

La profession de sage-femme

On ne peut aborder le contexte actuel de la formation des sages-femmes sans se confronter à l'histoire de cette profession et sa transmission au cours des âges car « *le défaut d'histoire empêche de donner du sens (ou une visée) à ce que l'on observe. Il amène à confondre les niveaux de contextes et les échelles de temporalités* » [LOUART-2005]. Cette historicité, dans toutes les acceptions du terme, est incontournable du fait même que la sage-femme a toujours participé et participe toujours à la naissance de chaque membre de la communauté humaine, conjuguant un rôle médical et social, à l'image d'une « *figure très ancienne de femme soignante* » [DUBESSET-1995].

Cette rétrospective, aussi brève soit-elle, permet d'approcher les mécanismes successifs qui ont contribué à l'élaboration du présent et permettent d'entrevoir l'avenir car « *le passé est aussi ce qui a été présent et contribue à nous ancrer dans le présent, grâce à un processus de « rétention » et de « réactivation »*.Certes, l'histoire n'exclut pas la continuité, seulement celle-ci n'y est plus

¹⁵²CASTELAIN-MEUNIER, C. (2001) *La complexité contemporaine de la répartition et de la prise des places parentales* in La problématique paternelle Sous la direction de ZAUCHE-GAUDRON,C . Eres p : 121-143

assurée par l'éclosion progressive de ce qui était déjà présent, mais par la vertu d'une rupture qui est le fait d'une liberté. La liberté est ce pouvoir que nous avons de nous mettre à distance du passé, pour le faire apparaître tel qu'il fut, ce qui ultérieurement, nous permettra de prendre position à son égard, soit pour le réassumer, soit pour le récuser » [DONDEYNE -1956]. Nous aborderons donc cette historicité comme :

- Caractère d'un fait, d'une personne qui appartient à l'histoire, dont la réalité est attestée par elle.
- Dimension historique, temporelle de l'existence en situation (entrée philosophique, existentialisme)
- Ensemble des facteurs qui constituent l'histoire d'une personne et qui conditionnent son comportement dans une situation donnée (entrée psychologique)¹⁵³

Cependant cet aspect rigoureux ne doit pas faire oublier que l'histoire peut aussi s'écarter de la véracité des faits, les petites histoires, les légendes ... permettant parfois de traduire de façon imagée, les représentations sociales, le sens que l'on donne à un événement ... abordant une anthropologie culturelle [DEBRAY-1997]. Ces éléments se rapportent plus à la notion de mémoire qui, parce qu'elle repose sur un vécu, est passionnelle, bâtie sur une sélection de faits et d'émotions, pouvant être partiellement amnésique ; ce patrimoine cérébral, bien que subjectif, est à prendre en compte puisqu'il contribue à nourrir, au niveau individuel mais surtout collectif, les représentations et argumenter des actions. Cette attention au passé nous semble pertinente puisque *« chercher à retracer les fondements des savoirs professionnels constitue un enjeu essentiel, à la fois pour bien comprendre le processus d'apprentissage professionnel et plus largement pour analyser la genèse des pratiques d'enseignement. Les fondements de ces savoirs professionnels, organisés en systèmes de référence, voire en système d'influence, semblent aussi interagir entre eux à la fois de manière complémentaire et opposée » [MAUBANT, ROGER-2012].*

Nous tenterons de démêler ce qui relève de l'histoire, à priori rationnelle, de ce qui relève de la mémoire, plus affective, mais au combien importante dans la profession de sage-femme. Cette attention est d'autant plus capitale que *« la médecine et l'histoire sont les plus anciennes, les plus vénérables des sciences humaines. Mais elles contiennent, l'une et l'autre, tout autre chose que la science : Elles sont quête d'identité, identité qui passe par le corps pour la première, identité qui passe par la mémoire pour la seconde. Elles ont beaucoup à se dire. Leur dialogue, passionnant, ne fait que commencer » [KNIBIEHLER-1984].*

L'obstétrique, et peut-être encore plus la maïeutique, sont des domaines médicaux qui côtoient l'anthropologie, les sciences politiques et sociales, la philosophie...L'environnement de la

¹⁵³Centre national des ressources textuelles et lexicales (CNRTL)

naissance est révélateur des coutumes, des croyances, des mentalités d'une époque et ceux qui y participent s'inscrivent dans un contexte socioculturel et donc historique évolutif [LEROY-2001]. Pour GELIS(1988) " *la société a l'accouchement et la naissance qu'elle mérite ... la naissance témoigne pour une société ; pour le meilleur et pour le pire* ". Cette osmose entre naissance et société contribue au caractère à la fois constant et mouvementé de l'histoire de la profession de sage-femme : Bénéficiant d'une notoriété et d'un monopole sur la monde de la naissance, puis condamnée par l'Eglise, phagocytée par les médecins, malmenée par les pouvoirs publics, plusieurs fois menacée de disparition, elle manifeste aujourd'hui plus que jamais son existence et revendique son rôle essentiel dans un phénomène humain qui la dépasse : La naissance. Mais la profession n'a pas toujours su se préserver, n'anticipant pas la révolution industrielle et l'attraction des villes, s'enlisant dans des conflits de genre, ne faisant pas toujours preuve de cohésion professionnelle...

Sage-femme : équilibriste à la frontière des antagonismes

Une même activité mais un foisonnement de termes pour désigner celle qui aide une femme à mettre son enfant au monde, sont la traduction d'une histoire professionnelle relativement tumultueuse. Teintée d'ésotérisme, d'expression populaire puis d'un caractère scientifique, l'évolution lexicale française amène la ventrière à devenir sage-femme. L'accompagnement de la femme qui accouche passe de la fonction sociale à la profession [CHARRIER, CLAVANDIER-2013].

Dans l'Antiquité, *obstétricis* désigne la sage-femme depuis PLAUTE, celle qui est debout devant alors que le terme d'obstétrique n'apparaît qu'en 1803 en France. Accoucheuse en Gaule, elle assure des fonctions religieuses avec des druides et des druidesses. Dérivé du latin *venter* (ventre), le terme de ventrière apparaît au treizième siècle. Au quatorzième siècle, les termes de *medica* et de *matrone* y sont adjoints. *Matrone* vient du latin *mater, matris* (mère) et désigne la sage-femme jusqu'à la fin du dix-septième siècle. Elle est définie par FURETIERE en 1690 dans son dictionnaire Universel¹⁵⁴ comme étant « *celle qu'on appelle proprement sage-femme, qui a étudié en Anatomie, qui est examinée par les juges de police par les Officiaux, dont chacun d'eux lui donne une commission et un titre pour pouvoir accoucher les femmes enceintes, visiter les filles déflorées et ceux qu'on accuse d'impuissance, pour être juges de congrès et en faire rapport en justice, où à cet effet elles font serment.* »

Sage-femme, celle dont la profession est d'assister les femmes en couches, existe en français depuis 1375 ; *sage, saige, saive* proviennent du latin *sapien* issu lui-même du verbe *sapere* (savoir) et sage-femme désigne donc celle qui est avisée, ayant la connaissance des choses, experte, habile dans son art.

¹⁵⁴ Cité par M.LENOBLE-PINSON et F.LEROY dans les dessous étymologiques de la sage-femme.

Dans les pays frontaliers les références étymologiques sont différentes :

- En Italie, *levatrice* (celle qui soulève) a remplacé le terme *commare* (commère) ou *raccogliatrice* (celle qui ramasse).
- En Espagne, *comadrona* ou *comare* ou *matrona* ou *partera* (issu du mot partu : accouchement) sont diversement utilisés.
- En Angleterre, *midwife* comprend le mot *mid* (avec) introduisant la notion d'accompagnement.
- *Hebamme* dérivant de *heben* (tenir) et grand-mère (*ana*) est utilisé en Allemagne et *vroedvrouw* issu du mot *vroed* (*prudent*) en Hollande.

Sage-femme en culotte, man-midwife, maïeuticien, parturologue : ces différents termes traduisent la difficulté, qui ne date pas de 1970, pour désigner d'un nom masculin la sage-femme... « Sage-femme version mec »¹⁵⁵

Au-delà de l'évolution sémantique, l'actualité de la sage-femme trouve ses racines dans son histoire et son avenir ne peut en aucun cas nier les traces laissées par le passé.

4.1 Au fil du temps

L'antiquité : le sacré et la médecine laïque.

Parce qu'elle participe à l'acte fondateur de la vie, la sage-femme tient une place privilégiée et respectée tant sur le plan civil que religieux. L'activité des sages-femmes constitue sans doute une des professions féminines les plus anciennes et les plus répandues dans le monde antique. En Égypte, même si la sage-femme perd le rôle divin du temps prédynastique¹⁵⁶, elle est reconnue et autonome, membre d'une corporation tout comme les médecins et ce dès 1320 avant Jésus Christ¹⁵⁷. L'enseignement de l'obstétrique et de la médecine est effectué dans les « Maisons de Vie »¹⁵⁸ associant le médical et le religieux. Le rôle des sages-femmes est souvent confondu avec celui des femmes médecins¹⁵⁹, ou ayant des connaissances médicales, femmes pouvant être esclaves ou de libre naissance [DIMOPULOU-1999]. En Grèce, le sacré et le rationnel se côtoient : Afin d'honorer Artémis, déesse des accouchements, la sage-femme doit avoir fait preuve de sa fécondité et ne plus avoir l'âge de concevoir. Même si les statuts de la femme et des sages-femmes ont connu, durant l'antiquité grecque, des variations importantes, on retrouve une place privilégiée des « donneuses

¹⁵⁵ Comme aime à se présenter un de nos confrères

¹⁵⁶ Intermédiaire d'Isis-Hathor

¹⁵⁷ La Bible, Op. Cit. Exode

¹⁵⁸ Annexe des temples où sont formés les scriptes

¹⁵⁹ Meryt-Ptah (2700 avant JC) 1^{ère} femme de l'histoire mentionnée comme médecin

de vie » avec tout à la fois un pouvoir surnaturel (prêtresse, Olympias¹⁶⁰) mais aussi une assise quasi médicale au travers de la « maïeutique » transmise par PHENARETE, mère de SOCRATE et les traités de technique obstétricale et de pédagogie d'ASPASIE¹⁶¹. Cependant la séparation eutocie, pathologie, et de fait celle entre sage-femme et médecin, est proposée par HIPPOCRATE et ses disciples, dans son traité sur la grossesse et les accouchements, et posée comme dogme par GALIEN¹⁶² où la femme est subordonnée à l'homme. Cependant GALIEN décrit minutieusement le travail de la sage-femme (*maia/maeutria*), notamment le toucher vaginal apportant de précieux renseignements obstétricaux ou gynécologiques [BACALEXI-2005]. Au temps d'HIPPOCRATE « *la coupeuse de nombril sait éveiller les douleurs de l'enfantement ou les adoucir, délivrer les femmes qui ont de la peine à accoucher ou bien faciliter l'avortement de l'enfant quand la mère décide de s'en défaire* » [ROUSSELLE-1983]¹⁶³. L'obstétricie grecque (médecine des femmes) rayonnera sur l'ensemble du bassin méditerranéen influençant Rome, les hébreux puis les arabes.

