HAL
open science

Médicalisation de la naissance en France : étude historique des pratiques des sages-femmes au 20e siècle

Cécile Hoareau

To cite this version:

Cécile Hoareau. Médicalisation de la naissance en France : étude historique des pratiques des sages-femmes au 20e siècle. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394111

HAL Id: dumas-01394111

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394111v1

Submitted on 8 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Université Pierre et Marie Curie – Faculté de médecine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Médicalisation de la naissance en France

Etude historique des pratiques des sages-femmes au 20ème siècle

Directeur de mémoire : Nathalie Coffre-Baneux

Année universitaire 2015-2016

HOAREAU Cécile

Née le 22 mars 1989, à Sainte-Clotilde

Nationalité française

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de médecine
Mémoire pour le Diplôme d'Etat

Médicalisation de la naissance en France

Etude historique des pratiques des sages-femmes au 20ème siècle

Directeur du mémoire : Nathalie Coffre-Baneux
Année universitaire 2015-2016

HOAREAU Cécile
Née le 22 mars 1989, à Sainte-Clotilde
Nationalité française

« Au fil des décennies, en raison de sa médicalisation, la naissance a perdu de sa puissance initiatique pour devenir cette juxtaposition de deux mots : un "évènement banal". […] Le défi à relever est donc d'intégrer l'usage des progrès de la médecine comme un moyen au service d'un nouvel humanisme, d'une nouvelle liberté des femmes, des couples et des familles et non d'en faire l'instrument de leur aliénation. »

Chantal Birman[1]

[1] Birman C, Troubac S. Au monde: ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte. Paris: Points; 2009.

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, madame Nathalie Coffre-Baneux, pour son aide et son soutien. Merci pour vos encouragements, votre bienveillance et votre implication tout au long de ce travail.

Merci à mon compagnon et futur époux, de m'avoir soutenu et réconforté durant mes études et la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier madame MehrnooshYazdanbakhsh et madame Brigitte Goichon, sages-femmes enseignantes, à l'école de sages-femmes Saint-Antoine, pour leur disponibilité et leur générosité.

Une pensée particulière pour mes amies les plus fidèles, Julie Garret et Annesylvie Charles, étudiantes sages-femmes de ma promotion. Merci pour votre affection et votre soutien durant ces années passées ensemble.

Merci à toutes les sages-femmes que j'ai eu l'occasion de connaitre, pour avoir partagé leur connaissance et leur expérience, me permettant de bientôt devenir la future sage-femme que j'ai toujours voulu être.

Enfin, merci à toutes les femmes que j'ai rencontrées durant ces quatre années d'études, merci de leur confiance et de leur courage.

Sommaire

Introduction 1

Partie 1 : sages-femmes et obstétrique en France, contexte historique 4

I. La formation des sages-femmes et leur mise sous tutelle des accoucheurs 4

II. La lutte contre la fièvre puerpérale : les découvertes hygiénistes 7

III. Le développement des maternités hospitalières dans la première moitié du 20ème siècle 9

IV. Une médicalisation des naissances galopante à partir de la Seconde Guerre Mondiale 12

V. Fin des années 1960 : paradoxe d'une naissance entre technicité croissante et humanisation débutante 16

Partie 2 : présentation de l'étude, méthodologie et résultats 21

I. Axe de recherche et hypothèses 21

II. Méthodologie 22

III. Présentation du corpus 23

IV. Résultats 24

1. Devoirs et réalité du rôle des sages-femmes de 1974 à 1981 25

2. Positionnement des sages-femmes par rapport à la hiérarchie 29

3. Positionnement du personnel médical par rapport au rôle des sages-femmes 31

4. Positionnement des sages-femmes par rapport à la médicalisation de la naissance : le rôle interprété 31

Partie 3 : analyse et discussion 35

I. Analyse des résultats 35

1. Relation entre rôle prescrit et rôle réel des sages-femmes 35

2. Relation entre rôles prescrit et interprété des sages-femmes 36

3. Relations entre les médecins accoucheurs, la sage-femme et son rôle médical 38

II. Discussion et propositions 40

1. Validité des résultats 40

2. Discussion.....40

3. Quelles perspectives d'avenir pour les sages-femmes ? 43

Conclusion 45

Bibliographie..... 47

Annexes 52

Glossaire 55

Introduction

Au fil du temps, s'est opérée une évolution des techniques et des acteurs autour de la naissance en France. La profession de sage-femme y occupe aujourd'hui une place particulière et est définie par le Code de Santé Publique comme une profession médicale, dont le champ de compétence s'étend du suivi gynécologique des femmes en âge de procréer au suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, l'ensemble dans les limites de la physiologie.

Une grossesse est dite physiologique lorsque son évolution ne présente aucun trouble pathologique. Cette grossesse peut être définie comme « à haut risque »[2] ou à l'inverse « à bas risque », ce qui correspond à des probabilités d'accouchement normal ou non (2). Or, on ne peut considérer que la grossesse a été normale qu'a posteriori, lorsque l'accouchement s'est déroulé sans anomalie pour la mère et l'enfant. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement diffère selon le degré de risque, mais reste dans son ensemble très médicalisée[3] avec le recours aux échographies, aux examens biologiques, à l'anesthésie péridurale, etc.

En salles de naissance, nous pouvons observer des différences de prise en charge, liées aux protocoles de services mais aussi liées aux pratiques propres à chaque sage-femme. Pourquoi décide-t-on de diriger un travail, certes évoluant lentement mais sans anomalie particulière ? Pourquoi déclencher un accouchement quand on peut encore attendre une semaine, tout en assurant une surveillance rapprochée ? Certaines décisions ou indications d'intervention ne sont pas toujours clairement justifiées.

Une étude mise en place à l'hôpital Louis Mourier (Colombes) en 2012 (4) a évalué l'impact de la mise en place d'un protocole régulant l'administration d'ocytociques de synthèse au cours du travail spontané. Etablissant clairement les indications du recours aux ocytocines, l'application de ce protocole a permis de diviser par deux l'usage non indiqué d'ocytociques et de diminuer par conséquent de façon significative le taux d'hyperstimulations utérines (4). Au vu de ces résultats, nous nous sommes questionnées : le recours aux ocytociques pendant le travail jusque-là répondait-il toujours à une indication médicale formelle ?

Par ailleurs, selon les résultats de l'enquête nationale périnatale menée entre 2003 et 2010, les taux de déclenchement du travail, jusqu'à lors très stables, ont augmenté de façon significative. Au cours du travail spontané, une amniotomie a été réalisée chez plus de 50%

[2] Définie comme une grossesse dont le déroulement comporte un danger (1)
[3] Qui sert à soigner ou prévenir les maladies – qui comporte des produits médicaux (3)

des femmes et de l'ocytocine a été administrée à près de 60% des femmes (5, 6). Enfin les accouchements par voie basse instrumentale et les césariennes ont augmenté (6). A l'échelle européenne, malgré des taux plus élevés de recours aux ocytociques en France par rapport à d'autres pays à situation de santé périnatale équivalente, les issues obstétricales sont comparables. C'est notamment le cas pour le Royaume-Uni et les Pays-Bas qui ont des taux comparables de césariennes et d'accouchements par voie basse instrumentales pour un moindre usage d'ocytociques lors du travail spontané, respectivement 23% et 19% (7, 8).

Ces études sur les pratiques obstétricales en salle de naissance en France nous ont interpellées. L'approche de la parturition y est fondée sur le risque et les pratiques reposent sur un modèle de type « medical model of care » (9, 10,11). A l'inverse, plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), tels que le Royaume-Uni et les Pays-Bas, se basent sur un modèle de soins de type « midwifery model of care » et présentent de très bons indicateurs périnataux (12). La prévention des risques, anticipés ou imprévisibles, est devenue une priorité en France et impose de ce fait une recherche permanente de la pathologie. S'il est certain que certaines situations amènent à une prise en charge médicale justifiée et adaptée, il est cependant important de se demander si les indications d'intervention sont toujours bien posées.

A partir de ces constats, une question de départ s'est imposée : quelles sont les raisons expliquant ce recours important aux interventions en salle de naissance en France ?

Cependant, l'objectif de ce travail a évolué rapidement vers un désir de compréhension de la place des sages-femmes dans ce processus de médicalisation de la naissance en France. En effet, la recherche bibliographique, notamment historique, présentée dans la première partie, ainsi que le cadre législatif de ce mémoire, nous ont amenées à nous intéresser plus spécifiquement aux rôles des sages-femmes dans ce processus, tels qu'ils ont été prescrits, réalisés, mais aussi souhaités, par les professionnelles concernées et par les médecins avec lesquelles elles travaillaient, jusqu'aux début des années 1980.

Ainsi, notre question de recherche a pris la forme suivante : quels rôles ont eu les sages-femmes dans la médicalisation de la naissance en France, entre 1945 et 1981 ?

Nous tenterons d'y répondre avec deux hypothèses :

- Les sages-femmes ont souhaité développer leurs compétences médicales pour ne plus être considérées comme des auxiliaires et appuyer leur statut médical.

- Pour se démarquer des gynécologues-obstétriciens, elles ont revendiqué un accompagnement plus physiologique de la naissance, en préservant leurs capacités relationnelles.

Une étude, portant sur ces écrits publiés dans *Les Dossiers de l'Obstétrique* entre 1974 (premier numéro paru) et 1981, a permis de mieux cerner les attentes et les pratiques des sages-femmes de l'époque. Les résultats de cette étude sont présentés en deuxième partie.

Enfin, dans une troisième partie, nous tenterons de répondre à la question de recherche en analysant les résultats et en les discutant.

Partie 1 : sages-femmes et obstétrique en France, contexte historique

I. La formation des sages-femmes et leur mise sous tutelle des accoucheurs

Pendant des siècles, les naissances ont lieu à la maison, où l'accouchée était assistée par un entourage exclusivement féminin: la matrone[4] et les « *commères* » (14), femmes de la famille et du voisinage, venues aider à préparer la naissance. Par décence, les hommes n'ont pas le droit d'assister aux couches et il est exceptionnel de faire appel aux chirurgiens (uniquement pour l'extraction d'enfant mort).

A partir de la seconde moitié du 17ème siècle, la pratique des matrones est de plus en plus soumise à un contrôle de l'Etat, de l'Eglise et des accoucheurs (chirurgiens de formation).

Le clergé se méfie des pratiques et de l'influence certaine qu'ont les matrones sur la communauté rurale. L'Eglise désigne de ce fait une matrone vertueuse[5], dans chaque communauté, qui défendra les intérêts sociaux et moraux. Soupçonnées auparavant de pratiquer des avortements et infanticides, elles doivent maintenant dénoncer les filles-mères venant accoucher en ville pour y abandonner leur enfant (16).

La monarchie met en place des règlements précisant les conditions d'exercice des matrones, discréditées par les autorités politiques et médicales pour leur exercice hasardeux et leur absence de formation théorique, et place leur activité sous l'autorité de la communauté des chirurgiens, dont elles dépendent sur un plan juridique. Bénéficiant d'études théoriques en anatomie, les chirurgiens se font progressivement une place dans les maisons des accouchées et sont appelés en cas d'accouchement difficile, étant habilités à utiliser les instruments. Crochets, tenettes, et leviers[6] deviennent indispensables pour sauver mères et enfants, permettant à l'accoucheur de s'imposer, bien que leur emploi inconsidéré entraine encore à cette époque des complications maternelles et néonatales graves (17, 18, 19). Au nom de la sécurité, l'accouchement se transforme dès lors progressivement : les commères sont chassées de la chambre de l'accouchée et la position allongée sur le dos est instaurée. Cette position, mise en place par les médecins du 17ème

[4] Accoucheuse n'ayant qu'une expérience pratique (13)

[5] Qui est mue par un idéal moral, religieux (15)

[6] Ancêtres des forceps actuels – illustration en Annexe I

siècle, était plus commode pour réaliser des manœuvres ou employer des instruments, mais était également plus convenable pour un homme, qui plus est chirurgien (14).

Au 18ème siècle, l'idéologie populationniste se répand, les économistes affirmant que la richesse des nations dépend du nombre et de la qualité de leurs habitants (20). Le siècle des Lumières s'inscrit dans une volonté de combattre l'empirisme et de promouvoir les connaissances et le progrès. Les praticiens rédigent peu à peu des traités d'obstétrique et des manuels. La formation des matrones, alors le plus souvent illettrées, commence peu à peu.

L'enseignement de « *L'Art des Accouchements* » reste toutefois limité jusqu'en 1760, les facultés de médecine s'intéressant peu à la formation des matrones. De 1760 à 1783, la première campagne de formation sur toute la France est instaurée par Angélique Marguerite Le Boursier Du Coudray, maitresse sage-femme formée à Paris et pourvue d'un brevet royal. Elle est à l'origine d'une méthode de formation, alliant la théorie à des travaux pratiques sur un mannequin conçu par elle-même (photographie disponible en annexe II). En 25 années à parcourir la France, madame Du Coudray forme près de cinq mille sages-femmes et des centaines de chirurgiens locaux, qui continueront après son passage à diffuser la formation (13).

Cette formation entraine une mutation de la population des sages-femmes, qui sont de plus en plus jeunes et ne sont plus forcément mariées et mères de famille. Etant donné les frais de formation engagés, former une sage-femme jeune qui aura un temps d'exercice plus long est plus intéressant. La première école nationale de sages-femmes voit le jour en février 1802, à l'Hospice de la Maternité de Paris, et s'installe en 1814 à Port-Royal, formant avec le service des accouchements, la Maternité Port-Royal. La Loi du 10 mars 1803 (Loi du 19 ventôse an XI) réglemente alors la formation des sages-femmes, qui doivent suivre un enseignement théorique et pratique, et se présenter à un examen devant un jury de médecine (21, 22). De nombreux départements ouvrent par la suite des écoles de sages-femmes. La sage-femme, formée et responsable d'une communauté, est maintenant rémunérée et bénéficie de certains privilèges. Pourtant, aux yeux de l'opinion publique, parce qu'il est savant et puisqu'il a autorité sur la sage-femme et sa formation, l'accoucheur est devenu le plus compétent en matière d'accouchement.

