et que différentes élites de praticiens ont émergé. C'est à l'intérieur de cette stratification ainsi qu'au niveau du travail quotidien où ils sont de plus en plus soumis à un contrôle externe sur leur travail (niveau micro) que les médecins auraient perdu du contrôle. Bien que la thèse de la *restratification* ne suppose pas de lien direct entre les niveaux macro et micro, cette thèse affirme tout de même que le processus de stratification interne à la profession médicale serait une réponse adaptative aux pressions venant du niveau macro; par ce processus, la profession médicale elle-même conserve son contrôle aux dépens du développement de divisions internes provenant du fait que certains membres de la profession exercent désormais les fonctions de contrôle.

Selon Annandale, le domaine de la santé, aux États-Unis, a connu des changements importants et les obstétriciens ont été particulièrement touchés. L'examen de ces changements en obstétrique l'amène à rejeter les deux thèses présentées. En effet, cette auteure affirme que les obstétriciens n'arrivent pas à contrôler les changements organisationnels au niveau macro mais qu'ils réussissent à maintenir, au niveau micro, un certain contrôle sur la pratique quotidienne. Selon Annandale, la perte de contrôle subie par les obstétriciens serait reliée à des modifications des relations entretenues avec l'État qui aurait cherché à diversifier le type de soins offerts dans le

domaine de l'obstétrique, ceci dans une volonté de restrictions budgétaires. Des pressions en faveur de changements dans le domaine de l'obstétrique seraient d'abord venues des consommateurs. Les obstétriciens, comme le montre l'étude d'Annandale, ne sont plus dans la position (niveau macro) de définir seuls et dans leurs seuls termes ce que les phénomènes de grossesse et d'accouchement sont. Ils arrivent donc difficilement, au niveau de l'organisation sociale, à freiner le mouvement de diversification des services de maternité. Ces changements proviennent de deux sources principales: d'abord de la population via le mouvement de naissances alternatives et, en deuxième lieu, de l'État, par une volonté de restrictions des coûts. Parmi ces changements, on retrouve l'arrivée en obstétrique des sages-femmes. La pratique des sages-femmes ayant été, depuis 1977, légale uniquement au sein des hôpitaux, elle devint, avec la volonté de développement des centres de naissance (« birth centers »), autorisée à l'extérieur des hôpitaux à partir de 1980.

Annandale affirme, toutefois, qu'au niveau de l'organisation du travail comme telle, les obstétriciens ont réussi à maintenir un certain contrôle. Ils ont réussi à restreindre l'autonomie des sages-femmes en faisant appel au support administratif. Les revendications des obstétriciens ont contribué à consolider l'intégration des centres de naissance à la structure de l'hôpital. De plus, les obstétriciens ont réussi à maintenir un contrôle direct sur la pratique des sages-femmes et à restreindre leur degré d'autonomie en conservant le pouvoir de définir au niveau normatif et clinique, les cas normaux et anormaux.

Donc, selon l'étude Annandale, certaines conditions telles des pressions venant de la population ou des restrictions des coûts ont pu obliger les obstétriciens à partager une partie du territoire de leur pratique mais, à l'intérieur même du territoire, ils ont pu conserver un certain contrôle sur l'organisation quotidienne du travail.

- L'objectif de notre étude n'est pas d'évaluer la capacité des médecins français à conserver une position dominante dans la société française mais notre étude peut permettre d'évaluer si les médecins français, bien qu'ils partagent le domaine de l'obstétrique avec les sages-femmes,

réussissent, tout comme le montre l'étude d'Annandale, à conserver un contrôle dans les sites de travail, soit les maternités et donc sur le travail des sages-femmes.

Selon Benoit, l'autonomie dans le travail consiste en la possibilité d'organiser les tâches principales sans être sous le contrôle direct d'une autorité supérieure (« The opportunity to organize essential tasks free from direct supervision by a higher authority ») (1989a: 634). À partir d'une étude qu'elle a effectuée auprès des sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador (1987, 1989a, 1989b et 1992), elle compare trois principaux types de pratique sage-femme afin d'évaluer dans quelles conditions cette occupation peut jouir du plus grand degré d'autonomie. Selon elle, il ressort de son étude que la pratique des sages-femmes, dans les sociétés modernes, dépend d'une certaine division du travail dans le domaine de l'obstétrique car ce sont les relations entre les sages-femmes et les obstétriciens, la façon dont le territoire est découpé, qui déterminent le niveau d'autonomie que les sages-femmes peuvent réussir à atteindre.

Selon Benoit, la thèse de la *déprofessionnalisation* peut aider à comprendre la situation actuelle des sages-femmes mais cette thèse a tendance à idéaliser la situation des sages-femmes du passé et à donner une vision déformée de celle-ci.

Selon les sociologues fonctionnalistes, la modernisation de la société a entraîné la professionnalisation de certaines occupations déjà établies ou émergentes à l'intérieur du secteur des services, permettant ainsi à celles-ci d'acquérir plus d'autonomie dans l'organisation de leur travail (Benoit, 1989a: 633). Mais la tradition critique soutient plutôt qu'on assiste à une déprofessionnalisation due à l'augmentation du nombre d'emplois tributaires de l'État et des grandes entreprises et caractérisée par une diminution de l'autonomie (Benoit, 1989a: 633).

Selon Benoit, les féministes, en mettant l'accent, dans leur analyse de la question des sages-femmes, sur la domination masculine d'occupations traditionnellement artisanales et féminines, reprennent deux approches interreliées: la thèse de la *médicalisation* des services de santé au profit de la dominance d'une élite professionnelle (les médecins), ainsi que la thèse de la *déprofessionnalisation* des occupations sanitaires qui ne font pas partie de cette élite. Les

féministes affirment que les sages-femmes contemporaines ont perdu de l'autonomie lorsque l'accouchement est passé de la maison à l'hôpital. Avec le développement de l'accouchement à l'hôpital, prétendent-elles, les sages-femmes se sont retrouvées sous la domination des hommes. Elles auraient donc, selon ces auteures, subi une transformation historique car elles sont passées d'une occupation autonome et prestigieuse, lorsqu'elles pratiquaient les accouchements à la maison, à la situation actuelle caractérisée par une pratique dans des hôpitaux vastes et complexes sous une domination patriarcale et médicale. Elles auraient donc subi une déprofessionnalisation.

Selon Benoit, la situation des sages-femmes est plus complexe et, suite à l'étude portant sur les sages-femmes de Terre-Neuve et du Labrador, elle affirme que la thèse de la déprofessionnalisation présente une vision idéalisée de la pratique sage-femme traditionnelle travaillant à son propre compte et que cette thèse associe, à tort, tout type d'emploi intégré dans une organisation à une perte d'autonomie professionnelle.

Benoit remet donc en question cette image des sages-femmes traditionnelles d'autrefois pratiquant à la maison comme étant des travailleuses indépendantes. En effet, elle affirme que les sages-femmes du passé possédaient peu d'autonomie et que ce n'était pas parce qu'elles étaient dominées par des hommes médecins. Elles étaient peut-être libres de tout contrôle bureaucratique mais elles devaient subir des contraintes au niveau économique ainsi qu'au niveau de l'organisation de leur travail et de leurs horaires.

Selon l'étude de Benoit, les sages-femmes du passé - tout comme celles qui sont intégrées dans une organisation, mais pour des raisons différentes - pouvaient difficilement organiser leur travail librement. En effet, son étude a révélé que les sages-femmes traditionnelles rencontraient plusieurs obstacles dans leur travail. Le premier obstacle est lié à la capacité de gagner sa vie à partir des services rendus, condition nécessaire, selon Benoit, à l'autonomie. Les sages-femmes possédaient peu de contrôle sur cet aspect fondamental de leur travail et celui-ci était souvent associé à des conditions économiques assez précaires. Également, l'organisation de leur travail dans le quotidien était soumise à un grand nombre de contraintes: devoir se déplacer dans toute

condition climatique, travail de nuit, etc. Outre ces conditions inhérentes à leur travail, elles devaient également travailler dans des lieux physiques (le domicile des clientes) qui, souvent, étaient mal adaptés à leurs tâches. Ceci, sans compter le peu d'accès aux services médicaux spécialisés et le risque constant et réel d'avoir à faire face à un accouchement difficile sans moyen ni technologie. D'ailleurs, nous soulignons que les entrevues de Benoit ont révélé qu'aucune de ces sages-femmes traditionnelles ne souhaitait retourner aux accouchements à la maison.

La formule qui semble être la formule idéale, selon les études de Benoit, est celle, toujours à Terre-Neuve, de petits centres appelés « cottage hospitals », système semblant offrir un degré d'autonomie comparable à celui défini par les sociologues classiques des professions. Il s'agit de petits centres de maternité qui permettent aux sages-femmes de jouir d'une relative autonomie face aux clientes et à la communauté et d'une possibilité accrue d'utiliser leur savoir spécialisé et leurs habiletés techniques. En effet, la grossesse et l'accouchement y relèvent du domaine particulier des sages-femmes et leur travail est relativement libre du contrôle des médecins, infirmières et administrateurs. De plus, les « cottage hospitals » offrent un horaire organisé de travail ainsi qu'un lieu de travail précis, ce qui fait que les sages-femmes n'ont pas à se déplacer constamment comme dans le cas des accouchements à la maison. Finalement, ces lieux sont plus petits qu'un hôpital et les relations, plus personnalisées. Toutefois, selon Benoit, ce système apparaît unique car il résulte du processus graduel et relatif de modernisation propre à la région étudiée.

Benoit affirme qu'il est donc erroné de conclure que toute forme de pratique intégrée dans une organisation mène à une déprofessionnalisation. Elle a également étudié le cas des sages-femmes des Pays-Bas¹ et celui des sages-femmes en Suède (1992) ; elle affirme que ses études ne corroborent pas les thèses de la médicalisation et de la déprofessionnalisation qui prétendent, à tort, selon elle, que toutes les occupations qui ne représentent pas l'élite à l'intérieur des services de santé et qui sont intégrées dans une organisation, subiraient une médicalisation

¹ Les féministes prétendent que les Pays-Bas (pays caractérisé par une forte proportion d'accouchements à domicile) représentent le seul pays occidental ayant conservé le modèle idéal du passé en faisant de l'accouchement un processus naturel sous le contrôle de sages-femmes indépendantes. Ces dernières auraient réussi à échapper au modèle général de domination professionnelle des médecins.

croissante ainsi qu'une déprofessionnalisation dues à la domination professionnelle des médecins et au contrôle bureaucratique des administrateurs. De même, selon elle, la disparition des accouchements à la maison et de la pratique des sages-femmes indépendantes ne mène pas nécessairement à une médicalisation de la naissance ni à la subordination des femmes pratiquantes au pouvoir des hommes.

L'étude des Pays-Bas montre une situation où le professionnalisme des sages-femmes est rehaussé jusqu'à une certaine limite. Dans ce pays, le travail des sages-femmes comporte en fait un grand nombre d'éléments qui remettent en question leur autonomie: les remboursements incertains, un horaire de jour et de nuit, le manque de contacts avec des collègues, l'incertitude devant les cas compliqués, etc. Selon Benoit, la possibilité d'être employée dans de petits centres de maternité, subventionnés par le gouvernement, comme c'est le cas en Suède pourrait atténuer ces problèmes structurels et, éventuellement, les sages-femmes pourraient bénéficier d'un certain contrôle sur leur travail. Ces petits centres de maternité, selon Benoit, rehaussent le statut professionnel des sages-femmes ; celles-ci joueraient alors un rôle premier dans la division du travail.

Donc, selon Benoit, l'accouchement à domicile d'autrefois ne correspond pas nécessairement à une pratique exemplaire d'autonomie; de même des sages-femmes d'aujourd'hui peuvent, dans certains cadres de travail, réussir à exercer leur profession avec une relative autonomie.

À la lumière des conclusions de Benoit, nous pouvons affirmer qu'une variable déterminante de l'autonomie des sages-femmes semble être la taille de la maternité. Selon cette auteure, le fait d'être une profession reconnue dans son pays n'implique pas nécessairement que les sages-femmes peuvent occuper, dans leur travail quotidien, une position intéressante et avoir une certaine autonomie. Par ailleurs, son étude ne corrobore pas les affirmations qui prétendent que la situation des sages-femmes d'autrefois, qui travaillaient à leur propre compte et effectuaient des accouchements à domicile (en France, les sages-femmes libérales) serait celle qui correspond à une autonomie professionnelle maximale. Cet idéal semble plutôt se rencontrer dans de petites structures où les sages-femmes peuvent exercer leur profession avec une certaine liberté. Ces

petites organisations représentent un équilibre entre les préférences des clientes pour des soins personnalisés et un degré substantiel d'autonomie professionnelle pour les sages-femmes. Selon elle, cet équilibre n'est atteint ni dans les cas des accouchements à la maison ni dans celui des grandes organisations bureaucratiques.

La section suivante évalue si, au niveau global (au niveau du cadre légal, de l'organisation de la profession, de la détermination du contenu de la formation, et de l'évaluation de l'acquisition des connaissances et habiletés), la profession de sage-femme en France correspond à ce qu'on définit comme une profession autonome.

2- Les sages-femmes françaises: une profession médicale à compétence limitée (niveau macro-social):

Le Code de la Santé publique qui régit l'ensemble des professions de santé en France, définit légalement la profession de sage-femme comme une profession médicale. Celle-ci se retrouve au Livre IV du Code, section portant sur les trois professions médicales, celles de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme. En tant que profession médicale, la profession de sage-femme possède un diplôme d'État, un ordre professionnel ainsi qu'un code de déontologie.

Il s'agit donc d'un statut défini par l'État et, selon Schweyer (1996: 67), l'argumentation des sages-femmes, pour défendre leur autonomie professionnelle, ne se fonde pas sur une expertise technique mais plutôt sur ce statut donné par l'État.

Ce statut de profession médicale est spécifique à la France puisque dans d'autres pays européens ainsi que partout ailleurs, les fonctions de sage-femme sont exercées par des infirmières spécialisées (Carricaburu, 1987: 4 et Schweyer, 1996: 91). En 1993, par comparaison avec l'ensemble des pays européens, la France offre aux sages-femmes une des formations les plus élaborées (au niveau de la durée des études qui est de quatre ans en France et aussi en Grèce mais le nombre d'heures d'enseignement est plus long en Grèce) (Les dossiers de l'obstétrique, 1991: 21 et 1993: 33).

Ce statut confère aux sages-femmes des droits, au niveau légal, qui permettent d'exercer leur profession dans le cadre du suivi de grossesse, de l'accouchement eutocique et du post-partum. En effet, la définition donnée par *l'Article 374* du Code de la Santé publique précise bien que les sages-femmes sont habilitées à pratiquer, dans les limites de leur compétence, les actes nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, à la préparation de l'accouchement et à la pratique de celui-ci, ainsi qu'aux soins postnatals pour l'enfant et la mère.

Pour exercer leur profession, les sages-femmes possèdent donc des droits légaux concernant l'utilisation de certains instruments, la prescription d'examens ainsi que la prescription de médicaments. Nous avons pu constater, au chapitre IV, l'étendue des fonctions des sages-femmes.

Nous avons également vu, au chapitre IV, qu'avec les années, les compétences des sages-femmes ont été continuellement élargies¹ et que la durée des études a été étendue, passant à trois puis à quatre années (en 1943 et en 1985), ce qui implique un enseignement de plus en plus étoffé et spécialisé.

Les droits que possèdent actuellement les sages-femmes françaises au niveau légal impliquent donc, dans les faits, qu'elles peuvent offrir aux femmes enceintes, le suivi de grossesse ainsi que des cours de préparation à l'accouchement, pratiquer l'accouchement, tant qu'il ne s'agit pas d'une dystocie, puis, offrir des soins postnatals à la mère et à l'enfant. Elles peuvent, également, dans le cadre de la surveillance de la grossesse, effectuer des échographies.

Dans les hôpitaux publics, l'aspect médical de la profession de sage-femme se traduit également par la présence de la sage-femme surveillante chef à la commission médicale d'établissement (CME) où elle a voix délibérative pour les questions concernant la gynécologie-obstétrique et

¹ En 1952, un arrêté accorde aux sages-femmes un droit de prescription de médicaments et en 1971, un décret autorise les sages-femmes à utiliser certains instruments. Par la suite, ces droits seront, à différents moments, élargis, particulièrement en 1986, lorsqu'un décret leur permet, notamment, la pratique des échographies dans le cadre de la surveillance de la grossesse. En effet, la troisième version du Code de déontologie des sages-femmes (celle de 1991), leur accorde des responsabilités plus vastes et des compétences plus étendues que les deux versions précédentes.

voix consultative pour les autres questions. La sage-femme participe aussi au vote en vue de l'élection du président et du vice-président de la CME (Circulaire du 24 octobre 1994).

Le statut médical des sages-femmes semble cependant méconnu dans la population ainsi que dans le milieu médical comme tel et elles sont souvent considérées comme des paramédicales, soit des infirmières spécialisées. En fait, administrativement, les sages-femmes sont classées dans les hôpitaux, les DRASS et ailleurs parmi les professions paramédicales et, dans certains hôpitaux, des infirmières ont même été nommées au poste de surveillante chef de maternité (Schweyer, 1996: 85 et 92). Malgré le fait que les sages-femmes réalisent la très large majorité des accouchements en France et malgré leur statut médical défini par le Code de la Santé publique, les sages-femmes seraient, en France, « peu connues et socialement peu considérées » (Carricaburu, 1992: 205).

De plus, les sages-femmes françaises, dans le cadre de l'ajustement des diplômes à l'intérieur de la Communauté Européenne, craignent de perdre ce statut de profession médicale et de devenir des paramédicales comme leurs homologues des autres pays européens qui possèdent une formation d'infirmières spécialisées en obstétrique (Carricaburu, 1992: 205).

Malgré un statut de profession médicale, on peut constater un certain nombre d'éléments qui, au niveau global, viennent limiter l'autonomie professionnelle des sages-femmes françaises.

Les limites de l'autonomie des sages-femmes françaises se traduisent particulièrement par la tutelle de l'Académie de médecine sur l'encadrement légal de la profession, par la direction et la présence des médecins dans les écoles et, jusqu'à dernièrement, dans les conseils de l'Ordre des sages-femmes.

En effet, comme nous l'avons précisé au chapitre IV, les lois, ordonnances, décrets, arrêtés et circulaires encadrant la profession sont établis par le Ministère de la Santé après avis de l'Académie de médecine.

Au sujet de la formation des sages-femmes, nous avons également vu au chapitre IV, que la direction ainsi que l'organisation des écoles sont placées sous l'autorité d'un médecin. En effet, les écoles sont dirigées par un professeur des universités spécialiste en gynécologie-obstétrique ou un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique. Ce médecin directeur technique et d'enseignement est, selon l'arrêté du 15 juillet 1986, celui qui détermine le contenu des enseignements offerts aux élèves. Il est également celui qui, « sous réserve des attributions propres au conseil technique », a « autorité pour prendre toutes mesures en ce qui concerne le fonctionnement technique de l'école ». Nous rappelons que le médecin directeur, selon cet arrêté, est « assisté » d'une sage-femme directrice et que cette dernière est celle qui assure, « sous la responsabilité du médecin directeur technique et d'enseignement », l'organisation générale de l'école. Les écoles de sages-femmes sont donc, selon le texte de loi, dirigées par un médecin et, bien qu'elles soient également dirigées par une sage-femme, on précise bien que cette dernière *assiste* le médecin directeur et que l'organisation générale de l'école revient à celle-ci mais, encore, une fois, « sous la responsabilité du médecin ».

Dans chaque école de sage-femme, on retrouve un **conseil technique**, organe consultatif qui, au minimum une fois par an, se réunit pour statuer sur l'organisation de l'école. Ce conseil est, encore une fois, présidé par un médecin, soit l'inspecteur régional de la santé. Parmi les membres du conseil, on retrouve le médecin directeur de la faculté de médecine à laquelle l'école est rattachée ainsi que le directeur technique d'enseignement de l'école.

L'évaluation de l'acquisition des connaissances et habiletés et donc, l'accès à la profession sont également sous contrôle médical. En effet, chaque année, les élèves doivent subir deux sessions d'examens et ces épreuves doivent être subies devant l'unité de formation et de recherche (UFR) en médecine dont relève l'école de sages-femmes. Soulignons que le jury qui préside les examens annuels et les épreuves du diplôme d'État est désigné, suite à une proposition du médecin directeur technique et après l'avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, par le directeur de l'UFR de médecine. Outre des sages-femmes enseignantes, des sages-femmes en exercice responsables des épreuves pratiques et cliniques ainsi que deux membres au moins du personnel enseignant de l'école de sage-femme, le jury comprend un

professeur des universités qui est un praticien hospitalier, spécialiste en gynécologie-obstétrique et deux membres au moins du personnel enseignant de l'unité de formation et de recherche de médecine.

Pour ce qui est de l'organisation interne de leur profession, les sages-femmes françaises ont réalisé en 1995, après plusieurs années de revendications, un gain important quant à l'autonomie de leur profession. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre IV, jusqu'en 1995, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes était présidé par un médecin et il était composé, en plus de cinq sages-femmes, de quatre médecins spécialisés en gynécologie-obstétrique. Actuellement, le conseil national de l'Ordre est composé de cinq sages-femmes et il est présidé par une sage-femme. Nous pouvons donc constater, ici, que les sages-femmes françaises ont finalement réussi à obtenir le contrôle sur l'organisation de leur profession puisque le Conseil national de leur Ordre n'est plus présidé par un représentant de la profession médicale.

Nous retrouvons, dans le domaine de l'obstétrique en France, pour utiliser les termes d'Abbott, un partage de juridiction. Ce partage se fait entre l'eutocie (la partie des sages-femmes) et la dystocie (la partie des médecins). Les sages-femmes possèdent donc, au niveau formel, des droits qui leur permettent d'exercer leur profession de façon autonome à l'intérieur des limites de leur territoire puisque, lorsqu'il s'agit de grossesses et d'accouchements normaux, elles ont la possibilité de prendre en charge l'ensemble du processus: suivi de grossesse, accouchement et post-partum.