Même si la femme est sous le joug masculin, la société hébraïque donne une place privilégiée aux sages-femmes, semblant intervenir plus particulièrement en cas de dystocie, la transmission de leur savoir se faisant de mère en fille ou de sage-femme à sage-femme. Cette dichotomie entre patriarcat tyrannique et reconnaissance de celles qui aident à donner la vie se retrouve à Rome ; les sages-femmes, obstétricie *medicae*, organisées en corporation (*nobilitas obstetricum*), sont respectées tant du fait de leur instruction que de leur expertise, y compris devant les tribunaux¹⁶⁴. Là encore des écrits comme le traité sur les maladies des femmes (SORANOS d'Ephèse et MOSCHION ou MUSCIO son élève) constituent des références de qualité sur l'Art des accouchements. L'un comme l'autre insiste sur la nécessité que les sages-femmes doivent savoir lire pour acquérir les principes théoriques de leur Art devenant ainsi des professionnelles « parfaites » (*teleiai*) [BACALEXI-2005, DIMOPOULOU-1999]. AURELIANUS, cité par DIMOPOULOU (1999) définit la sage-femme en ces termes : « *La sage-femme est une femme instruite de toutes les maladies féminines, d'un grand savoir médical, capable de soigner comme il convient toutes les affections, ni agitée, ni avare, mais raisonnable, sobre et discrète, non superstitieuse et sachant diriger avec sollicitude les femmes en couches. En outre, elle sera compatissante, solide, chaste, ingénieuse, calme et réfléchie* ». La sage-femme prend en charge la santé de la mère et de l'enfant et dispense de nombreux conseils médicaux sur le plan gynécologique y compris en matière de stérilité et fertilité. Cependant les textes

¹⁶⁰ Les seules à avoir accès au corps des femmes

¹⁶¹ Maitresse de Périclès : dans le chapitre XII du livre IV du TETRABILION, recommandations aux femmes enceintes en matière de voyage, d'hygiène de vie ; conseils afin d'éviter les exercices violents, les fatigues psychiques, le stress.... Explications pour « les soins consécutifs à l'expulsion du fœtus » et selon le Pr M.HERGOTT dans les annales de gynécologie de 1882, la façon de pratiquer la version fœtale. Son œuvre a été mis en doute par plusieurs auteurs mais P.LUCCIONI, dans son article « Aspasia : une gynécologue d'époque impériale » défend son existence.

¹⁶² Claudius Galien (131-201)

¹⁶³ |VG non puni en Grèce sous Périclès

¹⁶⁴ Loi Cornelia : rôle d'expert devant la justice

relatent aussi des pratiques de sages-femmes fortes éloignées des recommandations posées. Leur responsabilité est reconnue lors de décès survenus après administration de certaines thérapeutiques donnant lieu parfois à des dédommagements vis-à-vis des héritiers, tout comme leur rémunération faisant l'objet de texte législatif [DEMOPOULOU-1999].

La période dite « Alexandrine », de 323 à – 30 après HIPPOCRATE, sera marquée par une émancipation des femmes en Asie mineure, Grèce, Egypte et Italie, leur permettant d'accéder à un haut niveau intellectuel en matière de philosophie, mathématiques et médecine.

Le Moyen âge

La chute de l'Empire Romain, la succession des invasions barbares contribuent à amenuiser voire faire disparaître la transmission écrite dans le domaine médical. La médecine dans son ensemble s'enferme dans les monastères et seules les guérisseuses et les matrones trouvent une place dans la société civile. L'Eglise s'empare totalement de la maternité, pour lui donner une dimension « sociale, spirituelle et non charnelle » [KNIBIEHLER-1997] à l'image de la Vierge Marie. Ainsi la grossesse peut être glorifiée, exempte de tout péché mais tout autant dénoncée lorsque le comportement de la femme est confondu avec celui d'Eve, pécheresse, punie par la douleur lors de l'enfantement. La spiritualité domine, les pratiques magico-religieuses se développent ; la transmission orale d'un savoir empirique devient la base de l'apprentissage.

Bien que les femmes ayant des connaissances médicales soient reconnues au début du christianisme, cette même religion les pourchasse et les condamne, l'obscurantisme religieux contrastant avec la richesse du Moyen Age. « *Le problème est de savoir si la femme doit être rangée parmi les êtres raisonnables ou parmi les brutes, si elle a une âme et si elle fait réellement partie de l'humanité* » : Telle est la question du concile de Macon en 581. Les sages-femmes cumulent les sujets de crainte : Elles sont femmes ayant un pouvoir de guérison sur un corps méprisable habité par le diable... elles peuvent tuer et contrôler la procréation... Pour CESBRON et KNIBIEHLER (2004) « *les sages-femmes règnent à leur manière sur la reproduction humaine.... L'accoucheuse est un personnage central : confidente, et conseillère des femmes, elle apporte son aide à tous moments, et celle aussi qui prépare les morts pour la sépulture. L'Eglise s'efforce de placer sous contrôle cette puissance redoutable.* » Cibles religieuses en Europe, elles sont dans les civilisations byzantines (du quatrième au quinzième siècle) et arabes (du septième au treizième siècle) reconnues et ont accès à des enseignements de qualité [DALL'AVA.J, SANTUCCI.D- 2004] faisant perdurer ainsi l'héritage gréco-romain associé aux améliorations mauresques.

Ce n'est qu'au dixième siècle, que le monde occidental renoue avec la culture notamment par l'accès à la culture arabe (croisades) et la redécouverte de la culture grecque. L'Italie avec

l'université de Salerne permet à TROTULA¹⁶⁵, "Sapiens matrona, muliersapientissima" (sage-femme expérimentée, femme très savante), "sapiens mulier de magistra" (sage-femme professeur) [LEROY-2001], d'enseigner l'art obstétrical à partir d'écrits mauresques. En 1253, la première université française naît à Montpellier suivie par celle de Paris. Durant cette période, la distinction sage-femme et médecin ne semble pas être nette, le terme sage-femme, prenant le pas sur celui de ventrière, traduisant, de par son étymologie, l'intelligence, le jugement, la prudence, le bon sens, la science et le savoir. Les écrits sont rares mais on peut cependant retrouver des traces de savoir obstétrical dans des ouvrages monastiques.¹⁶⁶

Malheureusement, de nouveau, surtout en France, dès le treizième et quatorzième siècle, la domination de l'Eglise Catholique ainsi que la méfiance des médecins à l'égard des femmes « savantes », guérisseuses, interdit l'accès à la connaissance venue d'ailleurs, et, par le biais de l'Inquisition, associe savoir laïque à sorcellerie. La chasse aux hérésies, par le pouvoir d'Etat soutenu par l'Eglise et avec en partie la complicité de certains médecins, est l'argumentation qui prévaut jusqu'au début du dix-septième siècle, neutralisant ainsi le savoir empirique essentiellement détenu par des femmes. MICHELET¹⁶⁷ dénonce les outrances judiciaires et l'inquisition à l'égard des femmes et des sages-femmes en particulier. Il cite notamment Le *Malleus Maleficarum* de SPRENGER et KRAMER¹⁶⁸ affirmant que ce sont "*les femmes les principales à souffrir d'addiction au mal*" car "*toute sorcellerie vient du désir charnel, lequel est chez les femmes insatiable*" et que "*personne ne fait plus de tort à l'église que les sages-femmes*" leur pouvoir menaçant la suprématie du clergé.