Au 19ème siècle, les sages-femmes acquièrent de nombreuses compétences. Selon le code administratif de 1824, « *la maîtresse sage-femme à l'Hospice de la Maternité sera chargée*

du service ordinaire des accouchements ». La sage-femme en chef est indépendante du chirurgien en chef dans son service et ne l'appellera que lors de cas graves. L'emploi du perce-crâne et des forceps par les sages-femmes est également toléré à Paris (23). A la campagne, les sages-femmes ont des compétences élargies, avec des bases en petite chirurgie et même en botanique, pratiquant par ailleurs la vaccination anti-variolique et prescrivant le seigle ergoté[7] en 1873.

L'arrivée des accoucheurs, chirurgiens de formation, dans les maisons des accouchées modifie profondément la perception de l'accouchement. Nécessitant des connaissances et des pratiques complexes, il est de moins en moins considéré comme un acte naturel.

[7] Puissant utéro-tonique utilisé pour accélérer la délivrance.

II. La lutte contre la fièvre puerpérale : les découvertes hygiénistes

Malgré l'existence de l'Hospice de la Maternité, les accouchements y restent encore très limités, réservés aux « *femmes misérables, seules et sans abri pour accoucher* » (20). Jusqu'en 1880, les épidémies de fièvres puerpérales sont responsables d'une mortalité en couches très importante : variant de 5,9 à 20%, selon les hospices, contre moins de 1% à domicile (13, 14). La fièvre puerpérale se définit comme une infection d'origine nosocomiale survenant après l'accouchement (13, 24). Les miasmes[8] de l'air sont principalement mis en cause à l'époque, sans pour autant comprendre les véritables mécanismes de l'infection et de la mort qui en résulte.

Au milieu du 19ème siècle, la fièvre puerpérale est à l'origine d'une véritable catastrophe sanitaire, qui a failli entrainer la fermeture complète des maternités par le Ministère de l'Intérieur. Le « Comité consultatif d'hygiène et du service médical des hôpitaux », créé en 1863, préconise ainsi de développer autant que possible les accouchements à domicile et proscrit les grandes maternités (26). En 1867, des sages-femmes agréées de l'Assistance Publique sont détachées des hôpitaux, réalisant des accouchements uniquement en ville. Mais il se pose un problème logistique et financier : comment fermer des centaines de lits hospitaliers et répartir chez les sages-femmes les milliers de femmes accueillies par les hôpitaux de Paris ? De plus, les missions essentielles des hôpitaux, que sont l'observation et la recherche clinique ainsi que l'enseignement, sont en danger. Craignant un retour vers une médecine empirique, certains médecins accoucheurs décident de faire face à ce fléau, en recherchant les causes de la maladie et les moyens de la prévenir.

Bien que décrié, le premier à avoir compris le mode de contamination de la fièvre puerpérale est Ignace Philippe Semmelweis, médecin austro-hongrois. Son intuition est née de l'observation d'une mortalité maternelle moins importante chez les femmes ayant été accouchées par des sages-femmes que celles ayant été accouchées par des étudiants en médecine. Il réussit à faire le lien avec les activités de dissection des médecins et étudiants en médecine, et propose, dès 1847, un lavage systématique des mains dans une solution de chlorure de chaux avant la pratique des accouchements. Malgré une baisse spectaculaire de la mortalité de 10 à 1%, il obtient un succès inégal auprès des accoucheurs européens (27).

[8] Emanations produites par des matières organiques en décomposition (25).

A Paris, il faut attendre les découvertes de Pasteur, près de 50 ans plus tard, pour une véritable mutation des pratiques obstétricales. Ayant déterminé le streptocoque comme étant l'agent causal des fièvres puerpérales, Pasteur s'inspire des découvertes de Joseph Lister sur l'antisepsie (méthode de destruction des microbes) et l'asepsie des instruments et du linge (méthodes limitant la contamination microbienne), et préconise le lavage des mains à l'« *acide phénique, non concentré* » (28).

A la même période, apparaissent les propositions hygiénistes de Stéphane Tarnier, médecin accoucheur français exerçant à la Maternité de Port-Royal. Il met d'abord en évidence la réalité de la surmortalité des accouchées à la maternité par rapport à celles accouchant à domicile dans le même quartier. Il propose ensuite des modifications architecturales avec, notamment la construction de pavillons de petites dimensions, l'isolement des services de pathologies et l'utilisation de matériaux modernes permettant le lavage à grandes eaux des chambres des accouchées à leur départ (20, 29). Les statistiques sur la mortalité maternelle qu'il rassemble par la suite sont remarquables : 9,31% jusqu'en 1869, 2,32% de 1870 à 1880 (isolement des malades et désinfection), 1,05% de 1881 à 1889 (antisepsie complète) et un taux inférieur à 0,5% après 1890.

Petit à petit, les notions d'hygiène se développent également en dehors des hôpitaux, grâce aux religieuses ayant une influence non négligeable sur la population. Ces dernières, portées par « l'idéologie de la charité » se mobilisent volontiers comme soignantes, et permettent une diffusion de la médicalisation jusque dans les maisons (30). De même, les sages-femmes développent « les principes de l'hygiène pasteurienne et de la puériculture médicalisée jusque dans les maisons les plus humbles » (31).

Grâce aux découvertes hygiènistes, la fièvre puerpérale est sur le point d'être éradiquée, permettant un pas supplémentaire vers l'accouchement hospitalier. Cependant, ces nouvelles normes d'hygiène ne seront effectives qu'à la fin du 19ème siècle dans les maternités parisiennes et plus tardivement en Province, ce qui explique le faible taux d'accouchement en milieu hospitalier jusqu'au milieu du 20ème siècle.

III. Le développement des maternités hospitalières dans la première moitié du 20ème siècle

A partir de 1840, les drogues anesthésiantes et analgésiques sont découvertes (opium, chloroforme, éther). En 1853, la Reine Victoria accouche de son huitième enfant sous anesthésie au chloroforme. La pratique de l'anesthésie pour l'accouchement se répand ensuite en Angleterre et aux Etats-Unis, sous la pression des patientes souhaitant abolir la douleur de l'accouchement. En France, les obstétriciens sont longtemps restés réfractaires à l'anesthésie, lui reprochant ses effets secondaires tels que l'inertie utérine ou les hémorragies de la délivrance (14).

En 1892, la loi du 10 mars 1803 est modifiée : l'usage des instruments est formellement interdit aux sages-femmes, et la pratique de la médecine, ainsi que la prescription des médicaments (hormis le seigle ergoté, les antiseptiques et la vaccination) sont interdites aux sages-femmes (20). Un décret du 23 juillet 1893 fixe les études de sages-femmes à deux ans, chaque année étant sanctionnée par un examen (32).

Parallèlement, en 1895, est créé le nouveau corps des accoucheurs qui se consacre désormais à améliorer les conditions médicales des accouchements. L'enseignement se développe, tout comme la modernisation des locaux hospitaliers, dont le confort et la sécurité sont améliorés. De surcroit, les accoucheurs se penchent sur la santé du nouveau-né et l'utilisation du stéthoscope obstétrical, défendu par Adolphe Pinard, chef de service de la Maison d'Accouchement Baudelocque à Paris, va bouleverser la pratique obstétricale, en y incluant la surveillance fœtale. La maternité hospitalière étend progressivement ses champs d'action de surveillance et de prévention : la « maternité ne doit pas être seulement une maison d'accouchement, mais un centre d'assistance psychosociale et de travail scientifique consacré à la fonction de reproduction » (33).

L'hécatombe de la Première Guerre Mondiale exacerbe l'impression d'une « dépopulation de la France », sentiment de catastrophe démographique poussant les autorités publiques vers une politique nataliste (en 1919, le nombre de décès dépasse celui des naissances) (20).

D'une part, des mesures sont mises en place pour augmenter le nombre des naissances. L'Etat développe une politique de répression vis-à-vis de l'avortement et de la contraception. La loi du 31 juillet 1920 interdit la « *provocation à l'avortement et à la propagande antéconceptionnelle* » (34). Soupçonnées de pratiquer des avortements et de révéler des méthodes contraceptives, l'image des sages-femmes agréées se dégrade

encore. D'autres mesures, parfois symboliques, sont destinées à encourager les naissances : création de la médaille de la famille française en 1920, institution de la « Fête des mères » en 1926, institution d'un congé maternité de six semaines en 1928, généralisation des allocations familiales avec la loi Landry de 1932, « allocation de la mère au foyer » en 1938, etc (20, 35).

D'autre part, les pouvoirs publics soutiennent les efforts du corps médical pour diminuer la mortalité maternelle et infantile. Les futures mères bénéficient de l'assurance-maternité, avec indemnités et gratuité des soins, à condition qu'elles acceptent les consultations prénatales de suivi de grossesse, réalisées par des médecins. L'accouchement est pris en charge, remboursé selon des tarifs forfaitaires, ainsi que les consultations pédiatriques durant la première année de vie des enfants (13).

Les sages-femmes agréées, exerçant en ville, souffrent de la nouvelle image de la maternité hospitalière modernisée et de sa progression croissante. En 1917, les études des sages-femmes sont réorganisées avec un nouveau programme sur deux années : bases des soins généraux en première année, et obstétrique et puériculture en deuxième année. C'est dans les années 1920-1930, que se développe l'accouchement en milieu médicalisé, notamment dans les grandes villes (13).

L'hôpital public voit sa fréquentation augmenter, accueillant progressivement les femmes de la classe moyenne (ouvrières, employées, etc.). Plus seulement réservé aux filles-mères et aux plus démunies, il garantit alors « *[les] soins et [l']hygiène, tant pour la mère que pour l'enfant* » (13). La maternité publique reste marquée par des règles très strictes : les parturientes sont « *systématiquement déshabillées, lavées et rasées* » puis « *habillées du même linge* », les personnes étrangères au service (conjoint, famille) ne sont pas admises lors de l'accouchement pour des raisons hygiéniques, après l'accouchement les visites sont réduites à trois personnes, une heure par jour, etc (36). Cela peut expliquer la préférence des femmes bourgeoises pour l'accouchement à domicile puis dans les cliniques privées, où elles bénéficient de la sécurité tout en faisant respecter leurs exigences.

Jusqu'au début du 20ème siècle, l'accouchement est majoritairement assisté par les sages-femmes. Le développement de l'accouchement hospitalier, durant la première moitié du 20ème siècle, entraine une évolution dans l'exercice des sages-femmes. Dans le même temps, la pratique libérale devenant moins rentable, les sages-femmes se tournent de plus en plus vers le salariat dans les hôpitaux, où elles se retrouvent soumises aux directives

des médecins accoucheurs. Les effectifs de sages-femmes diminuent, passant de 13 011 sages-femmes en 1906 à 11 286 en 1936, alors que le nombre des médecins augmente (de près de 18 000 en 1906 à près de 26 000 en 1936) ainsi que le pourcentage des accouchements réalisés par ces derniers (passant de 25 à 36% de 1920 à 1931) (37). En province, cette évolution est plus lente, les accouchements ayant généralement lieu à domicile ou dans des petites structures peu équipées (13).

IV. Une médicalisation des naissances galopante à partir de la Seconde Guerre Mondiale

Sous le gouvernement de Vichy, l'augmentation de la natalité reste une priorité. Le Code de la Famille, créé en 1939, est mis en œuvre et un ensemble de lois visant à « protéger la famille française » sont promulguées. De nombreuses mesures ont été mises en place, comme l'amélioration des logements et de l'éducation des enfants, l'allègement de la fiscalité, etc. Parmi ces mesures, « la protection de la race » est centrale, concernant spécifiquement la santé de la mère et de l'enfant. L'avortement devient un crime d'Etat en 1942, « synonyme de trahison », entrainant de lourdes peines d'emprisonnement (de dix ans à la perpétuité) et des amendes importantes (allant de 5000 à 200 000 francs). En 1943, le Tribunal d'Etat prononce même deux condamnations à mort : Marie-Louise Giraud et Désiré Piogé seront guillotinés pour avoir commis plusieurs avortements clandestins (38, 39, 40).

Le 17 mai 1943, une loi instaure une nouvelle réglementation de la formation des sages-femmes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme. Les études de sages-femmes se déroulent désormais sur trois années : une première année commune avec les infirmières abordant les soins généraux et les bases de médecine, suivie de deux ans comportant des cours en obstétrique, en gynécologie et en pédiatrie. La loi de 1943 indique aussi les qualités essentielles à l'exercice du métier de sage-femme qui sont une « *connaissance interne, profonde et personnelle de la féminité* ». Il s'agit d'une compétence de genre, qui désigne les sages-femmes, corps professionnel exclusivement féminin, comme « *les mieux placées pour se tenir auprès d'autres femmes, pour les préparer, les rassurer, les conseiller et les aider pendant la grossesse et l'accouchement* » (31, 41).

A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, les ordonnances de 1945 permettent la création de la Sécurité Sociale en France. Cette institution va étendre les lois du Code de la Famille à tous les salariés. L'assurance-maternité comprend le remboursement intégral des soins liés à la grossesse, les frais d'accouchement et le transport médicalisé vers un établissement de santé. Le congé maternité est allongé à douze semaines et l'hospitalisation après l'accouchement est prise en charge pendant douze jours. L'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) rend obligatoire les consultations prénatales, le versement des allocations se faisant à la déclaration de grossesse et sous condition du suivi médical de la grossesse. La femme

enceinte doit obligatoirement consulter un médecin dans les trois premiers mois de grossesse pour obtenir une déclaration de grossesse, nécessaire à la prise en charge sociale.

