



Dynamiques des interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens : le moment de l'appel, et après... Quelle autonomie ?

Aurore Igier Péchereau

► To cite this version:

Aurore Igier Péchereau. Dynamiques des interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens : le moment de l'appel, et après... Quelle autonomie ?. Gestion et management. 2023. dumas-04427788

HAL Id: dumas-04427788

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04427788>

Submitted on 31 Jan 2024

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.



**Université de Reims Champagne-Ardenne
UFR des Sciences Economiques, Sociales et de Gestion**

**Master 2 mention Management Sectoriel
Parcours Management des Organisations du secteur
sanitaire et social**

Mémoire de recherche professionnel :

*Dynamiques des interactions professionnelles entre
sages-femmes et obstétriciens :
Le moment de l'appel, et après... Quelle autonomie ?*

IGIER PECHEREAU Aurore

Sous la direction de :

DIVAY Sophie, Maîtresse de conférences en Sociologie

2022-2023

Remis pour le 31 mai 2023

« L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans ce rapport de recherche. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».

En tout premier lieu, je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Madame Sophie Divay, pour sa disponibilité et ses pertinents conseils, qui ont contribué à enrichir ma réflexion tout au long de l'année.

Je souhaite également remercier les enseignants de l'Université de Reims Champagne-Ardenne, qui m'ont fourni les ressources nécessaires au développement de mes compétences en management lors de cette année de Master.

Je profite de ce mémoire pour remercier Mr Aumersier qui m'a toujours aidée dans mon projet professionnel, ainsi que toutes les sages-femmes et auxiliaires de puériculture de Châlons-en-Champagne. Nous formons vraiment une belle équipe !

Un grand merci à Sabine Raulin pour ses précieux conseils lorsque j'en ai ressenti le besoin, mais surtout pour son amitié depuis des années.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes collègues qui m'ont apporté leurs expériences et témoignages, ils ont grandement nourri mon travail.

Enfin, je tiens à remercier tout spécialement mon mari, David Igier, pour sa patience et son soutien considérable, ainsi que mes trois enfants Valentin, Ambre et Capucine qui ont très vite compris l'intérêt et l'importance pour leur maman de réaliser ce travail.

RESUME

Les sages-femmes et les obstétriciens français travaillent ensemble depuis des siècles, mais malgré un statut médical commun, leurs champs et leur autonomie d'exercice sont différents ce qui implique une division du travail basée sur la dichotomie « eutocie/dystocie ».

Nous souhaitons, dans ce mémoire, découvrir si les interactions professionnelles, entre groupes professionnels au statut médical, influent sur leur autonomie d'exercice en secteur de naissance.

Ainsi, notre travail de recherche explore les interactions de travail entre sages-femmes et obstétriciens par l'intermédiaire d'entretiens qualitatifs réalisés auprès de dix sages-femmes cliniciennes exerçant toute dans le secteur de naissance d'un centre hospitalier public.

Les résultats de notre analyse montrent qu'il existe une division hiérarchisée du travail et une réduction de l'autonomie d'exercice des sages-femmes favorisée par l'impact de la notion de risque sur leur anticipation de la pathologie. Il s'avère aussi que cette autonomie n'est pas totalement induite par l'appartenance à un groupe professionnel dont le statut est médical mais par le fait de détenir un monopole, c'est-à-dire celui de la pathologie obstétricale. Enfin, les conditions organisationnelles du travail, mais aussi les relations professionnelles et leur contexte influent sur l'autonomie d'exercice.

Mots clés : *Sages-femmes, Obstétriciens, Groupe professionnel, Autonomie, Coopération, Risque, Division du travail, Hiérarchisation du travail, Domination, Pouvoir, Négociation, Travail ensemble.*

ABSTRACT

French midwives and obstetricians have worked together for centuries, but despite a common medical status, their fields and autonomy of practice are different, which implies a division of labor based on the "eutocie/dystocie" dichotomy.

In this dissertation, we wish to discover whether professional interactions between professional groups with medical status influence their autonomy of practice in the birth sector.