Deux siècles marquent une période d'obscurantisme, surtout dans les campagnes, le certificat de moralité prévalant sur toute forme de science et de compétence : Les matrones savent baptiser même in uterocompensant une mortalité maternelle et infantile souvent comprise comme une volonté divine mais alimentant tout autant « *la conception du corps des femmes comme un corps malade justifiant efficacement l'inégalité des sexes. Le sain et le malsain fonctionnent comme des catégories de pouvoir* ». ¹⁶⁹

Jusqu'au seizième siècle, on ne retrouve aucune trace mentionnant une organisation spécifique de la profession de sage-femme. Par contre, des médecins français (De VALLEMBERT, GUILLEMEAU, VALLERIOLE) reprenant les textes antiques de GALIEN, soulignent volontiers les fautes et l'ignorance des sages-femmes notamment lors de l'accueil du nouveau-né, les rendant

¹⁶⁵TROTULA de Salerne (Trotula di Ruggerio) ? – 1097 Obstétricienne du XIe siècle, femme médecin de l'école de Salerne ; on lui attribue plusieurs ouvrages traitant de la santé des femmes regroupé sous le nom de "Trotula". Trotula dirige pendant un certain temps l'école de Salerne, qui fait exceptionnel pour une femme occupa la chaire de médecine. »de mulierum passionibus ante et post partum »

¹⁶⁶Hildegarde de Bigen, abbesse bénédictine (1098-1179), médecin

¹⁶⁷MICHELET, J(1882), « Sorcières » Flammarion édition 1993, 314p

¹⁶⁸Deux prêtres dominicains du 15^{ème} siècle

¹⁶⁹www.humanite.fr/societe/elsa-dorlin-le-feminisme-pour-ambition-de-revoluti-547111#sthash.tlCRfaEX.dpuf

responsables de malformations néonatales [BACALEXI-2005] ; réalité constatée ou expression de la rivalité médecins -sage-femme ? Ces attaques montrent l'ambiguïté de la situation des sages-femmes qui oscille entre l'incompétence technique et la méconnaissance livresque reprochées aux matrones mais aussi la reconnaissance d'un pouvoir lié aux activités dépassant largement le cadre strict de la grossesse: Soins aux nouveau-nés, expertises médicales lors d'avortement, d'impuissance, de viol... GELIS (1988) situe l'émergence du métier de sage-femme tout d'abord en Flandre, Bourgogne et Alsace, dans les villes importantes. Elle se traduit par la création de charges municipales : A Paris, en 1560, les sages-femmes ont un niveau de connaissances médicales validé et sont rattachées au Collège de Chirurgie, qui leur décerne un diplôme après un examen passé devant les maîtres de cette corporation. Les meilleures élèves sont issues de l'Office des accouchées de l'Hôtel-Dieu qui sera le fondement de l'obstétrique moderne ; en province, le certificat d'apprentissage est loin d'être gage de compétence celui de moralité étant plus important ; les autorités religieuses et civiles recueillent alors un serment comprenant aussi bien des recommandations professionnelles que des obligations morales dans la vie privée.

L'accès à des connaissances médicales et surtout obstétricales est difficile. Le premier livre « imprimé » en langue française et consacré à la grossesse et à l'accouchement, parait en 1516 à Paris. Traduction d'un ouvrage allemand¹⁷⁰, cette compilation de textes anciens (notamment le *Gynaecia* de SORANOS) connaît un vif succès car compréhensible (langue vulgaire) et illustré. Cependant, ce premier manuel ne fait mention d'aucune avancée scientifique depuis l'antiquité gréco-latine, unique référence pour la faculté de médecine de Paris et ce jusque la Révolution française, seule, la faculté de Montpellier, osant avancer des théories plus modernes [SEGUY-2010].

Le 17^{ème} siècle

En occident, sauf en Italie (l'Italie n'a jamais fermé ses universités aux femmes), la formation en gynécologie-obstétrique est médiocre ; en Angleterre les sages-femmes sont critiquées pour leur manque d'hygiène, leur incompétence et leur cupidité ; aux Amériques où les premières praticiennes émigrent vers 1630, le contrôle et l'enseignement d'obstétrique sont inexistantes jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle.

Même si à partir de 1630, les « apprentisses » sages-femmes peuvent effectuer un stage de trois mois à l'Hôtel Dieu à Paris, l'enseignement théorique à la faculté de médecine leur est refusé ; le doyen préside aux examens mais les chirurgiens refusent de donner des cours. La formation s'acquière sur le tas, surtout lors de situations dystociques où la présence obligatoire permet de tirer

¹⁷⁰ « Des divers travaux et enfantements des femmes » titre français de Der swangernfrawenundhebammenroszgarten-le jardin des roses des femmes enceintes et des sages-femmes, d'Euchaire ROSSLIN, sans doute plus traducteur qu'auteur : traduction d'un ouvrage de Michel SAVONAROLE de padoue (1440)

des leçons et de renforcer le savoir expérientiel. Cependant la « salle des accouchées » est considérée comme la meilleure école de formation sur les accouchements d'Europe. Même si la durée de l'apprentissage passée à trois ans en 1675 ne fut jamais appliquée, « *les instructions familières pour les sages-femmes* » constituent une théorisation écrite de qualité.¹⁷¹

Le premier livre de pédagogie peut être attribué à Louise BOURGEOIS dite BOURSIER¹⁷², décrivant un savoir clinique et présentant des conduites à tenir face à des urgences. Cette accoucheuse, comme l'analyse GELIS (2009), est « *une sage-femme entre deux monde* ». Vivant à une époque charnière tant sur le plan sociétal que médical, elle est l'initiatrice de la transmission écrite d'un savoir, prenant appui sur des cas concrets issus de sa propre expérience et commentés afin de transmettre les bons principes à celles qui se destinent à devenir sages-femmes: « *Je [suis] la première femme de mon art qui mette la plume en main pour descrire la cognoissance que Dieu m'en a donnée, tant pour faire cognoistre les fautes qui s'y peuvent commettre, que les moyens plus propres pour le bien exercer* »¹⁷³. Fièrre de sa profession, elle demeure consciente non seulement des limites de son savoir (« *Mon art gisait en expérience, plus qu'en science* ») mais aussi de la dangerosité de certaines de ces collègues: « *Il vaut mieux vivre entre les mains d'un chirurgien entendu et hardi que de mourir entre celles d'une sage-femme ignorante et téméraire qui croit que le temps doit apporter issue au mal comme au bien* ». Son souci est d'apporter de l'aide aux parturientes, d'éviter des situations dramatiques. Cette démarche passe par le savoir obstétrical, des connaissances scientifiques¹⁷⁴ et une nécessaire collaboration entre médecins et sages-femmes: La pratique des sages-femmes sert de base à l'enseignement des médecins qui ne peuvent pour l'instant approcher le corps des femmes mais qui apportent des connaissances chirurgicales.

Cependant, suite à une mort maternelle à la cour¹⁷⁵, Louis XIV fait appel à un chirurgien: L'argument de la décence tombe ... les sages-femmes n'ont plus le monopole de la naissance. Les premiers accoucheurs auront le surnom de sages-femmes en culotte.

Fin du XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle.

La France est essentiellement rurale et les matrones représentent donc la majorité des sages-femmes; seules les villes connaissent des praticiennes rémunérées avec une formation reconnue, alimentant ainsi l'opposition ville-campagne [GELIS-1977].

¹⁷¹ Ouvrage de Marguerite Du Tertre, sage-femme en chef de la maternité de l'Hôtel Dieu

¹⁷² Née en 1563-1636

¹⁷³ Louise BOURGEOIS, Observations diverses sur la sterilité, perte de fruit, foecundité, accouchements et Maladies des femmes et enfantz nouveaux naiz. Amplement traitées et heureusement pratiquées par Louise Bourgeois dite Boursier sage femme de la Roine. Oeuvre utile et necessaire à toutes personnes (Paris, Mondière, 1626). Les Observations diverses ... de Louise Bourgeois ont été republiées à Paris, Côté-Femmes Editions, en 1992, avec une préface de F. Olive

¹⁷⁴ Elle demande aux médecins l'autorisation pour les sages-femmes d'assister aux démonstrations anatomiques.

¹⁷⁵ Mort de la Duchesse d'Orléans, survenue en mettant au monde celle qui allait être la Grande Mademoiselle

Au-delà de leur fonction d'assurer les accouchements, elles peuvent aussi, dans certaines villes, recueillir les « filles-mères » qui ont fait une exposition de grossesse, dans le but d'éviter les infanticides [REBOUL-2003]. Elles ont donc une fonction sociale (protection de l'enfant) voire religieuse puisqu'elles sont habilitées à administrer le baptême en cas de risque de mort prématurée de l'enfant. Ce double pouvoir, de vie et de mort et de salut de l'enfant, explique l'implication des autorités religieuses et publiques dans la formation des sages-femmes les incitant à suivre des cours d'accouchements par des « desmonstrateurs » royaux mais aussi une formation religieuse.

Petit à petit, la rivalité entre médecins et chirurgiens, qui seuls furent progressivement autorisés à assister à la formation dispensées aux apprentisses ainsi que l'incompétence des sages-femmes rurales au savoir empirique, encouragent la création du corps des chirurgiens accoucheurs. MAURICEAU est le premier à vivre de sa seule pratique obstétricale.

« *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes – Et de l'obligation aux mères de nourrir leurs enfants* »¹⁷⁶ -1707- est un plaidoyer en faveur des sages-femmes (formées) qui s'oppose à la pression des chirurgiens accoucheurs intervenant de plus en plus souvent lors des accouchements dystociques, pratique renforçant leur pouvoir. L'instrumentalisation des naissances difficiles (pratiquée par les maitresses sages-femmes depuis un siècle) est le prétexte à l'intervention chirurgicale de plus en plus fréquente.¹⁷⁷

L'incompétence des matrones alimentant le dénigrement de la profession ainsi que la prise de conscience des pouvoirs publics, d'une nécessaire protection des mères et des enfants, imposent une formation des accoucheurs et des sages-femmes. « *Le dernier quart du dix-septième siècle est une période d'intérêt grandissant pour l'art obstétrical et encore plus pour sa transmission* » [SAGE-PRANCHERE-2009] et de nombreux mémoires sur la nécessité de former des accoucheuses sont produits. Ils prônent entre autre, l'utilité de cours d'accouchements, le besoin de structures de formation et l'usage de mannequin pour un apprentissage du geste juste. L'enseignement itinérant d'Angélique LE BOURSIER DU COUDRAY, sage-femme expérimentée et reconnue, va être la réponse à un problème de santé publique : Durant un quart de siècle, pédagogue elle formera 5000 sages-femmes et plusieurs centaines de médecins à l'aide d'un mannequin de démonstration : Femme artificielle , invention approuvée par l'Académie des Sciences ; le 18 Aout 1767, elle est chargée par une ordonnance de faire « *des cours dans toutes les provinces du royaume contre un traitement annuel de 80000 livres* ». Cette embellie est de courte durée faute de moyens financiers, d'incoordination institutionnelle. La multiplication d'ouvrage sur l'art obstétrical¹⁷⁸ se heurte à

¹⁷⁶ HECQUET, P. (1707) *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes – Et de l'obligation aux mères de nourrir leurs enfants*. Indigo. Coté-femmes édition 1990, 182p

¹⁷⁷ Au XIXème siècle, 40% des accouchements se font par forceps dans les hôpitaux des grandes villes

¹⁷⁸ « Le catéchisme sur l'art des accouchements pour les sages-femmes de la campagnes » d'Anne-Amable Augier du Fot-soissons 1775-

l'illettrisme dans les campagnes et la pénurie de sages-femmes compétentes est criante. Pourtant des réformes sont envisagées notamment suite au rapport fait par TENON¹⁷⁹ qui s'intéresse aux femmes enceintes et aux accouchées.