Les sages-femmes libérales voient fondre leur clientèle. D'une part, elles ne sont plus les professionnelles consultées en première intention, puisque les patientes font suivre leur grossesse par un médecin. D'autre part, même s'il est remboursé, l'accouchement à domicile est moins abordable que l'accouchement hospitalier, où les patientes n'ont pas à avancer les frais médicaux (13, 31). L'accouchement à domicile représente 47% des accouchements en 1952 contre 80% en 1930 (19).

En septembre 1945 est créé l'Ordre des sages-femmes dont les missions sont de garantir le respect des règles déontologiques, les compétences des sages-femmes, et de défendre les intérêts de la profession. Il obtient notamment, en 1948, que la profession soit officiellement reconnue comme médicale (31). Cependant, le fait que la présidence du Conseil de l'Ordre des sages-femmes soit assurée par un médecin, et que la juridiction de première instance soit le Conseil régional de l'Ordre des médecins, est mal vécu par les sages-femmes. Deux associations syndicales sont alors créées pour améliorer la reconnaissance des sages-femmes : l'Union Nationale et Syndicales des Sages-Femmes (UNSSF), en 1945, rassemblant majoritairement des sages-femmes libérales qui souhaitent préserver l'autonomie de la profession, et l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) en 1952, regroupant alors les sages-femmes salariées des établissements publics et privés.

Après la guerre, de nouvelles thérapeutiques et techniques arrivent des Etats-Unis d'Amérique. Les antibiotiques, d'abord la pénicilline puis les sulfamides, bouleversent les pratiques médicales. Combinée aux méthodes hygiénistes, l'antibiothérapie transforme le pronostic des infections, faisant baisser la mortalité par infection de 80% entre 1925 et 1960 (13). La chirurgie bénéficie grandement de ces découvertes et plus particulièrement l'opération césarienne[9] laquelle, avec l'avènement des antibiotiques et le développement

[9] Réalisée depuis l'Antiquité sur des femmes juste décédées, la césarienne sur femme vivante est meurtrière par ses deux principales complications : l'hémorragie et l'infection. Au 17ème siècle, Mauriceau dénonce la césarienne, trop dangereuse : « *c'est pourquoi on ne doit jamais entreprendre l'opération césarienne ; parce qu'elle serait très assurément cause de la mort de la mère* » (42).

des techniques de suture, se développe à grande échelle, à partir de la seconde moitié du 20ème siècle.

En 1951, les soviétiques développent une méthode d'accouchement sans douleur à partir des travaux sur le conditionnement mental de Pavlov, médecin russe. De retour d'un voyage en Russie, Fernand Lamaze, obstétricien de la maternité des Bluets[10], développe l'Accouchement Sans Douleur (ASD). Il s'agit d'une approche basée sur des cours décrivant l'accouchement et ses phénomènes physiologiques, et des techniques de relaxation et de respiration. Cette méthode est largement décriée par le corps médical, et notamment par l'Ordre des Médecins, « conservateur des traditions »[11], qui se méfie notamment du fondement scientifique de la méthode. Le docteur Lamaze et un de ses confrères, Pierre Vellay, sont même traduits devant le Conseil de l'Ordre avant d'être blanchis en 1954 (43). Néanmoins, les résultats des statistiques de la maternité des Bluets en octobre 1955 sont positifs : moins de 5% des patientes n'ont ressenti aucune amélioration de leur douleur et plus de 40% des accouchements préparés ont été qualifiés « "d'excellents" ou de "très bien", c'est-à-dire réellement sans douleur » (44). Le docteur Lamaze et son équipe pensent aussi qu'un défaut de communication entre la sage-femme et la parturiente participe aux échecs recensés de la méthode et décident d'inclure les sages-femmes dans la préparation à l'accouchement à partir de 1954 : « *les sages-femmes, chargées d'obtenir les résultats d'une préparation avec laquelle elles n'ont qu'un contact réduit, tendent à agir trop mécaniquement et leur assistance aux femmes s'en ressent. [Il faut donc] faire participer pleinement les sages-femmes à la préparation et les amener, dans quelques mois, à pouvoir donner tous les cours* » (44). Acceptant ce rôle de monitrice dans la préparation à l'accouchement, les sages-femmes ont redéfini leur place auprès des femmes et leur statut professionnel vis-à-vis des médecins. Approuvée par le Pape Pie XII en 1956, la méthode s'appelle désormais Psychoprophylaxie Obstétricale. Prise en charge par la Sécurité Sociale, à raison de six séances, la préparation à l'accouchement s'impose auprès des professionnels et des patientes.

[10] Polyclinique de la Confédération Générale du Travail (CGT) des métallurgistes

[11] Knibiehler Y, Thébaud F. La médicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970. Dans : « L'heureux événement »: une histoire de l'accouchement. Paris: Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris; 1995 : 101-110.

Une prise de conscience s'opère chez les parturientes, qui apprennent à maitriser leur corps et deviennent actrices de leur accouchement. L'ASD devient « *un élément majeur de la révolution culturelle qui, à partir des années 1950, transform[e] la vision que les femmes avaient d'elles-mêmes, comme le regard de la société sur elles* » (44).

V. Fin des années 1960 : paradoxe d'une naissance entre technicité croissante et humanisation débutante

La méthode prophylactique fait prendre conscience aux femmes qu'elles ont un pouvoir de décision sur la façon dont elles veulent accoucher. Cette méthode devient par la suite la préparation à l'accouchement et se développe avec l'arrivée de nouvelles techniques telles que la sophrologie ou le yoga.

Cependant, loin d'être miraculeuse, la méthode prophylactique ne suffit pas toujours à lutter contre la douleur de l'accouchement. A la fin des années 1970, l'ASD est vivement critiqué par certains mouvements féministes, qui affirment que la méthode est non seulement insuffisamment efficace, mais qu'elle masque et nie la réalité des souffrances de l'accouchement (13). Certains propos sont très virulents et témoignent de ce mouvement de contestation : « *l'accouchement sans douleur est presque toujours un leurre : 80% des femmes souffrent atrocement durant l'accouchement* » écrit Marie-José Jaubert en 1979 (45). C'est à cette époque que se développe l'anesthésie péridurale, découverte à la fin du 19ème siècle, mais jusque-là, non pratiquée dans le domaine de l'obstétrique, par crainte de faire courir des risques à la mère et au fœtus. Technique permettant l'administration de produits anesthésiants dans l'espace péridural[12], l'anesthésie péridurale apparait comme moins dangereuse que l'anesthésie générale, alors réalisée lors des césariennes et manœuvres obstétricales. Elle devient un moyen moderne d'abolir la douleur de l'accouchement, sans pour autant altérer l'expérience de la naissance, bien qu'à ses débuts elle ne permette aucune mobilisation (10, 47).

Dans les années 1950, Emanuel Friedman, obstétricien américain, représente la durée du travail obstétrical idéale, à partir de données statistiques, par l'intermédiaire d'un outil graphique qui deviendra par la suite le partogramme (48). Il en résulte une participation active lorsque le travail ne se déroule pas suffisamment rapidement (moins de un centimètre par heure de dilatation cervicale, appréciée par des touchers vaginaux répétés), appelée « travail dirigé ». Proposé par des obstétriciens irlandais dès la fin des années 1960 (49), il correspond à une rupture des membranes et à l'emploi de thérapeutiques pour augmenter la fréquence des contractions utérines. L'ocytocine, découverte en 1953 par Du Vigneaud, biochimiste américain, est par la suite largement utilisée lors du déclenchement

[12] Partie du canal vertébral, située entre la dure-mère et le périoste qui tapisse le canal (46)

ou de la direction du travail obstétrical. Plus tard, dans les années 1970, une autre molécule apparait dans le cadre du déclenchement du travail, les prostaglandines (50, 51).

Parallèlement au développement de l'anesthésie péridurale, s'est développée l'échographie obstétricale permettant la surveillance de la grossesse et le diagnostic prénatal. La création d'images à partir d'ultrasons est mise au point à partir des années 1950 et les premières applications au domaine de l'obstétrique datent de 1958. D'abord réservée aux grossesses ayant un risque médical identifié, l'échographie s'étendra aux grossesses de déroulement normal à partir de 1978. Deux échographies obstétricales sont même recommandées et remboursées par la Sécurité Sociale à la fin de la décennie 1960 (10).

Dans les années 1980, se généralise un autre moyen de surveillance de la grossesse et de l'accouchement : l'enregistrement tococardiographique fœtal ou « monitoring fœtal ». Mis au point en 1967, par Konrad Hammacher, obstétricien allemand, les moniteurs fœtaux sont par la suite largement commercialisés (52). Mis en place de façon continue lors du travail, il remplace la surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtale grâce au stéthoscope de Pinard.

Cette sophistication des techniques, acceptées - voire sollicitées - par les patientes et les professionnels de santé, contribuent à augmenter encore le recours aux interventions médicales en salles de naissances, comme la césarienne ou le déclenchement. La naissance nécessite désormais une surveillance accrue, qui se manifeste par un recours plus important aux interventions. Certaines de ces techniques participent à déprécier encore l'image des sages-femmes, ne relevant pas de leurs compétences, et les plaçant dans un rôle d'assistantes des obstétriciens.

A partir de 1970, avec la réforme hospitalière, émerge la notion de périnatalité qui devient un enjeu de santé publique. Des enquêtes sont réalisées pour évaluer les principaux indicateurs de santé et pratiques médicales. Les résultats de ces enquêtes montrent une nette diminution, entre 1970 et 1980, des taux de mortalité maternelle (de 28,2 à 12,9 décès pour 100 000 naissances) et infantile (21 à 10 décès pour 1000 naissances vivantes). Cependant, on observe que ces indicateurs restent moins bons par rapport à d'autres pays appartenant à l'OCDE comme la Suède (entre 1970 et 1980 : mortalité maternelle de 10 à 8,2 décès pour 100 000 naissances ; mortalité infantile de 11 à 6,9 décès pour 1000 naissances vivantes). La sécurisation des pratiques devient donc une priorité pour les

autorités publiques qui souhaitent améliorer les indicateurs de santé. Le premier plan de périnatalité est mis en œuvre, de 1971 à 1976 (reconduit jusqu'à 1981), axé sur la surveillance prénatale (dépistage systématique de la toxoplasmose et de la rubéole, prise en charge à 100% des frais médicaux) et la réanimation néonatale (10). Un premier décret de 1972, impose des normes strictes aux cliniques privées d'accouchement (un minimum de 15 lits et un équipement précis des plateaux techniques). De nombreuses cliniques de petites tailles, tenues par des sages-femmes ont disparu, faute de pouvoir assumer les frais liés à ces nouvelles normes : 190 petites maternités sont fermées entre 1975 et 1985. Une concentration progressive des sages-femmes s'opère vers les grosses structures hospitalières, qui les assimilent aux professions paramédicales (31).

Pourtant, après 1968 et en parallèle de cette technicisation[13] de la naissance, se développent des mouvements contestataires, venant à la fois des professionnels de santé et des féministes. Il s'agit alors d'une remise en question générale de la façon dont sont traitées parturientes et nouveau-nés, ainsi qu'une contestation de la toute-puissance médicale.

Certains médecins, sages-femmes et parents, parfois regroupés en associations, critiquent une approche paraclinique et médicalisée de la grossesse et de l'accouchement (augmentation des césariennes, monitoring, déclenchements du travail), dénuée d'humanisme. La prise en compte de l'autonomie et des volontés de la parturiente, et même de son conjoint, est mise en avant pour une humanisation de la naissance (10). Frédérick Leboyer, obstétricien français, étend ces réflexions aux nouveau-nés, qu'il souhaite accueillir « sans violence » : silence, réduction des sources lumineuses, contact privilégié avec la mère, etc. (54).

A travers cette nouvelle approche, certaines sages-femmes se tournent à nouveau vers les accouchements à domicile. Mais ces derniers se raréfient, se heurtant à l'hostilité du corps médical car considérés comme dangereux, loin des techniques de surveillance drastiques imposées à l'hôpital. Un décret de 1976, dispense, en effet, les établissements d'accueillir les sages-femmes libérales sur leurs plateaux techniques. L'exercice en libéral des sages-femmes est en danger. En 1970, les sages-femmes libérales françaises ne sont plus que 3000 sur 8500 diplômées, pratiquant majoritairement la préparation à la naissance et la rééducation périnéale. Les accouchements à domicile représentent alors moins de 5% des accouchements en France (31).

[13] Action de techniciser : doter de moyens ou de structures techniques (53)

A la fin des années 1970, les sages-femmes s'inquiètent de plus en plus de leurs conditions de travail. Elles se mettent en grève en 1981, profitant de l'approche des futures élections présidentielles. En 1982, Jack Ralite, Ministre de la Santé insiste sur le « rôle social » de la sage-femme et souhaite mettre en valeur son rôle dans la périnatalité. Il fait promulguer la Loi du 19 mai 1982 qui élargit les compétences des sages-femmes (consultations prénatales, réfection d'épisiotomie…), reconnait certains actes comme des actes obstétricaux et en améliore la rémunération (préparation à la naissance, rééducation périnéale…), élargit le droit de prescription aux examens biologiques de routine, etc. Enfin, suite aux pressions de la Communauté Européenne, la profession de sages-femmes est désormais accessible aux hommes : la compétence de genre disparait (31, 55).

Malgré une avancée des contestations concernant un accompagnement plus physiologique de la naissance et une meilleure reconnaissance professionnelle des sages-femmes, l'accouchement en France demeure aujourd'hui très médicalisé par rapport à d'autres pays comparables d'un point de vue socio-économique, encadré par une législation qui encourage la sécurisation des naissances. La pratique des sages-femmes hospitalières se veut de plus en plus autonome, mais reste liée à des protocoles et à des habitudes de services.