Cependant, les connaissances abstraites que doit posséder une profession, selon Abbott, ne sont pas exclusives aux sages-femmes et ces dernières ne possèdent pas une juridiction totale car, bien qu'elles possèdent une reconnaissance légale, le contrôle de leur territoire n'est pas complet puisqu'elles le partagent avec des médecins.

Comme la compétence des sages-femmes est limitée au domaine de la physiologie¹, Carricaburu (1992: 212 et 222) affirme alors que les limites de la compétence des sages-femmes face aux

¹ L'expression « physiologie » semble être utilisée par opposition à pathologie, soit lorsqu'il s'agit de grossesses et accouchements normaux.

compétences des médecins ne correspondent pas à une « division purement fonctionnelle du travail » mais que la répartition des tâches définie par le Code de la Santé publique fonctionne plutôt sur un « principe de délégation »¹. En effet, les sages-femmes ne possèdent pas de compétences spécifiques et les actes qu'elles sont autorisées à poser ainsi que les examens et médicaments qu'elles peuvent prescrire, font partie de la compétence plus globale des médecins. Ce « principe de délégation de compétence » signifie donc que, si un accouchement est considéré comme normal, le médecin peut le confier à une sage-femme mais, lorsqu'il s'agit d'une naissance qui déborde de la physiologie (soit de la compétence des sages-femmes), la sage-femme est légalement obligée de faire appel au médecin. En fait, la compétence des sages-femmes est un sous-ensemble de celle des médecins et il ne s'agit pas d'un échange réciproque entre les deux professions. Selon Carricaburu, « l'autonomie des sages-femmes est, par conséquent, limitée par ce principe de délégation qui montre la position qu'elles occupent par rapport à la profession dominante de l'obstétricien ».

Ce partage de juridiction n'est pas exempt de tensions et, selon le rapport du Haut Comité de la Santé publique (1994: 42), on retrouve en France « un débat assez âpre au sujet des prérogatives des sages-femmes et celles des médecins; les premières redoutent que les seconds, prenant prétexte de la proximité permanente qui leur est demandée, ne viennent intervenir dans des accouchements normaux et les seconds ne veulent pas que les premières débordent des limites de la stricte eutocie ».

En 1992, une circulaire « relative au Code de déontologie des sages-femmes » était publiée suite à la parution, l'année précédente, du nouveau Code de déontologie des sages-femmes (Décret n° 91-779 du 8 août 1991) et visant à répondre à certaines interrogations que ce nouveau code avait suscitées « tant au sein de la profession que chez les responsables d'établissements hospitaliers » (Circulaire n° 38 du 29 juillet 1992). Cette circulaire a pour objet « d'apporter des précisions sur le contenu des articles qui peuvent prêter à interprétations » notamment en rappelant aux sages-femmes les limites de leurs compétences de la façon suivante:

¹ Les chirurgiens-dentistes représentent l'autre profession médicale dont la compétence est limitée (à l'odontologie) mais seule la profession de sage-femme fonctionne sur le « principe de délégation » (Carricaburu, 1987: 63).

« En dehors de circonstances parfaitement exceptionnelles, notamment en cas d'urgence, la sage-femme ne doit en aucun cas pratiquer un acte ou un soin qui dépasse sa compétence professionnelle définie à l'article L. 374 du Code de la santé publique et précisée à l'article 18 du Code de déontologie. Pour la sécurité des patientes et des nouveau-nés, elle doit apprécier en conscience les actes qu'elle est en mesure d'exécuter et refuser de pratiquer ceux qui dépassent ses possibilités notamment par défaut de formation ».

La circulaire précise alors les modalités de la pratique de l'échographie pour les sages-femmes¹ ainsi que les responsabilités respectives des médecins (obstétriciens et anesthésistes) et des sages-femmes dans le cas de l'anesthésie péridurale².

À la section suivante, nous tentons d'évaluer, à partir de l'observation que nous avons effectuée dans une maternité publique, si ce statut de profession médicale à compétence limitée permet aux sages-femmes d'exercer leur profession de façon autonome dans les sites de travail.

3- Possibilités et limites des sites de travail (niveau micro-social):

Suite à notre observation dans une maternité publique française, pouvons-nous affirmer que les sages-femmes peuvent exercer leur profession de manière autonome tel que défini plus haut par Benoit, c'est-à-dire, ont-elles la possibilité d'organiser les tâches principales de leur travail sans être sous le contrôle direct d'une autorité supérieure?

Lors de notre séjour à la maternité H, nous avons observé des sages-femmes effectuer l'ensemble des activités légalement attribuées à ces professionnelles et, plus particulièrement, nous avons assisté à plusieurs accouchements pratiqués entièrement par des sages-femmes. Bien que

¹ On rappelle que cette technique doit être utilisée uniquement dans le cadre de la surveillance d'une grossesse.

² Fait intéressant, il est précisé que l'indication et la demande de l'anesthésie péridurale doivent être faites par un obstétricien alors que, dans les faits, nous avons observé, à la maternité H, des sages-femmes qui géraient elles-mêmes (et sans l'intervention d'un gynécologue-obstétricien) la demande d'une péridurale.

Puis, on rappelle, notamment que la mise en place du dispositif et la première injection du produit anesthésique doivent être effectuées par un médecin anesthésiste mais qu'une sage-femme peut effectuer les injections suivantes en utilisant le dispositif mis en place par l'anesthésiste, lorsque celui-ci est présent ou prêt à intervenir à la moindre difficulté.

certaines sages-femmes affirmaient qu'elles pouvaient « en faire moins qu'avant », quelques-unes nous ont quand même expliqué que dans cette maternité (une maternité publique d'environ 900 accouchements), il leur était possible d'accomplir réellement leur travail de sage-femme.

Dans cette maternité, les sages-femmes nous ont donné l'impression de *gérer* en quelque sorte le côté obstétrique du service; elles reçoivent les femmes enceintes ayant besoin d'une consultation, les examinent puis jugent de la conduite à adopter (laisser repartir la femme; l'hospitaliser et aviser le médecin de garde; ou consulter un des médecins sur la situation); elles accueillent également les femmes venues accoucher et réalisent l'accouchement en totalité s'il ne présente aucun problème ou font appel à un médecin si elles considèrent que sa présence est requise pour, par exemple, une extraction instrumentale. De plus, elles organisent et offrent les soins en suites de couches ainsi qu'aux femmes enceintes hospitalisées et participent à la visite médicale afin d'informer le médecin de certains cas ou pour éventuellement le consulter. Comme les femmes enceintes peuvent aussi bien être suivies par un médecin qu'une sage-femme, les sages-femmes ont également la possibilité d'offrir des consultations pour les suivis de grossesse (bien qu'il semble que dans les faits les femmes soient surtout suivies par des médecins) et aussi des cours de préparation à la naissance. Peu de sages-femmes (seulement deux), toutefois, utilisaient, lors de notre observation, leur droit d'effectuer des échographies obstétricales.

Nous pouvons donc affirmer que dans ce type de site, les sages-femmes peuvent réussir à accomplir les principales tâches reliées à une grossesse et un accouchement. À l'intérieur de leur territoire, la physiologie, elles peuvent arriver à exercer leur profession de façon autonome.

Il faut souligner que l'environnement physique de la maternité H contribue à donner cette impression des sages-femmes en charge d'une grande partie de l'obstétrique. En effet, si une femme téléphone et que la sage-femme lui dit de venir à la maternité pour qu'on l'examine ou si la femme est d'abord passée voir le médecin et que celui-ci souhaite qu'une sage-femme l'examine¹, elle se rend au premier étage où se trouvent le bureau des sages-femmes ainsi que les

¹ Il ne faut pas oublier que les connaissances des sages-femmes sont un sous-ensemble des connaissances des médecins et que, dans cette situation (une femme ayant besoin d'être examinée), le médecin cherche peut-être à se

salles d'accouchement (qui sont également utilisées pour examiner les femmes), le bureau des suites de couches, la pouponnière et une partie des chambres (les autres se trouvent au rez-de-chaussée). C'est donc, en général, à cet étage que les femmes peuvent trouver une sage-femme et être examinées ou installées pour accoucher. Les bureaux des médecins se trouvent au rez-de-chaussée et, lors de notre observation, à part la visite quotidienne ou lorsque leur présence est requise dans le cas, par exemple, d'une extraction instrumentale, les médecins nous ont paru peu présents au premier étage. En fait, nous pouvons affirmer les avoir vus au premier étage de façon occasionnelle, pour des situations précises, alors que les sages-femmes y sont omniprésentes. Cette séparation des lieux (les sages-femmes au premier étage où se trouvent, notamment, les salles d'accouchement, et les médecins au rez-de-chaussée) semble être un des facteurs qui favoriseraient l'autonomie des sages-femmes dans cette maternité. Il ne faut pas oublier toutefois que plusieurs femmes enceintes se rendent directement, pour leur suivi de grossesse, au bureau d'un des médecins puisqu'elles sont suivies par ce dernier, et que donc une proportion importante de l'obstétrique de la maternité ne passe pas par les sages-femmes. Il faut également rappeler l'ensemble des femmes enceintes qui sont aussi suivies par un médecin mais en dehors de la maternité.

Au niveau des sites de travail, l'autonomie des sages-femmes semble varier selon le type de site. Comme nous l'avons vu, il existerait des variations de pratique en fonction du statut (public ou privé) des maternités ou en fonction de l'activité de celles-ci (Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993). En effet, plusieurs sages-femmes nous ont expliqué que, lorsqu'elles exercent dans une clinique privée ou une très grosse maternité, particulièrement un CHU, les sages-femmes seraient beaucoup moins autonomes car elles seraient restreintes de plusieurs manières dans l'exercice de leur profession. Il serait donc intéressant de pouvoir vérifier si dans ce type de site l'autonomie professionnelle des sages-femmes est moins grande que celle qu'on peut retrouver à la maternité H.

Ce que les sages-femmes de la maternité H appellent « faire un vrai travail de sage-femme », signifie probablement qu'elles ont la possibilité, dans cette maternité, d'effectuer l'ensemble des

« débarrasser » de cette partie du travail car, comme l'affirme Abbott (1988), il peut arriver qu'une profession délègue à d'autres travailleurs certains aspects techniques du travail.

tâches et de prescrire les médicaments et examens qui sont légalement autorisés alors que, dans d'autres maternités, cette possibilité serait restreinte. Par exemple, en France, les sages-femmes ont le droit de réaliser complètement un accouchement eutocique mais des sages-femmes nous ont affirmé que, dans les cliniques privées, elles doivent appeler le médecin pour l'expulsion (car le médecin y est payé à l'acte). Autre exemple: les sages-femmes, lorsqu'elles suivent le travail d'une parturiente peuvent rompre la poche des eaux, mais, selon certaines sages-femmes, dans de grosses maternités (on nous a parlé surtout des CHU), elles doivent préalablement demander l'autorisation du médecin. Dans ces deux cas, les sages-femmes n'auraient pas la possibilité de « faire un vrai travail de sage-femme » car elles ne pourraient pas accomplir l'ensemble des actes légalement autorisés.

Les sages-femmes de la maternité H paraissent donc pouvoir organiser les tâches principales qui sont rattachées à leur domaine sans être sous le contrôle d'une autorité directe (et donc prétendre à une autonomie professionnelle telle que définie préalablement par Benoit) alors qu'il semble que dans d'autres types de maternités, cela ne soit pas toujours possible.

Nous avons même observé des situations où la compétence des sages-femmes dépassait le cadre légal. Par exemple, nous avons vu, plus haut, que la Circulaire du 29 juillet 1992 rappelait que l'indication et la demande pour une péridurale devaient être faites par un obstétricien. Cependant, lors des accouchements que nous avons observés, les sages-femmes ne faisaient pas appel au médecin et téléphonaient elles-mêmes à l'anesthésiste pour demander une péridurale lorsqu'elles évaluaient que cela était possible (si la dilatation n'était pas trop avancée). Voici un exemple qui montre le rôle que peuvent jouer les sages-femmes dans un site de travail:

- Durant une de nos observations, alors que deux accouchements sont en cours, l'anesthésiste arrive dans une des salles d'accouchement (salle 1) après avoir été appelée par la sage-femme. L'infirmière anesthésiste l'informe que, pour la femme de l'autre salle (salle 2), il est trop tard (elle est trop dilatée) mais que pour celle-ci (salle 1), la sage-femme a dit qu'il était encore temps. L'anesthésiste hésite et veut attendre que la sage-femme (qui est alors avec l'autre femme en salle 2) revienne pour qu'elle lui confirme qu'il est encore possible

d'effectuer une péridurale. Le père s'impatiente parce que sa femme souffre beaucoup puis, la sage-femme revient dans la salle 1, examine le col pour connaître la dilatation et déclare qu'il est encore temps d'effectuer une péridurale mais qu'il faut « faire vite ». L'anesthésiste installe la péridurale.

Ce qui peut cependant limiter, lors de l'accomplissement de leurs activités quotidiennes de travail, l'autonomie professionnelle des sages-femmes de la maternité H réside dans la limitation de leurs compétences au domaine de l'eutocie.

Dans le cas d'une maternité publique de taille moyenne, comme celle que nous avons observée, bien qu'elles disent « faire un vrai travail de sage-femme », nous avons vu au chapitre V que plusieurs sages-femmes affirment qu'elles sont de plus en plus restreintes dans leur travail et qu'elles doivent de plus en plus consulter un médecin avant d'agir. En fait, l'accouchement étant devenu un acte fortement médicalisé, même si les compétences des sages-femmes ont été graduellement accrues, ces compétences restent « limitées » et les sages-femmes doivent régulièrement s'en remettre à un autre intervenant dont les compétences sont (légalement) totales. Certes, les sages-femmes françaises possèdent certains droits qui leur permettent d'exercer légalement la profession mais ces droits ne leur permettent pas de bénéficier d'une totale autonomie dans le domaine de l'obstétrique.

Également, le droit de prescription de médicaments des sages-femmes n'étant pas complet, elles doivent constamment faire appel à un médecin ou envoyer une patiente vers ce professionnel afin d'obtenir certaines ordonnances. À la maternité H, quelques sages-femmes nous ont expliqué qu'elles sont de plus en plus limitées dans leur droit de prescription de médicaments puisqu'elles doivent désormais se conformer exactement à la liste des médicaments autorisés, ce qui implique qu'elles doivent régulièrement solliciter un médecin. Cependant, nous avons vu, au chapitre V, que cette contrainte peut être contournée lorsqu'un climat de confiance règne entre les médecins et les sages-femmes; les sages-femmes utilisent alors des ordonnances pré-signées par les médecins et jugent elles-mêmes de l'opportunité de prescrire tel médicament.

Voici trois exemples du type de situation qui peut se produire étant donné cette limitation de la pratique des sages-femmes:

- Une des sages-femmes de la maternité H nous a affirmé avoir été habituée à prendre en charge les femmes qui se présentent pour MAP (menace d'accouchement prématuré) mais avoir reçu, il y a quelque temps, une directive du chef de service demandant de le consulter avant d'agir (voir chapitre V). Lors d'un de nos passages à la maternité (après l'observation), nous avons remarqué que dans le bureau des sages-femmes, une note du chef de service demandant aux sages-femmes d'informer le médecin de garde pour toute femme enceinte hospitalisée était affichée.
- Lors d'une consultation rapportée au chapitre V (celle du mercredi 9 avril), la sage-femme se trouve confrontée à une patiente qui lui demande de lui prescrire trois médicaments et à qui elle doit répondre qu'elle ne peut pas prescrire un des trois médicaments (le Daflon¹). À la femme surprise car on lui en a auparavant prescrit, la sage-femme doit expliquer que les sages-femmes ont reçu un avertissement de la Sécurité sociale leur rappelant qu'il leur est interdit de prescrire certains médicaments. Donc, la femme, après avoir consulté la sage-femme, doit faire appel à un médecin pour obtenir une ordonnance pour un des trois médicaments qu'elle souhaite se procurer.
- Les sages-femmes possèdent un droit de prescription dans le cas d'un arrêt de travail (lors de grossesses non pathologiques) mais ce droit est aussi restreint puisqu'au delà de quinze jours, elles n'ont pas la possibilité de renouveler ces arrêts de travail et doivent conseiller à la patiente de voir un médecin. Lors de notre observation à la maternité H, nous avons été témoin de ce type de situation. En effet, durant une consultation présentée au chapitre V (celle du 21 mars), la sage-femme se trouve confrontée à une patiente qui se plaint d'avoir des contractions pendant sa grossesse. Une sage-femme lui a déjà prescrit un arrêt de travail quinze jours auparavant. La sage-femme ne peut donc pas renouveler le congé et lui dit qu'elle doit voir un médecin. Plus tard, au secrétariat, la sage-femme apprend que la femme

¹ Il s'agit d'un médicament utilisé dans le traitement de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs.

a téléphoné pour dire que son médecin refuse de signer un congé de maladie puisque ce n'est pas lui qui l'a examinée. La sage-femme demande alors à un des médecins de la maternité qui est présent au secrétariat, de signer un congé. Ce dernier, après avoir un peu protesté et manifesté qu'il doutait de la bonne foi de la patiente, finit par signer le congé demandé par la sage-femme.

À partir du dernier exemple, nous pouvons, concernant la situation et donc la position des sages-femmes quant à leur droit de prescription, formuler l'interprétation suivante:

Le droit de prescription de la sage-femme étant limité, celle-ci est régulièrement amenée à conseiller à ses patientes de consulter un autre intervenant, le médecin (dont le droit de prescription est plus large que le sien) ou, elle doit elle-même solliciter cet autre intervenant pour obtenir l'ordonnance qu'elle souhaite donner à sa patiente. Sa compétence étant légalement limitée, la sage-femme a régulièrement besoin du médecin pour *compléter* cette pratique.

Mais nous pouvons également considérer la situation d'un autre point de vue et formuler l'interprétation suivante:

Comme le droit de prescription de la sage-femme est restreint, celle-ci fait alors appel à un autre intervenant, le médecin (dont le droit de prescription est plus large que le sien), pour lui demander de signer telle ordonnance à partir de ce qu'elle a **jugé** souhaitable pour la patiente. Le médecin utilise alors son droit de prescription, plus large que celui de la sage-femme, pour rédiger l'ordonnance qu'elle lui a demandée. Dans cette interprétation de la situation, la sage-femme est celle qui évalue la situation et qui prend la décision mais, légalement, elle a besoin du médecin pour qu'il signe l'ordonnance. Le médecin devient alors celui qui exécute la requête de la sage-femme (signer telle ordonnance).

Il faut toutefois préciser que la deuxième interprétation de la situation ne correspond pas nécessairement à celles retrouvées dans d'autres types de sites ou dans le cas de sages-femmes libérales. Il s'agit donc d'un contexte qui dépend de ce que Carricaburu (1987 et 1992) appelle

la « situation locale », expression qu'elle emprunte à Strauss et Bucher pour décrire les attitudes différentes des sages-femmes de deux maternités face à l'introduction d'une nouvelle technique, soit la péridurale. La situation que nous décrivons dépend essentiellement de l'attitude des médecins face aux sages-femmes ou de la place que celles-ci ont réussi à occuper dans une maternité et ne provient pas des droits inhérents à leur pratique. Nous rappelons que, il y a quelques années, les sages-femmes de la maternité H avaient été habituées à faire fonctionner la maternité sans présence médicale sur place et à faire appel au médecin au besoin, donc à prendre un grand nombre d'initiatives.

Comme Annandale (1989) l'a montré, les médecins, au niveau des sites de travail (niveau micro), ont la possibilité, même s'ils partagent le domaine de l'obstétrique avec les sages-femmes, d'exercer un contrôle sur le travail des sages-femmes. Cette possibilité leur est fournie par les limites de la compétence des sages-femmes. En effet, ils ont le pouvoir, s'ils le veulent, d'établir des frontières servant à circonscrire le territoire des sages-femmes dans le site de travail. Par exemple, dans une clinique privée, parce qu'ils sont payés à l'acte, ils peuvent exiger, lors d'un accouchement, d'être appelés pour l'expulsion alors que, légalement, les sages-femmes ont le droit de réaliser les accouchements normaux. Cependant, dans certains cas, les médecins peuvent décider de ne pas utiliser complètement ce pouvoir, peut-être aussi parce qu'ils ont intérêt à laisser plus d'autonomie aux sages-femmes: par exemple, ils peuvent être contents de ne pas être dérangés la nuit pour prescrire une péridurale.

Selon Chantal Séguin, sage-femme enseignante à Grenoble (1995: 2), les sages-femmes travaillent dans une situation qu'elle caractérise de « contexte dual ». Selon elle, la sage-femme, en tant que professionnelle médicale, est autorisée à pratiquer elle-même les actes qui entrent dans le cadre de son exercice mais la sage-femme est aussi une auxiliaire médicale car elle effectue également certains actes, soit sur prescription du médecin, soit en présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment, comme dans le cas de l'installation d'une péridurale.

Elle affirme que, bien que la sage-femme soit considérée comme professionnellement indépendante à l'article 7 du Code de déontologie des sages-femmes (1991) qui stipule que « la

sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit », elle doit, dans les faits, souvent travailler en équipe et ainsi, tenir compte des demandes du chef de service de la maternité ou des médecins de la clinique où elle travaille.

À l'hôpital, mis à part les contraintes budgétaires et réglementaires, le chef de service possède un pouvoir complet en ce qui a trait aux orientations du service, au recrutement du personnel (mis à part les internes des CHU) ainsi qu'aux attitudes thérapeutiques (Carricaburu, 1992: 214). Pour ce qui est du site observé, nous avons pu constater, lors du choix d'un quatrième médecin, que les sages-femmes étaient consultées par le chef de service (parce qu'elles sont directement concernées) et que la sage-femme surveillante chef participait à la prise de décision par, notamment, sa présence, son intervention et son vote à la CME (Commission médicale d'établissement).