Mais la Révolution Française, qui pouvait laisser entrevoir une place de citoyenne pour les femmes et un espoir de les voir un jour admises aux portes du savoir, laisse la France à la fin du dix-huitième siècle dans un état sanitaire totalement délabré : Le recours aux ordres religieux soignants n'existe plus, les corporations et universités sont déstructurées¹⁸⁰. Les femmes en sont les premières victimes malgré des dénonciations fortes.¹⁸¹ C'est le comité de mendicité qui doit gérer la question hospitalière et faute de moyens, malgré des projets ambitieux, la concrétisation est faible. Cependant la loi de juin 1793 pose comme principe celui de l'assistance à toutes les femmes en couches, mariées nécessiteuses ou filles mères : Ce principe ne sera plus jamais remis en cause. [BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 1999].

Le XIXème siècle.

Le Consulat puis l'Empire reprennent des projets réformateurs et façonnent les contours d'une carte sanitaire et une réglementation des professionnels de santé : médecins, chirurgiens, sages-femmes¹⁸² et officiers de santé. Le 1^{er} avril 1807 le préfet de la Seine arrête « *la liste des médecins, chirurgiens, docteurs en médecine et en chirurgie, officiers de santé et sages-femmes qui ont fait enregistrer leurs titres* » et recense ainsi 743 praticiens et 165 sages-femmes.¹⁸³ Dans la lignée de Mme DU COUDRAY, deux sages-femmes vont se distinguer : Marie Louise LACHAPELLE et Marie-Anne-Victoire GILLAIN BOIVIN. Rivale de la précédente, cette dernière produit le « Mémorial des accouchements » ; elle s'intéresse essentiellement à l'étude et la recherche. Ses ouvrages sont traduits en plusieurs langues et est faite docteur honoris causa par l'Université de Marbourg. Pour la petite histoire, en 1818 la Société de Médecine de Paris propose aux auteurs médicaux un sujet portant sur les hémorragies utérines ; sous un pseudonyme son travail est couronné mais Marie BOIVIN ne sera jamais admise à l'Académie qui vante pourtant ses mérites.

Les efforts de Mme LACHAPELLE¹⁸⁴, soutenue par CHAPTAL¹⁸⁵ et BAUDELOCQUE¹⁸⁶, permettent à la profession de sage-femme d'être à nouveau reconnue et valorisée en France. Elle

¹⁷⁹ Jacques TENON (1724-1816) précurseur de la Médecine Sociale

¹⁸⁰ La convention ferme toutes les facultés de médecine sous prétexte de liberté : tout a chacun peut exercer librement puis rétablies le 19 ventose de l'an 11 ;

¹⁸¹ Olympe de Gouges ne renia pas son texte sur les droits des femmes même devant l'échafaud

¹⁸² Napoléon : « il y a une chose qui n'est pas française, c'est que la femme fasse ce qui lui plait » ; La loi du 19 ventose an XI établit une hiérarchie stricte entre docteurs en médecine et en chirurgie, les sages-femmes et enfin les officiers de santé.

¹⁸³ Selon C.RABIER, Annales historiques de la révolution française-2010-N°1 141-159

¹⁸⁴ (1769-1821) Fille de Marie DUGES, sage-femme

¹⁸⁵ Ministre sous le consulat

¹⁸⁶ 1746-1810, chirurgien en chef et accoucheur de la Maternité

participe en 1797 au déménagement de l'Office des accouchées de l'Hôtel Dieu vers l'oratoire et Port Royal « La Maternité » et crée la première école nationale de sage-femme refusant même son ouverture aux élèves accoucheurs !¹⁸⁷ Organisatrice hors pair, elle est aussi réputée et reconnue pour ses capacités médicales, ayant le rang de chirurgien. L'observation, le respect de l'ordre naturel sont préconisés avec un recours aux interventions (forceps) le plus rarement possible [BEAUVALET-BOUTOUYRIE-1999]. En dehors de l'obstétrique de nombreux autres enseignements sont dispensés et les études, initialement¹⁸⁸ prévues en six mois passent rapidement à un an¹⁸⁹, sont fondées sur l'observation, l'expérience, l'illustration par des cas cliniques, la répétition des gestes sur mannequins. Les cours théoriques sont majoritairement dispensés par la sage-femme chef associés à une pédagogie par tutorat des plus jeunes par les anciennes. Le développement de registres d'accouchement et d'observations écrites permet de renforcer l'apprentissage de la lecture et écriture. Ce modèle novateur d'enseignements, théorique et clinique, sera copié au-delà des frontières, l'école de Strasbourg par exemple servant de référence dans le Saint Empire Germanique et en Russie. L'école est assimilée à une faculté de médecine pour la délivrance des certificats de capacité, devenant diplômes suite au passage devant un jury médical départemental. Un système de concours permet de classer les meilleures élèves qui pourront s'en prévaloir pour établir leur future réputation [BEAUVALET-BOUTOUYRIE-1999]. L'ouverture d'écoles départementales¹⁹⁰ s'impose pour assurer la formation des sages-femmes sur l'ensemble du territoire et diminuer le cout, le Conseil général assurant la prise en charge financière en cas d'éloignement. Les méthodes d'enseignement s'inspirent de celles de Paris (enseignement mutuel, répétition des leçons par les anciennes), même manuel (Traité de BAUDELOCQUE) avec un contrôle étroit par la capitale. Le 2 février 1823, deux catégories de sages-femmes sont officialisées : celles reçues devant une faculté sont dites de première classe et peuvent exercer sur tout le territoire français, celles formées dans les écoles départementales, dites de deuxième classe ne peuvent exercées que dans leur département. Premiers diplômes attribués à une femme, ils seront 20000 remis au cours du dix-neuvième siècle. Cet essor de la profession est renforcé par la publication de nombreux ouvrages obstétricaux de référence même au-delà des frontières¹⁹¹ mais aussi plus encore de gynécologie...qui cessera vers 1880. Cependant la démographie des sages-femmes n'est pas égale entre les villes et les campagnes, les médecins laissant volontiers la place aux officiers de santé et aux sages-femmes dans les zones rurales éloignées des facultés. Celles-ci prodiguent, outre les accouchements, des soins généraux et gynécologiques et contribuent largement aux campagnes de vaccination.

¹⁸⁷ Arrêté du 30/06/1802

¹⁸⁸ Arrêté du 30 juin 1802

¹⁸⁹ Modification du règlement en 1807

¹⁹⁰ 57 écoles sont créées

¹⁹¹ Mémorial des accouchements-1812-de Mme BOIVIN (1773-1841) réédité 3 fois et traduit en allemand et anglais

La fin du dix-neuvième siècle voit l'opposition médecins sages-femmes se cristalliser à nouveau au fur et à mesure que les accouchements quittent le domicile même si l'aura des sages-femmes libérales renaît lors des épidémies de fièvres puerpérales (1850-1870) dans de grandes maternités. L'application des règles d'hygiène et d'asepsie, permettant un accouchement en milieu hospitalier sans risque, coïncide avec la création du corps des accoucheurs des hôpitaux en 1881 mettant fin au pouvoir de la sage-femme maitresse de Port-Royal ; la reconnaissance mutuelle entre sage-femme chef et obstétricien existant avec Mme LACHAPPELLE se trouve ébranlée dès 1825¹⁹² et petit à petit les prérogatives des sages-femmes sur les accouchements s'amenuisent. Entre 1880 et 1889, le nombre de lits dédiés aux médecins et aux sages-femmes s'inversent et le nombre de médecins augmente alors que la population des sages-femmes s'effrite. La loi du 30 novembre 1892 définit les conditions d'exercice et surtout les limites de la profession : L'usage des instruments est prohibé. Les conditions d'entrée en formation, passant à deux ans, sont redéfinies et un extrait de casier judiciaire est requis. Les deux catégories de sages-femmes persistent ce d'autant que la scission entre les villes et les campagnes demeure au niveau des lieux d'accouchement : le monde rural abandonne que très lentement les accouchements à domicile.

La lutte d'influence entre médecins et sages-femmes transparait dans les manuels d'obstétrique, les accoucheurs prônant les innovations techniques défendant, selon GELIS (1977), la thèse selon laquelle « *le chirurgien, longtemps cantonné dans son exercice par les matrones, a réussi, grâce à la science et aux études, à s'imposer comme étant le plus apte à accoucher, pour le plus grand bien des femmes et des enfants, donc de l'humanité* ».

La première moitié du 20^{ème} siècle.

Plusieurs éléments concourent au déclin de la profession de sage-femme qui en ce début de siècle exerce majoritairement hors structure hospitalière :

- Les progrès scientifiques, se développant dans la sphère de l'hôpital des grandes villes, vont attirer les patientes dans des « *centres d'assistance médico-sociale [...] dont le champ d'action s'étend de la procréation au sevrage de l'enfant* »¹⁹³ où les accoucheurs proposent des consultations de grossesse.
- La loi des Assurances Sociales pour salariés en 1930, ne prenant en compte que les consultations des femmes enceintes et des nourrissons effectuées par des médecins, évince de fait les sages-femmes.