La littérature scientifique concernant la médicalisation progressive de l'accouchement en France, qu'elle soit l'œuvre des historiens, des médecins, voire des sages-femmes, est abondante, mais ne traite que de manière marginale de la place de la sage-femme dans cette histoire récente. Après avoir été dépossédée du droit d'utiliser des instruments, après avoir été investie d'un rôle hygiéniste, puis moral (dans le cadre de la lutte contre l'avortement), la sage-femme après 1945 ne semble plus être que "l'assistante" de l'obstétricien...

Afin de mieux cerner les obligations, les droits, et les souhaits des sages-femmes en pleine période de développement des pratiques d'accouchement médicalisées en France, durant les années 1970, nous avons eu recours au concept sociologique de « rôle social », tel qu'il a été défini par R. Chappuis et R. Thomas (56).

Le rôle correspond, pour ces auteurs, alors à la partie active du statut social, en renvoyant à des modèles de conduites reposant sur des valeurs collectives (celles du groupe) ou personnelles. Le rôle social d'un individu comprend toujours trois composantes :

- le rôle prescrit, par la loi, la hiérarchie, la tradition ;

- le rôle interprété, qui correspond à la manière d'envisager ces obligations, voire aux désirs d'évolution de ces devoirs, par l'individu concerné ;
- le rôle réel, c’est-à-dire ce que ce même individu peut faire en fonction du contexte, des contraintes, de ses capacités.

Notre question de recherche sera par conséquent : quels rôles ont eu les sages-femmes dans la médicalisation de la naissance en France, entre 1945 et 1981 ?

Pour nous permettre d’y répondre, voici nos deux hypothèses :

- Les sages-femmes ont souhaité développer leurs compétences médicales pour ne plus être considérées comme des auxiliaires et appuyer leur statut médical.
- Pour se démarquer des gynécologues-obstétriciens, elles ont revendiqué un accompagnement plus physiologique de la naissance, en préservant leurs capacités relationnelles.

Partie 2 : présentation de l'étude, méthodologie et résultats

I. Axe de recherche et hypothèses

Il nous a semblé pertinent de compléter notre recherche en littérature historique par une étude portant plus directement sur un type de sources historiques : les écrits, par et pour des sages-femmes, sur cette question de leurs rôles dans les nouvelles pratiques de l'accouchement, tels qu'ils ont été publiés dans les *Dossiers de l'Obstétrique*, unique revue professionnelle française, publiée sans discontinuer de 1974 à 1981.

Le but de cette étude était de comprendre comment les sages-femmes ont participé à la médicalisation de la naissance en France.

Afin de mieux comprendre les rôles des sages-femmes françaises dans la médicalisation de la naissance, durant cette période relativement récente dans l'histoire de la profession, nous avons questionné plus particulièrement :

- leurs relations aux médecins accoucheurs, afin de tester notre première hypothèse : les sages-femmes ont souhaité développer leurs compétences médicales pour ne plus être considérées comme des auxiliaires et appuyer leur statut médical.
- leurs souhaits de faire aussi évoluer leur pratique en dehors de la médicalisation. En effet, notre seconde hypothèse était que, pour se démarquer des gynécologues-obstétriciens, elles ont revendiqué un accompagnement plus physiologique de la naissance, en préservant leurs capacités relationnelles.

II. Méthodologie

Nous avons réalisé notre étude à travers un corpus d'articles provenant des *Dossiers de l'Obstétrique*, revue mensuelle destinée aux professionnels de santé et plus spécifiquement aux sages-femmes. La période étudiée s'étendait de 1974 à 1981. Comme nous l'avons vu précédemment, les techniques modernes de surveillance du travail obstétrical se sont vraiment généralisées en salle de naissances dans les années 1970, il était donc intéressant d'étudier le positionnement des sages-femmes sur ces techniques. Nous avons choisi d'arrêter l'étude à la fin de l'année 1981 car, sous l'impulsion du Ministre de la Santé en 1982, et suite à leurs grèves, les sages-femmes ont vu élargir leurs compétences et droits de prescription. La profession fut aussi ouverte aux hommes cette année-là.

Deux autres revues concernant les sages-femmes, *L'Officiel de la Sage-Femme* et *L'Information des Sages-Femmes*, ont été publiées durant la période étudiée. Ces dernières n'ont pas été incluses dans l'étude, principalement par contrainte de temps. La sélection d'une seule source de données nous a, par ailleurs, semblé plus pertinent pour garantir la cohérence de ce travail. Enfin, d'un point de vue pratique, *Les Dossiers de l'Obstétrique* étaient consultables sous format papier dans leur intégralité à la Bibliothèque Nationale de France. Nous avons donc choisi cette revue, mieux adaptée, en termes de période de publication mais aussi de contenu et de représentativité.

Tous les numéros publiés durant la période étudiée ont été consultés. Une première sélection des textes a été réalisée selon leur titre, leur auteur et leur thématique, ce qui nous a permis d'en recueillir une centaine sur les 8 années étudiées. Ainsi, ont été présélectionnés tous les textes faisant référence à la médicalisation ou décrivant les nouvelles techniques ou technologies dans le milieu obstétrical. Nous avons également choisi les articles dont les auteurs étaient du personnel médical (sages-femmes et médecins), ainsi que les textes réglementaires provenant du Journal Officiel, du Code de déontologie des sages-femmes ou du Code de Santé Publique. Enfin, nous avons inclus dans l'étude quelques textes provenant de personnalités politiques, toujours sur les mêmes thèmes.

Finalement, après une lecture plus fine, nous avons sélectionné 87 articles s'inscrivant plus spécifiquement dans la recherche. Des grilles de recueil (disponible en annexe III) ont été mises en place pour faire ressortir les éléments les plus pertinents des textes et permettre une première analyse du corpus sélectionné.

III. Présentation du corpus

Sur les 87 textes sélectionnés, 65 (près de 75%) ont été rédigés par des sages-femmes, et 14 (16%) provenaient de médecins, tous gynécologues-obstétriciens. Les auteurs étaient membres du comité de rédaction de la revue, intervenants ponctuels externes à la revue ou participants lors de tables rondes, organisées par la revue et dont les débats étaient retranscrits textuellement.

Un seul texte a été signé par une équipe obstétricale, comprenant gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, infirmières, et auxiliaires de puériculture.

Cinq textes réglementaires ont été sélectionnés. Deux textes ont été rédigés par des hommes politiques (Député et Ministre de la Santé).

La majorité des textes de l'étude étaient de type argumentatif (55 textes sur 87 soit 63%), dont 80% rédigés par des sages-femmes. 16 articles étaient descriptifs (plus de 18%), principalement explicatifs d'une méthode ou d'une technique ; ici encore, les auteurs étaient principalement les sages-femmes (plus de 80%). Sept textes étaient de type législatif, textes réglementaires ou rédigés par les deux hommes politiques cités plus haut. Nous avons enfin sélectionnés six témoignages de sages-femmes et trois discussions provenant de tables rondes mettant en relation sages-femmes et obstétriciens.

IV. Résultats

Nous avons rassemblé les éléments se référant aux rôles des sages-femmes dans la médicalisation de la naissance, en fonction des trois composantes, définissant précédemment ce concept sociologique[14].

Dans une première sous-partie, nous avons relaté les résultats concernant les rôles prescrits et réels des sages-femmes entre 1974 et 1981. Pour en faciliter la lecture, nous avons réalisé des tableaux référençant le nombre d'articles par auteurs et par année.

Par la suite, nous avons exposé les éléments retrouvés concernant le positionnement des sages-femmes vis-à-vis de la hiérarchie, uniquement représentée dans les textes par les gynécologues-obstétriciens. De même, le positionnement du personnel médical sur les sages-femmes, abordé dans une troisième sous-partie, était exclusivement représenté par les médecins accoucheurs.

Enfin dans une dernière sous-partie, nous avons présenté les résultats concernant le positionnement des sages-femmes par rapport à la médicalisation de la naissance. Ce dernier paragraphe se rapportait ainsi au rôle interprété des sages-femmes et à leurs revendications par rapport à l'évolution de la profession.

[14] Défini dans la Partie I – V, à la page 16

1. Devoirs et réalité du rôle des sages-femmes de 1974 à 1981

Tableau 1 - Articles concernant le rôle prescrit des sages-femmes entre 1974 et 1981

Rôle prescrit	Sages-femmes	Gynécologues-obstétriciens	Equipe obstétricale	UNSSF	Autorités publiques[15]	Nombre total d'articles
1974		3			1	4
1975	1	3			1	5
1976	1	1			1	3
1977						0
1978	6					6
1979			1	1		2
1980					2	2
1981		1			1	2
Nombre total d'articles	8	8	1	1	6	24

En 1974, quatre textes ont insisté sur le rôle prescrit de la sage-femme dans la prise en charge de l'accouchement eutocique et dans le dépistage de la dystocie. Parmi ces textes, un texte rédigé par le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, précisait que l'exercice des sages-femmes était limité à « l'emploi de certains instruments et à la prescription de médicaments déterminés […] les obligeant à faire appel à un docteur en médecine en cas d'accouchement dystocique »[16]. Les trois autres textes, écrits par des

[15] Représentées par les ministres, le Code de Santé Publique, le Code de Déontologie des Sages-Femmes

[16] Poniatowski M. Exercice de la profession. Question écrite n°3817 du 28 juillet 1973. Les dossiers de l'obstétrique. juillet-août 1974;4:30.

gynécologues-obstétriciens, indiquaient que la sage-femme avait le devoir de s'adapter à la technicité croissante de la surveillance du travail obstétrical.

En 1975, le rôle prescrit est représenté par cinq articles. Dans un premier texte, provenant du Code de la Santé Publique[17] concernant la délivrance, par les pharmaciens, de certaines substances vénéneuses aux sages-femmes, nous avons retrouvé la liste des « médicaments nécessaires au cours du travail […] et après la délivrance ». Un deuxième texte, rédigé par un gynécologue-obstétricien, exposait le rôle de la sage-femme comme étant de « faire comprendre l'intérêt de la thérapeutique »[18]. Deux textes ont insisté sur le rôle des sages-femmes dans l'accouchement eutocique, dans le dépistage et la surveillance de la dystocie (dont un texte écrit par une sage-femme). Enfin, un article, rédigé par un gynécologue-obstétricien, a indiqué que les sages-femmes n'avaient pas de rôle dans la médicalisation de la naissance : « s'il y a médicalisation, en effet seul le médecin en devient le garant et doit […] en assumer la responsabilité. […] La question se pose alors de savoir si la sage-femme y garde un rôle quelconque. »[19]

En 1976, nous avons retrouvé trois articles (dont un texte provenant du Code de Déontologie des sages-femmes) qui octroyaient aux sages-femmes un rôle dans la surveillance technique de l'accouchement (par l'amnioscopie et l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal).

Aucun texte n'a été rédigé en 1977, sur le rôle prescrit de la sage-femme.

En 1978, tous les articles sélectionnés ont été rédigés par des sages-femmes. Les six textes recueillis soulignaient la nécessité de maitriser les techniques modernes de surveillance du travail obstétrical (« amnioscopie, tococardiographie, pH-métrie, échographie »[20], etc.)

En 1979, l'UNSSF a réaffirmé le rôle médical, technique et humain de la sage-femme, rôle retrouvé dans un texte écrit par une équipe obstétricale de la maternité Fernand Lamaze à Paris, ajoutant que la sage-femme devait tout mettre en œuvre pour « préserver la sécurité physique de la mère et de l'enfant »[21].

---

[17] Livre IV, titre 1er, article L. 370

[18] Bouccara L. La grossesse et les médicaments. Les dossiers de l'obstétrique. juillet 1975;14:13.

[19] Taurelle. Point de vue du médecin de CHU. Les dossiers de l'obstétrique. septembre-octobre 1975;16:15-18.

[20] Delayen A. La sage-femme de nos jours. Les dossiers de l'obstétrique. mars 1978;41:9-19.

[21] Equipe obstétricale de la maternité Fernand Lamaze. Les relations soignants-soignés au travers de la psycho-prophylaxie. Les dossiers de l'obstétrique. août-septembre 1979;55:26-30.

En 1980, deux textes issus du Code de Déontologie de la sage-femme lui imposaient d'assurer « tous les soins en son pouvoir et désirables en la circonstance »[22] avec une extension des droits de prescription et d'actes techniques (pratique de l'épisiotomie autorisée).

En 1981, la sage-femme a dû s'adapter à l'évolution de l'obstétrique, voyant ses responsabilités médicales augmentées. Ce rôle prescrit était décrit dans deux textes, dont un provenait de la Proposition de Loi n°1452 du Député Delaneau : « La sage-femme est appelée par l'évolution des techniques et par la politique de Santé du Gouvernement […] à exercer des fonctions de responsabilité de plus en plus importantes »[23]

[22] Code de déontologie des sages-femmes. Titre II – Devoirs des sages-femmes envers les patientes. Fiches sociales des dossiers de l'obstétrique. Les dossiers de l'obstétrique. juin 1980;64.

[23] Delaneau J. Extrait de la Proposition de Loi n° 1452. In : Les dossiers de l'Obstétrique. janvier 1981;70:31.

Tableau 2 - Articles concernant le rôle réel des sages-femmes entre 1974 et 1981

Rôle réel	Sages-femmes	Gynécologues-obstétriciens	Equipe obstétricale	UNSSF	Nombre total d'articles
1974	3				3
1975	4	3			7
1976	4	1			5
1977	1				1
1978	6				6
1979	2		1	1	4
1980	3				3
1981					**0**
Nombre total d'articles	**23**	4	1	1	29

En 1974, dans trois textes, les sages-femmes ont détaillé l'utilisation quotidienne des moyens modernes de surveillance, tels que l'enregistrement toco-cardiographique, la mesure du pH sanguin fœtal, l'amnioscopie, etc.

En 1975, sept articles (écrits par des sages-femmes ou des médecins) exposaient le rôle médical et technique de la sage-femme dans sa pratique quotidienne : « pratiquent tous les examens cliniques et les enregistrements cardiotocographiques […], les tests à l'ocytocine et les amnioscopies »[24].