Dans les deux sections qui précèdent, nous avons identifié certains éléments, soit au niveau global ou au niveau de la pratique dans un site de travail, qui conditionnent l'autonomie des sages-femmes françaises. La section suivante présente, regroupés en trois principaux thèmes, des facteurs d'explication de l'autonomie partielle des sages-femmes.

4- Facteurs d'explication de l'autonomie partielle de la profession de sage-femme en France:

Nous avons relevé, à partir des lectures effectuées sur la profession de sage-femme en France mais aussi, à partir des entrevues réalisées avec, en particulier des représentantes de la profession, des éléments qui permettent de comprendre les limites de la profession de sage-femme en France, c'est-à-dire, le fait que les sages-femmes, bien qu'elles soient légalement définies comme une profession médicale, connaissent certaines limites telles qu'énumérées à la section précédente de ce chapitre.

Les principaux éléments évoqués pour comprendre la situation des sages-femmes françaises et que nous avons retenus sont les suivants:

- le fait qu’il s’agit d’une profession qui est passée, en quelques décennies, d’une pratique libérale à un exercice en majeure partie salarié;
- l’évolution de l’obstétrique, évolution caractérisée par une naissance devenue fortement médicalisée mais aussi par des aspects qui découlent d’une évolution plus générale de la médecine: une spécialisation accrue des tâches dans le domaine de la santé, le développement des protocoles de soins ainsi que l’importance grandissante des pressions au niveau médico-légal.
- les rapports de genre qui caractérisent le domaine de l’obstétrique, soit le fait que les sages-femmes appartiennent à une profession féminine alors que la profession de gynécologue-obstétricien est une profession fortement masculine.

a) Le passage d’une pratique libérale à un exercice salarié:

Parmi les auteurs que nous avons lus, un argument central est évoqué pour expliquer les limites de l’autonomie des sages-femmes françaises dans la société actuelle, soit l’évolution d’une pratique libérale vers une pratique salariée en centre hospitalier ou en clinique privée. Certains de ces auteurs attribuent carrément la perte de statut des sages-femmes au fait qu’elles sont, actuellement, en majeure partie des salariées; d’autres auteurs mentionnent ce fait comme étant une explication donnée par certains membres de la profession, en particulier.

En effet, nous avons vu que la pratique de sage-femme, au début du siècle, était une pratique essentiellement libérale et que les accouchements se déroulaient à domicile, c’est-à-dire, sans la présence du médecin ce qui, selon Carricaburu (1992: 209), permettait aux sages-femmes de « jouir d’une grande indépendance ». Dans son mémoire de DEA de sociologie (1987: 76), cette auteure formule l’hypothèse que, concernant les sages-femmes de cette époque, « les ambiguïtés et les lacunes de leur statut étaient compatibles avec un exercice libéral dans la mesure où les sages-femmes étaient réellement autonomes dans la pratique des accouchements normaux ». À

cette époque, les sages-femmes effectuaient elles-mêmes la majeure partie des accouchements et n'appelaient le médecin qu'en cas de pathologie.

Avec l'avènement des maternités, l'accouchement est devenu, en quelques décennies, un acte médicalisé puisqu'actuellement, en France, la presque totalité des accouchements se font en structure hospitalière publique ou privée (en maternité). Actuellement, sur 750 000 naissances annuelles, environ 3 800 ont lieu à domicile (Haut Comité de la Santé Publique, 1994: 103) ce qui correspond à la faible proportion de 0,5 %. Nous pouvons donc affirmer qu'il s'agit d'une situation très marginale. Malgré un intérêt toujours existant et semblant même s'accroître pour la pratique libérale (voir chapitre VI), les sages-femmes qui exercent dans ce secteur pratiquent très peu d'accouchements à domicile ou en plateau technique ouvert.

Certains auteurs ou sages-femmes considèrent que, malgré l'extension de leurs compétences au cours des années, les sages-femmes ne sont pas complètement autonomes dans l'exercice de leur profession. Les sages-femmes doivent aujourd'hui exercer dans une structure qui, règle générale, implique la présence et donc, selon certains, la tutelle des médecins.

À titre d'exemple, Valls-Lacroix (1989: 141) affirme qu'« avec la disparition de la sage-femme libérale, la place de la sage-femme est devenue équivoque, son rôle de praticienne est contesté... ». Elle mentionne que quelques mémoires de fin de formation de cadre sage-femme soulignent qu'une situation d'« ambiguïté » caractérise la fonction des sages-femmes:

« D'une autonomie presque totale au début des temps, la sage-femme aujourd'hui est tout à fait dépendante des médecins et son rôle très souvent ne se limite qu'à celui d'assistante, d'où un sentiment d'incertitude et de malaise... »

ou bien encore:

« C'est ainsi que, petit à petit, elle a perdu son identité propre et, pour le public, la sage-femme a disparu, assimilée le plus souvent à l'infirmière. Cet état de fait provoque actuellement, au sein de notre profession, un sentiment de malaise... » (citées par Valls-Lacroix, 1989: 142)

Nous avons toutefois vu, à la première section de ce chapitre, que les études de Benoit auprès de sages-femmes traditionnelles de Terre-Neuve et de sages-femmes des Pays-Bas, ont montré que la situation des sages-femmes indépendantes était souvent idéalisée et que les thèses de la médicalisation et de la déprofessionnalisation prétendent, à tort, selon Benoit, que toute pratique intégrée dans une structure est synonyme de perte d'autonomie professionnelle.

b) L'évolution de l'obstétrique et de la médecine en général: une naissance fortement

médicalisée, une plus grande spécialisation des tâches dans le domaine de la santé, des pratiques standardisées par le développement des protocoles de soins et l'importance grandissante du médico-légal:

L'obstétrique moderne a fait de la grossesse et de l'accouchement des situations fortement médicalisées (surveillance intense de la grossesse, augmentation des déclenchements, anesthésies, extractions...) et la part de l'eutocie (celle des sages-femmes) s'en trouve ainsi réduite (Orzack et Calogero, 1990: 43). En 1985, un rapport de l'OMS (cité par Orzack et Calogero, 1990: 50) constatait que des changements dans les attentes de la population, le développement technologique ainsi que les politiques gouvernementales faisaient partie des facteurs qui auraient contribué à modifier le rôle des sages-femmes à l'intérieur des systèmes de santé contemporains de pays européens et à amplifier celui des obstétriciens. Alors que les sages-femmes d'autrefois avaient régulièrement à faire face, lors d'un accouchement, à des situations considérées à l'époque comme normales (par exemple un « siège »), aujourd'hui, la définition d'une situation pathologique ou potentiellement pathologique n'est plus du tout la même, elle est plus large et elle peut alors nécessiter le recours à une équipe de spécialistes médicaux (Benoit, 1987: 280).

Suite à une étude comparative entre la pratique médicale de l'obstétrique à l'hôpital et celle des sages-femmes infirmières (« nurse-midwives ») réalisant des accouchements à domicile¹, étude menée aux États-Unis, Rothman (1997) a montré que la réalité médicale est socialement construite et que les critères médicaux font qu'une situation qui ne correspond pas aux normes statistiques est définie comme risquée ou carrément de la pathologie. Par exemple, cette étude montre que si, selon la définition médicale, une femme a dépassé le terme de sa grossesse (plus de 42 semaines), les médecins décident alors de déclencher l'accouchement. Un accouchement déclenché est plus difficile pour la mère (les contractions sont plus longues, plus fréquentes et plus intenses) et cette dernière peut alors avoir besoin d'une anesthésie pour supporter la douleur. Dans le cas des accouchements à domicile, les techniques médicales de déclenchement sont considérées comme étant « interventionnistes » et « risquées » et les femmes cherchent plutôt à attendre plus longtemps ou à se faire conseiller, par les sages-femmes, des techniques « naturelles » pour déclencher l'accouchement (par exemple, des relations sexuelles). Après avoir pratiqué un certain temps, les sages-femmes remettent en question la définition médicale et, à partir de leur expérience, redéfinissent plutôt la « postmaturité » en « maturité totale » (« fully mature ») car elles considèrent que les accouchements prématurés (plus fréquents chez les clientes des hôpitaux que chez celles des sages-femmes) résultent souvent de restrictions médicales de poids. Le dépassement du terme chez les femmes enceintes est alors vu par les sages-femmes comme un signe de santé plutôt qu'un cas pathologique.

Par ailleurs, dans un ouvrage comparant les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas, Akrich et Pasveer (1996: 64), citent Arney qui présente la notion de surveillance comme le concept clé pour comprendre l'obstétrique moderne, du moins l'obstétrique telle qu'elle s'est développée aux États-Unis suite à la deuxième guerre mondiale. Selon cet auteur, on a mis en place une surveillance continue de la grossesse et de l'accouchement qui doit être effectuée par des spécialistes compétents à gérer les pathologies éventuelles de la mère et de l'enfant (tous deux considérés comme patients). Bien que Akrich et Pasveer précisent que la naissance en France se fait souvent sous la responsabilité unique d'une sage-femme et qu'elle entraîne moins d'interventions qu'aux États-Unis, elles décrivent toutefois l'accouchement en France comme un

¹ Ces sages-femmes ont, toutefois, été formées dans des institutions médicales, une année ou deux en plus de leur formation d'infirmière, et ont fait leur stage dans des hôpitaux.

acte particulièrement médicalisé et qui est encadré par un dispositif de surveillance assez développé.

Nous pouvons ajouter à ceci qu'aujourd'hui, la spécialisation des tâches dans le domaine de la santé (et non seulement de l'obstétrique) est plus développée qu'auparavant et que les professionnels doivent se conformer, de façon plus stricte, à la description de leurs responsabilités respectives.

En outre, une série de protocoles de soins ont été élaborés afin de diriger les décisions prises par les professionnels de la santé. Ces protocoles définissent que, dans une situation X, le professionnel doit agir d'une manière Y.

La pratique de la médecine actuelle ne correspond donc plus totalement à la pratique individuelle d'auparavant pour les deux raisons que nous venons d'évoquer, soit la spécialisation des tâches impliquant une prise en charge multidisciplinaire des patients ainsi que l'application de protocoles de soins.

Le risque des poursuites au niveau médico-légal correspond à une sanction sociale formelle qui incite les professionnels à offrir un suivi de grossesse et un accouchement fortement médicalisés (c'est-à-dire à en faire le plus possible pour éviter les *problèmes*), à se conformer aux protocoles établis mais également à exercer dans les limites qui leur sont légalement attribuées et donc à faire appel à un autre type de professionnel pour tout ce qui *déborde* de ces limites.

Certaines personnes (des sages-femmes et des médecins), nous ont, en effet, parlé de l'aspect médico-légal qui est devenu, depuis quelques années, particulièrement prégnant ainsi que du poids grandissant des protocoles dans la pratique quotidienne des professions de santé, pour expliquer les limites de l'exercice des sages-femmes.

Selon Schweyer (1996: 76), la proximité médicale n'est pas nécessairement synonyme de perte d'autonomie pour les sages-femmes mais, ce qui intervient surtout c'est l' « impératif de

sécurité » qui nécessite une disponibilité permanente des médecins, en cas de « problème » éventuel. L'eutocie est toujours du ressort des sages-femmes mais, dans un environnement médicalisé, les occasions où les sages-femmes accouchent seules deviennent alors plus rares. Selon cet auteur, le fait d'appeler un médecin en cas de complication pathologique ne transforme pas le rôle des sages-femmes en « rôle délégué » tant qu'elles réussissent à « gérer les accouchements normaux » et qu'elles restent responsables de la décision d'avoir recours au médecin. Cependant, d'un site de travail à l'autre, la définition du normal et du pathologique qui est actualisée dans la pratique des sages-femmes et des médecins, peut varier selon les modes d'organisation du travail dans chaque site.

c) Les rapports de genre qui caractérisent le domaine de l'obstétrique:

Pour expliquer le statut de la profession de sage-femme, certains auteurs abordent le fait qu'il s'agit d'une profession féminine, comme c'est le cas, en général, des professions paramédicales, en particulier de la profession d'infirmière, alors que la profession dominante, celle des médecins, gynécologues-obstétriciens y compris, est une profession dominée par les hommes.

Selon Imbert et Schweyer (1994: 85), « les sages-femmes occupent dans le système de santé une place tout à fait particulière comme profession médicale et comme profession féminine ». Selon les auteurs, « l'histoire de l'obstétrique s'inscrit dans le cadre d'une lutte pour l'exercice de la profession entre les accoucheurs, essentiellement des hommes, et les sages-femmes, profession intégralement féminine jusqu'en 1983 ».

Witz (1992) a montré, dans son ouvrage *Professions and patriarchy*, de quelle façon, à la fin du XIX^e siècle, le domaine de l'obstétrique en Grande-Bretagne a été divisé entre les médecins obstétriciens et les sages-femmes. À cette époque, parmi les stratégies adoptées par les médecins anglais face au problème non résolu de juridiction entre la médecine et la pratique des sages-femmes, l'une consista à déqualifier les sages-femmes (une stratégie de « déqualification ») en établissant une distinction entre accouchement normal et accouchement pathologique et en

plaçant la sphère de compétence des sages-femmes (les accouchements normaux) sous l'autorité des médecins.

Selon l'étude de Witz, une stratégie d'« incorporation » avait également été proposée par des médecins visant à incorporer l'ensemble des tâches associées au rôle des sages-femmes à l'intérieur d'une sphère exclusive de compétence et de contrôle de la profession médicale. Si cette dernière stratégie avait réussi, elle aurait mené à la disparition de la pratique indépendante des sages-femmes.

Cette stratégie d'« incorporation » fut adoptée aux États-Unis ainsi qu'au Québec. En effet, au Québec, les médecins du XIXe siècle réussirent à discréditer les sages-femmes et à incorporer dans leur sphère de pratique l'ensemble des tâches leur appartenant. Cette stratégie mena à la disparition de la pratique sage-femme, faisant place ainsi à une seule discipline, l'obstétrique, une discipline entièrement sous le contrôle de la profession médicale. Comme nous l'avons vu au chapitre I, au Québec, au tournant du XXe siècle, les sages-femmes disparurent presque complètement de la scène officielle (Bernier, 1989: 99) même si la pratique resta légale jusqu'à la première Guerre Mondiale (Burfoot, 1991: 119).

Selon Witz, la stratégie de « déqualification » (qui permettait aux sages-femmes de continuer d'exister) fut privilégiée en Grande-Bretagne car les sages-femmes répondaient à une demande de la population; elles faisaient un grand nombre d'accouchements et les médecins n'étaient pas prêts à répondre à la totalité de cette demande, particulièrement dans les milieux défavorisés mais aussi en raison de la nature du travail (les médecins considéraient la pratique des accouchements comme quelque chose de long, ennuyeux et peu rémunérateur). Cette stratégie de « déqualification », créait une division du travail caractérisée par des relations entre les médecins et les sages-femmes, qui plaçaient ces dernières sous la supervision de la profession médicale autant au niveau de la sphère de compétence des sages-femmes que de l'organisation de la profession ainsi que des études.

Witz affirme que les rapports de sexe, au niveau du discours et au niveau des stratégies adoptées, sont déterminants pour expliquer comment se sont formées des sphères de compétence distinctes à l'intérieur de la division du travail dans le domaine médical. Les stratégies adoptées par les médecins sont, selon Witz, des stratégies « de genre » car le discours visant à découper le territoire entre accouchement normal et pathologique et à déqualifier les sages-femmes était un discours fondé sur les différences sexuelles. L'accouchement normal fut associé à quelque chose de « naturel » et, comme dans le cas des infirmières, on affirmait que le rôle d'une femme pouvait être de suivre une parturiente lors d'un accouchement normal et de prendre soin de la mère et de l'enfant suite à l'accouchement. L'accouchement pathologique, associé à une situation qui nécessite une « intervention » ainsi que l'utilisation d'instruments, impliquait alors des qualités dites « masculines » : par exemple, un texte de l'époque (1892) affirme que, même avec une formation, les femmes ne posséderaient pas le courage qu'exige la pratique chirurgicale inhérente à l'obstétrique et qu'il s'agit d'une qualité qu'on retrouve chez les hommes.

Face à l'attitude des hommes médecins, les sages-femmes adoptèrent deux stratégies différentes. Une première stratégie que Witz qualifie de « révolutionnaire » visait, par le biais d'une institution (The Obstetrical College) mise sur pied par une société de femmes médecins (The Female Medical Society), à élargir la sphère de compétence des sages-femmes, incluant ainsi les accouchements normaux et pathologiques (impliquant alors l'utilisation d'instruments) et à développer un système qui aurait procuré aux sages-femmes un statut professionnel indépendant mais équivalent à celui des médecins. Cette stratégie, selon Witz, aurait permis, aux sages-femmes (des femmes) de préserver leur autonomie face aux hommes médecins et donc d'échapper en tant que groupe professionnel féminin à une subordination vis-à-vis la profession médicale. Fait intéressant, ce statut aurait pu développer la pratique sage-femme comme une pratique globale de l'obstétrique, distincte de la médecine, ce qui aurait fait des sages-femmes des praticiennes totalement autonomes face aux médecins comme c'est le cas des chirurgiens-dentistes qui n'ont pas à faire régulièrement appel aux médecins lors d'un *problème* ou à envoyer leurs patients voir un médecin pour, par exemple, faire extraire une dent. Ce type de stratégie cherchait à obtenir un statut pour la profession de sage-femme à travers une reconnaissance académique (par l'obtention de diplômes et par la reconnaissance officielle des

connaissances possédées par les sages-femmes). La Société des femmes médecins dut toutefois fermer ses portes par manque de fonds.

Dans une autre stratégie, une stratégie d'« accomodement », le Midwives' Institute voulut obtenir un encadrement légal qui était relativement compatible avec ce que la Société obstétricale des hommes médecins avait proposé, soit un statut professionnel subordonné à la profession médicale (au niveau de l'encadrement de la profession et des études) et une sphère de compétence limitée à l'accouchement normal et excluant l'utilisation d'instruments. Des sages-femmes ont adopté ce type de stratégie parce qu'elles considéraient que le statut proposé leur permettait de préserver leur autonomie dans le cadre de la pratique des accouchements normaux qui se déroulaient sans présence médicale. Ces sages-femmes obtinrent alors une reconnaissance légale.

Selon Witz, historiquement le rôle de l'État fut central dans la résolution des luttes entre ces divers projets professionnels. Selon elle, la professionnalisation consiste en l'accès à une autonomie qui résulte d'une articulation complexe de la relation entre l'État et le groupe professionnel. Une aire d'action indépendante doit donc être définie à travers une relation entre le groupe et l'État.

Dans la question des sages-femmes anglaises, on observe que celles-ci tentèrent de définir, par la stratégie d'« accomodement », une aire d'action indépendante dans le cadre des accouchements normaux à travers leur relation avec l'État. Cette relation fut toutefois soumise à l'intervention de la profession médicale et l'aire d'action indépendante des sages-femmes fut alors définie à partir de sa relation avec une autre occupation, une profession dominante et contrôlée par des hommes. Mais, historiquement, selon Witz, les relations des groupes professionnels féminins avec un État capitaliste et patriarcal sont nécessairement indirectes car elles passent à travers un contrôle par des hommes.

La stratégie de « déqualification » des médecins anglais et la stratégie d'« accomodation » des sages-femmes décrites par Witz peuvent également correspondre à la réalité française. Comme

nous l'avons vu, en France, les sages-femmes ont connu, au début du XXe siècle, une période de crise durant laquelle elles cherchèrent à préserver leur rôle dans la pratique des accouchements. À travers une reconnaissance de l'État, elles ont dû accepter une division des tâches en obstétrique fondée sur la distinction entre accouchement normal et accouchement pathologique, division qui les plaçait dans une position de subordination (au niveau de leurs compétences limitées mais aussi au niveau de l'organisation de la profession et de la formation) face à la profession médicale. En France, des discours sur les rôles masculins et féminins auraient également eu comme objectif d'entretenir ce type de subordination; dans ces discours, « ... femme ne rime pas avec science mais avec pratique et dévouement, dans un rapport de soumission à l'homme médecin ... » (Thébaud, 1986: 172).

La dernière section de ce chapitre présente une synthèse de l'ensemble du chapitre. Également, nous tentons, dans cette dernière section, de tirer des conclusions quant à l'autonomie professionnelle des sages-femmes.

5- Conclusions:

Nous avons trouvé, en France, des sages-femmes qui exercent une profession non seulement légalisée, officiellement reconnue et intégrée au système de santé français mais qui est également définie comme une profession médicale avec des droits de prescription de médicaments et d'exams et des droits d'utilisation de certains instruments. En principe, ces droits permettent aux sages-femmes d'être tout à fait autonomes dans les cas de grossesses et d'accouchements eutociques.

Cependant, le domaine des sages-femmes étant restreint aux grossesses et accouchements normaux, dans un contexte social de forte médicalisation de la naissance et d'obsession de la sécurité, ces professionnelles se retrouvent alors de plus en plus limitées dans l'exercice quotidien de leur profession.

Les sages-femmes en France ont réussi à s'affranchir du contrôle médical sur l'organisation de leur profession puisque leur ordre professionnel n'est plus, depuis 1995, dirigé par un médecin. Cependant l'accès à la profession (les examens) et, de façon plus globale, les études sont toujours placés sous la gouverne des médecins.

Certains facteurs peuvent expliquer la situation des sages-femmes en France. Nous avons regroupé ces éléments d'explication en trois principaux thèmes.

Premièrement, selon certains, les sages-femmes françaises étaient, avant le développement des maternités, une profession essentiellement libérale qui effectuait des accouchements à domicile en l'absence de médecins alors qu'il s'agit aujourd'hui d'une profession salariée à l'intérieur d'institutions qui incluent la présence des médecins.

Également, l'évolution de l'obstétrique (la forte médicalisation de la naissance ainsi que des exigences de sécurité optimale) fait que la frontière entre accouchements normaux et pathologiques n'est plus la même, laissant ainsi une place plus grande au recours au médecin. L'importance accrue accordée aux risques médico-légaux agirait alors comme une sanction sociale incitant les professionnels à se conformer au modèle d'une obstétrique moderne, soit médicalisée et en toute sécurité.