¹⁹² Conflit entre Madeleine LEGRAND et Antoine DUBOIS à propos de la tenue des registres d'accouchements ;

¹⁹³ COUVELAIRE, successeur de PINARD

- La segmentation des services de maternité, au nom de l'hygiène, va permettre l'intervention des infirmières¹⁹⁴ en suites de couches.
- Les assistantes sociales¹⁹⁵ vont orienter préférentiellement vers l'hôpital les patientes afin de limiter les accouchements à domicile jugés à risque.
- La politique résolument nataliste à l'issue de la guerre 14/18 conduira à la loi du 31/07/1920 réprimant toute provocation à l'avortement ou information à la contraception domaine où les sages-femmes sont soupçonnées de contribuer.
- Le développement des moyens de transports individuels rapides permettant aux femmes de la campagne d'aller accoucher en ville.

Face à ces évolutions institutionnelles et à la concurrence des médecins (pour la surveillance des femmes enceintes et des nourrissons et l'accouchement) et des infirmières pour les soins aux accouchées et aux enfants, les sages-femmes opposent une réaction divisée, division soit géographique (Paris et province) soit confessionnelle (sages-femmes catholiques) que seule la création d'un ordre national tentera de gommer. Chargé de défendre les intérêts et de garantir les qualités professionnelles et morales de ses membres, il sera présidé par un médecin de 1945 à 1995.

Sur le plan de la formation, l'unicité de diplôme est acquise en 1916 mais les discussions sont âpres entre sages-femmes et médecins. Alors que COUVELAIRE préconise une formation en trois ans permettant l'acquisition d'un triple certificat : infirmière, sage-femme et puéricultrice, Mlle MOSSE, sage-femme chef de la maternité de Paris s'y oppose estimant que deux années suffisent pour obtenir un titre d'accoucheuse et d'assistance sociale de protection maternelle et infantile. Un décret d'application du 9 janvier 1917 entérine la durée des études à deux années. C'est le gouvernement Pétain¹⁹⁶ qui imposera une formation en trois ans : une année d'études générales d'infirmière, trois semestres d'obstétrique et un semestre de puériculture.

4.2 Des années cinquante à nos jours : la sage-femme au 21^{ème} siècle

La médicalisation de la naissance, la délocalisation des accouchements dans les maternités de plus en plus nombreuses, la concurrence des médecins dans la prise en charge des grossesses, même physiologiques, et des enfants, entraînent une crise de la profession de sage-femme, crise qui s'est amorcée dès les années trente. L'indépendance caractéristique du métier de sage-femme s'amenuise tout du moins en France et dans de nombreux états européens faisant craindre la disparition de la profession comme dans certains pays à l'exemple du Québec. Cette régression des

¹⁹⁴ Création du diplôme en 1922

¹⁹⁵ Le décret du 12/01/1932 réglementant la profession

¹⁹⁶ Loi du 17 mai 1943

accouchements à domicile et la disparition progressive des sages-femmes libérales est alors vécue par nombres d'entre elles comme une « *disqualification de leur profession* », une perte d'autonomie [KNIBIEHLER-2007], d'autres au contraire, trouvant dans l'institution hospitalière un espace sécurisant. Les premières soulignent et regrettent une forme d'anonymisation alors que précédemment elles assumaient et revendiquaient un rôle social « *médiatrice voire intermédiaire culturelle* » [DUBESSET-1995] surtout en milieu rural, quasiment à l'égal du curé. Cependant, en étant assimilées à des fonctionnaires au sein des maternités publiques, les sages-femmes remplissent symboliquement un mandat d'intérêt général qui serait caractérisé par le désintéressement ne justifiant aucune revendication salariale.

Ainsi, bien que la deuxième moitié du vingtième siècle ait ancré la profession dans le monde médical par l'ordonnance du 24 septembre 1945 permettant la création de l'Ordre des Sages-femmes¹⁹⁷, Ordre qui obtient en 1948 que la profession soit reconnue comme médicale, les sages-femmes françaises sont toujours en quête de reconnaissance et d'autonomie : « *Elles adoptent continuellement des stratégies pour maintenir leur spécificité et la reconnaissance de leur profession par les assurances et le monde médical* » [KNIBIEHLER-2007]. Cette quête de reconnaissance est reconnue de façon implicite dans l'introduction du rapport CHARRIER (2011) : « *Nous sommes convaincus que si la reconnaissance professionnelle des sages-femmes peut être accrue, ce ne peut qu'être à la suite d'un travail de réflexion profond des sages-femmes sur leur activité, leur rôle et leur place dans la naissance.* »

C'est ainsi que les transformations même de la société, son rapport à la santé, les mouvements féministes, l'environnement médical, modifient le contexte dans lequel évoluent les sages-femmes et surtout celui de l'exercice de leur profession. En effet, comme pour de nombreuses professions comportant une dimension relationnelle forte, l'ampleur de la question sociale peut devenir prépondérante par rapport aux missions premières attendues du professionnel.

CHARRIER et CLAVENDIER (2013) identifient deux « *lignes de partages : eutocie/dystocie, compétences de genre/compétences scientifiques* ». Les notions de pathologique et de normal ne sont pas immuables et le fait sociétal voire politique fait varier la frontière entre ces deux entités¹⁹⁸. CANGUILHEM (1979) s'interroge sur la réalité objective du concept de maladie et sur la relation entre le normal et la physiologique qui « *a mieux à faire que de chercher à définir objectivement le normal, c'est de reconnaître l'originale normativité de la vie. L'état pathologique peut être dit, sans absurdité, normal, dans la mesure où il exprime un rapport à la normativité de la vie. Mais ce normal ne saurait être dit sans absurdité identique au normal physiologique car il s'agit d'autres normes. L'anormal*

¹⁹⁷ Il faut attendre le décret du 30 septembre 1949 pour que naisse le code de déontologie

¹⁹⁸ DURKHEIM a été un des premiers sociologues à émettre cette idée de la pathologie comme un fait social. Il l'a fait dans Les règles de la méthode sociologique (1894)

n'est pas tel par absence de normalité. Il n'y a point de vie sans normes de vie, et l'état morbide est toujours une certaine façon de vivre. L'état physiologique est l'état sain, plus encore que l'état normal. C'est l'état qui peut admettre le passage à de nouvelles normes ». Pour lui, la physiologie est la science des situations et des conditions biologiques normales et la médecine s'apparente plus à une technique, utilisant « *les résultats des sciences aux services des normes de la vie* ». La grossesse est incontestablement un état sain et normal... et il en a toujours été ainsi ; par contre parce que la médecine « *est une activité qui s'enracine dans l'effort spontané du vivant pour dominer le milieu et l'organiser selon ses valeurs de vivant* » la grossesse peut devenir objet de préoccupation voire de pouvoir en fonction de la labilité des normes sociétales. Pour les sages-femmes cette variabilité est essentielle. En effet selon les valeurs du vivant, notamment en ce qui concerne la grossesse, le suivi de celle-ci sera attribué ou non aux sages-femmes. Or ces considérations sont variables non seulement dans le temps mais aussi d'un pays à l'autre voir même d'une région à l'autre. Cette disparité se traduit par une définition de la sage-femme extrêmement large au niveau mondial :

« La sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnue dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »¹⁹⁹

Au niveau européen, les textes abordant l'activité des sages-femmes sont relativement pauvres, traduisant là encore, la grande variabilité de pratiques d'un état à l'autre. En effet la profession de sage-femme est difficile à cerner tant elle diffère d'un pays à l'autre avec par exemple au sein de la communauté européenne des divergences nombreuses : les années d'études, les champs de compétences, les modes d'exercices, les statuts... sont différents. A titre d'exemple, les sages-femmes françaises avec un statut médical n'ont pas le monopole de la grossesse physiologique puisqu'elles le partagent avec les obstétriciens contrairement aux sages-femmes néerlandaises qui

¹⁹⁹ Définition internationale des sage-femme, reconnues par l'OMS, l'ICM (Confédération Internationale des sages-femmes) et la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens).

bien qu'étant infirmières spécialisées en obstétrique prennent en charge la totalité des grossesses physiologiques, les obstétriciens ne prenant en charge que la pathologie [CARRICABURU, MENORET-2005]. Pour DEVRIES (1993)²⁰⁰, quatre facteurs peuvent être mis en cause dans cette divergence : la géographie, la technologie, la structure de la société et la culture du pays.

On peut observer aussi des disparités d'exercice entre le sud et le nord de la France que ce soit au sein même des structures hospitalières ou dans le secteur libéral quant à la répartition des professionnels et des modalités d'accès aux plateaux techniques.