En 1976, le rôle réel des sages-femmes a été mis en évidence par cinq textes, dont quatre écrits par des sages-femmes, qui se définissaient comme des praticiennes, ayant la responsabilité du suivi du travail obstétrical et de l'accouchement eutociques, par l'intermédiaire des nouvelles technologies.

[24] Bernard J. La sage-femme et le dépistage du risque. Les dossiers de l'obstétrique. septembre-octobre 1975;16:32-35.

En 1977, seul un texte a décrit le rôle réel des sages-femmes comme un rôle médical.

En 1978, dans six articles, les sages-femmes ont décrit dans leur pratique quotidienne, une prise en charge autonome des parturientes dans le cadre de l'eutocie et l'emploi de toutes les techniques mises à leur disposition.

En 1979, quatre textes insistaient sur le statut médical des sages-femmes avec une maitrise parfaite des « techniques de surveillance les plus récentes (échographie, amnioscopie, monitoring) »[25].

En 1980, dans trois articles, les sages-femmes ont présenté leurs actes professionnels : surveillance du pH fœtal et du rythme cardiaque fœtal, perfusion d'ocytociques, épisiotomie ; actes permettant d'« assister la parturiente pendant le travail et surveiller l'état du fœtus in utero par les moyens cliniques et techniques appropriés »[26].

Nous n'avons pas retrouvé de texte en 1981, sur le rôle réel des sages-femmes.

2. Positionnement des sages-femmes par rapport à la hiérarchie

Le positionnement des sages-femmes par rapport à la hiérarchie est retrouvé dans 28 textes, répartis uniformément entre 1974 et 1981.

En 1974, dans deux articles, les sages-femmes ont insisté sur le bien-fondé du travail en équipe avec les obstétriciens, qui leur apportaient des informations sur les techniques à mettre en place pour une « meilleure qualité de travail »[27].

En 1975, les sages-femmes ont souligné dans trois articles, une mauvaise reconnaissance, autant par le corps médical que par les autorités publiques, les considérant comme des auxiliaires médicales. Dans un de ces textes, la sage-femme posait la question d'une remise en question des « possibilités techniques »[28] pour ne pas voir le statut médical de la profession disparaitre. Dans un autre texte, la sage-femme se positionnait en tant qu'obstétricienne, personnel médical à part entière, consacrée à l'eutocie.

[25] Forestier. La sage-femme et les soins infantiles. Les dossiers de l'obstétrique. octobre 1979;56;16-17.
[26] Delcey C. Les Xes assises nationales de Rennes. Les dossiers de l'obstétrique. août-septembre 1980;66:25-26.
[27] Benhaim J. Le vécu de la technologie obstétricale par la sage-femme. Les dossiers de l'obstétrique. novembre-décembre 1974;8:20-21.
[28] Manicom J. Image de marque de la sage-femme auprès du public. Les dossiers de l'obstétrique. juillet-août 1975;15:37-39.

En 1976, les quatre articles retenus ont exposé la même idée : la sage-femme était mise en compétition avec les médecins participant à l'accouchement (obstétricien, anesthésiste, pédiatre), voyant son rôle limité à celui d'assistante médicale.

En 1977, nous avons retrouvé deux articles concernant le positionnement des sages-femmes : elles y exprimaient une rivalité face aux obstétriciens, responsables de la médicalisation de l'accouchement et de la dépréciation du rôle médical des sages-femmes.

En 1978, les sages-femmes ont décrit dans 3 textes des responsabilités diminuées et un sentiment de dépendance face aux obstétriciens. Elles tentaient de l'expliquer par la rivalité entre les sages-femmes et les obstétriciens. Deux textes exprimaient alors une volonté d'être mieux considérées et de ne plus être reconnues comme des auxiliaires des médecins.
Au contraire, dans quatre autres textes, les sages-femmes ont exprimé un sentiment de gratitude envers les médecins, desquels elles ont beaucoup appris, et une volonté de ménager les rapports entre obstétriciens et sages-femmes.

En 1979, une équipe obstétricale (maternité Fernand Lamaze à Paris) expliquait que les obstétriciens imposaient une utilisation systématique de la technologie dans la prise en charge de l'accouchement, accentuant la notion de risque obstétrical. L'UNSSF a réaffirmé la place de la sage-femme dans le statut médical, au même titre que les médecins et chirurgiens-dentistes.

En 1980, trois articles ont décrit une rivalité avec les obstétriciens et un rôle d'« ouvrier spécialisé sous l'autorité médicale »[29]. Dans deux autres textes, les sages-femmes analysaient leur rôle influencé par les obstétriciens, leurs supérieurs hiérarchiques : « conception presque uniquement technique et médicale de la naissance », entrainant une « multiplication des actes techniques »[30].

En 1981, nous avons retrouvé dans un article l'impression d'une liberté plus restreinte avec l'arrivée des nouvelles technologies. Ce qu'il ressortait du second article, c'était la peur d'être mal reconnues par le personnel médical.

[29] Iborra M. La sage-femme et la contraception. Les dossiers de l'obstétrique. mars 1980;61;20-22.
[30] Delayen A. Se canto : Pithiviers ou la genèse de l'émotion, source de vie. Les dossiers de l'obstétrique. mars 1980;61:27-29.

3. Positionnement du personnel médical par rapport au rôle des sages-femmes

De 1974 à 1981, seuls 12 articles ont été recueillis, tous écrits par des obstétriciens sur le rôle des sages-femmes. En 1977 et en 1980, aucun article n'y faisait référence.

En 1974, deux articles décrivaient la sage-femme comme étant la professionnelle de premier recours pour l'accouchement eutocique, insistant cependant sur le fait que la sage-femme était toujours sous l'autorité du médecin.

En 1975, les quatre textes ont indiqué que la sage-femme devait se positionner en tant que professionnelle médicale sans quoi elle serait considérée comme une « infirmière spécialisée »[31]. Elle devait pourtant, selon un des articles, « ne pas hésiter à se retrancher derrière une équipe médicale »[32].

En 1976, un article affirmait que les sages-femmes, comme les accoucheurs, avait besoin des nouvelles techniques de surveillance, qui leur garantissaient une plus grande sécurité.

Dans l'unique texte publié sur le sujet par un gynécologue-obstétricien en 1978, l'auteur mentionnait un « nécessaire rapprochement médecin-sage-femme », la situant dans « sa triple vocation : soins-enseignement-recherche, comme pour toute personne ayant une activité médicale »[33].

En 1979, nous avons retrouvé également un seul texte, expliquant qu'une « obstétrique de plus en plus technicisée et pathologisée »[34] était enseignée et exigée des sages-femmes, comme aux médecins spécialistes.

En 1981, trois articles décrivaient les sages-femmes, comme étant les professionnelles médicales les plus adaptées à la prise en charge de l'accouchement.

4. Positionnement des sages-femmes par rapport à la médicalisation de la naissance : le rôle interprété

Entre 1974 et 1981, nous avons sélectionné 65 articles, tous rédigés par des sages-femmes, faisant référence à leur positionnement par rapport à la médicalisation de la naissance, ce qui correspondait à environ 75% de notre corpus.

---

[31] Guegen. La sage-femme est-elle comme certains médecins le pensent une infirmière spécialisée ? Les dossiers de l'obstétrique. septembre-octobre 1975;16:12-14.
[32] Bouccara L. La grossesse et les médicaments. Les dossiers de l'obstétrique. juillet 1975;14:13-15.
[33] Bouccara L. Tribune libre. Les dossiers de l'obstétrique. février 1978;40:35.
[34] Cheynier J-M. L'accouchement sans douleur et la fête de la naissance. Les dossiers de l'obstétrique. août-septembre 1979;55:11-12.

En 1974, deux textes montraient que la prise en charge de l'accouchement a été améliorée par les nouvelles technologies : « nous n'avons pas le droit de refuser la technologie mais au contraire l'utiliser si nous voulons préserver et permettre la vie »[35], dont un texte mettant en évidence la volonté de maitriser les techniques modernes de surveillance obstétricale.

En 1975, dans sept textes, les sages-femmes ont revendiqué une meilleure formation initiale et continue, leur permettant de maitriser les nouvelles techniques. Nous notions aussi dans un de ces articles, le souhait d'élargir la responsabilité de la sage-femme à la prise en charge des dystocies mineures (forceps, délivrance artificielle, résection d'épisiotomie). La compétence relationnelle était limitée par le recours aux multiples techniques modernes selon trois articles : « il ne faut pas qu'on se cantonne dans un rôle de technicienne, à faire un pH, à nettoyer les petits tuyaux »[36].

En 1976, sept articles indiquaient que la maitrise des nouvelles techniques était nécessaire aux sages-femmes pour qu'elles soient reconnues comme profession médicale, dont 5 articles réaffirmaient leur statut médical. Dans quatre textes, les sages-femmes souhaitaient néanmoins préserver leurs qualités relationnelles : « je ne peux pas être la sage-femme aseptisée et sans sentiments »[37].

En 1977, un seul texte exposait le positionnement tranché d'une sage-femme sur la médicalisation de la naissance : « la médecine – le "médical" – a pris en main la fonction d'accoucher […] et l'a pervertie en "maladie" où tout doit être "surveillé" et "traité" »[38].

En 1978, sept articles ont revendiqué une technique maitrisée, apportant une sécurité nécessaire dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Parmi ces textes, trois articles affirmaient plus précisément que l'accouchement non médicalisé était dangereux : « la technique préviendra le danger »[39]. Sept textes ont relaté une volonté d'humaniser la prise en charge, et de limiter l'usage excessif des techniques modernes de surveillance, malgré la nécessité de les maitriser. Parmi l'ensemble de ces textes, les sages-femmes souhaitaient une meilleure reconnaissance, « intellectuellement et financièrement »[22].

En 1979, nous avons recueilli sept articles. Cinq articles indiquaient que l'obstétrique était devenue efficace, grâce à la technologie à la fois rassurante et inquiétante. Par ailleurs,

---

[35] Benhaim J. Le vécu de la technologie obstétricale par la sage-femme. Les dossiers de l'obstétrique. novembre-décembre 1974;8:20-21.
[36] Girona. Surveillance des grossesses à domicile. Les dossiers de l'obstétrique. avril 1975;12;20-31.
[37] Sage-femme anonyme. Droit à la tendresse ou attitude aseptisée et neutre. Les dossiers de l'obstétrique. juillet 1976;24:72-74.
[38] Bessonart. Tribune libre. Les dossiers de l'obstétrique. décembre 1977;38:36.
[39] Gros M. Tribune libre. Les dossiers de l'obstétrique. février 1978;40:36.

dans deux textes, les sages-femmes ont exprimé leur désir de conserver leur responsabilité médicale, par une formation de plus en plus exigeante.

En 1980, dans trois articles, l'intervention médicale représentait un progrès technique et sociologique, garantissant la santé de l'enfant à naitre « par la surveillance opérée pendant toute la durée du travail avec le moindre dommage physique ou psychologique »[40]. Deux articles prônaient le rôle de technicienne de la sage-femme avec une responsabilité médicale plus importante par l'élargissement des droits de prescription. Enfin, dans trois articles, les sages-femmes ont jugé la technologie envahissante, décrivant « certaines pathologies de la grossesses et de l'accouchement vraisemblablement iatrogènes »[41].

En 1981, dans deux articles les sages-femmes estimaient nécessaire d'utiliser toutes les techniques existantes pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant, demandant pat ailleurs une plus grande liberté d'action. Dix articles indiquaient que la médicalisation pouvait être utile mais devait dans tous les cas être adaptée à la situation. Parmi ces articles, les sages-femmes considéraient que la technologie permettait surtout de rassurer et de protéger le technicien : « dans beaucoup de cas, on fait le maximum : on sait que ce n'est pas toujours nécessaire mais on se met à l'abri – ou l'on répond à la demande de la femme »[42].

[40] Maurel G. Réflexions et expérience d'une sage-femme de salle de travail sur l'anesthésie péridurale. Les dossiers de l'obstétrique. avril 1980;62:19-21.
[41] Delayen A. Se canto : Pithiviers ou la genèse de l'émotion, source de vie. Les dossiers de l'obstétrique. mars 1980;61:27-29.
[42] Boutin. Anxiété et pathologisation. Les dossiers de l'obstétrique. octobre 1981;78:23-39.