Enfin, certains auteurs attribuent la position sociale actuelle des sages-femmes aux rapports de genre caractérisant, non seulement l'obstétrique mais le domaine de la santé dans son ensemble.

S'il est vrai que les sages-femmes libérales d'auparavant pouvaient pratiquer des accouchements normaux à domicile (qui représentaient alors la majeure partie des accouchements) sans présence d'un médecin et exercer de façon autonome face à une autre profession, ces sages-femmes, comme Benoit (1987, 1989a, 1989b, 1992) l'a montré, pouvaient subir d'autres types de contraintes qui limitaient leur autonomie professionnelle. Aujourd'hui, dans un contexte de médicalisation de la naissance, les sages-femmes françaises, même si elles redevenaient une profession essentiellement libérale, pourraient difficilement exercer sans liens avec la profession

médicale. Mais surtout, actuellement, la pratique libérale implique un problème majeur: en effet, les sages-femmes libérales, pour exercer leur profession de façon autonome, c'est-à-dire en dehors des structures hospitalières, doivent souvent abandonner cette partie de leur travail qui est, en fait, l'essence de celui-ci, les accouchements. En effet, comme nous l'avons vu, les sages-femmes libérales françaises font très peu d'accouchements car, d'une part, l'accouchement à domicile trouve difficilement sa place dans la société française et, d'autre part, bien que la législation permette un accès des praticiens indépendants aux plateaux techniques des milieux hospitaliers, cet accès est rarement accordé par les institutions.

Pour comprendre la situation actuelle, soit la façon dont le territoire est divisé entre les sages-femmes et les médecins, nous avons retenu les explications de Witz (1992). En effet, pour analyser la division actuelle du travail dans le domaine de la santé en général nous ne pouvons ignorer la façon dont historiquement cette division s'est construite ni le fait qu'elle correspond à une division sexuelle du travail.

La stratégie de « déqualification » utilisée par les médecins et la stratégie d'« accommodement » des sages-femmes, toutes deux définies par Witz, permettent d'expliquer les limites actuelles de la profession de sage-femme en France qui résultent d'une division de l'obstétrique entre les accouchements normaux et pathologiques mais qui résultent également de la subordination de la profession de sage-femme à la profession médicale; les sages-femmes ont réussi récemment à récupérer le contrôle sur l'organisation de leur profession puisque ce n'est plus un médecin qui dirige l'Ordre des sages-femmes, mais la formation ainsi que l'accès à la profession (les examens) se trouvent toujours sous la tutelle médicale. Rappelons qu'en Grande-Bretagne, si la stratégie « révolutionnaire » d'un groupe de sages-femmes avait réussi, cela aurait mené à une pratique globale et non partielle de l'obstétrique qui aurait peut-être permis aux sages-femmes d'éviter la tutelle médicale. Cette stratégie leur aurait procuré une position similaire à celle occupée par les chirurgiens-dentistes par rapport à la profession médicale.

Ce que Carricaburu (1987 et 1992) nomme le principe de « délégation de compétence », c'est-à-dire le fait que les compétences légales des sages-femmes ne leur soient pas propres mais

qu'elles soient plutôt incluses dans celles plus larges des médecins (les compétences des sages-femmes sont un « sous-ensemble » de celles des médecins gynécologues-obstétriciens), est un élément déterminant pour expliquer le statut des sages-femmes en France. Cet élément doit être associé au fait que la grossesse et l'accouchement sont devenus des situations fortement médicalisées qui, au nom de la sécurité, nécessitent de plus en plus l'intervention du spécialiste qui est le plus compétent à faire face aux éventuels *problèmes*. La définition de la grossesse et de l'accouchement comme des événements à risque, comme des situations où la sécurité est menacée, pourrait donc être considérée comme une stratégie discursive à l'avantage d'abord et avant tout du corps médical.

Néanmoins, à partir des études de Benoit et de notre observation à la maternité H, nous pouvons penser qu'il existe des possibilités pour les sages-femmes d'accéder, dans une société médicalisée, à une position leur offrant une relative autonomie. Ces possibilités résident dans l'établissement de petits centres de maternité comme ceux retrouvés à Terre-Neuve (« cottage hospitals ») ou en Suède et étudiés par Benoit (1989a, 1989b et 1992). Comme nous l'avons mentionné au chapitre VI portant sur les sages-femmes libérales en France, un groupe de parents et de professionnels français ont dernièrement manifesté le souhait de développer en France des Maisons des naissances qui emploient des sages-femmes, telles qu'on les retrouve à Berlin. Dans un contexte de regroupement des services d'obstétrique dans de plus grandes structures, on peut formuler, quant à l'avenir de tels centres, deux hypothèses opposées: étant donné cette logique favorisant les grandes structures afin d'accroître la sécurité de la naissance, les petits centres seront à contre-courant et auront peu de chance d'être réellement mis sur pied; ou bien, pour pallier aux vides provoqués, dans plusieurs régions, par la fermeture des petites maternités, de petits centres seront mis sur pied afin d'offrir des « services de proximité ».

Comme certains l'ont proposé, une organisation « en réseau » pourrait inclure de petits centres d'accouchements reliés à un plateau technique plus important et mieux équipé qui servirait aux cas pathologiques. Ce type de petits centres peut éventuellement permettre aux sages-femmes françaises d'éviter les contraintes inhérentes à la pratique libérale (la contrainte majeure, pour plusieurs, étant d'avoir à abandonner la pratique des accouchements) et de bénéficier des

avantages offerts par les structures organisées (horaires réguliers de travail, rapports avec des collègues, accès à une technologie...). Il s'agirait de petits centres (Benoit, 1989a: 645) qui offriraient des relations plus personnalisées que les grandes structures hospitalières et qui permettraient aux sages-femmes d'utiliser leur savoir spécialisé et leurs habiletés techniques. La grossesse et l'accouchement relèveraient du domaine particulier des sages-femmes et le travail de ces dernières serait relativement libre de la supervision des médecins, infirmières et administrateurs. Nous pouvons supposer qu'il existe actuellement, en France, de petites maternités qui permettent aux sages-femmes d'accéder à ce type de statut. Rappelons que, selon Benoit (1989a), le niveau d'autonomie que les sages-femmes peuvent réussir à atteindre dépend d'une certaine division du travail dans le domaine de l'obstétrique, soit de la façon dont le territoire est divisé ainsi que des relations entre les obstétriciens et les sages-femmes.

Par ailleurs, puisque le statut actuel des sages-femmes françaises provient de la séparation du domaine de l'obstétrique en deux parties, un enjeu professionnel important pour ces praticiennes réside donc dans la définition qui est donnée à chacune de ces parties, soit l'eutocie et la dystocie. Bien que l'article L. 369 du Code de la Santé publique affirme qu'en cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, la sage-femme doit faire appel au médecin, on semble, actuellement, retrouver une « certaine flou » quant à cette frontière qui serait « dû à la difficulté à délimiter le domaine eutocique du domaine dystocique » (Isola, 1996: 5). Également, l'article 25 du Code de déontologie des sages-femmes stipule que « sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige ». Cependant, il n'est pas précisé dans quelles circonstances il s'agit d'accouchement dystocique, de suites de couches pathologiques ou de dépassement de la compétence professionnelle des sages-femmes. Les sages-femmes pourraient donc chercher à élargir leur domaine, c'est-à-dire à étendre leurs compétences, à partir de ce « flou » entre eutocie et dystocie. Rappelons l'étude de Rothman (1997), citée plus haut, qui a montré que les définitions médicales sont socialement construites et que ces définitions servent à délimiter la frontière du normal et du pathologique; il serait donc possible d'intervenir pour modifier cette frontière.

Également, les sages-femmes françaises pourraient tenter de *recupérer* les suivis de grossesses normales, c'est-à-dire des compétences qui leur sont légalement attribuées mais qui, dans les faits, semblent peu leur revenir étant donné la variété de professionnels susceptibles d'effectuer des suivis de grossesses; elles peuvent, comme certains l'ont évoqué auprès du Ministre chargé de la Santé (L'Officiel de la sage-femme, mars 1993: 6 et avril- mai 1993: 5), demander à ce qu'on exige que les femmes enceintes soient suivies systématiquement et exclusivement par une sage-femme (libérale ou salariée).

Dans le cas du Québec, si les sages-femmes québécoises réussissent à éviter la tutelle de la profession médicale (La Presse, janvier 1997: A2)¹, la légalisation des Maisons des naissances, en tant que petits centres ayant accès (en cas de *problème*) à une structure hospitalière, pourrait leur permettre de jouir d'une relative autonomie dans la pratique quotidienne de leur profession, au sein du domaine de l'obstétrique.

¹ Comme nous l'avons vu au chapitre I, le Collège des médecins du Québec a présenté au gouvernement québécois un projet de règlement sur les règles relatives à l'étude et à l'examen de l'obstétrique par les sages-femmes. Ce projet vise à encadrer la profession de sage-femme. Il n'a pas été accepté.

CONCLUSION

Au Québec, dans les années 1970, on a assisté au développement d'un mouvement contre la médicalisation de la santé. Il s'agissait, en fait, d'un courant plus large touchant toute l'Amérique du Nord et ce mouvement en englobait un autre plus particulier s'opposant à la médicalisation croissante de la naissance. C'est alors que des sages-femmes recommencèrent à faire des accouchements à domicile afin d'offrir une alternative aux accouchements faits dans les hôpitaux.

Depuis les années 1970, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts du Québec et le domaine de l'obstétrique est en voie de connaître d'importantes modifications. En effet, des sages-femmes ainsi que des personnes favorables à leur pratique, ayant cherché la reconnaissance officielle et la légalisation de la pratique sage-femme, ont réussi à se faire entendre par le gouvernement du Québec. Il faut dire que ce dernier était justement à la recherche de solutions afin d'améliorer la situation du Québec en matière de périnatalité. De plus, la demande de reconnaissance des sages-femmes surgissait dans un contexte de restrictions budgétaires des services de santé et elle pouvait apparaître comme une façon éventuelle de diminuer les dépenses (les sages-femmes étant moins bien rémunérées que les médecins). Une loi promulguée en 1990 a autorisé la pratique des sages-femmes à l'intérieur de maisons de naissance et ces projets-pilotes furent, semble-t-il, un succès puisqu'au printemps 1998, le gouvernement prenait sa décision: la pratique des sages-femmes du Québec est légalisée et elle sera intégrée au système de santé québécois.

Pour plusieurs personnes (sages-femmes ou autres), les pays européens représentent un modèle en matière de services de périnatalité; il s'agit de pays caractérisés par un système de santé public, comme c'est le cas du Québec, et, dans ces pays, les sages-femmes sont reconnues et leur profession est légale.

Alors que les projets-pilotes étaient en cours au Québec, c'est-à-dire que des maisons de naissance avaient été ouvertes et que des sages-femmes y effectuaient des suivis de grossesse et des accouchements, nous nous sommes intéressée à la profession de sage-femme en France afin d'étudier deux aspects principaux: en premier lieu, nous avons voulu étudier comment peuvent être organisés les services d'obstétrique d'un pays qui reconnaît et intègre la pratique des sages-femmes; en deuxième lieu, nous avons souhaité évaluer si la pratique des sages-femmes, lorsqu'elle est reconnue et légalisée, correspond à ce que les sociologues des professions définissent comme l'autonomie professionnelle.

En France, non seulement la profession de sage-femme est reconnue et légalisée, mais elle est également définie comme une des trois professions médicales de ce pays, avec les médecins (dont la compétence médicale est complète) et les chirurgiens-dentistes (dont la compétence, comme celle des sages-femmes, est limitée). Le champ de compétence des sages-femmes englobe le suivi de grossesse, l'accouchement et le postnatal lorsqu'il s'agit de grossesses et d'accouchements eutociques. Les sages-femmes françaises possèdent des droits, au niveau légal, qui leur permettent d'exercer leur profession de façon autonome; elles peuvent prescrire des médicaments, des examens, des analyses ainsi que des arrêts de travail et elles sont autorisées à utiliser certains instruments.

Les sages-femmes françaises exercent leur profession dans des maternités où les femmes vont accoucher. Ces maternités sont un service d'un hôpital public, une section d'une clinique privée ou une maison privée d'accouchement. Certaines sages-femmes (environ 11 % de l'ensemble des sages-femmes en 1995) exercent leur profession en tant que libérales, c'est-à-dire qu'elles possèdent un cabinet privé. Lorsqu'elles travaillent en maternité, les sages-femmes se trouvent alors en relation avec les médecins gynécologues-obstétriciens de l'établissement.

Le domaine de l'obstétrique est partagé entre les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens; les sages-femmes possèdent une totale juridiction (Abbott, 1988) pour ce qui est du domaine de l'eutocie mais non pour ce qui est du domaine de l'obstétrique globalement.

Une observation dans une maternité publique de taille moyenne a permis de nous familiariser avec la division du travail, entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, dans ce type de site. Si la compétence des sages-femmes est partielle parce qu'elle est limitée à l'eutocie, celle des gynécologues-obstétriciens est complète, ce qui signifie qu'elle dépasse la compétence des sages-femmes. Aujourd'hui, dans un contexte de médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement, il peut être difficile pour les sages-femmes d'exercer leur profession de manière autonome. En effet, les exigences quant à la présence médicale sont devenues plus sévères et, dans les maternités, les médecins doivent désormais être présents sur place. Ceci, conjugué au fait que les sages-femmes doivent plus fréquemment faire appel au médecin afin de compléter leur compétence (péridurales, déclenchements, prescriptions de médicaments en dehors de la liste autorisée, menaces d'accouchement prématuré, etc.). Au nom de la pression médico-légale, tout doit être fait pour éviter un *problème* et ceci signifie souvent, pour les sages-femmes, d'avoir recours au médecin.

La frontière entre eutocie et dystocie semble cependant imprécise et un enjeu professionnel pour les sages-femmes pourrait alors consister à *repousser* la limitation de leurs compétences et d'étendre celles-ci.

Les sages-femmes libérales peuvent correspondre à ce que plusieurs considèrent comme l'idéal de l'autonomie professionnelle; elles exercent à leur propre compte et leur pratique quotidienne peut être exempte de domination médicale. Cependant, certaines études (Benoit, 1987, 1989a, 1989b, 1992) ont montré que l'exercice libéral peut comporter d'autres formes de contraintes et, surtout, nous avons pu constater que les sages-femmes libérales françaises ne font presque plus d'accouchements. Toutefois, la fermeture des petites maternités procurera peut-être aux sages-femmes la possibilité de combler les vides laissés par ces fermetures, c'est-à-dire qu'elles pourraient ouvrir des cabinets privés (reliés à des plateaux techniques) afin d'offrir des suivis de grossesse à proximité du domicile des femmes enceintes, ce qui favoriserait éventuellement le développement du secteur libéral des sages-femmes.

Les études de Benoit ainsi que notre observation dans une maternité française montrent que l'autonomie des sages-femmes est variable selon les sites de pratique. Selon Benoit, dans certains petits centres, les sages-femmes peuvent réussir à exercer de façon autonome, c'est-à-dire qu'elles réussissent, pour reprendre les termes de cette auteure (1989a: 634), à organiser leurs tâches principales sans être sous le contrôle direct d'une autorité supérieure. Dans la maternité publique que nous avons observée, les sages-femmes paraissent pouvoir bénéficier d'une plus grande autonomie que dans d'autres types de sites; elles prétendent qu'elles sont plus limitées dans les cliniques privées ainsi que dans les grandes structures, particulièrement les CHU.

Au Québec, si la pratique des sages-femmes dans des maisons de naissance se concrétise, les sages-femmes pourront difficilement éviter la division du domaine de l'obstétrique entre eutocie et dystocie attribuées respectivement aux sages-femmes et aux médecins. Elles devront également œuvrer sous le même type de pressions sociales qui exigent des naissances absolument sans risque. En revanche, les maisons de naissance ayant été créées, à la différence des maternités françaises, afin d'offrir une alternative aux services hospitaliers, les sages-femmes pourront peut-être réussir à organiser leur travail dans ces petits centres de façon à obtenir une autonomie professionnelle maximale. Rappelons le cas de la Suède (Benoit, 1992) où de petits centres de maternité offrent des services personnalisés et où les sages-femmes sont responsables de la coordination des soins pour chaque parturiente, dirigeant seulement les cas anormaux vers les centres plus spécialisés. La Suède a réussi à obtenir le taux de mortalité infantile le plus bas du monde (Benoit, 1992: 208) et, malgré le fait qu'on y offre un accès facile aux spécialistes ainsi qu'à la technologie médicale, elle a pu éviter que la naissance ne devienne un événement fortement médicalisé. Dans ce contexte, les sages-femmes parviennent à jouer un rôle de premier plan dans la division du travail obstétrical et leur statut professionnel s'en trouve ainsi rehaussé.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT, A., The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

AKRICH, M. et PASVEER, B., Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas, France, Synthélabo, 1996.

ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale), Guide de surveillance de la grossesse, Paris, 1996.

ANNANDALE, E., « Proletarianization or restratification of the medical profession? The case of obstetrics », International Journal of Health Services, 1989, 19, 4: 611-634.

Arrêté du 3 juin 1986 relatif au contrôle des connaissances et des aptitudes des élèves sages-femmes et à l'organisation des examens, République française.

Arrêté du 15 juin 1986 relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, République française.

Arrêté du 31 mars 1992 pris en application de l'article R 712-10 du Code de la Santé publique portant définition du contenu obligatoire des schémas d'organisation sanitaire, République française.

AUBERT, L. et SAN MARCO, J.-L., « Organisation sanitaire et sociale », Nouveaux cahiers de l'infirmière, sous la direction de PERLEMUTER, L., QUEVAUVILLIERS, J., PERLEMUTER, G., AMAR, B. et AUBERT, L., 1: Santé publique, Paris, Masson, 1995.

BAECHER, M., « L'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 29-36.

BASTIDE, A., « Les suites de couches à domicile. Un travail de sage-femme », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 13-15.

BENOIT, C., « Uneasy partners: midwives and their clients », Canadian Journal of Sociology, 1987, 12, 3: 275-284.

BENOIT, C., « Traditional midwifery practice: the limits of occupational autonomy », Canadian Review of Sociology and Anthropology, 1989a, 26, 4: 633-649.

BENOIT, C., « The professional socialisation of midwives: balancing art and science », Sociology of Health and Illness, 1989b, 11, 2: 160-180.

BENOIT, C., « Midwives in comparative perspective: professionalism in small organizations », Current Research on Occupations and Professions, JAI Press Inc., 1992, 7: 203-220.

BERGER-GUYAU, A., COLLET, H., MARATREY, F., « La sage-femme en exercice libéral », XXIe Assises nationales des sages-femmes, IV Session européenne, Compte-rendu scientifique, Toulouse, mai 1993: 4-81.

BERNIER, J., La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1989.

BERTHET, J., « Réflexion sur la démographie médicale en gynécologie obstétrique », Les dossiers de l'obstétrique, juin 1996, 240: 28-32.

BERTRAND, D. « La Sécurité sociale », Santé Publique, sous la direction de Gilles Brucker et Didier Fassin, Paris, Édition Marketing, 1989.

BLAIS, R., « La pratique des sages-femmes au Québec », Interface, mai-juin 1998, 19, 3: 26-35.

BOUBLI, L. et WILLIGENS, N., « Le partage des responsabilités en obstétrique », Les dossiers de l'obstétrique, octobre 1996, 243: 6-10.

BOURGEAULT, I. L., Delivering the « New » Midwifery in Ontario: The Impact of Integration on Midwifery Philosophy and Practice », article soumis à Sociology of Health and Illness, 1997.

Budget de l'exercice 1998, Rapport du directeur, Centre hospitalier H, 1997.

BURFOOT, A., « Midwifery: an appropriate(d) symbol of women's reproductive rights? », Issues in Reproductive and Genetic Engineering, 1991, 4, 2: 119-127.

CARRICABURU, D., La profession de sage-femme: de la compétence limitée à l'autonomie relative, mémoire de D.E.A., Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1987.

CARRICABURU, D., « La profession sage-femme. Une autonomie en question », Sociologie des professions de santé, sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin, La Garenne-Colombes, France, Éditions de l'Espace Européen, 1992: 205-225.

CECCALDI, D., Les institutions sanitaires et sociales, Paris, Les Éditions Foucher, 1993.

C.H.U. De Grenoble (Université Joseph Fourier), Projet pédagogique. École de sages-femmes, 1996.

Circulaire n° 127 du 5 mai 1988 relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques, République française.

Circulaire n°. 38 du 29 juillet 1992 relative au Code de déontologie des sages-femmes, République française.

Circulaire n° 94-36 du 24 octobre 1994 fixant la procédure des élections aux commissions médicales des établissements publics de santé, République française.

CLEMENT, J.-M., Essai sur l'hôpital, Paris, Berger Levrault, 1994.

CLEMENT, J.M., « Le point de vue du juriste », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 37-38.

CNAMTS, Au coeur de votre vie la sécu, Paris, 1994.

CNAMTS, Concours de praticien conseil, documentation administrative, Paris, Édition 1988.

CNAMTS, Le secteur libéral des professions de santé en 1994. Démographie, Premiers résultats, Bloc-Notes Statistique, N° 76, novembre 1995.

CNAMTS, Le secteur libéral des professions de santé en 1994. Activité, prescriptions et honoraires, Bloc-Notes Statistique, N° 77, avril 1996.

CNAMTS, Le secteur libéral des professions de santé en 1995, Premiers résultats, Bloc-Notes Statistique, N° 81, décembre 1996.

CNAMTS, Le secteur libéral des professions de santé en 1996, Premiers résultats, Bloc-Notes Statistique, N° 83, septembre 1997.

Code de la Santé publique, Paris, Dalloz, 1997.

Compte administratif, Exercice 1996, Rapport de présentation du directeur, Centre hospitalier H, 1997.