Thus, our research explores the working relationships between midwives and obstetricians through qualitative interviews with ten clinical midwives practicing in the birth sector of a public hospital.

The results of our analysis show that there is a hierarchical division of labor and a reduction in the autonomy of midwives, favored by the impact of the notion of risk on their anticipation of pathology. It also appears that this autonomy is not totally induced by belonging to a professional group whose status is medical, but by the fact of holding a monopoly, i.e. that of obstetrical pathology. Finally, the organizational conditions of the work, but also the professional relations and their context influence the autonomy of practice.

Keywords : *Midwives, Obstetricians, Professional group, Autonomy, Cooperation, Risk, Division of work, Hierarchization of work, Domination, Power, Negotiation, Working together.*

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION	1
--------------------	---

<u>PARTIE 1. CADRE PROFESSIONNEL</u>	5
---	----------

A. LES PROFESSIONS MEDICALES EN OBSTETRIQUE	5
1. Historique, dispositions légales actuelles et formations des professions médicales en France	5
2. Démographie médicale des sages-femmes et des obstétriciens aujourd'hui en France	12
B. LE TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER : LE SECTEUR DE NAISSANCE	14
1. Généralités	14
C. LA MATERNITE ETUDIEE	16
1. Le niveau de la maternité et son contexte géographique	16
2. L'architecture du secteur de naissance	16
3. Les ressources humaines	16

<u>PARTIE 2. REVUE DE LA LITTERATURE</u>	17
---	-----------

A. LES PROFESSIONS ET LES GROUPES PROFESSIONNELS	17
B. LE RISQUE EN OBSTETRIQUE	19
C. L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE	21
D. « TRAVAILLER ENSEMBLE »	23
1. « La coopération »	24
2. « Le pouvoir » et « la domination »	25
3. « La division du travail à l'hôpital »	26
4. « La négociation »	29
E. PROBLEMATIQUE	30

<u>PARTIE 3. METHODOLOGIE EXPLORATOIRE</u>	33
---	-----------

A. ENQUETE EXPLORATOIRE	33
1. Choix de l'échantillon de l'enquête	33
2. Limites de ce choix d'échantillon	33
B. OUTIL UTILISE POUR L'ENQUETE : LE GUIDE D'ENTRETIEN	34
C. QUESTIONS DU GUIDE D'ENTRETIEN	34
1. Situer l'individu	34
2. Groupes Professionnels et statut médical à compétences différentes	35
3. L'Autonomie professionnelle	35
4. Le Risque en obstétrique	36
5. « Travailler ensemble »	36
6. Les récits de terrain	37
D. RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS	37
E. CODAGE DES RESULTATS	37

<u>PARTIE 4. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE</u>	38
---	-----------

A. ANALYSE PAR THEMATIQUE	39
1. Population interrogée	39
2. Perceptions du statut médical et des champs de compétences de chaque groupe professionnel médical	42
3. Responsabilités médicales professionnelles et risque en obstétrique	44
4. L'autonomie professionnelle	46
5. « Travailler ensemble »	49
B. ANALYSE ENTRETIEN PAR ENTRETIEN	54

1. L'individu 1 : Linda	54
2. L'individu 2 : Julie	56
3. L'individu 3 : Clotilde	58
4. L'individu 4 : Catarina	60
5. L'individu 5 : Nadia	62
6. L'individu 6 : Jules	63
7. L'individu 7 : Hassan	64
8. L'individu 8 : Sidonie	65
9. L'individu 9 : Laurine	67
10. L'individu 10 : Jeanne	67
C. LIMITES DE L'ETUDE	69
1. Choix du niveau de la maternité	69
2. Choix de la population de notre échantillon	69
3. Choix de l'entretien sans observation de terrain	69
4. Perception du risque par les obstétriciens et les internes	70
5. Le genre dans la profession et les interactions des sages-femmes	70
<u>PARTIE 5. PRECONISATIONS</u>	<u>70</u>
A. INTEGRATION UNIVERSITAIRE COMPLETE	70
B. LE RAPPORT AU RISQUE	71
<u>PARTIE 6. REFLEXIONS SUR LA DEMARCHE DE RECHERCHE</u>	<u>71</u>
A. L'APPARTENANCE A UN GROUPE PROFESSIONNEL	71
B. LES RAPPORTS DE FORCE NE SE TRADUISENT PAS TOUJOURS PAR DES CONFLITS	72
C. LES REGLES NE PEUVENT PAS TOUT FORMALISER	72
D. LA RECONNAISSANCE DE LA PROFESSION DE SAGES-FEMMES	72
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75
TABLE DES MATIERES	80
ANNEXE 1	83
ANNEXE 2	84