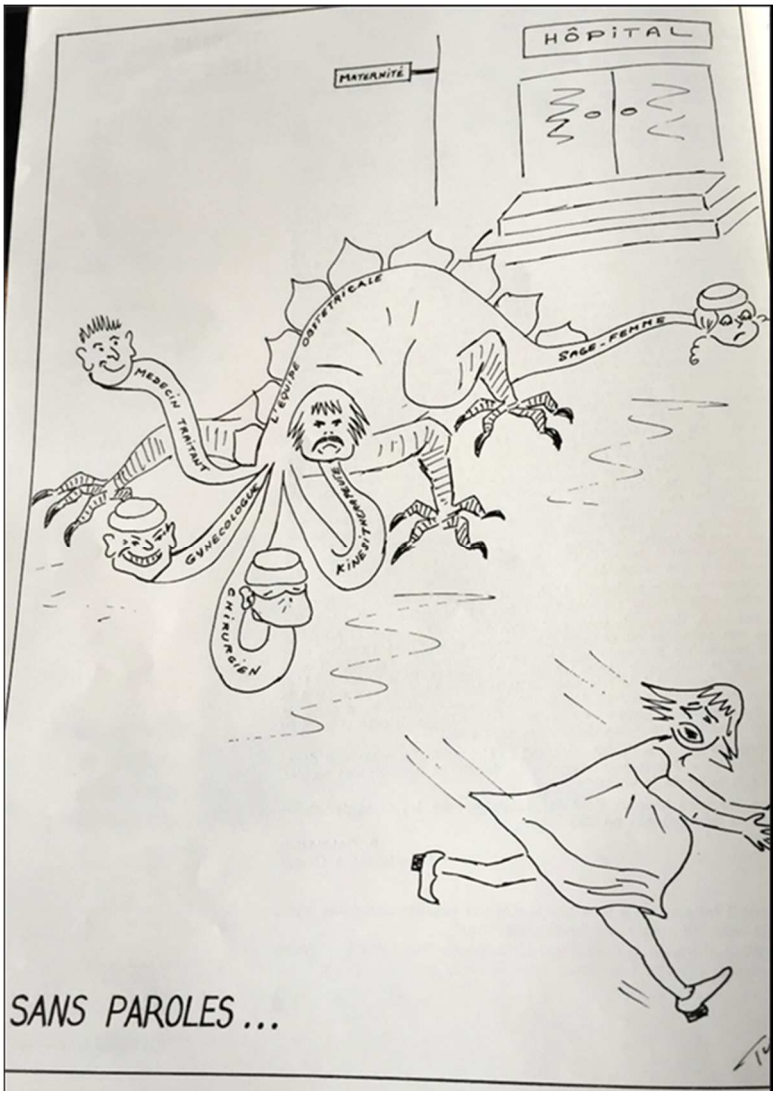


Image 1 - Illustration anonyme publiée dans les Dossiers de l'Obstétrique, n°44 juin 1978

Partie 3 : analyse et discussion

I. Analyse des résultats

1. Relation entre rôle prescrit et rôle réel des sages-femmes

En 1974, le nombre de textes concernant les rôles prescrit et réel étaient du même ordre (respectivement quatre et trois textes). La concordance entre les devoirs et la réalité du rôle des sages-femmes était notable : les sages-femmes utilisaient, dans leur pratique quotidienne, les moyens techniques à leur disposition, tels que le monitoring[43], l'amnioscopie, etc.

En 1975, sept articles exposaient les actes techniques pratiqués par les sages-femmes, correspondant au rôle prescrit des sages-femmes (décrit dans 4 textes). En effet, les sages-femmes réalisaient des examens cliniques et paracliniques, et utilisaient des thérapeutiques nécessaires à la prise en charge du suivi du travail obstétrical eutocique et au dépistage de la dystocie, comme préconisés par le Code de Santé Publique et par les gynécologues-obstétriciens. Néanmoins, un article écrit par un gynécologue-obstétricien, remettait en question l'existence d'un rôle des sages-femmes dans la médicalisation de l'accouchement dont la responsabilité revient, selon lui, aux seuls médecins.

En 1976, nous avons relevé à nouveau une corrélation entre les rôles prescrit et réel. Ainsi, les sages-femmes elles-mêmes, se définissant comme des « praticiennes », relataient des pratiques en adéquation avec leurs obligations : surveillance technique du travail obstétrical et de l'accouchement, grâce aux nouvelles technologies.

En 1977, les rôles prescrit et réel n'étaient pas vraiment présentés. Dans seul un texte, les compétences médicales de la sage-femme ont été réaffirmées.

En 1978, tous les textes sélectionnés ont été rédigés par les sages-femmes. Nous avons noté une grande correspondance entre le rôle prescrit et le rôle réel : les sages-femmes soulignaient la nécessité de maitriser les techniques modernes de surveillance et décrivaient, dans le même temps, une prise en charge autonome des patientes grâce à ces techniques.

En 1979, le rôle médical des sages-femmes, prescrit et réel, est réaffirmé avec la responsabilité des sages-femmes concernant la sécurité de la mère et de l'enfant à naître.

[43] Toutes les maternités de France n'ont pas encore fait l'acquisition de cardiotocographes en 1974. Cependant son utilisation est régulière dans les maternités qui en sont équipées.

Dans leur pratique quotidienne, les sages-femmes répondaient à ce devoir de responsabilité par une maîtrise des techniques modernes de surveillance.

En 1980, à nouveau, rôle prescrit et réel coïncidaient : le devoir de garantir les soins conformes aux données de la science était respecté dans la pratique des sages-femmes, par l'utilisation des moyens cliniques et techniques appropriés, notamment par la réalisation des actes techniques nouvellement autorisés (la pratique de l'épisiotomie par exemple).

En 1981, aucun texte ne se référait aux pratiques des sages-femmes. Deux articles ont confirmé toutefois la nécessité pour les sages-femmes d'adapter leurs pratiques à l'évolution de l'obstétrique, avec une augmentation des responsabilités médicales.

Ainsi, durant la période analysée, nous avons observé, dans notre corpus, une adéquation quasi systématique entre les rôles prescrits et réels des sages-femmes.

2. Relation entre rôles prescrit et interprété des sages-femmes

Nous avons pu noter, en premier lieu, qu'entre 1974 et 1981, les sages-femmes étaient majoritairement (65% des textes) favorables à la maitrise des nouvelles technologies dans le domaine de l'obstétrique. Nous avons retrouvé globalement un sentiment d'amélioration des pratiques, grâce aux nouvelles techniques qui garantissaient une meilleure sécurité pour la mère et l'enfant à naitre. Mis à part l'année 1975, cette corrélation entre rôles prescrit et interprété a été retrouvée de 1974 à 1981. Cependant, à partir de 1978, les sages-femmes favorables à la médicalisation de la naissance invoquaient le plus souvent un argument sécuritaire, lui-même prescrit par les réglementations en vigueur (« la sage-femme […] doit lui assurer (à la patiente) tous les soins en soin pouvoir et désirables en la circonstance »[44]).

Nous avons par la suite identifié un désir de renforcement de la formation initiale et continue. En 1975, cette volonté était particulièrement marquée, et se justifiait par une nécessité de s'adapter à l'évolution de l'obstétrique. Nous l'avons interprété comme un souhait pour les sages-femmes d'accomplir leur rôle dans la prise en charge de l'accouchement eutocique, rôle prescrit, clinique et technique. De façon générale, le rôle interprété des sages-femmes concernant la formation correspondait au rôle prescrit par

[44] Code de déontologie des sages-femmes. Titre II. Article 28.

leurs supérieurs hiérarchiques. Les gynécologues-obstétriciens insistaient en effet sur la nécessité pour la sage-femme de s'adapter à l'évolution de l'obstétrique. Dans un article, les dystocies mineures ont même été revendiquées par la sage-femme (ce qui ne correspondait cette fois-ci pas aux compétences prescrites). Par ailleurs, en 1978, tous les articles rédigés mettaient en évidence une volonté commune : l'amélioration de la reconnaissance de la profession d'un point de vue des compétences et financièrement. En 1980, il y avai une concordance entre les devoirs de la sage-femme et l'élargissement de ses compétences, et son désir de voir sa responsabilité médicale augmentée (deux articles sur huit).

Cependant, à partir de 1975 et de façon croissante jusqu'en 1981, les sages-femmes ont jugé nécessaire de ne pas perdre leurs compétences relationnelles, menacées par la systématisation des gestes techniques. En 1975 et en 1976, il ne s'agissait que de quelques réserves, mais à partir de 1977, les sages-femmes ont affirmé leur volonté de maintenir leurs qualités relationnelles dans une prise en charge de plus en plus technique.

Par ailleurs, à partir de 1977, les sages-femmes ont progressivement relié médicalisation et pathologisation de la grossesse et de l'accouchement. Nous avons également retrouvé la notion de iatrogénicité d'une technicité envahissante en 1980. La critique de la médicalisation nous a semblé de plus en plus marquée au fil des années, la systématisation des moyens techniques de surveillance étant pointée du doigt. 80% des sages-femmes en 1981 pensaient que la médicalisation rassurait plus le professionnel de santé, qu'elle n'était utile à la parturiente.

Enfin, en 1978 et 1979, un compromis entre la maîtrise, par les sages-femmes, des techniques en obstétrique, et une approche plus humaine semblait possible. La moitié des sages-femmes en 1978 considéraient que, si la maitrise des actes techniques était nécessaire pour pallier à certaines situations, la prise en charge devait être humanisée dans son ensemble. En 1979, 70% des sages-femmes pensaient que les progrès technologiques en obstétrique n'étaient pas forcément contradictoires avec une approche plus humaine, voire que l'humanisation de la prise en charge était possible seulement si les techniques modernes avaient été maitrisées et la sécurité assurée.

3. Relations entre les médecins accoucheurs, la sage-femme et son rôle médical

Du point de vue des médecins, nous avons vu une évolution, durant la période étudiée, dans le positionnement par rapport aux sages-femmes. En 1974 et en 1975, nous avons retrouvé la même idée de dépendance de la sage-femme, qui se trouvait sous l'autorité du médecin accoucheur et devait s'appuyer sur l'équipe médicale quand la situation le nécessitait (ce qui correspondait par ailleurs aux réglementations en vigueur). En 1975, les gynécologues-obstétriciens ont également insisté sur le fait que les sages-femmes devaient renforcer leur rôle médical pour ne plus être considérées comme des auxiliaires médicales.

A partir de 1976, la même idée était retrouvée dans tous les articles rédigés par les gynécologues-obstétriciens : la sage-femme, ayant un statut médical propre, devait se positionner au premier plan lors d'un accouchement eutocique. Faisant partie intégrante de l'équipe obstétrico-pédiatrique, elle travaillait alors en étroite collaboration avec les médecins spécialistes dans le domaine de la périnatalité.

Le positionnement des sages-femmes a, quant à lui, évolué de façon radicalement différente par rapport aux gynécologues-obstétriciens.

Les sages-femmes étaient unanimement satisfaites de leurs relations avec les médecins accoucheurs sur la seule année 1974. Elles soulignaient alors l'importance de travailler en équipe avec les gynécologues-obstétriciens, qui contribuaient à la qualité de la prise en charge par leur apport technique. A partir de 1975, les relations se sont nettement détériorées (correspondant à la concentration progressive des sages-femmes dans les grosses structures hospitalières).

De 1975 à 1981, nous avons relevé plusieurs références à la mauvaise reconnaissance des sages-femmes par le corps médical. Ce manque de reconnaissance s'est manifesté par un sentiment de dévaluation du rôle médical des sages-femmes.

Les sages-femmes ont décrit, en 1977 et en 1978, une impression de dépendance par rapport aux gynécologues-obstétriciens, allant jusqu'à l'asservissement : « nous serons alors […] au service des hommes-médecins »[45].

A partir de 1976, une idée s'est dégagée de façon nette des textes, concernant la rivalité ressentie par les sages-femmes par rapport aux médecins spécialistes en périnatalité. En effet, en 1976, tous les articles dénonçaient la compétition avec les médecins, qui entravait d'autant plus la reconnaissance des sages-femmes. Ce sentiment de concurrence était

[45] Bessonart. Tribune libre. Les dossiers de l'obstétrique. décembre 1977;38:36.

retrouvé jusqu'en 1981, où il s'accompagnait d'une liberté d'action restreinte des sages-femmes dans leurs pratiques.

Néanmoins, en 1978, la moitié des articles faisant référence au positionnement des sages-femmes vis-à-vis des gynécologues-obstétriciens leur était favorable, décrivant un sentiment de gratitude à leur égard. Une volonté commune de ménager les rapports entre sages-femmes et médecins accoucheurs semblait alors émerger.

De 1974 à 1981, nous avons donc noté un changement dans les rapports entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. La rivalité s'est développée dès 1975, surtout du point de vue des sages-femmes qui se sont senties menacées, craignant de voir disparaitre le statut médical de leur profession. Le positionnement des médecins vis-à-vis du rôle des sages-femmes nous a semblé variable, mais évoluant sensiblement vers un rapport de collaboration. Ainsi la notion d'autorité semblait se transformer progressivement en esprit de coopération.

II. Discussion et propositions

1. Validité des résultats

Nous avons fait le choix de n'inclure dans notre étude, que des articles provenant d'une seule et même base de données, *Les Dossiers de l'Obstétrique*.

Nous avons mis en évidence un biais de sélection : la revue, se voulant « d'informations médicales et professionnelles de la sage-femme», n'était pas forcément représentative de l'ensemble de la profession, de par la subjectivité plus ou moins perceptible des auteurs selon les articles. Cependant, le corpus avait l'avantage d'être homogène et le recueil de données, cohérentes et comparables (selon le format des articles, le statut des auteurs, etc), a été facilité. Enfin, la revue *Les Dossiers de l'Obstétrique* constituait l'unique revue professionnelle recensant des écrits de sages-femmes dans notre période d'étude sans discontinuité.

Par ailleurs, certaines limites concernant l'analyse des résultats ont été relevées :

- la sélection, dans les articles, de certaines phrases parmi plusieurs pages a inévitablement entrainé une perte de « matière », qui se traduit par une certaine subjectivité ;
- notre analyse prenait principalement en compte la position des sages-femmes sur leurs rôles dans la médicalisation de la naissance. Nous pouvons nous demander quelle influence, consciente ou non, ont eu les autres professionnels de santé sur ce point de vue des sages-femmes, notamment les gynécologues-obstétriciens avec lesquels elles ont des rapports à la fois de coopération et de subordination.

Enfin, la période d'étude était courte, ce qui limitait le nombre d'articles inclus. Le nombre d'articles sélectionné était variable d'une année à l'autre, ce qui a rendu difficile l'interprétation des données par année. Nous avons toutefois réussi à interpréter l'évolution des résultats durant la période étudiée.

2. Discussion

Initialement, notre question de recherche était : quels rôles ont eu les sages-femmes dans la médicalisation de la naissance en France, entre 1945 et 1981 ? Nous avons par la suite limité l'étude à une période continue de publications d'articles provenant des *Dossiers de l'Obstétrique*, soit entre 1974 (date de création de la revue) et 1981.

Les deux hypothèses précédemment formulées ont été validées par l'étude. En effet, les sages-femmes ont souhaité développer leurs compétences médicales pour ne plus être considérées comme des auxiliaires et appuyer leur statut médical. De plus, pour se démarquer des gynécologues-obstétriciens et s'extraire de la rivalité existante, elles ont revendiqué un accompagnement plus physiologique de la naissance, en préservant leurs capacités relationnelles.