CONRAD, P., « Medicalization and social control », Annual Review of Sociology, 1992: 209-231.

Décret n° 85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, République française.

Décret n° 91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes, République française.

Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile, République française.

Décret 413-93 concernant le règlement sur les risques obstétricaux et néonataux, Gouvernement du Québec, 24 mars 1993.

Le Devoir (I. Paré), « Le comité sur les sages-femmes piétine », 6 décembre 1991: B2.

Les dossiers de l'obstétrique, « Eurostatistiques. Démographie médicale », janvier 1991, 181: 21 - 22.

Les dossiers de l'obstétrique, « Quelles formations dans les différents pays ? » (M.- C. Mamie), mars 1993, 204: 32 - 35.

Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 10 et 11.

DURIEZ, M. et SANDIER, S., Le système de santé en France. Organisation et fonctionnement, CREDES, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Édition du Service de l'Information et de la Communication (SICOM), Paris, 1994.

Éditions du Juris-Classeur, Fascicule 425-10, France, Éditions Techniques (+ mise à jour 1996).

ELZEARD, Régine, Le suivi de grossesse dans les Hautes-Alpes, Mémoire de fin d'études, École de sage-femme de Marseille, 1997.

Encyclopédie DALLOZ, Droit Civil, Tome VI, Paris, Mise à jour 1996.

FERMON, B., « Médecine libérale et coordination des choix. Existe-t-il un mode de rémunération optimal? », Revue française des Affaires sociales, 1993, 47, 2: 29-42.

FERRAND-NAGEL, S., « Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé. Les leçons de l'histoire de longue période », Revue française des Affaires sociales, 1993, 47, 2: 43-79.

FNAP (Fédération Nationale des Praticiens des Hôpitaux Généraux), La lettre des hôpitaux généraux, septembre 1997, 97, 4: 6.

Groupe d'Animation et d'Impulsion National, L'Obstétrique en France. Enquête 1991, CNAMTS - ENSM, 1993.

HAMMANI, F., « Sage-femme libérale, profession d'avenir ? », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 3-53.

HAMMANI, F., « La menace d'accouchement prématuré. Intérêt de sa prise en charge par les sages-femmes libérales », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 16-19.

Haut Comité de la Santé Publique, La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Rennes, Éditions ENSP, Collection Avis et Rapports, 1994.

IMBERT, F. et SCHWEYER, F.-X., « Analyse socio-démographique de la profession de sage-femme », XXIIe Assises nationales des sages-femmes, Ve Session européenne, Compte-rendu scientifique, Paris, mai 1994: 85-88.

ISOLA, C., « L'organisation sécuritaire d'un service de gynécologie-obstétrique est-elle possible ? », Les dossiers de l'obstétrique, octobre 1996, 243: 5.

ISOLA, C., « Sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales. Une collaboration d'actualité », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 38 et 39.

KNIBIEHLER, Y. et THEBAUD, F., « La médicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970 », « L'heureux événement »: une histoire de l'accouchement, Musée de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, 1995: 101-111.

LAURENDEAU, F., « La médicalisation de l'accouchement », Recherches sociographiques, 1983, 24, 2: 203-234.

LEVY, A., CAZABAN, M., DUFOUR, J. et JOURDAN, R., Santé publique, Paris, Masson, 1994.

Loi n° 82-413 du 19 mai 1982 modifiant la loi n° 191 du 24 avril 1944, la loi 67-1176 du 28 décembre 1967 et certaines dispositions du Code de la Santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme, République française.

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, sanctionnée le 22 juin 1990, Gouvernement du Québec.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, République française.

Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle, République française.

Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, République française.

Le Médecin du Québec, « Point de vue des obstétriciens-gynécologues », janvier 1989 : 7 et 8.

Le Médecin du Québec, « La loi 4. Position du Regroupement des fédérations de médecins du Québec », avril 1993 : 1-3.

Ministère des Affaires Sociales, Pour une Politique en périnatalité au Québec, Québec, Direction de la Planification, 1973.

MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux), Politique de périnatalité, Québec, 1993.

Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, La santé en France. Faits majeurs grandes tendances, Paris, La documentation française, 1989.

Le Monde (M. Aulagnon), « L'inquiétante augmentation de la fréquence des césariennes », 7 et 8 septembre 1997: 6.

Le Monde (L. Folléa), « La sécurité dans les maternités va être renforcée », 28 février 1998: 10.

MOREAU, J. et TRUCHET, D., Droit de la santé publique, 3e édition, Paris, Dalloz, Coll. Mémentos Dalloz, 1995.

MOREILLON-DELACHAUX, E., « La sage-femme indépendante en Suisse », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 28.

MOUGEOT, M., Le système de santé, Paris, Ed. Economica, 1986.

MOULINOT, D. et ROGEAUX, D., Organisation de la Santé et de l'action sociale, Paris, Foucher, 1992.

NISSAND, I., « Démédicaliser ou humaniser ? », Les dossiers de l'obstétrique, 1994, 213: 15.

L'Officiel de la sage-femme, juillet 1984, 31, 7: 6.

L'Officiel de la sage-femme, mars 1993: 389: 6.

L'Officiel de la sage-femme, avril - mai 1993, 390: 5.

L'Officiel de la sage-femme, juin - juillet 1993, 391: 12.

Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, République française.

Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, Circulaire- Cotation des actes de sages-femmes, Paris, 1996.

Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, Sage-femme: profession médicale, Paris, 1996.

ORZACK, L. H. et CALOGERO, C., « Midwives, societal variation, and diplomatic discourse in the European Community », Current Research on Occupations and Professions, JAI Press Inc., 1990, 5: 43-69.

PETERSON, K. J., « Technology as a last resort in home birth: the work of lay midwives », Social Problems, 1983, 30, 3: 272-283.

PICHOT, E., « S'installer en libéral », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 44 et 45.

Pratique des sages-femmes. Recommandations ministérielles, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Office des Professions du Québec, 1998.

La Presse (C. Laflamme), « Le premier projet-pilote avec sages-femmes à Gatineau », 25 janvier 1993: A12.

La Presse (Presse Canadienne), « Les sages-femmes redoutent la mainmise du Collège des médecins », 15 janvier 1997: A12.

Projet d'établissement 1997-2001, Centre hospitalier H, 1997.

Rapport d'orientation budgétaire, Année 1998, Rapport du directeur, Centre hospitalier H, 1997.

R.D.S.S. (Revue de droit sanitaire et social), janv. - mars 1986, 22, 1: 56.

R.D.S.S., janv.- mars 1993, 29, 1: 45 et 46.

ROTHMAN, B. K., « Midwives in Transition: The Structure of a Clinical Revolution », The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives, Peter Conrad, ed., New York, St-Martin's Press, 5th edition, 1997 : 339-347.

SCHWEYER, F.-X., « La profession de sage-femme: autonomie au travail et corporatisme protectionniste », Sciences Sociales et Santé, 1996, 14, 3: 67-101.

SEGUIN, C., La responsabilité de la sage-femme, texte utilisé dans le cadre de formations offertes aux sages-femmes, Grenoble, 1995.

SESI (Service des statistiques, des études et des systèmes d'information), Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, Ministère du Travail et des Affaires sociales, Paris, édition 1996.

SESI, Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, Ministère du Travail et des Affaires sociales, Paris, édition 1997.

SESI, Les médecins par spécialité au 1er janvier 1995, documents statistiques, N° 249, Ministère du Travail et des Affaires sociales, Paris, mars 1996.

SEVERINE, A., OEHY, L. et PETIT, S., L'accompagnement de la naissance par les sages-femmes. Hier. Aujourd'hui. Demain..., Mémoire de fin d'études, Ecole de sage-femme de la Faculté de Médecine Saint-Antoine, 1994.

SIMONOT, D., « Table ronde: la responsabilité des sages-femmes », XVIe Assises nationales des sages-femmes, Compte-rendu scientifique, Port-de-France, décembre 1988: 347-352.

SOKOLSKY, C., « Enquête sur 129 établissements menacés. Faut-il fermer les petites maternités? », Que Choisir, mars 1995, 314: 44-50.

SULLIVAN, D. et WEITZ, R., « Licensed lay midwifery and the medical model of childbirth », Sociology of Health and Illness, 1985, 7, 1: 36-54.

TERQUEM, J., Les Médecins dans la société française, Paris, Economica, Coll. Mieux Connaître, 1992.

THEBAUD, F., Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986.

TRINH-DINH, D., « Petit cours d'économie « libérale » », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 46-48.

VADEBONCOEUR, H., MAHEUX, B., BLAIS, R., « Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession? », Ruptures, 1996, 3, 2: 224-242.

VALLS-LACROIX, M.-N., « Les sages-femmes et leur histoire », Praticiens du secteur sanitaire et social, qui êtes-vous ?, Paris, Les Éditions Ouvrières, Collection Portes Ouvertes, 1989: 131-146.

VISEE-MATON, L., « La sécurité est-elle là où on l'attend ? », Les dossiers de l'obstétrique, avril 1997, 249: 25-27.

WCISLO, M. et BLONDEL, B., « La naissance en France en 1995. Enquête nationale périnatale », Les dossiers de l'obstétrique, décembre 1996, 245: 26-29.

WITZ, A., Professions and patriarchy, London, Routledge, 1992.

ANNEXE I

DÉCLARATION DE GROSSESSE

vous attendez un enfant

Votre médecin vient de vous confirmer que vous attendez un bébé. Il vous a donné toutes les indications pour le suivi médical régulier de votre grossesse.

Sept examens prénataux sont prévus : celui que vous venez de

passer, suivi d'un examen par mois à partir du quatrième mois de grossesse.

Tous ces examens médicaux mensuels sont obligatoires. Ils vous seront remboursés à 100% des tarifs de responsabilité par votre organisme

d'assurance maladie. Pour préparer cette naissance, quels que soient votre situation familiale professionnelle et le montant de vos revenus, votre organisme d'allocations familiales vous versera l'allocation pour jeune enfant. Sachez que si vous ne respectez pas les délais des visites, vous risquez de perdre une partie de vos droits à cette allocation.

Envoyez :

- Immédiatement, et au plus tard avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, les deux premiers volets bleus à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales.

- dès que les examens sont passés, le volet de couleur rose à l'organisme d'assurance maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire, afin d'obtenir la prise en charge des frais médicaux et d'accouchement.

Dès que ces deux organismes auront reçu ces imprimés, ils vous adresseront toutes les informations nécessaires pour effectuer les démarches et bénéficier des droits liés à votre grossesse.

A quel organisme devez-vous adresser les volets bleus pour avoir droit à l'allocation pour jeune enfant ?

• **Si vous recevez déjà des prestations familiales :**

A l'organisme qui vous verse habituellement vos prestations

• **Si vous ne recevez pas encore de prestations familiales :**

- **Vous devez tout d'abord, si vous vivez en couple, choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier.**

Ce choix est important car l'organisme dont vous dépendrez pour les Prestations Familiales et à qui vous devrez adresser ces volets, est déterminé par la situation professionnelle de l'allocataire, ou par la situation du conjoint, si l'allocataire est sans activité professionnelle.

- Puis consultez le tableau ci-dessous :

SITUATION		ORGANISME COMPÉTENT
de l'allocataire choisi(e)	Du conjoint ou de la personne vivant maritalement	
salarié(e) ou employeur ou travailleur indépendant		Caisse d'Allocations Familiales ou organisme particulier (1)
exploitant ou salarié(e) agricole		Caisse de Mutualité Sociale Agricole
sans activité professionnelle (2)	sans conjoint	Caisse d'Allocations Familiales
	salarié(e) ou employeur ou travailleur indépendant ou sans activité professionnelle (2)	
	salarié(e) de la navigation fluviale ou marin pêcheur ou du commerce ou mineur ou forain...	Caisse du conjoint
	exploitant ou salarié(e) agricole	Caisse de Mutualité Sociale Agricole

(1) Notamment pour les fonctionnaires de l'Etat ou les employés de la S.N.C.F., de la R.A.T.P....

(2) Y compris les pensionnés d'invalidité et de vieillesse, ainsi que les chômeurs, sauf pour les personnes ayant eu une activité agricole qui continuent de relever de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

Pourquoi un 2^e volet bleu ?

- Pour que l'organisme chargé des Prestations Familiales l'adresse au service de protection maternelle et infantile qui est chargé de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.
- Si votre grossesse présente un risque médical ou social particulier, et en accord avec votre médecin traitant, ce service peut vous proposer une aide sous différentes formes : visite d'une sage-femme, travailleuse familiale, etc.

Si vous êtes salariée, à qui pouvez-vous aussi signaler votre grossesse ?

Les conditions de travail d'une femme enceinte font l'objet d'une surveillance particulière de la part de la médecine du travail à qui vous pouvez signaler votre grossesse.

Recevez-vous des prestations familiales ?

Recevez-vous des prestations familiales ? OUI NON
Si OUI quel organisme vous les verse ? (nom et adresse) _____

Quel est votre état civil ?

Madame
Votre nom _____ Votre prénom _____
Le nom de votre époux (s'il y a lieu) _____
Vos lieu et date de naissance _____ | | | | 1 9 | | | |
Monsieur
Votre nom _____ Votre prénom _____

Quelle est votre adresse ?

Votre adresse _____
Code postal | | | | | _____

Quelle est votre situation professionnelle ?

Madame
Votre profession _____ Agricole Non agricole
Vous êtes : Salariée Sans activité professionnelle
 Non salariée Autre, précisez : _____
Monsieur
Votre profession _____ Agricole Non agricole
Vous êtes : Salarié Sans activité professionnelle
 Non salarié Autre, précisez : _____

Madame, êtes-vous assurée sociale ? (Maladie-Maternité)

• Si OUI quel est votre numéro d'immatriculation ? _____ | |
Quel est l'organisme qui vous verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

• Si NON précisez votre lien avec l'assuré dont vous êtes l'ayant-droit : Conjointe Enfant
 Personne vivant maritalement Autre, précisez : _____
Son nom _____ Son prénom _____
Son adresse (si différente de votre adresse) _____
Code postal | | | | | _____
Son numéro d'immatriculation _____ | | | | |
Quel est l'organisme qui verse les prestations Maladie-Maternité ? _____

Madame, voulez-vous préciser ? (réponse facultative)

Nombre d'enfants à charge : _____ Nombre de grossesses antérieures _____ | |
Temps de transport quotidien (domicile, travail et retour) _____ | |

Signature.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale. Art. 150 du Code Pénal).

Je soussigné(e) certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.
Le _____ 19 _____ Signature : _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.

Attestation du médecin
Cachet

• Je soussigné, certifie que Madame _____ a subi le _____ l'examen médical général et obstétrical.
• J'atteste également que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits

Signature du médecin : _____ DATE PRÉSUMÉE DE DÉBUT DE GROSSESSE _____ | | | | |

ANNEXE II

***CODE DE DÉONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES ET
TEXTES DE LOI ENCADRANT LA PRATIQUE DES
SAGES-FEMMES***

Décret n° 91-779 du 8 août 1991
portant code de déontologie des sages-femmes

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la Santé publique et notamment l'article L. 366 ;

Vu la délibération du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes en date du 20 décembre 1989 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article Premier

Les dispositions du présent code s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre ainsi qu'à toute sage-femme exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 356-1 du code de la santé publique.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

TITRE 1er

Devoirs généraux

Article 2

La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé.

Article 3

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris.

La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscrétion de ses fiches cliniques et des documents qu'elle peut détenir concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible.

Article 4

Les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Article 5

La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard et quel que soit le sexe de l'enfant.

Article 6

La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit.

La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant.

Article 7

La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 8

La sage-femme doit éviter dans ses écrits et par ses propos toute atteinte à l'honneur de la profession ou toute publicité intéressant un tiers, un produit ou une firme quelconque et, d'une manière générale, tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle d'une sage-femme.

Elle doit également s'abstenir de fournir, même indirectement, tous renseignements susceptibles d'être utilisés aux fins ci-dessus.

Une sage-femme n'a pas le droit d'utiliser un pseudonyme pour l'exercice de sa profession ; si elle s'en sert pour des activités se rattachant à sa profession, elle est tenue d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

Article 9

La sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants.

En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux.

Article 10

La profession de sage-femme ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame et de publicité sont interdits aux sages-femmes.

Sont également interdites les manifestations spectaculaires touchant à la profession de sage-femme et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Article 11

Il est interdit aux sages-femmes de distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou tous autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé. Il leur est interdit de délivrer des médicaments non autorisés.

Article 12

La sage-femme est libre dans ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L. 370 du code de la santé publique. Elle doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente.

Article 13

Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.

Article 14

La sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié.

La sage-femme ne peut proposer aux patients ou à leur entourage, comme salutaires ou efficaces, des remèdes ou des procédés insuffisamment validés sur le plan scientifique.

Article 15

Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés.

Article 16

Lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger.

Article 17

Une sage-femme sollicitée ou requise pour examiner une personne privée de liberté doit informer l'autorité judiciaire lorsqu'elle constate que cette personne ne reçoit pas les soins justifiés par son état ou a subi des sévices ou de mauvais traitements.

Article 18

Pour l'application des dispositions de l'article L. 374 du code de la santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

- 1° L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
- 2° La surveillance électronique, pendant la grossesse et au cours du travail, de l'état du fœtus *in utero* et de la contraction utérine ;
- 3° Le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang fœtal ;
- 4° La surveillance des dispositifs intra-utérins ;
- 5° La rééducation périnéo-sphinctérienne d'une incontinence liée aux conséquences directes de l'accouchement ;
- 6° L'anesthésie locale au cours de la pratique de l'accouchement.

En présence d'un médecin responsable pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, la sage-femme ne pouvant pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin.

La sage-femme est habilitée à prescrire et à pratiquer la vaccination antirubéolique.

Il est interdit à la sage-femme de pratiquer toute intervention instrumentale, à l'exception de l'amnioscopie dans la dernière semaine de la grossesse, de l'épisiotomie, de la réfection de l'épisiotomie non compliquée et de la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée.

Article 19

Sont interdits à la sage-femme :

- 1° Tout acte de nature à procurer à une patiente un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- 2° Toute ristourne en argent ou en nature faite à une patiente ;
- 3° Toute commission à quelque personne que ce soit ;
- 4° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et

notamment pour un examen, la prescription de médicaments ou appareils, ou l'orientation vers un établissement de soins ;

- 5° Tout versement ou acceptation clandestins d'argent entre praticiens.

Article 20

Est interdite à la sage-femme toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la profession de sage-femme.

Article 21

Toute entente en vue de léser une tierce personne est interdite entre sages-femmes et médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine.

Il est interdit à une sage-femme de donner des consultations dans des locaux commerciaux, sauf dérogation accordée par le conseil départemental de l'ordre, ainsi que dans tout local où sont mis en vente des médicaments, des produits ou des appareils que cette sage-femme prescrit ou utilise et dans les dépendances desdits locaux.

Article 22

Toute sage-femme doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Une sage-femme ne peut exercer une autre activité que si un tel cumul est compatible avec la dignité professionnelle ou n'est pas interdit par la réglementation en vigueur.

Il est interdit à la sage-femme d'exercer une autre profession qui lui permette de retirer un profit de ses prescriptions ou de conseils ayant un caractère professionnel.

Article 23

Il est interdit à toute sage-femme qui remplit un mandat politique ou électif ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

Article 24

La sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique.

Conformément aux dispositions des articles L. 162-8 et L. 162-13 du code de la santé publique, aucune sage-femme n'est tenue de concourir à une interruption volontaire de grossesse.

TITRE II

Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés

Article 25

Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige.

Article 26

La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés.

Article 27

La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci.

Article 28

Hors le cas d'urgence et sous réserve de ne pas manquer à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, une sage-femme a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

La sage-femme peut se dégager de sa mission, à condition de ne pas nuire de ce fait à sa patiente ou à l'enfant, de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles.

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée.

Article 29

En cas de danger public, une sage-femme ne peut abandonner ses patientes et les nouveau-nés, sauf ordre formel donné par une autorité qualifiée conformément à la loi.

Article 30

Une sage-femme appelée à donner des soins à une mineure ou à une incapable majeure doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, ou si ceux-ci ne peuvent être joints, elle doit donner les soins nécessaires.

Dans tous les cas, la sage-femme doit tenir compte de l'avis de la mineure et, dans toute la mesure du possible, de l'incapable.

Article 31

Pour des raisons légitimes que la sage-femme apprécie en conscience, une patiente peut être laissée dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave la concernant.

Un pronostic fatal ne doit être révélé à la patiente qu'avec la plus grande circonspection, mais la famille doit généralement en être prévenue, à moins que la patiente n'ait préalablement interdit toute révélation sur son état de santé ou désigné les tiers auxquels cette révélation doit être faite.

Article 32

La sage-femme qui juge que la vie de la mère ou de l'enfant est en danger imminent au cours de l'accouchement ou de ses suites doit prévenir la famille ou les tiers désignés par la patiente afin de lui ou de leur permettre de prendre les dispositions qu'ils jugeront opportunes.

Article 33

L'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci.

Article 34

La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

Article 35

Il est interdit à une sage-femme d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

Article 36

La sage-femme doit s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans céder à aucune demande abusive.

Article 37

Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits.

La sage-femme doit s'opposer à toute signature par un autre praticien des actes effectués par elle-même.

Article 38

La sage-femme ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

TITRE III

Règles particulières aux différentes formes d'exercice

1. - Exercice libéral

Article 39

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire professionnel sont :

- 1° Ses nom, prénoms, adresse, numéro de téléphone, jours et heures de consultation ;
- 2° Soit ses titres et fonctions dans les conditions autorisées par le Conseil national de l'ordre, soit, dans les cas mentionnés à l'article L. 371-1 du code de la santé publique, le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer sa profession ainsi que le nom de l'établissement où elle l'a obtenu ;
- 3° Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
- 4° Si la sage-femme exerce en association, les noms des sages-femmes associées ;
- 5° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 6° Les numéros des comptes bancaire et postal ;
- 7° S'il y a lieu, son appartenance à une association de gestion agréée.