LISTE DES ABREVIATIONS

ASH	Agent de Service Hospitalier
Béta-HCG	Hormone de la grossesse
CGOS	Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers publics
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRP	Protéine C Réactive
DA	Délivrance Artificielle
DES	Diplôme d'études Spécialisées
DFASMa/M	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques/Médicales
DFGSMa/M	Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques/Médicales
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Epreuves Classantes Nationales
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EI/FEI	Evénement Indésirable/Fiche d'évènement Indésirable
ETP	Equivalent Temps Plein
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HPPI	Hémorragie du post-partum immédiat
HRP	Hématome Rétro-Placentaire
IADe	Infirmier(e) Anesthésistes Diplômé(e) d'Etat
IBODE	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
IDe	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PCeM1	Premier Cycle des Etudes Médicales
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RU	Révision Utérine
SA	Semaines d'Aménorrhée
UFR	Unité de Formation et de Recherche
URIP	Unité de Réanimation Intensive Pédiatrique

Le milieu du travail est un espace de relations sociales complexes, où les individus, du fait de statuts et de compétences différentes, peuvent interagir de multiples façons. Dans de nombreux domaines, comme celui de la périnatalité, les relations entre les professionnels sont primordiales, particulièrement entre les sages-femmes et les obstétriciens, qui sont les deux acteurs clés du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Ces deux professions médicales possèdent une complémentarité indispensable pour garantir des soins de qualité aux femmes enceintes en maternité. Leurs frontières d'intervention se caractérisent par la partage du travail entre l'eutocie¹ et la dystocie², c'est-à-dire la surveillance de l'accouchement dans son déroulement naturel/physiologique par les sages-femmes, sur lequel semble planer la menace d'un risque latent, et de l'autre, le relais de la prise en charge de la pathologie par les obstétriciens.

Cette séparation des tâches est inscrite dans l'histoire de ces deux groupes professionnels. Il y a plus de deux siècles, le statut médical leur fut attribué en même temps et par la Loi de Ventôse an XI³. Cependant, la société n'associe pas aussi facilement ce statut professionnel aux sages-femmes comparativement aux médecins. Pour quelles raisons cette perception du statut médical n'est-il pas aussi évident chez l'une de ces professions que chez l'autre ? Comment l'histoire commune de ces deux professions, qui ont évolué plus étroitement ensemble depuis ce temps, a-t-elle impacté leurs relations, leur interdépendance, ou encore leur organisation du travail aujourd'hui ?

L'organisation du travail actuelle en milieu hospitalier fait l'objet de réglementations dans les pratiques mais aussi, à différents degrés, dans les champs de compétences des groupes professionnels qui interviennent en secteur de naissance. Si la division du travail par l'attribution de la physiologie à l'un et de la pathologie à l'autre semble claire sur le papier, en fonction du contexte, des personnalités des acteurs en présence et certainement bien d'autres facteurs, la réalité de terrain peut sembler tout à fait différente. Les sages-femmes et obstétriciens œuvrent donc chaque jour, dans la complémentarité de leurs rôles, pour mener à bien leurs missions dans le champ de la périnatalité. Comment se redéfinissent-ils leurs périmètres d'exercice et le partage du travail, et ce, en fonction du contexte ? Quels sont les mécanismes de régulation que les uns et les autres mettent en place pour conserver leur autonomie sur le terrain et particulièrement lorsque la prise en charge devient critique et qu'il devient impératif de travailler ensemble ?