Bien au-delà des modes d'exercices, cette notion même de physiologie est capitale car elle est l'une des pierres angulaires de l'identité professionnelle : Les sages -femmes seraient les responsables, « *les gardiennes de la physiologie pendant la grossesse* » [KNIBIEHLER -2007]. Or « *peu à peu, la grossesse, toute grossesse, est devenue a priori suspecte d'être pathologique tout le temps de son développement jusqu'à preuve du contraire (...) le doute est permanent, rien ne permet de l'effacer* » [BITOUZE -2001]. Cette médicalisation de la grossesse, justifiée dans les années soixante-dix par le besoin impératif d'améliorer la sécurité périnatale, semble trouver aujourd'hui ses limites²⁰¹ : « *Il ne suffit pas de textes pour améliorer les performances périnatales françaises. Il me semble qu'un changement de mentalité et de conception de la grossesse doit voir le jour. La grossesse devrait passer du statut de situation éventuellement à risque à celui de situation probablement sans risque* » [BERLAND-2004]. Cependant cette notion de « risque obstétrical » inhérent à toute grossesse, induisant un sentiment d'insécurité, a fait craindre une stratégie d'évincement des sages-femmes, le médecin, compétent dans les situations pathologiques pouvant être perçu comme le plus compétent de fait, dans la prise en charge des grossesses normales à postériori. L'obstétrique a ainsi établi une domination professionnelle vis-à-vis des sages-femmes sur l'idée que l'accouchement pouvait nécessiter des gestes techniques relevant du monopole des obstétriciens. En effet « *à travers l'enjeu de la maîtrise de l'accouchement se joue de nouveau la définition des frontières entre le normal et le pathologique, que chaque catégorie de professionnel essaie de maintenir ou d'élargir au maximum* » [JACQUES- 2007]. C'est ainsi que certains auteurs [SCHWEYER -1996, BESSONART-1992], il y a quelques années, ont vu dans la médicalisation de la grossesse une limitation des prérogatives des sages-femmes voire même un risque pour l'existence même de la profession. Le renforcement actuel des compétences et du niveau d'études, semble écarter ce danger à la condition de garder aussi les autres fondamentaux de la profession à savoir un accompagnement de qualité et une participation active à des actions de Santé Publique.

Les sages-femmes ne sont plus seules dans leur action envers la physiologie ; elles sont de plus en plus suivies voir parfois précédées par les patientes elles-mêmes. Celles-ci n'hésitent plus à

²⁰⁰ Cité par GOULHERS (2009)

²⁰¹ Derniers rapport de la Cour des comptes : stagnation des indices de morbidité et mortalité périnataux

s'interroger sur les conséquences de la technisation et revendiquent de plus en plus une autonomie ou tout du moins une participation active aux modalités de prise en charge de leur grossesse et de la naissance de leur enfant. Des collectifs d'usagers (CIANE)²⁰² deviennent des interlocuteurs à part entière, bousculant parfois les certitudes médicales et rappelant entre autres, aux sages-femmes et aux médecins, l'importance du relationnel surtout dans les moments chargés émotionnellement comme peut l'être la naissance.

Ce rééquilibrage, entre patientes et professionnels de santé, extrêmement riche peut devenir dangereux : La surinformation accessible à tous via internet (sans véritable contrôle de véracité), une certaine méfiance vis-à-vis du monde médical, entraînent une juridiciarisation de la médecine, l'obstétrique étant particulièrement exposée à ces dérives comme l'ont montré SOUTOUL et PIERRE dès les années quatre-vingt-dix. « *La sage-femme est aujourd'hui plus que jamais confrontée à l'emprise croissante du droit. Exerçant une profession médicale à part entière, elle voit son champ de compétence croître de manière particulièrement notable. Poursuivant son rôle majeur dans l'accouchement moderne, elle accède désormais à l'ensemble des soins gynécologiques, en-deçà et au-delà de la grossesse elle-même. Cette extension de son art valorise son engagement ancestral auprès de la femme. Mais elle entraîne aussi une inéluctable augmentation de sa responsabilité, désormais quasi égale à celle du gynécologue-obstétricien* » comme le fait justement remarquer MERGER-PÉLIER (2012).

Le poids du médico-légal modifie certainement l'exercice professionnel et la sage-femme, comme tous les soignants, doit apprendre à gérer cette nouvelle donne [BITOUZE -2001]. La sage-femme doit donc d'abord composer avec des patientes, souhaitant légitimement vivre pleinement leur grossesse comme un espace naturel et maîtriser le suivi de celle-ci, et, des patientes qui en même temps comptent sur un prestataire de services leur garantissant une sécurité médicale absolue. De plus, la frontière plus qu'aléatoire entre physiologie et pathologie, peut mettre à mal à la fois l'indépendance professionnelle de la sage-femme mais aussi sa responsabilité devant les tribunaux qui devront définir au cas par cas ce qui relève de l'établissement de santé, du médecin et de la sage-femme. En effet, travaillant le plus souvent au sein d'une équipe hospitalière, la sage-femme sera tantôt considérée comme professionnellement indépendante tantôt comme auxiliaire médicale.

Avec des rôles, des positionnements, des activités à géométrie variable en fonction des lieux de travail, on peut distinguer quatre modes d'exercices de la profession de sage-femme en France :

- l'exercice salarié du service public
- l'exercice salarié du service privé

²⁰² Collectif inter associatif autour de la naissance

- l'exercice libéral
- l'exercice territorial.

Régie par un statut qui lui est propre²⁰³, la sage-femme exerçant dans la Fonction Publique Hospitalière est un agent de catégorie A et globalement peut exercer toutes ses compétences définies par le Code de la Santé Publique. Par contre les sages-femmes exerçant en milieu privé exercent principalement sur prescription d'un médecin. Une très grande majorité des sages-femmes travaille en milieux hospitaliers essentiellement en établissements publics de santé. Elles débutent souvent leur carrière dans ce secteur.

Munies d'une grande autonomie, avec un droit de prescription dans leur champ de compétence, elles réalisent au moins quatre-vingt pourcent des accouchements normaux²⁰⁴. Selon l'organisation des structures, elles assurent aussi des consultations prénatales et post-natales (depuis août 2004), de la préparation à la parentalité, des gardes en services d'hospitalisation et de suites de naissances au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Moins nombreuses, certaines sont présentes dans des centres d'Aide à la Procréation et de planification familiale, d'orthogénie, de diagnostic anténatal. Elles y sont salariées et sont soumises à la réglementation de la Fonction Publique Hospitalière, notamment pour l'évolution de la carrière et des grilles salariales.

Près d'un quart des sages-femmes exercent en dehors des structures hospitalières, comme les sages-femmes territoriales en PMI²⁰⁵, les sages-femmes enseignantes et les sages-femmes libérales dont le nombre est en constante expansion répondant à une demande des patientes et sans doute aussi à un besoin professionnel d'indépendance, besoin pouvant être rapproché des propos de FREIDSON (1984): « *On aura compris qu'un métier a d'autant plus de chances d'évoluer vers son autonomie fonctionnelle qu'il peut opérer à l'extérieur des organismes, notamment de ces institutions très organisées du point de vue médical que sont les cliniques et les hôpitaux* » .

La France compte 148 sages-femmes pour 100000 femmes en âge de procréer [ONDPS²⁰⁶-2016], ratio en constante augmentation [CAVILLON-2012²⁰⁷], dont 2% d'hommes. Selon SICARD (2012) l'exercice salarié est en constante diminution avec, par contre, un allongement de la vie professionnelle et le non remplacement de départ à la retraite. Les installations en libéral peuvent être considérées comme la résultante de plusieurs éléments :

- La rareté des postes salariés pérennes

²⁰³Décret 2014-1585 du 23/12/2014 portant sur le « statut particulier de la sage-femme dans la fonction publique hospitalière »

²⁰⁴ Société Française de Médecine Périnatale 2007

²⁰⁵ Protection maternelle et infantile

²⁰⁶ Observatoire national de la démographie des professions de santé

²⁰⁷ 127/100000 en 2012

- L'exigence de rentabilité en milieu hospitalier qui oblige à la réalisation de plus en plus d'actes dans un temps donné au détriment de la qualité des soins des femmes et des nouveau-nés[MIDY-2005] mais aussi source de stress et de frustration pour les sages-femmes.
- Un manque de reconnaissance du niveau d'études et le peu de lisibilité dans le champ de la périnatalité, une absence de statut médical par la fonction publique hospitalière [GACHE, BALAYSSAC-2012, CHARRIER-2011]
- Le programme d'aide au retour à domicile (PRADO) récemment mis en place nécessite la disponibilité de sages-femmes libérales.

Certaines sages-femmes acquièrent des spécialisations par des formations complémentaires : échographie, rééducation-périnéale, addictologie, acupuncture, conseil conjugal, lactation...Toutes ont l'obligation de maintenir leur compétence par le DPC.²⁰⁸

On peut donc dire que les activités des sages-femmes sont diversifiées avec des champs de compétences partagés avec d'autres professionnels : Le suivi gynécologique et le suivi de grossesse avec les médecins, l'allaitement maternel avec les puéricultrices, la prise en charge de l'enfant avec les puéricultrices et les pédiatres, la rééducation –périnéale avec les kinésithérapeutes... Il y a donc de fait un nécessaire consensus entre tous ces acteurs de la périnatalité et, une grande partie du travail des sages-femmes est de faire ces liens d'interdisciplinarité sans toutefois perdre leur spécificité. STRAUSS (1985)²⁰⁹ démontre ainsi que le travail des professionnels de santé comporte une partie non négligeable de coordination entre intervenants. Ces relations professionnelles, renforcées avec des référentiels métiers, peuvent apporter une aide précieuse mais ne doivent pas occulter que, plus que chaque professionnel, c'est avant tout la femme et l'enfant qui doivent être au centre des dispositifs de santé. Seule la cohérence et le partenariat tenant compte de la juste compétence de chacun (y compris celle des parents) peut contribuer à la qualité de prise en charge des couples et des enfants et l'épanouissement de chaque professionnel impliqué.

Sous l'égide du Conseil national de l'ordre des sages-femmes et du collectif des associations et syndicats de sages-femmes, un référentiel métier et de compétences est présenté en janvier 2010, document déclinant trois axes :

- Les huit situations types de la profession
- Les compétences devant être acquises dans différentes disciplines
- Les compétences transversales avec une mise en avant de la coopération interprofessionnelle (expertise professionnelle, communication, collaboration,

²⁰⁸ Développement professionnel continu

²⁰⁹ STRAUSS, A. *et al.*, (1985), *Social Organization of Medical Work*, Chicago, The University of Chicago Press. Cité par CARRICABURU (2007)

professionnalisme, respect des droits, besoins et attentes, gestion, organisation, érudition, responsabilité).