Article 40

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à faire figurer à la porte de son cabinet sont ses nom et prénoms, ses titres et fonctions mentionnés au 2° de l'article précédent, sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, ses jours et heures de consultation.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

Article 41

Les honoraires des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente, avec tact et mesure.

Une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente.

Lorsque des sages-femmes collaborent entre elles ou avec des médecins à un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

Article 42

Une sage-femme qui remplace une de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où elle puisse rentrer en concurrence directe avec la sage-femme qu'elle a remplacée, et, éventuellement, avec les sages-femmes exerçant en association avec celle-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressées un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental. Lorsqu'un tel accord n'a pu être obtenu, l'affaire peut être soumise au conseil départemental.

Article 43

Il est interdit à une sage-femme d'employer pour son compte dans l'exercice de sa profession une autre sage-femme ou une étudiante sage-femme. Toutefois, la sage-femme peut être assistée par une autre sage-femme dans des circonstances exceptionnelles, notamment en cas d'afflux considérable de population ; dans cette éventualité, l'autorisation fait l'objet d'une décision individuelle du conseil départemental de l'ordre.

Article 44

Il est interdit à une sage-femme de faire gérer son cabinet par une autre sage-femme.

Article 45

Les sages-femmes doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont elles relèvent les contrats et leurs avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession.

Le conseil départemental de l'ordre vérifie leur conformité avec les principes du présent code ainsi qu'avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national.

Le conseil départemental de l'ordre transmet avec son avis les contrats ou avenants au conseil national qui procède à la vérification prévue au précédent alinéa, notamment en ce qui concerne l'indépendance professionnelle.

Les projets de contrat ou d'avenant établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'ordre qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat ou à l'avenant soumis à l'examen du conseil.

Article 46

Une sage-femme ne doit avoir, en principe, qu'un seul cabinet. La création ou le maintien d'un cabinet secondaire, sous quelque forme que ce soit, n'est possible qu'avec l'autorisation du conseil départemental ou des conseils départementaux intéressés.

L'autorisation est donnée à titre personnel et n'est pas cessible. Limitée à trois années et renouvelable après une nouvelle demande, elle peut être retirée à tout moment. Elle ne peut être refusée si l'éloignement d'une sage-femme est préjudiciable aux patientes. Elle est retirée lorsque l'installation d'une sage-femme est de nature à satisfaire les besoins des patientes.

Une sage-femme ne peut avoir plus d'un cabinet secondaire.

Article 47

Une sage-femme ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce une autre sage-femme sans l'agrément du conseil départemental.

2. - Exercice salarié

Article 48

Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'entraîne rien à ses devoirs professionnels et, en particulier, à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.

En aucune circonstance, la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveau-nés.

Article 49

L'exercice de la profession de sage-femme sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec un des organismes prévus au premier alinéa doit être communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code ainsi que, s'il en existe, avec les clauses des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

La sage-femme doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle elle affirme sur l'honneur qu'elle n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, renouvellement de contrat ou avenant soumis à l'examen du conseil.

Article 50

Toute sage-femme liée à son employeur par convention ou contrat ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

3. - Exercice de la profession en qualité d'expert

Article 51

La sage-femme expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la patiente qu'elle doit examiner.

Article 52

Nul ne peut être à la fois sage-femme expert et sage-femme traitante pour une même patiente.

En cas d'expertise judiciaire ou dans les autres cas, sauf accord des parties, une sage-femme ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'une de ses patientes, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Article 53

Lorsqu'elle est investie de sa mission, la sage-femme doit se récuser si elle estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à l'exercice de la profession de sage-femme.

Dans la rédaction de son rapport, la sage-femme expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommée.

Hors de ces limites, la sage-femme expert doit faire ce qu'elle a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

TITRE IV

Devoirs de confraternité

Article 54

Les sages-femmes doivent entretenir entre elles des rapports de bonne confraternité.

Elles se doivent une assistance morale.

Une sage-femme qui a un dissentiment avec une autre sage-femme doit chercher la conciliation au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental.

mutuellement de leurs observations et de leurs conclusions. En cas de refus de la patiente, elle doit informer celle-ci des conséquences que peut entraîner ce refus.

Article 58

Une sage-femme peut se faire remplacer temporairement dans son exercice par une sage-femme inscrite au tableau de l'ordre. La sage-femme qui se fait remplacer doit en informer sans délai le conseil de l'ordre dont elle relève en indiquant les nom et qualités de la remplaçante ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Elle peut aussi se faire remplacer par un étudiant sage-femme dans les conditions prévues par l'article L. 359-2 du code de la santé publique et les textes réglementaires pris pour son application.

Sa mission terminée et la continuité des soins étant assurée, la remplaçante doit se retirer en abandonnant l'ensemble de ses activités provisoires.

TITRE V

Devoirs vis-à-vis des membres des autres professions de santé

Article 59

Les sages-femmes doivent entretenir de bons rapports, dans l'intérêt des patientes, avec les membres des professions de santé. Elles doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci.

Article 60

Lorsqu'une sage-femme est placée par un médecin auprès d'une parturiente, elle ne doit jamais, sauf en cas de force majeure, se substituer à lui de sa propre initiative au moment de l'accouchement.

Article 61

Dès que les circonstances l'exigent, la sage-femme doit proposer la consultation d'un médecin.

Elle doit accepter toute consultation d'un médecin demandée par la patiente ou son entourage.

Dans l'un et l'autre cas, elle peut proposer le nom d'un médecin mais doit tenir compte des désirs de la patiente et accepter, sauf raison sérieuse, la venue du médecin qui lui est proposé.

Si la sage-femme ne croit pas devoir souscrire au choix exprimé par la patiente ou son entourage, elle peut se retirer lorsqu'elle estime que la continuité des soins est assurée.

Elle ne doit à personne l'explication de son refus.

Il est interdit à une sage-femme d'en calomnier une autre, de médire d'elle ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'une sage-femme injustement attaquée.

Article 55

Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

Il est interdit à toute sage-femme d'abaisser ses honoraires dans un but de concurrence.

Elle reste libre de donner ses soins gratuitement.

Article 56

Lorsqu'une sage-femme est appelée auprès d'une patiente suivie par une autre sage-femme, elle doit respecter les règles suivantes :

1° Si la patiente entend renoncer aux soins de la première sage-femme, elle s'assure de sa volonté expresse, lui donne les soins nécessaires ;

2° Si la patiente a simplement voulu demander un avis sans changer de sage-femme pour autant, elle lui propose une consultation en commun ; si la patiente refuse, elle lui donne son avis et, le cas échéant, lui apporte les soins d'urgence nécessaires ; en accord avec la patiente, elle en informe la sage-femme traitante ;

3° Si la patiente, en raison de l'absence de la sage-femme habituelle, a appelé une autre sage-femme, celle-ci doit assurer les examens et les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour de la sage-femme habituelle et donner à cette dernière, en accord avec la patiente, toutes informations utiles à la poursuite des soins ;

4° Si la sage-femme a été envoyée auprès de la patiente par une autre sage-femme momentanément empêchée, elle ne peut en aucun cas considérer la patiente comme sa cliente.

Dans les cas prévus aux 2° et 3° ci-dessus, en cas de refus de la patiente, la sage-femme doit l'informer des conséquences que peut entraîner ce refus.

La sage-femme appelée doit s'abstenir de réflexions désobligeantes et de toute critique concernant les soins donnés précédemment.

Article 57

Une sage-femme peut accueillir dans son cabinet toutes les patientes, que celles-ci aient ou non une sage-femme traitante.

Si elle est consultée par une patiente venue à l'insu de la sage-femme traitante, la sage-femme doit, après accord de la patiente, essayer d'entrer en rapport avec l'autre sage-femme afin d'échanger leurs informations et de se faire part

Article 62

Après la consultation ou l'intervention du médecin appelé, la sage-femme reprend, en accord avec la patiente, la direction des soins sous sa propre responsabilité.

TITRE VI

Dispositions diverses

Article 63

Dans le cas où les sages-femmes sont interrogées au cours d'une procédure disciplinaire, elles sont tenues de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel.

Toute déclaration volontairement inexacte faite au conseil de l'ordre par une sage-femme peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Article 64

Toute sage-femme inscrite à un tableau de l'ordre qui exerce des activités de sage-femme dans un autre Etat membre des communautés européennes est tenue d'en faire la déclaration au conseil départemental au tableau duquel elle est inscrite.

Article 65

Toute sage-femme, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'elle a eu connaissance du présent code et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Article 66

Toute sage-femme qui cesse d'exercer est tenue d'en avertir le conseil départemental. Celui-ci donne acte de sa décision et en informe le conseil national.

Article 67

Toutes les décisions prises par l'ordre des sages-femmes en application du présent code doivent être motivées.

Les décisions prises par les conseils départementaux peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national.

Article 68

Le décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 modifié portant code de déontologie des sages-femmes en application de l'article 66 de l'ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 est abrogé.

Article 69

Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 8 août 1991.

ÉDITH CRESSON

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

JEAN-LOUIS BIANCO

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

HENRI NALLET

Le ministre délégué à la santé,

BRUNO DURIEUX

Circulaire DGS/SDO/OA n° 38 du 29 juillet 1992 relative au code de déontologie des sages-femmes

(Non parue au *Journal officiel*)

Référence : décret n° 91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes pris en application des dispositions de l'article L. 366 du code de la santé publique.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Mesdames et Messieurs les préfets de région, (directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, (direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour exécution).

Le décret n° 91-779 du 8 août 1991 publié au *Journal officiel* du 14 août 1991 pris en application des dispositions de l'article L.366 du code de la santé publique porte code de déontologie des sages-femmes. Certaines dispositions de ce code ont suscité des interrogations tant au sein de la profession que chez les responsables d'établissements hospitaliers.

La présente circulaire a pour objet d'apporter des précisions sur le contenu des articles qui peuvent prêter à interprétations.

1. Obligations déontologiques

Article Premier

Les obligations du code de déontologie s'imposent à toutes les sages-femmes en exercice inscrites au tableau de l'Ordre, quels que soient leur mode d'exercice et l'organisme dont elles relèvent.

Ces obligations s'appliquent également à toute sage-femme prestataire de services qui, dans le cadre des dispositions des directives européennes et de l'article L. 356-1 du code de la santé publique, est amenée à exécuter des actes pendant un temps déterminé sur le territoire français sans être inscrite au tableau de l'Ordre.

2. Formation permanente

Article 4

La formation médicale continue est une obligation déontologique : elle permet à tout praticien d'entretenir et de compléter sa formation initiale afin de pouvoir assurer à ses patients « les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » (art. 25). La sage-femme est tenue d'actualiser ses connaissances chaque fois qu'elle en ressent le besoin

ou en vue de l'acquisition de nouvelles techniques dans les limites de sa capacité professionnelle. Cette formation continue relève à la fois de la responsabilité individuelle de la sage-femme qui pourrait avoir à se justifier en cas de faute professionnelle, mais elle repose aussi sur la responsabilité collective de la profession qui doit participer à la politique de promotion de la santé et de la qualité des soins.

La formation continue est indissociable de la formation initiale mais son organisation est plus libre et ne relève pas directement des pouvoirs publics ; aussi pour les sages-femmes libérales, le système associatif aidé de subventions de l'Etat constitue un relais important par l'organisation de séminaires de formation continue. Pour les sages-femmes salariées, les établissements privés participent à des plans de formation continue dans le cadre de la formation professionnelle et les établissements publics doivent assurer cette formation en application des dispositions du décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction hospitalière.

3. Prescriptions et maîtrise des dépenses de la santé

Article 12

En ayant toujours pour objectif la qualité et l'efficacité des soins, la sage-femme doit dans les actes, les prescriptions qu'elle effectue, l'information et l'éducation des patientes qu'elle développe avoir pour souci de situer son activité dans le cadre des responsabilités économiques liées à la maîtrise des dépenses de santé.

4. Capacité professionnelle

Articles 13 et 18

En dehors de circonstances parfaitement exceptionnelles, notamment en cas d'urgence, la sage-femme ne doit en aucun cas pratiquer un acte ou un soin qui dépasse sa compétence professionnelle définie à l'article L. 374 du code de la santé publique et précisée à l'article 18 du code de déontologie. Pour la sécurité des patiente et des nouveau-nés, elle doit apprécier en conscience les actes qu'elle est en mesure d'exécuter et refuser de pratiquer ceux qui dépassent ses possibilités notamment par défaut de formation.

Deux points me semblent mériter un éclaircissement :

a) La pratique de l'échographie : il est rappelé que ce mode d'investigation est pratiqué par la sage-femme uniquement au cours de la surveillance de la grossesse. L'échographie est utilisée pour « identification du contenu utérin, diagnostic de présentation, localisation du placenta, mensuration d'au moins deux paramètres tenant compte de l'âge embryo-fœtal avec présentation d'un compte rendu ». Cet acte est codifié et remboursé sur la base SF 15.

b) Participation de la sage-femme à la technique de l'anesthésie loco-régionale : il m'apparaît nécessaire de préciser que cette participation se limite à l'anesthésie péridurale au cours du déroulement de l'accouchement aboutissant à l'analgésie obstétricale. Doivent être observés les principes ci-après :

- l'indication et la demande de l'analgésie péridurale doivent être faites par l'obstétricien ;
- la mise en place du dispositif et la première injection du produit anesthésique sont du domaine du médecin anesthésiste ;
- sous la responsabilité de celui-ci, la sage-femme peut effectuer les injections suivantes par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste, en sa présence ou s'il est prêt à intervenir à tout moment, à la moindre difficulté. Chacune des réinjections s'effectue suivant un protocole dicté par le médecin anesthésiste ;
- la surveillance de la parturiente bénéficiant d'une anesthésie sous-péridurale par la sage-femme est soignée et permanente, tout symptôme anormal nécessite la présence du médecin anesthésiste ;
- ce dernier effectue l'ablation du cathéter ;
- s'agissant de l'analgésie avec pompe automatique, la surveillance des effets de l'anesthésie par la sage-femme peut comporter la modification du débit en présence du médecin anesthésiste.

Ainsi l'accouchement sous anesthésie péridurale dans les services d'obstétrique apparaît comme un travail essentiellement d'équipe (sages-femmes, médecins anesthésistes et obstétriciens) et dans certains établissements l'organisation du travail permet depuis quelques années la mise en place de cette technique dans de bonnes conditions de sécurité, au bénéfice des femmes enceintes.

La participation de la sage-femme à la technique de l'analgésie péridurale suppose sa disponibilité et sa compétence. Aussi, lorsqu'elle a en charge la surveillance d'un accouchement sous péridurale (surveillance des paramètres physiologiques, des effets de l'analgésie, de l'évolution du travail...), elle ne peut être contrainte d'accomplir d'autres soins à d'autres parturientes.

Elle doit évidemment et préalablement avoir reçu une formation qui la prépare à participer à cette technique. Depuis quelques années, des chefs de service de gynécologie obstétrique avec l'aide des médecins anesthésistes organisent une formation spécifique à l'intention des sages-femmes. Ces initiatives méritent d'être encouragées sur le plan local et je vous demande d'inviter les établissements de santé publics ou privés à inclure dans leurs plans de formation continue de telles actions lorsqu'elles sont demandées par les sages-femmes.

Il me paraît utile de préciser que toute sage-femme qui s'estime ne pas être en mesure de pratiquer cette technique dans les meilleures conditions de technicité et de sécurité est légitimement en droit de refuser la prise en charge d'un tel acte, conformément aux dispositions de l'article 13.

Cette liberté d'appréciation laissée à la sage-femme ne saurait constituer un critère de discrimination pour le recrutement ou la constitution des équipes dans les services.

5. Remplacement Article 58

Tenant compte des dispositions de l'article L. 359-2 du code de la santé publique et du décret n° 92-88 du 22 janvier 1992, la sage-femme peut se faire remplacer temporairement par un étudiant sage-femme qui a validé sa troisième année d'études : c'est-à-dire qui a subi avec succès l'examen de passage de troisième année en quatrième année, aucun stage d'été n'étant exigé. L'élève sage-femme recueille auprès du conseil départemental de l'ordre des sages-femmes du département, siège de son école, l'avis favorable qui n'est pas une autorisation d'exercice mais constitue une confirmation de niveau d'études requis pour assurer le remplacement. Cette pièce est remise à la sage-femme remplacée, ou au responsable de l'établissement de santé public ou privé qui la transmettent au conseil départemental de l'Ordre du département où a lieu le remplacement. Celui-ci la communique au préfet (direction départementale des affaires sanitaires et sociales). Ce dernier est seul habilité à délivrer l'autorisation d'exercice de la profession de sage-femme comme remplaçant.

6. Engagement du respect du code de déontologie Article 65

A l'issue des épreuves du diplôme d'Etat de sage-femme, les nouvelles professionnelles sont inscrites au tableau de l'Ordre.

Il apparaît utile à cette occasion, que l'imprimé de demande d'inscription au tableau de l'Ordre soit complété par la disposition suivante :

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du présent code de déontologie et je fais serment de le respecter. »

*
*
*

Je vous demande de porter la présente circulaire à la connaissance des conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes, des établissements d'hospitalisation publics ou privés de votre département et de veiller pour ce qui vous concerne au respect des règles précisées ci-dessus.

Pour le ministre et par délégation :
Pour le directeur général de la santé :

Le chef de service
adjoint au directeur général de la santé,
L. DESSAINT

Arrêté du 17 octobre 1983,

Fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens (J. O. N. C. 30 oct.).

Article Premier

Est fixée dans les annexes I et II au présent arrêté la liste des médicaments renfermant ou non des substances vénéneuses des tableaux A ou C que peuvent prescrire les sages-femmes pour être utilisés par elles-mêmes dans l'exercice de leur profession ou par leurs patientes.

Article 2

Les pharmaciens délivrent lesdits médicaments :

Aux sages-femmes sur demande écrite, datée et signée comportant leurs nom, adresse, la désignation du médicament et sa qualité ainsi que la mention « Usage professionnel » ;

A leurs patientes sur ordonnance rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Article 3

En ce qui concerne les préparations renfermant des stupéfiants, les pharmaciens ne peuvent délivrer aux sages-femmes et pour leur seul usage professionnel que les produits ci-après énumérés :

Ampoules injectables de chlorhydrate de morphine associé ou non à un antispasmodique et renfermant au plus un centigramme de chlorhydrate de morphine par ampoule ;

Ampoules injectables de chlorhydrate de péthidine renfermant au plus dix centigrammes de chlorhydrate de péthidine par ampoule ;

Ampoules injectables d'extrait d'opium associé ou non à un antispasmodique tirant au plus cinq milligrammes de morphine base par ampoule.

Il ne peut être délivré que vingt et une ampoules au maximum contre remise d'une demande établie par un médecin sur feuille extraite de son carnet à souches pour prescription de stupéfiants. La demande comporte les indications de l'article R. 5201 du code de la santé publique, le nom et l'adresse du malade étant remplacés par le nom et l'adresse de la sage-femme suivis de la mention « Pour son usage professionnel ».

Conformément aux dispositions de l'article R. 5206 du code de la santé publique, les pharmaciens conservent ces demandes pendant trois ans pour les présenter à toute réquisition des autorités compétentes. Ils en établissent un relevé à la fin de chaque trimestre et l'adressent immédiatement à l'inspection régionale de la pharmacie.

Les sages-femmes peuvent administrer lesdits médicaments stupéfiants au cours d'un accouchement et dans la limite de deux ampoules par parturiente. Elles en tiennent comptabilité et doivent justifier de leur utilisation à toute réquisition des autorités compétentes.

Article 4

Sont abrogés les arrêtés des 4 et 5 octobre 1971, 15 janvier 1973 et 10 décembre 1974.

ANNEXE I

LISTE DES MÉDICAMENTS NE RENFERMANT PAS DE SUBSTANCES VÉNÉNEUSES AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION.

1. Analeptiques cardio-vasculaires.

Heptaminol et ses sels (formes orales).
Nicéthamide (formes orales).

2. Antiacides gastriques.

Aluminium (hydroxydes, phosphates ou silicates).
Diméticone.
Magnésium (trisilicate).

3. Antihémorragiques.

Etamsylate.
Vitamine K 1.

4. Antiseptiques.

Alcool à 70 degrés dans la limite de 250 ml par ordonnance.
Cetrimonium et dérivés.
Chlorhexidine au titre maximum de 5 p 100.
Nonoxinol.
Pommade à l'oxyde de zinc.
Soluté neutre dilué d'hypochlorite de soude (soluté dit de Dakin).
Solution aqueuse et alcoolique d'éosine.
Triclocarban.

5. Antispasmodiques

Phloroglucinol et dérivés.
Dipropylène.
Tiémonium.

6. Laxatifs.

7. Sels de fer (formes orales).
8. Solutés injectables.

Soluté de bicarbonate de sodium isotonique.

Soluté de bicarbonate de sodium, en solution semi-molaire, en ampoules de 10 ml, contenant 0,420 g du produit, soit 5mEq de tampon et 5mEq de sodium.

Soluté de chlorure de sodium isotonique.

Soluté de gluconate de calcium à 10 p. 100.

Soluté de glucose isotonique.

Soluté de glucose à 30 p. 100 en ampoules de 20 ml.

Soluté de sulfate de magnésie à 15 p. 100 dans la limite de 20 ml.

ANNEXE II

LISTE DES MÉDICAMENTS RENFERMANT DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES, A DOSES EXONÉRÉES OU NON, AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION.

1. Anesthésiques locaux.

Médicaments renfermant un anesthésique local inscrit au tableau C des substances vénéneuses à une concentration ne dépassant pas 1 p. 100.

2. Antiémétiques.

Métoclopramide (tableau C).
Métopimazine (tableau C).

3. Anti-infectieux locaux.

Collyre au nitrate d'argent au titre maximum de 1 p. 100 (tableau C).