- Rôle des sages-femmes dans la médicalisation de la naissance

Nous avons pu démontrer une adéquation entre les trois composantes du rôle des sages-femmes dans la médicalisation de la naissance. En effet, durant la période observée, les sages-femmes ont participé à la technicisation des naissances, par obligation et par choix.

L'aspect le plus notable concernait néanmoins le rôle prescrit des sages-femmes.

Dès 1974, les sages-femmes ont eu le devoir de s'adapter aux nouvelles techniques de surveillance du travail et de l'accouchement, dans le cadre de l'eutocie. Les autorités publiques réaffirmaient la nécessité de recourir à un médecin en cas de dystocie, gardant les sages-femmes sous l'autorité des médecins. Au cours des années suivantes, les compétences et responsabilités médicales des sages-femmes seront toutefois progressivement élargies. Nous retrouvons ainsi des modifications successives du Code de déontologie en 1976 et en 1980, qui développent l'usage de certains instruments (amnioscope, cardiotocographe, pH-mètre, etc.) et les compétences des sages-femmes (pratique de l'épisiotomie et sa suture) (57, 58).

Ce devoir d'évolution des pratiques concordait avec la volonté très marquée des sages-femmes de maitriser les nouvelles techniques médicales. Une des préoccupations principales des sages-femmes se rapportait à la garantie de sécurité de la patiente et de l'enfant à naître. Cette garantie de sécurité, même si elle était un devoir, revêtait une importance particulière pour les sages-femmes, conduisant à une prise en charge technique de l'accouchement. La notion de risque liée à la grossesse et à l'accouchement était déjà très présente et a largement influé sur cette conception sécuritaire. La période étude correspondait effectivement avec la mise en place et la reconduction du premier plan de périnatalité, entre 1971 et 1981. Le décret de 1972 imposait ainsi des normes strictes concernant les locaux et l'équipement des établissements de santé (59).

Avec cette notion de risque de plus en plus marquée, émerge un sentiment « d'anxiété » du personnel médical, inquiétude de ne pas pouvoir préserver la santé des patientes. La médicalisation devient alors un moyen de limiter cette anxiété, fournissant des réponses à des situations jusque-là difficiles à appréhender.

Enfin, les sages-femmes ont de moins en moins supporté le lien de subordination envers les médecins et ont revendiqué vigoureusement leur statut médical. Elles réclamaient à cet égard une formation initiale plus exigeante et promouvaient une formation continue assidue. Sur la période de l'étude, nous avons constaté une évolution contradictoire des rapports entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens : les premières manifestaient un lien de subordination de plus en plus important, tandis que les médecins exprimaient une volonté croissante de coopération. Cela s'explique peut-être par le développement du travail en équipe, nécessaire dans des maternités de plus en plus importantes. Malgré l'appartenance valorisante à l'équipe médicale, la sage-femme a vu sa liberté d'action diminuée par les protocoles établis et conduites à tenir dictées par les médecins accoucheurs, ses supérieurs hiérarchiques.

- Désir d'autonomie et d'humanisation de la naissance

Au fil des années, les sages-femmes ont de plus en plus revendiqué leurs compétences médicales et leur autonomie dans la prise en charge des grossesses physiologiques et des accouchements eutociques. Le manque de reconnaissance, par les autorités publiques et par le corps médical, constituait une de leurs plus grandes préoccupations. Nous avons ainsi retrouvé un sentiment de dévalorisation des compétences médicales, enfermant les sages-femmes dans un rôle d'assistance.

Dans les écrits des médecins accoucheurs, il est intéressant de noter qu'ils encourageaient eux-mêmes, au fil des années, les sages-femmes à s'affirmer en tant que professionnelles médicales à part entière, pour ne plus être considérées comme des auxiliaires.

Par ailleurs, dès 1975, les sages-femmes ont exprimé leurs inquiétudes sur la possibilité de maintenir leurs qualités relationnelles par rapport à la multiplication des actes techniques. Plus avancent les années, plus elles ont émis un désir marqué d'humaniser la prise en charge de l'accouchement, remettant en question l'usage abusif des nouvelles technologies, notamment lors d'accouchement eutocique. La concentration des naissances dans les grands centres, entrainée par le premier plan de périnatalité, mène en effet progressivement à une accélération du travail des sages-femmes, menaçant alors d'altérer leurs qualités humaines.

La seconde préoccupation des sages-femmes concernait les effets néfastes d'une médicalisation excessive sur les patientes. Les nouvelles technologies incriminées étaient alors considérées comme à l'origine d'une pathologisation des grossesses et de l'accouchement. A la fin des années 1970, les sages-femmes ont ainsi lutté avec le concours de certains médecins comme Michel Odent et Frédérick Leboyer pour une approche plus naturelle de la naissance. A la fin de la période étudiée, en 1981, la revue présentait même sur plusieurs numéros des « "maternités différentes" »[46], où était proposée une « écoute profonde de l'acte de naissance »[47].

Nous pouvons conclure sur cette ambivalence, entre la volonté d'affirmer son statut médical et de maitriser les techniques médicales, et le désir de développer un autre aspect, plus relationnel, peut-être plus spécifique de la profession. La finalité commune à ce sentiment ambivalent est une volonté de reconnaissance de la profession, comme étant médicale, indépendante et autonome.

3. Quelles perspectives d'avenir pour les sages-femmes ?

Trente-cinq ans plus tard, le désir d'autonomie et de reconnaissance du statut médical de la profession est toujours au cœur des revendications des sages-femmes, comme en témoignent notamment leurs mobilisations récurrentes entre 2013 et 2015.

Pourtant, la profession a connu une évolution considérable entre 1981 (fin de notre étude) et aujourd'hui : intégration des hommes en 1982, élargissement des compétences, allongement des études à quatre, puis cinq ans, avec une première année commune aux autres professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens), démarche d'inclusion au processus de Boulogne (réforme LMD – Licence, Master, Doctorat)…

Les sages-femmes se sont alors adaptées à la transformation de l'obstétrique, de plus en plus technologique et chirurgicale. D'autres disciplines voisines ont également connu un essor fulgurant : assistance médicale à la procréation, diagnostic anténatal et réanimation néonatale. Pourtant malgré ces progrès, les taux de mortalité maternelle et infantile en France sont élevés par rapport à d'autres pays de l'Union Européenne, comme la Suède et la Finlande, où l'on retrouve un modèle de naissance plus physiologique (6, 7, 8). Comme vu précédemment, la politique de santé périnatale française est basée sur la notion de

[46] Delayen A. Editorial – Le droit à la différence. Les dossiers de l'obstétrique. janvier 1981;70;4.

[47] Delayen A. Editorial – Un nid où renaitre. Les dossiers de l'obstétrique. mai 1981;74;5.

risques, ce qui encourage une quasi-systématisation des actes techniques et interventions médicales pouvant devenir iatrogènes.

Le souhait d'une prise en charge périnatale plus physiologique émane des parturientes, mais aussi des professionnels de santé, notamment les sages-femmes. Développer les maisons de naissance et l'accompagnement global serait une réponse à cette demande, permettant aux sages-femmes d'être les professionnelles médicales de premier recours pour les parturientes. La Cour des Comptes appuie cette demande dans son rapport de 2011 : « Mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé » (60).

Cependant, le principe de sécurité est la principale difficulté relative à l'ouverture et la généralisation des maisons de naissance. Les pouvoirs publics et le corps médical exigent ainsi que ces structures soient attenantes à des plateaux techniques. La possibilité pour les femmes d'accoucher en dehors du milieu hospitalier reste difficile à accepter en France. L'argument sécuritaire s'étend également aux professionnels de santé, qui doivent faire face à l'augmentation des poursuites judiciaires par les usagers. Ces derniers voient en effet leurs connaissances médicales s'accroitre et ont un regard de plus en plus critique sur les soins donnés (61).

Après une longue évolution, la profession de sage-femme tente depuis bientôt un demi-siècle de trouver un équilibre entre son identité médicale et ses capacités relationnelles. Il nous semble aujourd'hui que la sage-femme est de plus en plus en proche de cet équilibre, malgré une faible valorisation de la part des institutions politiques. Il serait alors intéressant de renforcer l'approche historique lors de la formation initiale des sages-femmes, pour permettre une prise de conscience sur le chemin parcouru depuis les prémices de la profession.

Ce travail de recherche nous a permis de mieux comprendre l'évolution des pratiques des sages-femmes, depuis l'origine de la profession jusqu'au début de la décennie 1980, ainsi que la modification de ses rôles, plus particulièrement dans la seconde moitié du 20ème siècle. Il serait intéressant de prolonger cette étude sur les dernières décennies, pour mieux appréhender l'évolution des pratiques et des aspirations des sages-femmes. Pour enrichir notre recherche, une étude de terrain serait également envisageable, à grande échelle, pour étudier le rôle des sages-femmes tel qu'elles se le représentent de nos jours.

Conclusion

Depuis des siècles, l'enfantement a fait l'objet tantôt de rites et de croyances, tantôt d'expériences et de recherches. L'obstétrique, dont l'origine étymologique latine signifie « sage-femme », a considérablement évolué de ses prémices à sa constitution scientifique. Autour de la parturiente et du nouveau-né, les pratiques, empiriques et coutumières, deviennent peu à peu rationnelles et scientifiques.

Progressivement, la science et les nouvelles technologies qui en ont résulté, ont entouré la naissance, garantes d'une sécurité devenue indispensable. Les sages-femmes se sont adaptées, leurs rôles auprès des femmes transformés, consciemment ou non.

Les sages-femmes ont, de ce fait, eu un rôle dans la médicalisation de la naissance, autant prescrit que revendiqué. Deux explications ressortent de l'étude de la littérature scientifique historique sur ce sujet et du corpus de documents étudiés : d'une part, les sages-femmes ont voulu assurer la sécurité des mères et des enfants à naître, d'autre part, elles ont souhaité améliorer l'image d'une profession en perte de vitesse au milieu du 20ème siècle. Notre étude des articles des *Dossiers de l'Obstétrique* entre 1974 et 1981, montre que, dès ce dernier tiers du 20e siècle, un grand nombre d'auteurs sages-femmes voient, dans la remise en cause du lien de subordination envers les médecins et leur nouvelle exigence de coopération, un moyen de faire évoluer cette image, ainsi que leurs pratiques. Ce désir de reconnaissance par le corps médical et les autorités publiques a donné lieu par la suite à de nombreuses mobilisations, dont les dernières sont toujours d'actualité.

De nos jours, parallèlement à la médicalisation des pratiques, les sages-femmes sont en faveur d'une médicalisation de la formation, par le développement de la recherche. A l'instar des autres professions médicales, la recherche dans le domaine de la maïeutique confirme d'autant plus le statut médical de la profession et lui confère davantage d'autonomie.

Dans le même temps, s'est développé dans les sociétés occidentales en général, et chez les sages-femmes françaises en particulier, le désir d'une prise en charge plus naturelle de la naissance. Dès la fin des années 1970, l'altération de leurs capacités humaines et relationnelles en raison de la pathologisation des grossesses et de la prise en charge de plus en plus médicalisée de l'accouchement, est une de leurs inquiétudes majeures, repérable dans les articles des *Dossiers de l'Obstétrique* de l'époque. Or, en tant que catégorie professionnelle exclusivement féminine jusqu'en 1982, les sages-femmes se présentent régulièrement comme les mieux placées pour se tenir auprès d'autres femmes pendant la grossesse et l'accouchement. L'entrée des hommes dans la profession ne

remettra pas en question cette volonté d' « humanisation » et celle de mieux respecter la volonté de la parturiente, notamment par le biais de la promotion des maisons de naissance. Le développement de ces petites structures sous la responsabilité des sages-femmes, permettrait de revaloriser leur autonomie, en répondant à un besoin grandissant des parturientes d'un accompagnement plus physiologique.

L'évolution de la profession sage-femme est inhérente aux progrès scientifiques de la médecine, mais aussi aux évolutions de la demande sociale en termes de prise en charge de la future mère et de l'enfant. Nous pouvons alors nous demander comment les sages-femmes s'y adapteront à l'avenir et si elles réussiront à trouver un équilibre entre sécurité médicale et humanisation des soins.

Bibliographie

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. « Grossesse dont le déroulement comporte un danger. Risque » [Internet]. 2012 [consulté le 13 janvier 2015]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/risque

2. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. mai 2007 [consulté le 10 novembre 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire.pdf

3. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. « qui sert à soigner ou prévenir les maladies – qui comporte des produits médicaux. Médicalisé » [Internet]. 2012 [consulté le 13 janvier 2015]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/médicalisé

4. Blanc-Petitjean P. Ocytocine de synthèse et travail spontané. Étude avant-après la mise en place d'un protocole à l'hôpital Louis-Mourier [Mémoire: maïeutique]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2013.

5. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. novembre 2013;42(7):662-70.

6. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; mai 2011.

7. Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle MH, Dattani M, Delnord M, Gissler M, et al. European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. EURO-PERISTAT; mai 2013.

8. Zwart J, Richters J, Öry F, de Vries J, Bloemenkamp K, van Roosmalen J. Uterine rupture in the Netherlands: a nationwide population-based cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. juillet 2009;116(8):1069-80.

9. MacKenzie Bryers H, Van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery. octobre 2010;26(5):488-96.

10. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Paris: A. Colin; 2013.

11. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. 1ère éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007.

12. Bell C, Ellerton J, Ferguson P, Keats J, Rogers H, Rich D, et al. Midwifery 2020 Programme - Core Role of the Midwife Workstream - Final Report.pdf [Internet]. mars 2010

[consulté le 2 mai 2015]. Disponible sur:
http://www.nes.scot.nhs.uk/media/1891153/core_role.pdf

13. Peter JP, Nardin A, Gelis J, Morel MF, Loux F, Beauvalet-Boutouyrie S, et al. « L'heureux événement »: une histoire de l'accouchement. Paris: Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris; 1995.