Même si une telle démarche peut être fédératrice, peut-on encore parler d'un métier unique de sage-femme tant les modes d'exercice, les statuts, les activités sont multiples ? Ces spécificités vont sans aucun doute se multiplier aussi bien dans des spécialités médicales que dans les formes d'exercice : Les projets de Maison de Naissances (déjà existant dans d'autres pays d'Europe) apporteront sans doute d'autres formes de statuts. L'évolution démographique des gynécologues-obstétriciens, diminution des praticiens et féminisation de cette spécialité, va elle aussi, à termes, modifier le paysage de la périnatalité. Aujourd'hui, avec la sage-femme « *gestionnaire et l'acteur essentiel du bas risque et du physiologique pouvant cependant surveiller le haut risque en collaboration étroite avec les autres périnatologues* »²¹⁰, serait-il envisageable de redéployer les obstétriciens uniquement sur la pathologie, ce qui résoudrait, pour certains, le problème de la pénurie des spécialistes médicaux ?²¹¹ En fait ces deux professions relativement proches ont tendance à s'inscrire dans une dynamique de concurrence, rendant instables les frontières des compétences respectives. Même si la collaboration entre médecins et sages-femmes est relativement institutionnalisée dans un cadre hospitalier public, elle s'inscrit cependant dans un contexte hiérarchisé. Selon SCHEWEYER (1996), le sentiment d'autonomie par rapport aux médecins reste plus grand dans les grands centres hospitaliers que dans les plus petites structures, la perception d'autonomie étant très faible dans les structures privées. La dyade des savoirs et des pratiques, la délégation mutuelle à l'œuvre facilite l'interconnaissance entre les deux groupes professionnels. Cependant, complémentarité et alliance pourraient émerger, permettant une affirmation de chaque groupe professionnel sans opposition (DUBAR, TRIPIER 2005) instituant une « *écologie relationnelle* » telle que définie par ABBOTT (2003) ; cependant critiques vives, réfutations mutuelles et tentatives de dévalorisations sont le plus souvent l'expression des relations entre médecins et sages-femmes dont les relations sont historiquement construites dans le conflit. L'actualité de ces dernières années en est l'illustration.

La réforme de la périnatalité de 1998, faisant suite au Rapport du haut comité de la Santé Publique²¹², semble méconnaître les sages-femmes. Tout en rappelant que celles-ci assurent les deux tiers des accouchements, moins de deux pages leurs sont consacrées. Dans le paragraphe « *ce que disent et demandent les professionnels médicaux* » seuls les gynécologues obstétriciens sont cités. Par contre il est souligné que les sages-femmes représentent « *une ressource humaine insuffisamment utilisée* » alors qu'elles « *sont l'infanterie de l'obstétrique, et comme telles la « reine*

²¹⁰ Société française de médecine périnatale (2007)

²¹¹ id

²¹² Janvier 1994. Pr E. PAPIERNICK

des batailles », perpétuellement en première ligne ». Enfin, par rapport aux obstétriciens, « dans ce partage de responsabilités face à l'accouchement, il faut reconnaître que les sages-femmes ont la meilleure part : les accouchements où la charge d'angoisse est la plus faible et où l'aspect festif de la naissance est le plus manifeste. » On ne peut que s'étonner de ce discours quelque peu guerrier concernant un acte physiologique, assimilant les sages-femmes à des soldats (obéissance !) dont l'activité est réjouissante !

Automne 2013 : les sages-femmes sont dans la rue ! Le mouvement initié par différentes associations et syndicats de sages-femmes en 2012²¹³, prend soudain de l'ampleur en octobre 2014 devant la non-réponse à une demande d'entrevue avec le ministre pour soumettre des revendications d'ordre statutaire, de la place dans le système de santé et l'absence de mention des sages-femmes dans le projet de loi de Santé publique. Or en mai 2011, des sages-femmes, des étudiants ainsi que des usagers, soutenus par les organisations professionnelles des sages-femmes, avaient manifesté afin de défendre une réorganisation de la périnatalité avec la sage-femme au cœur du dispositif. Cette place de la sage-femme, reconnue comme professionnelle de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé est appuyée par le rapport de la Cour des Comptes²¹⁴ en septembre 2011. La teneur d'un « atelier périnatalité » au ministère, qualifié d' « atelier couture »²¹⁵ par la porte-parole amène à l'appel à la grève générale et illimitée le 13 octobre 2013. Cette grève, bien que très suivie, ne perturbe que très peu les hôpitaux en raison d'une obligation de service public à laquelle tous les professionnels de santé sont soumis. Cette confidentialité incite les sages-femmes à hausser le ton : Par une action dans les locaux de France télévision et l'appel à un arrêt du codage des actes réalisés, dénonçant ainsi l'exclusivité de la classification commune des actes médicaux (CCAM) réservée aux médecins et surfacturant ainsi les accouchements réalisés par les sages-femmes. Ces raisons économiques permettent très rapidement une première avancée : La création d'une CCAM pour les actes médicaux pratiqués par les sages-femmes.

A l'issue de «*la marche des sages-femmes* » le 7 novembre 2013, un cahier de doléances est déposé au ministère de la Santé. Sur les tracts destinés au public, on peut y lire un rappel des compétences des sages-femmes et la demande d'une intégration au statut hospitalier médical tout comme les médecins, dentistes et pharmaciens, mais aussi un statut similaire entre étudiants sages-femmes et étudiants en médecine et enfin un statut d'enseignant pour les sages-femmes des écoles. Il faut attendre le 19 novembre pour que les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur annoncent la mise en place de quatre groupes de travail dont les thèmes sont : la reconnaissance statutaire des sages-femmes, la place des sages-femmes comme acteur de premiers recours,

²¹³ Dès l'arrivée du gouvernement socialiste au pouvoir

²¹⁴ Rapport de la cour es comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

²¹⁵ Propos de Caroline RAQUIN sur LCI

l'évaluation des décrets de périnatalité, la formation des sages-femmes et la recherche en maïeutique. Tout au long du mois de décembre, le Collectif des sages-femmes dénonce l'enlisement des discussions, organise une nouvelle manifestation²¹⁶, des campements devant des maternités de provinces et finalement se retire du groupe de travail sur le statut hospitalier. Le mouvement se radicalise notamment sous forme d'arrêts de travail (contournant ainsi les assignations) dans les maternités ; tout en dénonçant un désaccord au sein des centrales syndicales à propos du statut hospitalier, la ministre de la Santé assure *« de la détermination absolue du Gouvernement pour permettre que les sages-femmes soient mieux reconnues, mieux identifiées dans notre système de santé, qu'il s'agisse de leur place comme professionnelles médicales de premier recours ou de leur statut à l'hôpital »*²¹⁷. Même si la ministre de la justice²¹⁸ désigne les sages-femmes « personnalité » de l'année, la grève perdure et les groupes de travail sont reconduits jusqu'au printemps 2014.

En janvier 2014, la concertation, y compris avec le collectif, est reprogrammée notamment à propos du statut des sages-femmes hospitalières. Cependant, le SYNGOF²¹⁹ fait paraître un communiqué alertant *« les pouvoirs publics sur les conséquences des dérapages dans la pratique de certaines sages-femmes. L'autonomisation des sages-femmes, portée par le climat d'effervescence actuel, ne peut se faire qu'au péril des patientes. »*²²⁰ Bien que les sages-femmes et les usagers (CIANE) qualifient ces propos de diffamatoires, le syndicat des gynécologues obstétriciens et Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) campent sur leur position amenant le Conseil de l'ordre des sages-femmes à porter plainte à leur encontre pour *« manquement au devoir de confraternité »*²²¹. Plus que l'inquiétude sur la qualité des soins prodigués par les sages-femmes, c'est l'aspect concurrentiel qui incite les gynécologues libéraux à réagir, soulignant le différentiel de formation : *« Les Sages-femmes ne peuvent pas avoir la compétence, après 4 ans d'études en maïeutique, pour différencier une situation normale d'une situation pathologique que ce soit en situation de première consultation gynécologique, de choix contraceptif, de prise en charge de toute pathologie et d'un suivi gynécologique. Seuls les médecins sont formés correctement à cette prise en charge globale de la santé : leurs 10 à 12 ans d'études en situation clinique, leur formation théorique complète et leur implication quotidienne dans la formation médicale continue sont les*

²¹⁶ Le 16 décembre 2013 4000 à 6000 sages-femmes défilent à Paris

²¹⁷ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2013-2014/20140116.asp#P147923> [archive]

²¹⁸ Mme TAUBIRA

²¹⁹ Syndicat national des gynécologues obstétriciens français

²²⁰ « Le SYNGOF alerte les pouvoirs publics sur leur responsabilité dans la définition du champ de compétences des sages-femmes », SYNGOF, 21 janvier 2014

²²¹ « L'Ordre des sages-femmes poursuit deux gynécologues pour "manquement au devoir de confraternité" », L'express, 27 février 2014

gages de la qualité trouvée auprès de la gynécologie médicale Française pour laquelle les femmes se sont longtemps battues »²²².

L'affirmation « Sage-femme, professionnel de premier recours pour la santé de la femme »²²³ a suscité et suscite toujours autant de discussion. Pour les sages-femmes, la reconnaissance de leurs compétences en gynécologie ouvre nécessairement la voie à une nouvelle place dans le système de santé français ; pour les gynécologues libéraux, en particulier, cette notion de premier recours apparaissait et apparaît toujours comme un danger potentiel, une concurrence inacceptable : « Céder aux sages-femmes sur le « premier recours », c'est brader la santé des femmes et revenir loin en arrière »²²⁴.