Médicaments à usage gynécologique à base de :

Acétarsol (à doses exonérées) ;
Econazole (à doses exonérées) ;
Miconazole (à doses exonérées) ;
Nystatine (tableau C).

4. Antiseptiques.

Mercurbutol (à doses exonérées).
Soluté alcoolique d'iode officinal (à doses exonérées).

5. Antispasmodiques

Aminopromazine et ses sels (tableau C).
Atropine, ses sels et ses esters (tableau A).
Bromure de N-butythioscine (tableau A).
Bromure de tropenziline (tableau A).
Bromure de propylmazine (tableau C).
Papavérine et ses sels (tableau A).
Scopolamine et ses sels (tableau A).

6. Hémostatiques utérins.

Méthylergométrine (tableau A).

Cette préparation ne peut être administrée par les sages-femmes qu'en cas d'hémorragie post-partum et après l'évacuation totale de la cavité utérine, (enfant et placenta).

7. Laxatifs.

(Médicaments laxatifs contenant des substances vénéneuses à doses exonérées.)

8. Ocytociques.

L'emploi des médicaments renfermant de l'oxytocine n'est autorisé que :

- a) Pendant le travail, sous perfusion à débit contrôlé et sous réserve d'une surveillance cardio-tocographique permanente ;
- b) En cas d'hémorragie post-partum et après l'évacuation totale de la cavité utérine (enfant et placenta).

Arrêté du 17 octobre 1983,

Fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire (J. O., N. C., 30 oct.)

Article Premier

Les sages-femmes peuvent prescrire les examens radiologiques, de laboratoire et de recherche ci-après :

I. - En ce qui concerne la mère :

1. Echographie.
2. Radiographie du contenu utérin dans les deux derniers mois de la grossesse.
3. Radiopelvimétrie dans les deux derniers mois de la grossesse.
4. Diagnostic biologique de grossesse.
5. Glycémie.
6. Sérodiagnostic : rubéole, syphilis, toxoplasmose.
7. Groupe sanguin.
8. Facteur Rhésus.
9. Agglutinines irrégulières.
10. Numération globulaire.
11. Examens des urines et du culot urinaire.
12. Prélèvement vaginal et examen bactériologique des sécrétions vaginales.
13. Frottis cervico-vaginaux.

II. - En ce qui concerne l'enfant :

1. Groupe standard et Rhésus.
2. Numération globulaire.
3. Bilirubine dans le sang du cordon.
4. Test de Guthrie.
5. Test de Coombs.
6. Bilirubine chez l'enfant.
7. Examens bactériologiques cutané-muqueux, sanguins et urinaires chez le nouveau-né (dans le cadre de la prévention de l'infection néonatale).

Décret n° 85-1122 du 17 octobre 1985 prévoyant les modalités de la prescription d'arrêts de travail par les sages-femmes

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, du ministre de l'économie, des finances et du budget et du ministre de l'agriculture,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 283 (b) modifié par l'article 14 de la loi n° 84-391 du 25 mai 1984 ;

Vu le code rural et notamment son article 1038 (2°) modifié par l'article 34 de la loi n° 84-575 du 9 juillet 1984 ;

Vu le décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 portant code de déontologie des sages-femmes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,

Décrète :

Article Premier

Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément à l'article L. 283 (b) du code de la sécurité sociale et à l'article 1038 (2°) modifié du code rural, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique.

Article 2

La durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article 1^{er} du présent décret ne saurait excéder quinze jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai.

Article 3

Le ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'agriculture et le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 17 octobre 1985.

LAURENT FABIUS

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,
GEORGINA DUFOIX

Le ministre de l'économie, des finances et du budget,
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de l'agriculture,
HENRI NALLET

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,
EDMOND HERVÉ

Arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la santé publique, livre IV, titre 1er, chapitre 1er, modifié par la loi n° 82-413 du 19 mai 1982, et notamment l'article L. 369 ;

Vu le décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 portant code de déontologie des sages-femmes, modifié notamment par le décret n° 86-124 du 13 janvier 1986 ;

Vu l'article R.5242 du code de la santé publique ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine du 21 octobre 1986,

Arrête :

Article Premier

Les instruments que les sages-femmes peuvent employer sont les suivants :

Stéthoscope ;
Ciseaux droits et ciseaux courbes ;
Pince omphalotribe ;
Sonde vésicale ;
Pincettes hémostatiques ;
Sonde cannelée ;
Pince à disséquer à griffes ;
Aiguilles de Reverdin courbes ;
Agrafes ;
Pince porte-agraves ;
Pince à enlever les agraves ;
Aiguilles et seringues à injections hypodermiques, intramusculaires et intraveineuses ;

Vaccinostyles ;
Tensiomètre ;
Valve vaginale ;
Spéculum vaginal ;
Aiguilles à suture ;
Porte-aiguilles ;
Matériel résorbable et non résorbable de suture ;
Amnioscope ;
Cardiotocographe ;
pH-mètre ;
Echographe.

Article 2

Le matériel de réanimation et la boîte d'instruments pour intubation trachéale que les sages-femmes peuvent employer sont les suivants :

Une source d'oxygène comportant des dispositifs de mesure, de pression et de sécurité ;
Un appareil d'aspiration permettant une aspiration aseptique ;
Un appareil de ventilation avec un dispositif de raccordement et de contrôle pour le masque ou la sonde avec sécurité de pression ;

Un nécessaire pour intubation comportant :

- un laryngoscope pour nouveau-nés avec lame droite ;
- un masque facial type Rendell Baker n° 0 ;
- une canule de Mayo taille 000 ;
- des sondes d'aspiration nos 10 et 12 ;
- quelques cathéters d'aspiration endotrachéale sous enveloppe individuelle stérile ;
- des tubes endotrachéaux, type tube de Cole (nos 8, 10 et 12) ;

Un nécessaire à perfusion ombilicale comportant :

- des gants et des champs stériles ;
- une boîte de dénudation ;
- du catgut monté sur aiguille courbe n° 0 ;
- un cathéter veineux ombilical ;
- aiguilles à biseau court et seringues ;
- un matériel de fixation des cathéters.

Article 3

Les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 1972 sont abrogées.

Article 4

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 3 octobre 1988.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,

J.-F. GIRARD

Arrêté du 10 octobre 1989 portant modification de l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Vu le code de la santé publique (livre IV, titre I^{er}), et notamment l'article L. 370 ;
Vu l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine,

Arrête :

Article Premier

Les points I et II de l'article 1^{er} de l'arrêté du 17 octobre 1983 susvisé sont modifiés et complétés ainsi qu'il suit :

- I. - En ce qui concerne la mère :
- Point 7, après les mots : « Groupe sanguin », ajouter les mots : « avec phénotype Rhésus complet et Kell » ;
 - Point 11, remplacer les mots : « Examens des urines et du culot urinaire » par les mots : « Examen cytotobactériologique des urines » ;
 - Après le point 13, ajouter les points 14, 15, 16 et 17 ainsi rédigés :
 - « 14. Dosage de l'uricémie ;
 - « 15. Dosage de la créatinémie ;
 - « 16. Recherche des marqueurs du virus, de l'hépatite B chez la femme enceinte ;
 - « 17. Sérodiagnostic V.I.H. pendant la grossesse. »
- II. - En ce qui concerne l'enfant :
- Après le point 7, ajouter les points 8 et 9 ainsi rédigés :
- « 8. Glycémie. Calcémie ;
 - « 9. Phénotype Rhésus complet et Kell. »

Art. 2 - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.
Fait à Paris, le 10 octobre 1989.

CLAUDE ÉVIN

Arrêté du 10 octobre 1989 complétant l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 370, L. 626, R. 5172, R. 5173 et R. 5208 ;

Vu l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine,

Arrête :

Article Premier

Les annexes I et II de l'arrêté du 17 octobre 1983 fixant la liste des médicaments renfermant ou non des substances vénéneuses des tableaux A ou C peuvent prescrire les sages-femmes pour être utilisés par elles-mêmes dans l'exercice de leur profession ou par leurs patientes sont complétées comme suit :

ANNEXE I

Liste des médicaments ne renfermant pas de substances vénéneuses autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription :

Le point 4, Anisepidiques, est complété par :

« Polyvidone iodée au titre maximum de 10 p. 100 ;

« Hexomidine présentée en solution ou en poudre. »

Le point 8, Solutés injectables, est complété par :

« Solutés de remplissage vasculaire (gélatine modifiée uniquement) en cas d'urgence pour usage professionnel ;

« Immunoglobuline anti-D dans le post partum des femmes Rhésus négatif. »

Est ajouté un point 9, ainsi rédigé :

« Topiques à usage externe :

« Solutions salines sursaturées ;

« Cataplasme à base de kaolin. »

ANNEXE II

Liste des médicaments renfermant des substances vénéneuses à doses exonérées ou non, autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription :

Le point 3, Anti-infectieux et antiviraux locaux, est complété par :

« Collyres contenant les substances suivantes inscrites au tableau A :

« Isoxuridine et ses sels à une teneur maximum de 0,12 p. 100 ;

« Trifluridine et ses sels à une teneur maximum de 1 p. 100. »

Est ajouté un point 9, ainsi rédigé :

« Antiprolactine :

« Bromocriptine (mesilate) à une teneur maximum de 2,5 mg (tableau A). »

Article 2

Le directeur général de la santé et le directeur de la pharmacie et du médicament sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 10 octobre 1989.

CLAUDE ÉVIN

ANNEXE III

LETTRES DE DEMANDES D'AUTORISATION

H, le 25 octobre 1996

Madame Z
Directeur
Centre hospitalier H

Madame le directeur,

Dans le cadre d'une recherche pour l'Université de Montréal au Québec, je m'intéresse aux modes de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France et, plus particulièrement, à la profession des sages-femmes françaises.

Comme vous le savez peut-être, actuellement la profession de sage-femme n'est pas reconnue au Québec. Toutefois, le gouvernement a récemment, de façon expérimentale, ouvert des maisons des naissances afin d'étudier l'éventuelle possibilité de reconnaître cette profession et de l'intégrer au système de santé québécois.

Afin de bien comprendre le fonctionnement d'une maternité publique, je souhaiterais obtenir une autorisation me permettant d'observer, durant quelques jours, l'organisation du travail à la maternité du Centre hospitalier H.

Je me permets de vous signaler que j'ai déjà rencontré madame M à quelques reprises et que j'ai pu lui exposer les objectifs de mon projet. Elle m'a alors assuré de son accord ainsi que de celui de monsieur P. Elle accepte également de me superviser durant mon séjour à la maternité.

Pour cette observation, je m'engage à respecter les règles habituelles de l'éthique de la recherche: discrétion, respect de la confidentialité, absence de perturbation du cours normal des activités. Aucune consultation de documents ne se fera sans l'obtention préalable d'une autorisation. J'ai joint à cette requête une lettre de référence de mon directeur de mémoire.

Vous remerciant de l'attention que vous accorderez à cette demande, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Véronik Paré

Adresse

Téléphone



Montréal, le 30 septembre 1996

À qui de droit,

Le porteur de cette lettre, Madame Véronik Paré, est une étudiante inscrite au programme de maîtrise en sociologie du Département de sociologie de l'Université de Montréal (Montréal, Canada).

Pour les fins de la rédaction de son mémoire de maîtrise, Mme Paré conduit une recherche de terrain portant sur les modes de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. À titre de directeur de son mémoire, je vous serais très reconnaissante que vous lui accordiez la collaboration dont elle a besoin dans la réalisation de cette recherche.

Mme Paré est une personne fiable, discrète et mature. En plus de poursuivre des études de maîtrise, Mme Paré enseigne la sociologie au niveau pré-universitaire (cégep) à Montréal.

Madame Agnès Pitrou, chercheure retraitée au LEST-CNRS, à Aix-en-Provence, a généreusement accepté de conseiller Mme Paré dans ses démarches en France. Ses coordonnées sont : Agnès Pitrou, [redacted]
[redacted] : [redacted] télécopieur : [redacted]

Mes propres coordonnées, si vous souhaitez entrer en contact avec moi pour quelque raison que ce soit, sont les suivantes :

Denise Couture, Ph.D.
Professeure agrégée
Département de sociologie

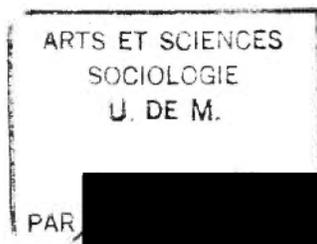
[redacted]
[redacted]
Tél. : [redacted]

Télec. [redacted]

Quant à Mme Paré, vous pouvez la rejoindre en France de la manière suivante :

[redacted]
[redacted]

Veillez agréer, madame, monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.



[redacted]

Denise Couture, Ph.D.
Professeure agrégée

[redacted]
[redacted]

**CENTRE HOSPITALIER
CEDEX**

TEL. :

H , le 31 octobre 1996

**SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
Poste 6187**

Madame PARE Véronik

Objet : Stage hospitalier

Madame,

En réponse à votre courrier du 25 octobre 1996 par lequel vous sollicitez l'autorisation d'effectuer un stage d'observation à la maternité de notre établissement, j'ai l'honneur de vous informer de mon accord de principe.

Je vous demanderais de bien vouloir convenir avec Madame M , Sage-femme surveillante-chef, des modalités pratiques nécessaires à la réalisation de ce stage et m'en communiquer les dates.

En outre, vous voudrez bien me faire parvenir obligatoirement une convention de stage ou, à défaut, une attestation d'assurance responsabilité civile, préalable à l'accomplissement de ce stage.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

**L'Attaché de Direction
chargé des Ressources Humaines,**

H, le 12 novembre 1996

Monsieur B
Attaché de Direction
Chargé des Ressources Humaines
CENTRE HOSPITALIER

Objet: Stage hospitalier à la maternité

Monsieur,

Je veux d'abord vous remercier d'avoir donné suite à ma requête pour un stage d'observation à la maternité du Centre hospitalier H et de m'avoir ainsi accordé l'autorisation souhaitée.

Voici, tel que demandé, les dates d'observation convenues avec Madame M, Sage-femme surveillante chef: du 18 novembre au 28 novembre 1996.

Également, vous trouverez ci-joint, l'attestation d'assurance Responsabilité Civile exigée.

En espérant le tout conforme, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Véronik PARÉ
Adresse

H, le 10 février 1997

Monsieur B
Attaché de Direction
Chargé des Ressources Humaines
CENTRE HOSPITALIER

Objet: Stage hospitalier à la maternité

Monsieur,

Je vous écris concernant les quelques jours d'observation que j'ai effectués en novembre dernier à la maternité du Centre hospitalier. Cette observation, je vous le rappelle, se faisait dans le cadre d'un mémoire portant sur les modes de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France pour l'Université de Montréal au Québec.

Afin de poursuivre mon travail, je sollicite une nouvelle autorisation pour une étude de terrain plus rigoureuse, soit d'une durée de trois mois à compter du 24 février prochain.

J'ai rencontré Madame M ainsi que Monsieur P qui m'ont à nouveau assuré de leur accord.

En terminant, je vous rappelle que je m'engage toujours à respecter les règles habituelles de l'éthique de la recherche (discrétion, respect de la confidentialité, absence de perturbation du cours normal des activités) et qu'aucune consultation de documents ne se fera sans l'obtention préalable d'une autorisation. J'ai également joint à cette lettre une nouvelle copie de l'attestation d'assurance Responsabilité Civile.

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma requête, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Véronik PARÉ

Adresse

**DIRECTION DES RESSOURCES
HUMAINES**

H , le 18 février 1997

☎ :
FAX :
Poste 6610

CENTRE HOSPITALIER

Affaire suivie par :

Madame PARE Véronik

Objet : Stage hospitalier

Madame,

En réponse à votre courrier du 10 février 1997 par lequel vous sollicitez l'autorisation d'effectuer un nouveau stage d'observation d'une durée de trois mois à compter du 24 février 1997, à la maternité de notre établissement, j'ai l'honneur de vous informer de mon accord de principe.

Je vous demanderais de bien vouloir convenir avec Madame M , Sage-femme surveillante-chef, des modalités pratiques nécessaires à la réalisation de ce stage.

J'ai bien reçu l'attestation d'assurance responsabilité civile, préalable à l'accomplissement de ce stage et je vous en remercie.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur
des Ressources Humaines.
Le Chef de Bureau,

ANNEXE IV

CALENDRIER DES OBSERVATIONS

DATE	PÉRIODE	PRINCIPALES ACTIVITÉS OBSERVÉES	PERSONNEL OBSERVÉ (sages-femmes et médecins) ¹	NOMBRE D'HEURES
Lundi 18 novembre	8h30 à 12 h 14h à 17h	- Suites de couches (a.m.) - Consultations - Staff ² - Consultations urgentes - Salle d'accouchement (femme en travail: gémellaire)	- Chef d'unité - SF 10 - SF et médecins - SF 11 - SF 11	6,5
Mardi 19 novembre	8h45 à 12h15	- Échographies	- DR Y	3,5
Mercredi 20 novembre	8h à 12h	- Relève - Consultations urgentes	- SF et A ³ - SF 12 et SF 2	4,0
Jeudi 21 novembre	9h30 à 13h 14 h à 17 h	- Consultations urgentes - Accouchements (2) - Suites de couches (p.m.)	- SF 3 et stagiaire - SF 3 et stagiaire - Information non disponible	6,5
Vendredi 22 novembre	14h à 18h	- Cours de préparation - Bureau SF	- SF 7, stagiaire et SF 3 - SF 3 et SF 7	4,0
Jeudi 28 novembre	8h30 à 12h30	- Échographies	- SF 3	4,0
Mardi 25 février	14h30 à 17h30	- Accouchement - Suites de couches (p.m.)	- SF 2 - SF 7	3,0
Mercredi 26 février	10h à 12h 15h à 17h	- Consultations prénatales - Consultations urgentes	- SF 8 - SF 1	4,0
Jeudi 27 février	15h à 18h	- Accouchement - Visite du médecin	- SF 10 et stagiaire - SF 6, stagiaire et DR Z	3,0
Lundi 3 mars	9h à 12h30 15h à 17h	- Ponction du sein - Consultations urgentes - Staff	- DR X et surv. chef - SF 11 - SF et médecins	5,5

¹ Dans certains cas, d'autres personnes pouvaient être présentes mais leurs activités n'ont pas été observées.

² Il s'agit des réunions hebdomadaires entre les deux sages-femmes de garde ce jour-là, les deux sages-femmes surveillantes et les médecins (si disponibles).

³ A= Aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture.

DATE	PÉRIODE	PRINCIPALES ACTIVITÉS OBSERVÉES	PERSONNEL OBSERVÉ (sages-femmes et médecins)	NOMBRE D'HEURES
Mardi 4 mars	8h à 12h	- Césarienne - Bureau SF	- DR Y et SF 2 - SF 11	4,0
Lundi 10 mars	9h30 à 13h 15h30 à 20h	- Consultations urgentes - Staff (avec pédiatres) - Accouchement - Salle accouchement (femme en travail: césarienne non observée)	- SF 4 - SF et médecins - SF 4 et stagiaire - SF 4, stagiaire, DR Z et SF 5	8,0
Mardi 11 mars	14h30 à 18h	- Accouchement - Bureau SF	- SF 4 et stagiaire - SF 5	3,5
Mercredi 12 mars	7h45 à 12h15 13h30 à 14h	- Relève - Consultations prénatales - Échographie	- SF et A - SF 11 - Chef d'unité	5,0
Vendredi 14 mars	9h15 à 12h45 14h15 à 21h15	- Consultations urgentes - Accouchement (gémellaire, ventouses)	- SF 1 - SF 1 et DR R ⁴ Après 20 h: SF 8, SF 11 et DR R	10,5
Samedi 15 mars	10h à 13h	- Consultations urgentes - Toilette d'un bébé - Bureau SF	- SF 7 et stagiaire - A - SF 2	3,0
Lundi 17 mars	10h30 à 12h30 15h30 à 18h30	- Consultations urgentes - Staff - Visite du médecin - Accouchement	- SF 6 - SF et médecins - SF 6, SF 9, stagiaire et DR Y - SF 6 et stagiaire	5,0
Mercredi 19 mars	9h30 à 12h	- Suites de couches (a.m.) - Visite médecin	- SF 7 - DR R2 ⁵ , SF 7 et SF 8	2,5
Jeudi 20 mars	15h à 20 h	- Consultations en urgence - 3 femmes en travail - 1 accouchement - Bureau des SF	- SF 1 - SF 1 - SF 1 et SF 5 - SF 5	5,0

⁴ R= Médecin remplaçant.

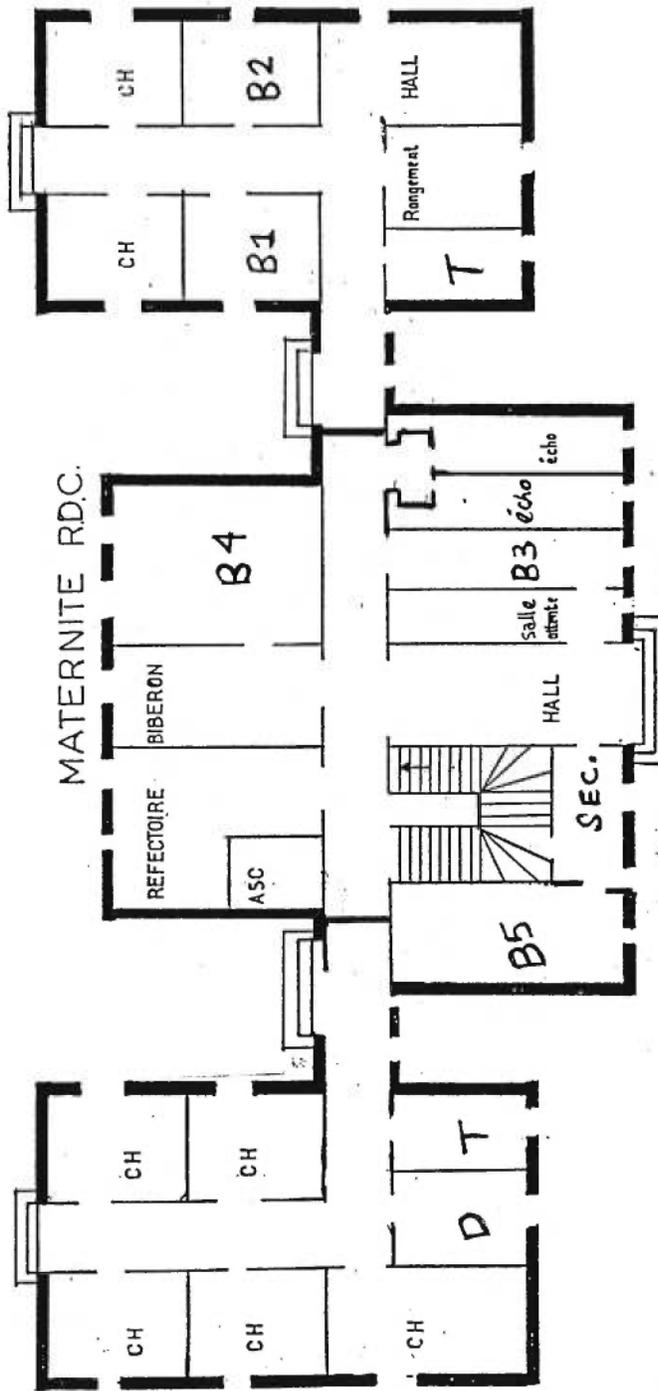
⁵ R2= Autre médecin remplaçant.