14. Morel M-F. Histoire de la naissance en France : XVIIIe – XXe siècle. Actualité et dossier en santé publique. mars 2008;61:22-28.

15. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. « Qui est mu par un idéal moral, religieux. Vertueux » [Internet]. 2012 [consulté le 20 janvier 2015]. Disponible sur:
http://www.cnrtl.fr/definition/vertueux

16. Gélis J. Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. Annales Economies, sociétés, civilisations. 1977;32(5):927-57.

17. Perret J-J. L'art du coutelier expert en instrument de chirurgie. Seconde partie de l'art du coutelier. Paris: Louis-François Delatour; 1772.

18. Mesnard J. Le guide des accoucheurs, ou le maistre dans l'art d'accoucher les femmes, et de les soulager dans les maladies et accidents dont elles sont très souvent attaquées. Paris: De Bure l'Aîné; 1753.

19. Birman C, Troubac S. Au monde: ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte. Paris: Points; 2009.

20. Cesbron P. La naissance en Occident. Paris: Albin Michel; 2004.

21. Chatelus D, Lejeune A. Archives nationales. Professions de santé (médecins, officiers de santé, chirurgiens-dentistes, pharmaciens). Certificats d'aptitude aux grades universitaires (1810-1905) [Internet][consulté le 5 mai 2015]. Disponible sur:
http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/pdf/sm/F17%206084-6570.pdf

22. Favard de Langlade. Répertoire de la nouvelle législation civile, commerciale et administrative. Tome quatrième. Paris: Firmin Didot; 1824.

23. Delaunay P. La Maternité de Paris. Port-Royal de Paris. Port-Libre. L'Hospice de la Maternité. L'Ecole des sages-femmes et ses origines (1625-1907). Notes et Documents. Paris: Jules Rousset; 1909.

24. Marec Y. Les hôpitaux de Rouen, du Moyen Âge à nos jours: dix siècles de protection sociale. Rouen: Editions PTC; 2005.

25. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. « Emanations produites par des matières organiques en décomposition. Miasme » [Internet]. 2012 [consulté le 22 janvier 2015]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/miasme

26. Marec Y. Accueillir ou soigner ? : L'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours. Mont-Saint-Aignan: Publications des Universités de Rouen et du Havre; 2007.

27. Marec Y. De l'hôpital mouroir à l'hôpital centre de soins. Regard d'historien sur la fièvre puerpérale et la transformation du système de protection sociale: Commentaire. Sciences sociales et santé. 2013;31(4):29.

28. Pasteur L, Joubert J, Chamberland C. La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie. Lecture faite à l'Académie de Médecine par M. Pasteur en son nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland. Paris: G. Masson; 1878.

29. Chevallier F. Le Paris moderne: histoire des politiques d'hygiène, 1855-1898. Rennes : Presses universitaires de Rennes; 2010.

30. Léonard J. Femmes, religion et médecine. [Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle]. Annales Économies, Sociétés, Civilisations. 1977;32(5):887-907.

31. Knibiehler Y. Accoucher: femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. Rennes: Ecole nationale de la santé publique; 2007.

32. Salomé A. Le médecin et la loi. Etude juridique sur la condition du médecin en droit français. Thèse: Faculté de Droit: Université de Paris; 1898.

33. Couvelaire A. La Nouvelle maternité Baudelocque : clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Paris: Masson; 1930.

34. République française. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. JORF du 1 août 1920. p. 3666.

35. Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident. Paris: Presses universitaires de France; 2012.

36. Thébaud F. Quand nos grand-mères donnaient la vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 1986.

37. Aïach P, Fassin D. Sociologie des professions de santé. La Garenne-Colombes: Edition de l'Espace européen; 1992.

38. Fishman S, Downs L-L, Sinanoglou L. La France sous Vichy: autour de Robert O. Paxton. 1ère éd. Bruxelles: Complexe; 2004.

39. Mauco G. Le Code de la famille. Annales de Géographie. 1941;50(281):73-5.

40. Cahen F, Capuano C. La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy. Vingtième Siècle Revue d'histoire. 2011;3(111):119-31.

41. République française. Loi du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. JORF du 30 mai 1943. p. 1474.

42. Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées. 6ème éd. Paris: Compagnie des Libraires; 1721.

43. Dreyfus M. La polyclinique des Bluets et les débuts de l'accouchement sans douleur (1938-1957). Matériaux pour l'histoire de notre temps. 1999;53(53):27-33.

44. Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur : Histoire d'une révolution oubliée. Paris: Editions de l'atelier; 2004.

45. Jaubert M-J. Les bateleurs du mal-joli : Le mythe de l'accouchement sans douleur. Paris: Balland; 1979.

46. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. « Partie du canal vertébral située entre la dure-mère et le périoste qui tapisse le canal. Espace péridural » [Internet]. 2012 [consulté le 20 janvier 2016]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/p%E9ridurale

47. Akrich M. La péridurale, un choix douloureux. Les cahiers du genre. 1999;(25):17-48.

48. Organisation Mondiale de la Santé, Soni B. Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme: Commentaire de la BSG. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Genève; 2009.

49. O'Driscoll K, Jackson R, Gallagher J. Prevention of prolonged labour. British medical journal. 1969;2:477-80.

50. Ricbourg A, Brugier C, Mezzadri M, Desfeux P, Delpech Y, Madzou S, et al. Déclenchement artificiel et direction du travail. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique. avril 2012;7(2):1-17.

51. Cabrol D, Carbonne B, Lucidarme P, Rouxel C. Dystocie dynamique. EMC (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Obstétrique, 5-064-A-10, 1997.

52. Duchatel F. L'auscultation obstétricale de Philippe Le Goust au monitorage foetal. Histoire des sciences médicales. 1982;16(1):37-47.

53. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. « Action de techniciser. Technicisation » [Internet]. 2012 [consulté le 20 janvier 2016]. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/technicisation

54. Leboyer F. Pour une naissance sans violence. Paris: Edition du Seuil; 2008.

55. Loi n°82-413 du 19 mai 1982 relative à l'exercice de la profession de sage-femme | Légifrance [Internet]. [consulté le 29 mai 2015]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880214

56. Chappuis J, Thomas R. Rôle et statut. Paris: Presses universitaires de France; 1995.

57. Décret n°76-770 du 10 août 1976 modifiant le décret 49-1351 du 30 septembre 1949 portant code de déontologie des sages-femmes | Légifrance [Internet]. [consulté le 20 février 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000688996

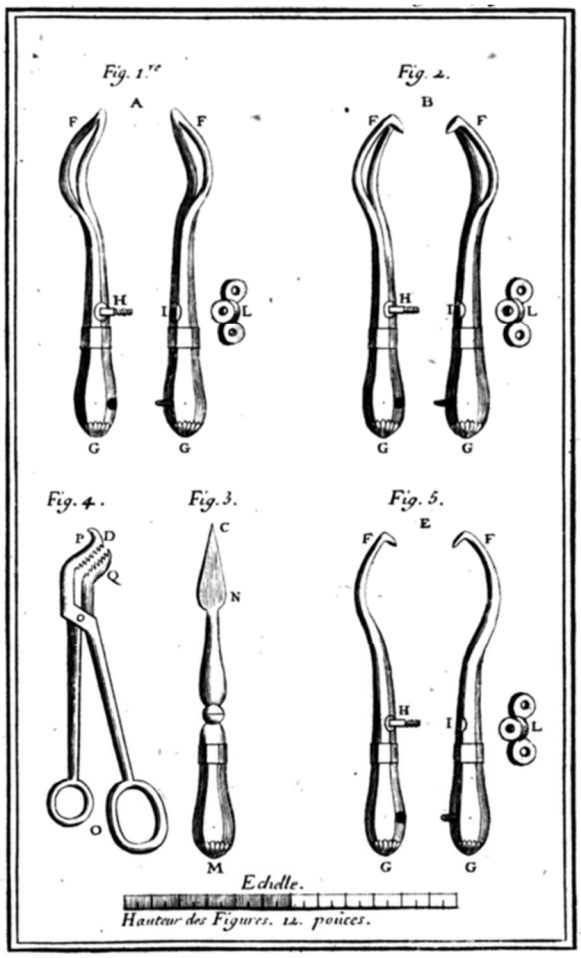
58. Décret n°80-518 du 8 juillet 1980 modifiant le décret n°49-1351 du 30 septembre 1949 portant code de déontologie des sages-femmes | Légifrance [Internet]. [consulté le 20 février 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000696793

59. Décret n°72-162 du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement | Légifrance [Internet]. [consulté le 25 février 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000879923

60. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale. Synthèse Sécurité Sociale 2011 [Internet]. septembre 2011 [consulté le 12 mars 2016]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/content/download/1680/16745/version/6/file/Synthese_rapport_securite_sociale_2011.pdf

Annexes

Annexe I : Illustration d' « instruments pour terminer les accouchements laborieux », extrait du livre Le guide des accoucheurs, Mesnard J. 1753.



Préf. pag. xviij.

EXPLICATION DE LA PREMIERE PLANCHE.

Instrumens pour terminer les Accouchemens laborieux.

Figure 1.

A. La Tenette en cuillier.

F F. Les parties de la Tenette, qu'il faut introduire dans le Vagin, le long des côtés de la Tête de l'Enfant, entre elle & la Matrice : G G. Les Manches de la Tenette, à l'un desquels il y a un petit tenon, & à l'autre un trou, pour les assujettir vis-à-vis l'un de l'autre : H. Un Tenon à viz, qui est adhérent à une des Branches de la Tenette : I. Un Trou, qui traverse l'autre Branche de la Tenette, pour recevoir le Tenon à viz de la premiere Branche, après que les extrémités en cuillier de la Tenette, sont introduites dans le Vagin, & qu'elles embrassent les côtés de la Tête de l'Enfant : L. L'Ecrou du Tenon à viz, pour servir à serrer les Branches de la Tenette, l'une contre l'autre, autant & aussi peu qu'il est nécessaire.

Figure 2.

B. La Tenette à crochet, que l'on introduit dans le Vagin de la même maniere que la Tenette en cuillier, mais pour d'autres cas.

Figure 3.

C. Un Perce-Crâne.

M. Le Manche de cet Instrument : N. La Lame pointuë du Perce-Crâne, qu'il faut conduire sur la Tête d'un Enfant mort & enclavé, pour y faire une ouverture.

Figure 4.

D. La Tenette à conducteur.

O. Les Anneaux des Branches de cette Tenette : P. Le Bec ou le Conducteur de la Tenette, ou sa partie qui doit entrer dans le Crâne de l'Enfant : Q. La partie de la Tenette qui doit embrasser les tégumens & l'os de la Tête de l'Enfant.

Figure 5.

E. Deux Crochets, qu'on peut introduire dans le Vagin d'une Femme, pour en tirer un Enfant mort.

Annexe II : Photographie du mannequin conçu par Madame du Coudray, disponible sur le site internet www.culture.gouv.fr

Annexe III : Grilles d'étude

Grille 1 - Grille de recueil et de renseignements généraux

	Texte 1	…
Date de parution		
Auteur		
Références du document		
Nature du texte		
Résumé du texte		

Grille 2 - Grille de recueil des 3 composantes du rôle des sages-femmes

Questionnement sur la profession de sage-femme		
Rôle prescrit		
Rôle réel		
Rôle interprété		

Grille 3 - Grille de recueil des positionnements respectifs des sages-femmes et du corps médical

Positionnements respectifs interprofessionnel		
Positionnement du corps médical sur les sages-femmes		
Positionnement des sages-femmes par rapport à la hiérarchie		

Glossaire

ASD : Accouchement Sans Douleur

CGT : Confédération Générale du Travail

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

PMI : Protection Maternelle et infantile

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

MEDICALISATION DE LA NAISSANCE EN FRANCE :

Etude historique des pratiques des sages-femmes au 20ème siècle

Résumé :

Les progrès en médecine ont bouleversé la prise en charge de la naissance en France, transformant l'heureux évènement en performance technique. Notre objectif était de comprendre le rôle des sages-femmes dans la médicalisation de la naissance en France au cours du 20ème siècle.

Notre étude historique reposait sur la littérature scientifique, ainsi que sur l'analyse d'un corpus de 87 articles issus des *Dossiers de l'Obstétrique*, de 1974 à 1981, rédigés par des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, ainsi que des textes réglementaires.

Nous avons retrouvé une adéquation entre les différentes composantes du rôle des sages-femmes dans la médicalisation. Les principaux arguments en sa faveur évoquaient la sécurisation de la naissance et la réaffirmation du statut médical des sages-femmes. Cependant, celles-ci ont progressivement revendiqué une humanisation des naissances.

Cette étude montre l'ambivalence de la profession, revendiquant une pratique à la fois médicale, technique, et humaine. La profession cherche encore aujourd'hui un équilibre entre ces différents aspects.

Abstract :

The medical advances have revolutionized the management of birth in France, becoming a technical performance. Our goal was to understand the role of midwives about the medicalization of birth in France in the 20th century.

Our historical study based on the scientific literature, and on the analysis of a corpus of 87 articles from *Les Dossiers de l'Obstétrique* from 1974 to 1981, written by midwives and obstetricians, and regulations.

We found a balance between the different components of Midwives role in medicalization. The main arguments in favor recalled security of birth and the reaffirmation of the medical status of midwives. However, they have gradually claimed a humanization of birth.

This study shows the ambivalence of the profession, claiming a practice, being at the same time, medical, technical, and human. The profession is still seeking to balance these different aspects.

Mots-clés : sage-femme, histoire, médicalisation de la naissance

Nombre de pages (sans annexes) : 46

Nombre d'annexes : 2

Nombre de références bibliographique : 60