Le 4 mars 2014, cinq mesures sont annoncées par la ministre de la Santé les qualifiant d'« avancées essentielles et sans précédent pour les sages-femmes »²²⁵:

- La création d'un statut médical de sages-femmes des hôpitaux
- Une campagne de communication pour valoriser les compétences des sages-femmes.
- De nouvelles responsabilités confiées aux sages-femmes. (Les unités fonctionnelles pourront être confiées aux sages-femmes, mais en lien avec les médecins, associées aux recherches...)
- Formation renforcée,
- Revalorisations salariales

Ces propositions sont rejetées par le collectif des sages-femmes qui renforce le mouvement de grève et les manifestations sur tout le territoire national avec le soutien des médecins libéraux. Des négociations pour les revendications salariales et le statut hospitalier commencent sans les organisations professionnelles, les centrales syndicales ayant été les seules conviées. Déçues, les sages-femmes vont peu à peu voir leur mouvement s'essouffler avec un arrêt de la grève en juin et quelques actes symboliques à l'automne²²⁶.

Après plusieurs mois de grève, les sages-femmes espéraient un statut de praticien hospitalier. Le 23 décembre 2014 paraît le nouveau décret portant sur le statut particulier des sages-femmes hospitalières. Présenté comme une avancée remarquable par le ministère de la Santé notamment en renforçant le caractère médical de la profession (effectif depuis 1810 !), son analyse ne permet pas aux professionnels d'énoncer la même conclusion.

A titre d'exemple par l'« Article 1 : Le corps des sages-femmes des hôpitaux, [...] Ce corps de statut médical est classé en catégorie A au sein de la fonction publique hospitalière », les sages-femmes se situent toujours au même niveau que les personnels non médicaux (ingénieur hospitalier,

²²² id

²²³ Un des mots d'ordre des revendications sage-femme

²²⁴ SYNGOF N°103 – décembre 2015

²²⁵ « Conférence de presse « sages-femmes » Marisol Touraine », *Sante.gouv.fr*, 4 mars 2014

²²⁶ Inscription du mot maïeutique sur les grilles de la faculté de médecine de Marseille.

cadre socio-éducatif, infirmière spécialisée ou non, psychologues, cadres de santé...) et n'acquièrent pas le statut de praticien d'hospitalier. Selon le Code de déontologie, en aucune manière, la sage-femme ne doit pas accepter de la part de son employeur une limitation à son indépendance professionnelle. « *Reste toutefois, ce qui peut apparaître une contradiction dans le statut de la sage-femme, le fait que la sage-femme est par ailleurs un fonctionnaire dans son exercice hospitalier* » [CLEMENT-2016]. En effet, relevant de la fonction publique hospitalière, les sages-femmes sont soumises à la loi de 1986²²⁷ rendant applicable le principe de subordination hiérarchique.

Deux grades distincts sont créés :

Article 4 Les sages-femmes des hôpitaux du premier grade exercent les activités de prise en charge clinique, de prévention et de recherche qui relèvent de leurs compétences, notamment dans les unités de soins de gynécologie et d'obstétrique

Article 5 I. - Les sages-femmes des hôpitaux du second grade assurent des fonctions cliniques ou de coordination en maïeutique. A ce titre, elles exercent les activités de prise en charge clinique, de prévention et de recherche qui relèvent de leurs compétences et qui correspondent à un niveau d'expertise acquis par l'expérience professionnelle ou par la formation tout au long de la vie. Elles peuvent également être investies de responsabilités fonctionnelles en matière de coordination et de formation et de l'encadrement d'équipes soignantes. Elles assistent, le cas échéant, le praticien responsable d'un pôle d'obstétrique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences. Elles peuvent enfin être nommées responsables d'unités de physiologie conformément aux dispositions des articles R. 6146-4 et R. 6146-5 du code de la santé publique.

En aucun cas il y a une obligation d'application et le « elles peuvent » renvoie au projet médical de l'établissement et à la décision de la CME. De plus l'article 7 faisant référence à la gestion des sages-femmes par la direction médicale, reprenant les dispositions énoncées par deux circulaires antérieures jamais appliquées, est en totale contradiction avec l'article suivant rattachant le corps des sages-femmes aux commissions administratives paritaires selon un fonctionnement identique à celui des personnels non médicaux !

Enfin, les revalorisations salariales sont faibles, les salaires restant indexés sur ceux des autres professions non médicales à bac+5 (les IADE par exemple).

La crainte des instances professionnelles est un glissement progressif vers une assimilation de la profession de sage-femme aux nouvelles professions intermédiaires de santé réglementées prévues pour suppléer à la charge de soins du corps médical en raison du vieillissement de la population. Cependant d'autres propos semblent plus rassurant car « *la démographie médicale place aujourd'hui*

²²⁷ Loi n°86-33 du 9/01/1986

les femmes devant une pénurie d'offre de soins dans le domaine de la gynéco-obstétrique... la sécurité sociale et la cour des comptes, dont les préoccupations sont bien connues, recommandent un recours plus fréquent aux sages-femmes »²²⁸. L'extension des compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination va dans ce sens²²⁹.

Même si ,en dix ans les sages-femmes ont obtenu un élargissement de leurs prescriptions et de leurs compétences notamment en gynécologie et une réaffirmation du caractère médical de leur profession, ces avancées semblent être plus en lien avec une « *gestion utilitariste des sages-femmes* » [RICHARD-GUERROUDJ-2014] dans un contexte de recherche d'économie et palliant au manque de gynécologues médicaux [CAVILLON-2012] que le résultat d'un changement d'approche de la naissance , l'approche obstétricale restant encore dominante. Des changements se profilent à l'initiative des professionnelles et dont l'amorce commence à transparaître dans les textes législatifs.

Une instruction ministérielle publiée en juillet 2015 complète l'arrêté de décembre 2014 par un référentiel relatif aux activités et aux compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination au sein des établissements publics de santé. Outre la distinction entre deux niveaux de responsabilité, celui de coordination stratégique (pilotage des activités en maïeutiques) et celui de coordination opérationnelle des soins en maïeutique et missions transversales (gestions des ressources et moyens matériels, participation au recrutement du personnel, participation à l'évaluation des pratiques professionnelles), il faut remarquer la possibilité de gérer une filière physiologique, la possibilité de définir et animer une politique de recherche en soins courants en maïeutique.

Même s'il ne s'agit pas d'une obligation, la reconnaissance d'une approche maïeutique est réelle.

La transition entre obstétrique et maïeutique qui commence à s'opérer en France a été amorcée dès les années quatre-vingt-dix en Angleterre. Il ne s'agit pas d'une évolution sémantique mais bien d'une révolution philosophique. L'obstétrique fait référence à une spécialité médicale, abordant l'aspect curatif pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum potentiellement à risque. « *La maïeutique s'inscrit dans une logique de préservation de la bonne santé des femmes et des nouveau-nés, considérant la grossesse, l'accouchement comme à priori normaux* » [RICHARD-GUERROUDJ-2014].

²²⁸Propos de Bérengère POLETTI, sage-femme et député des Ardennes depuis 2002

²²⁹ Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016

Plusieurs études, parues dès les années quatre-vingt, tendant à prouver que l'approche maïeutique est moins iatrogène que l'approche médicale²³⁰, sont l'argument permettant le « *changing childbirth* »²³¹ principe fondateur d'un système de soin centré sur le patient, considérant l'accouchement comme à priori normal et valorisant les sages-femmes. « *Chaque femme a besoin d'une sage-femme. Certaines ont besoin d'un obstétricien* » : la normalité du processus de la naissance est réaffirmée en 2007 dans le plan Maternity Matters [RICHARD-GUERROUDJ-2014] plaçant la sage-femme comme premier recours. Cet acquis, obtenu outre-manche depuis de nombreuses années, était l'une des principales revendications des sages-femmes françaises lors des dernières mobilisations. On peut s'étonner de cet écart alors que l'histoire de la profession de sage-femme dans les deux pays est superposable jusque dans les années 1970. Cependant force est de constater que les sages-femmes françaises n'ont pas su ou pas pu évoluer au même rythme que leurs consœurs britanniques alors que leurs aspirations semblaient identiques à savoir une reconnaissance et une visibilité au sein de l'organisation médicale et du système de santé. Plusieurs éléments peuvent être mis en évidence :

- Tout d'abord la suprématie des médecins qui sont les seuls à pouvoir signer une déclaration de grossesse jusqu'en 2004, qui dirigent le Conseil de l'ordre des sages-femmes jusqu'en 1995 et qui sont directeurs techniques des écoles hospitalières de formation.
- Un conservatisme et/ou corporatisme médical important malgré des propositions de changement de politique par la Mission Périnatalité (2003), le rapport de la cour des compte (2006), le plan de périnatalité (2004) et rapport de la Commission nationale de la naissance (2009) s'interrogeant sur le suivi des grossesses à bas risque.
- Mais surtout le manque d'unité des sages-femmes divisées en modes d'exercices différents, entre libéral et hospitalier, peu syndiquées et dont il existe de multiples représentations professionnelles : syndicats, collège...à l'opposé des midwives réunies²³² au sein du Royal Collège of Midwives (RMC), collège scientifique et unique syndicat.
- L'absence de recherche propre aux sages-femmes.

Force est de constater que la sage-femme française, malgré une implication réelle dans de nombreuses instances médicales internationales (UE²³³, EMA²³⁴, FIGO²³⁵, OMS...) reste relativement

²³⁰ A.COCHRANE, Effectiveness and efficiency : randomflexions on health service, london, nuffield provincial hospitals trust, 1972. M.TEW, safer childrbirth, Acritical history of maternity care, chapman and hall, london, 1990. M.HATEM, J.SANDALL, D.DEVAN, H.SOLTANI, S.GATES, « midwife-led versus other models of care for child bearing women », Cochrane database of systematic reviews, issue 4, art, 2008

²³¹ 1993

²³² 98% des midwives

²³³ Union Européenne

²³⁴ European master in midwifery

²³⁵ Fédération internationale de gynécologie-obstétrique