DATE	PÉRIODE	PRINCIPALES ACTIVITÉS OBSERVÉES	PERSONNEL OBSERVÉ (sages-femmes et médecins)	NOMBRE D'HEURES
Vendredi 21 mars	9h à 12h30	- Consultations prénatales - Bureau SF	- SF 1 - SF 8	3,5
Lundi 24 mars	9h à 13h	- Amniocentèse - Accouchement	- DR X et surv. chef - SF 10	4,0
Mardi 25 mars	14h à 19h	- Suites de couches (p.m.) - Bureau SF	- SF 10 - SF 10	5,0
Jeudi 27 mars	16h à 21h	- Commandes pharmacie - Accouchement - Bureau SF	- SF 9 - SF 9 Après 20h: SF 2 et SF 7 - SF 6	5,0
Vendredi 28 mars	10 h à 13 h	- Consultations prénatales - Bureau SF	- SF 6 - SF 9	3,0
Mardi 1er avril	14h à 17h	- Consultations urgentes - Bureau SF	- SF 6 - SF remplaçante	3,0
Jeudi 3 avril	16h à 19h	- Accouchement - Bureau SF	- SF 2, SF 7 et DR Z - SF 7	5,0
Vendredi 4 avril	14h à 16h30	- Cours préparation	- SF 7	2,5
Mardi 8 avril	14h à 19h30	- Accouchement - Bureau SF	- SF 4, SF 11 et DR Z - SF 11	5,5
Mercredi 9 avril	9 h à 13h	- Consultations prénatales	- SF 5	4,0
Jeudi 10 avril	14h30 à 17h30	- Consultations urgentes	- SF 6	3,0
Vendredi 11 avril	9h à 13h30	- Consultations urgentes - Accouchement	- SF 6 - SF 6, DR Y et chef d'unité	4,5
Lundi 14 avril	10h à 12h30 15h à 17h30	- Suites de couches (a.m.) - Staff - Sortie d'une femme - Consultations urgentes - Visite médecin	- SF 9 - SF et médecins - SF 9 - SF 6 - DR Y, SF 6, SF 9 et stagiaire	5,0

DATE	PÉRIODE	PRINCIPALES ACTIVITÉS OBSERVÉES	PERSONNEL OBSERVÉ (sages-femmes et médecins)	NOMBRE D'HEURES
Mercredi 16 avril	9h30 à 12h 15h à 18h30	- Accouchement - Suites de couches (p.m.)	- SF 5 - SF 2	6,0
Jeudi 17 avril	14h15 à 18h15	- Visite médecin - Suites de couches (p.m.)	- DR Z, SF 5 et SF 11 - SF 5	4,0
Samedi 19 avril	9h à 12h30	- Suites de couches (a.m.) - Visite médecin	- SF 6 - DR R3, SF 1, SF 6 et stagiaire	3,5
Mercredi 23 avril	- 10h à 12h30 - 13h30 à 14h	- Accouchement - Échographie	- SF 1, stagiaire et DR Z - Chef d'unité	3,0
Jeudi 24 avril	- 19h45 à 2h15	- Relève - Suites de couches (soir) - Bureau SF - Consultation urgente	- SF et A - SF 12 - SF 12 et SF 5 - SF 5	6,5
Dimanche 27 avril	- 14h30 à 18h30	- Accouchements (2) - Sorties - Suites de couches (p.m.)	- SF 1 et SF 11 - SF 1 - SF 11	4,0
Lundi 28 avril	- 9h30 à 13h - 14h30 à 17h	- Accouchement - Staff - Consultations urgentes	- SF 9 - SF et médecins - SF 9	6,0
Mardi 29 avril	- 14h à 17h	- Consultations urgentes Suites de couches (p.m.)	- SF 9 - SF remplaçant	3,0
Mercredi 30 avril	- 8h30 à 12h30	- Suites de couches (a.m.) - Bureau SF	- SF 1 - SF 5	4,0
Mardi 6 mai	- 12h30 à 13h30	- Piscine	- SF 4	1,0

ANNEXE V

PLANS DE LA MATERNITÉ H



Légende:

- ASC = ascenseur
- CH = chambre
- SEC = secrétariat
- B1 = bureau des consultations (des sages-femmes)
- B2 = bureau d'un médecin
- B3 = bureau de la sage-femme surveillante chef
- B4 = bureau d'un médecin
- B5 = bureau d'un médecin (chef de service)
- T = toilettes
- D = douches

ANNEXE VI

DOSSIER OBSTETRICAL

NNÉE

CENTRE HOSPITALIER H
Service GYNECO-OBSTETRIQUE
DOSSIER OBSTETRICAL

ENTREE n°

DM D'EPOUSE NOM jeune fille.....
RENOM..... Date de naissance
Profession..... Lieu de naissance
Adresse Tél.
Mariée [] Concubinage [] Reconnaissance anticipée []

MERE : NOM..... PRENOM
Date, lieu de naissance
Profession Groupe RH.....

Médecin traitant :

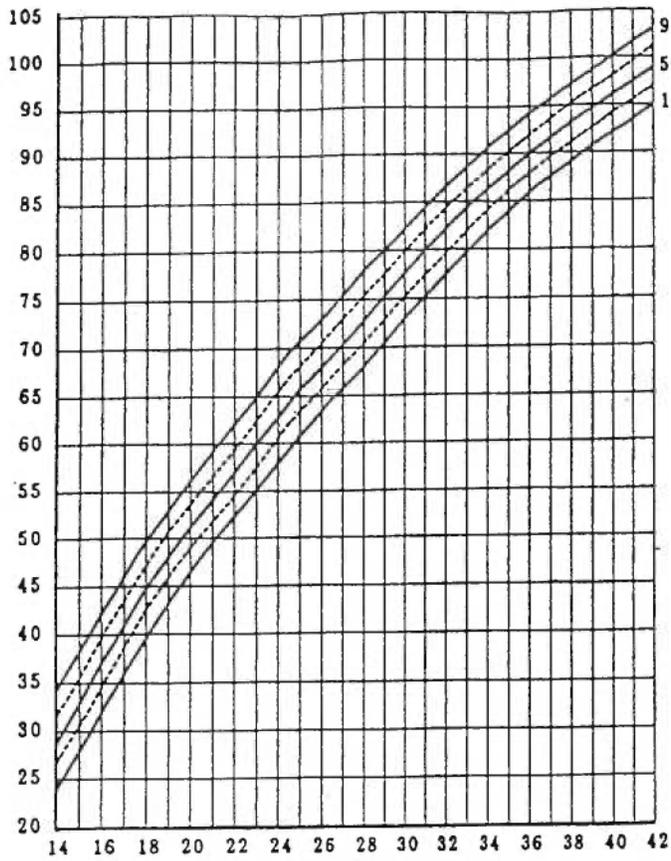
Table with 4 columns: Age, Pare, Geste, Groupe RH. Rows include: R: DG théorique, Echographique; P: ; Pelvimétrie: T.M., A.P., B.E.; Magnin; Taille; Poids.

Résumé grossesse actuelle

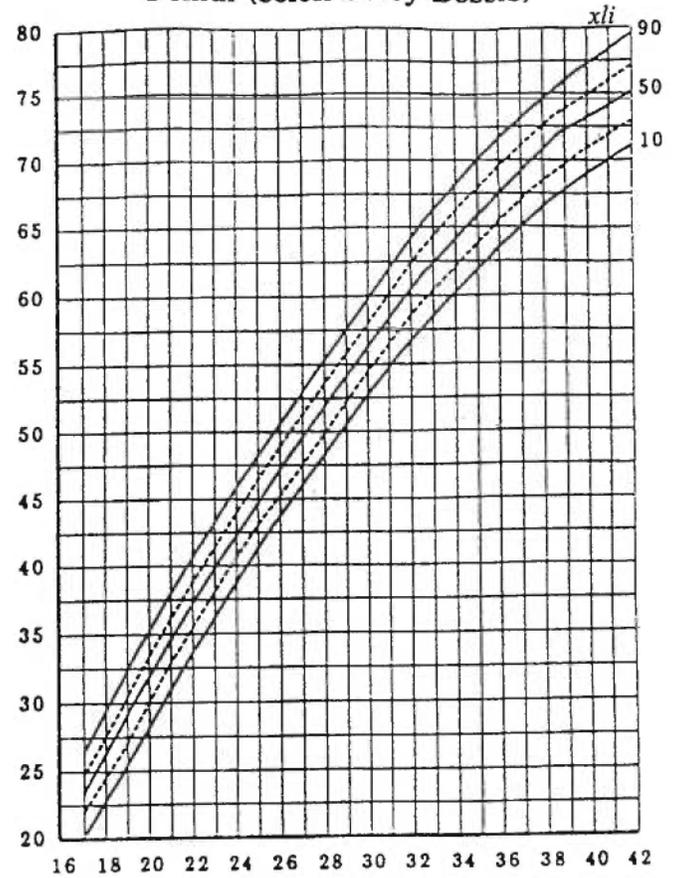
Grossesse unique [] gemellaire [] multiple []
Mniocentèse oui [] non [] autre DAN []
Hospitalisation en cours de grossesse []
Fœtus cicatriciel [] VME [] Présentation :
Pathologie maternelle : Fœtale :

Conduite à tenir : Accouchement :
Suites de couche :
Nouveau-né :

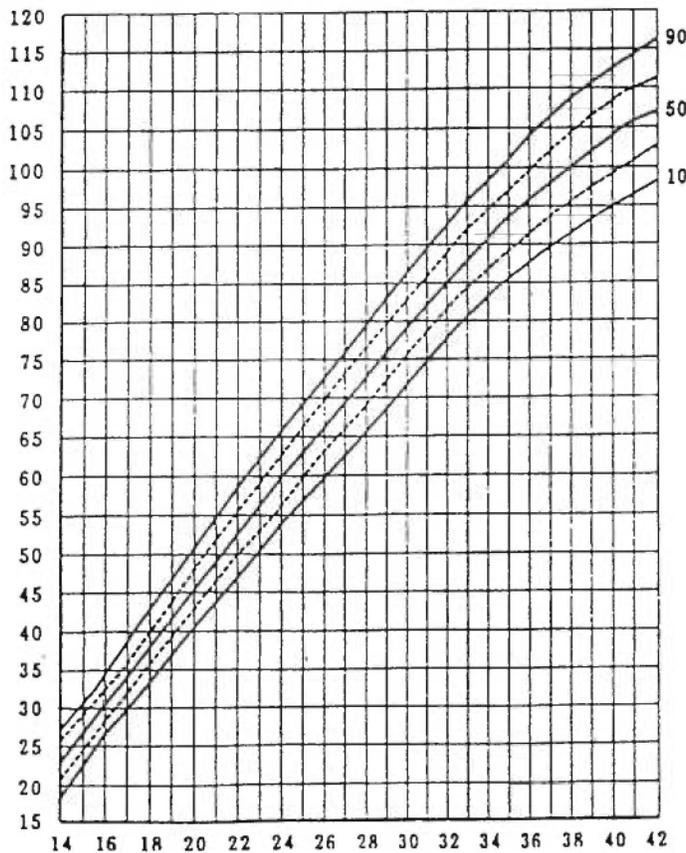
BIP (selon Leroy-Bessis)



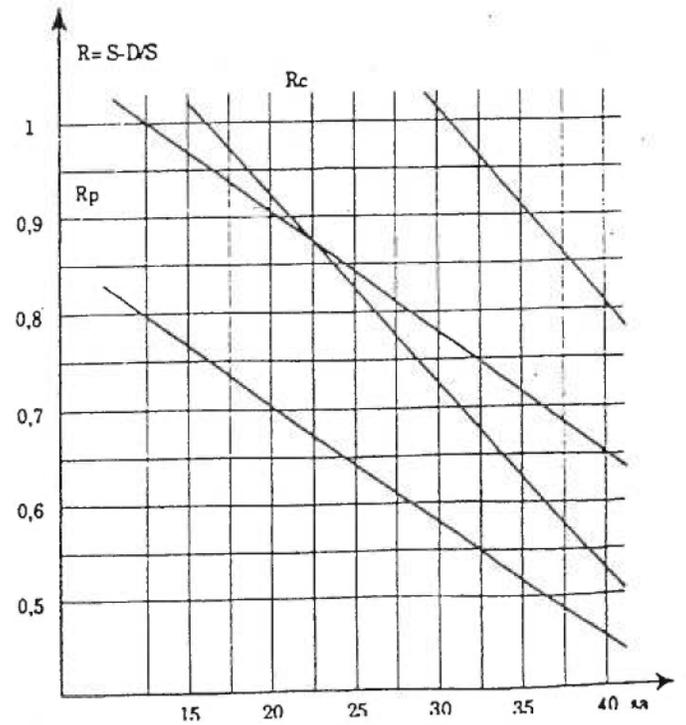
Fémur (selon Leroy-Bessis)



DAT (selon Leroy-Bessis)



Index de Résistance placentaire et cérébral (selon Pourcelot)



OBSERVATIONS ECHOGRAPHIQUES

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

Premier trimestre

ECHOGRAPHISTE :

RESULTATS

Diamètre sac gestationnel :

Longueur cranio-caudale :

Diamètre bi-pariétal :

Activité cardiaque :

Mouvements actifs foétaux :

Trophoblaste :

CONCLUSION

Terme échographique (S.A.) :

Date du début de grossesse :

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE II^{me} ET III^{me} trimestre

xliii

Echographiste : Date de l'examen :

Début de grossesse : Age gestationnel :

BIOMETRIE Bipariétal :
D.A.T. :
Fémur :

MORPHOLOGIE ENCEPHALE : Ventricules :
Fosse postérieure :
Septum Lucidum :
MASSIF FACIAL :
COU : Epaisseur nuque :
PROFIL : Os propres du nez :
RACHIS :
ABDOMEN : Paroi :
Estomac :
Reins :
Vessie :
CŒUR :
DIAPHRAGME :
MEMBRES : 4 membres à 3 segments :
Mains :
Pieds : Pied / fémur :

VITALITÉ Mouvements actifs : Mouvements respiratoires :

PRESENTATION

ANNEXES Liquide amniotique : Cordon :
Placenta :

CONCLUSION

CONSULTATION

xliv

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

xlv

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

xlvi

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

xlvi

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

xlvi

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

xlix

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

CONSULTATION

Date : Examineur : AG :
MAF Signes Fonct. HTA Poids :
Métrorragies Signes urinaires TA
CU Autres S :
A :

EXAMEN OBSTETRICAL

HU BC Présentation
TV Spéculum
Œdèmes Varices
Examens complémentaires : Traitement :

HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE

Entrée le : Heure : par :

Service :

Sur demande Médecin service Autre médecin

Urgence - SAMU

Entrée programmée oui non

Motif :
.....
.....
.....

Diagnostic principal :
.....
.....

Diagnostic secondaire :
.....
.....

EXAMEN

Poids : + Kg TA S :
Œdèmes Température : A :
J BC CU

Présentation :
/ :
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....

OBSERVATIONS

A series of horizontal dotted lines for writing observations.

HOSPITALISATION

Admission en salle de travail

lv

Admise le : Heure : par :

Prénommée :

Sur demande Médecin service Autre médecin

Urgence - SAMU

Admission programmée oui non

Diagnostic principal :

Diagnostic principal :

Diagnostic secondaire :

AMEN

Poids : + Kg TA S :

Tension artérielle : Température : A :

Fréquence cardiaque : BC CU

Présentation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REMARQUES

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

A series of horizontal dotted lines for writing observations.

res de la journée
Act DC

1h

2h

Haute mobile - 6	Dilatation	10		
Mobile - 4		9		
		8		
Amorcée - 2		7		
		6		
Fixée 0		5		
Engagée PH		4		
PM + 2		3		
	2			
PB + 4	1			

ésentation

ICF BDC
CU

T° TA

mportement maternel

ol
d E
Quantité
couleur

nalgésie
éinjection

nérapeutique

9h

10h

11h

12h

--	--	--	--	--

ACCOUCHEMENT le à h
par

Lx

DECLENCHEMENT spontané provoqué
maturation cervicale ocytotiques

RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX

RAM RSM Rupture > 12 h
couleur du LA

TRAVAIL

Nombre d'unités syntocinon Antispasmodiques
Utérus cicatriciel Hyperthermie
Toco interne Scalp
Durée de dilatation : ERCF : Normal
Ralentissement
Bradycardie
Tachycardie

MODE D'ACCOUCHEMENT

Durée d'expulsion :
Présentation OP OS Siège Autre
ERCF : Normal Ralentissement
Césarienne Forceps

DELIVRANCE

Mode : Beudeloque Duncan
Heure Cordon Artères
Veine
Spontanée DDC DA RU
Motif :

PERINEE

Intact Episio
Déchirure simple Complète Compliquée
Suture par

ANESTHESIE

Péridurale Rachi Générale Locale
par

ENFANT

lxi

NOM : Prénom : Sexe:
 Poids T..... PC..... PT
 Groupe RH..... Coombs

ETAT A LA NAISSANCE

cri immédiat mort-né malformation
 prématuré hypotrophique post-mature
 Emission : Meco Urine Vernix

APGAR

	0	1	2	< à 1 mm	< à 3mm	< à 5 mm
Cœur	absent	<100	>100			
Respiration	absente	hypo-ventilation cri faible	bonne cri vigoureux			
Tonus	flasque	légère flexion extrémités	bonne flexion			
Réflexes (stimulation)	pas de réponse	léger mouvement	cri			
Couleur	bleu ou blanc	corps rose extrémités cyanosées	tout rose			
				TOTAL		

Désobstruction
 Réanimation
 Transfert

EXAMEN NOUVEAU NÉ

..... par

itanelles

rité buccale

rate

clavicules

ombilic

ital

anus

hanches

pieds

us

Moro

préhension

redressement

ur

poumons

yeux

hrie - toxo - hypothyroïdie fait le

tie - Alimentation

.....
.....
.....

POST PARTUM

itement oui non

maglobulines oui non

blème particulier

men de sortie

.....
.....
.....

es pendant le séjour (codes)

CF :

ographie :

ioscopie :

Déclenchement :

Accouchement ::

Délivrance :

Périnée :

Anesthésie :

EXAMEN POST NATAL

Le par

Retour de couches - Date

Allaitement

Examen :
.....
.....
.....
.....
.....

Contraception :
.....
.....
.....

Rééducation périnéale :
.....
.....
.....

ANNEXE VII

FORMULAIRES POUR LES ACCOUCHEMENTS

1° change le :
1° mise au sein le :
Méco :

à heures par
à heures par
urines :

Guthrie le :
PD - PG par

Date. Heure soignant	Poids	T°	Observations	Tétés	Dextro	Vit K 3 gtes Naiss
						24 H ----- à partir J3 Uvestérol

ACCOUCHEE

Chambre

Madame :

Enfant :

Age :

Père :

Geste :

Mère

Groupe

Rh

Enfant

Groupe

Rh

Coombs

Anti D :

TCP :

Date accouchement :

Accouchement :

Délivrance :

Périnée :

APD :

Allaitement :

The image shows a large, empty table structure. It consists of a vertical line on the left side and four horizontal lines that divide the page into five rows. The top row is the narrowest, followed by a wider middle row, and then two more rows of varying widths at the bottom. The entire table area is blank, with no text or data inside.

le

DECLARATION DE NAISSANCE N°

Le 199 à Heures Minutes

est n é(e) à la Maternité du Centre Hospitalier

Prénoms

du Sexe

de (Prénoms et Nom)

Né à Le

Profession

et de (Prénoms et Nom)

Née à Le

Profession (Son épouse)

Domiciliés à (Commune)

Rue N°

qui déclare(nt) le (ou la) reconnaître

qui l'ont reconnu(e) le , en cette Mairie

ou la Mairie de

Date et lieu de Mariage :

Date de naissance des autres enfants :

Déclaré(e) le 199 à Heures Minutes

La Sage-femme, le Père, la Mère, P/Le Directeur,

SERVICE MATERNITÉ

NOM : Prénoms :

Date de naissance : Heure :

MOIS 19 Chambre n° Lit n°

MADAME :

Poids à la naissance : APGAR :

DATES																				
U	TA	P	T ₁	AC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
2500	75	120	42°																	
2000	20	110	41°																	
1500	15	100	40°																	
1000	10	90	39°																	
500	5	80	38°																	
200		70	37°																	
		60	36°																	
		50	35°																	
LABORATOIRE																				

MÉDICAMENTS

ACCOUCHEMENT,

DÉLIVRANCE

PARITE :

Alimentation :

lait } Maternel :

Artificiel :