L'obstétrique, « Dérivé savant du latin « obstetrix » : « sage-femme », proprement « celle qui se tient devant »⁴, désigne la discipline d'exercice au cœur des relations de travail des sages-femmes et des obstétriciens, que ces derniers se sont, au fil de l'histoire, par ailleurs,

¹ Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine.

<http://51.68.80.15/search/results?titre=%3Cstrong%3Eeutocie%3C/strong%3E>

² Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. <http://51.68.80.15/search/results?titre=dystocie>

³ Pranchère S., N. (2011). L'école des sages-femmes [Thèses, Sorbonne Université]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02367018> p10.

⁴ Académie française. Dictionnaire de l'Académie française <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9O0092>

attribués. Le terme de « maïeutique »⁵, part de l'obstétrique moderne, s'est ainsi généralisé dans le domaine professionnel, attribuant « l'Art de l'Accouchement » aux sages-femmes et à leur formation. En effet, selon Charvolin V. dans son « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes », l'intervention des obstétriciens n'en est pas tout à fait étrangère puisque « Les termes d'eutocie (accouchement normal) et de dystocie (accouchement difficile) apparaissent à la fin du XIXe siècle dans la bouche des médecins accoucheurs et vont délimiter un domaine propre aux sages-femmes : la maïeutique »⁶. Chaque groupe professionnel joue donc un rôle spécifique dans la prise en charge de la femme qui vient pour accoucher. L'accompagnement revêtant l'une des fonctions primordiales de la profession de sage-femme, en plus de ses attributions médicales néanmoins limitées, et le médecin gynécologue-obstétricien, qui, lui, se concentre davantage sur l'aspect médical technique de l'instrumentation et de la chirurgie. Cette répartition des attributions ne fait généralement pas débat mais il existe une zone moins évidente entre la physiologie et la pathologie qui peut être source de réaménagement des rôles. Il nous paraît donc sensé d'étudier, dans ce mémoire, les modalités du passage de relais du travail entre ces groupes professionnels pour essayer de comprendre comment ils interviennent, leur positionnement dans la division des tâches, les relations et les actions qu'ils accomplissent en lien avec les autres.

L'élargissement des compétences octroyé aux sages-femmes par l'Etat pour pallier la baisse de la démographie des gynécologues-obstétriciens semble favoriser les tensions entre ces deux professions, ces derniers manifestant publiquement leur opposition. A ce stade, il nous est possible d'envisager que le groupe professionnel des médecins craigne pour sa position de recours auprès des patientes en raison de cette extension des compétences et de prescription des sages-femmes, particulièrement en gynécologie, ces dernières années. Quelles sont les manifestations de cette opposition, si tant est qu'elle existe, sur le terrain ?

Par ailleurs, il est difficile aujourd'hui de concevoir la naissance en France sans considérer le risque potentiel sous-jacent. Cette notion fait partie intégrante de la formation des sages-femmes induisant la nécessité d'anticiper toujours plus l'apparition des situations pathologiques. Si l'accompagnement de la parturiente est l'aspect central de leur travail, la surveillance du travail physiologique de l'accouchement, montre bien cette position de veille permanente des sages-femmes. Celle-ci implique probablement la mise en place de mesures préventives pour anticiper le risque de manière autonome. Du fait de cette vigilance accrue dans leur travail, comment évaluent-elles le degré de risque ? Y a-t-il une incidence sur leur périmètre d'autonomie et la division du travail avec les médecins ? Lors de l'appel au médecin, part de l'autonomie propre de la profession de sage-femme, sur quels critères ces professionnelles passent-elles le relais au médecin de garde ? Comment celui-ci répond-il à cette division du travail qu'elles leur imposent ?

Et au milieu, il y a une femme qui donne naissance, une personne qui participe donc aussi à cette coopération globale. Son rôle est essentiel puisqu'il est le moteur de ce partage du travail entre professionnels. Outre le fait qu'elle doit accoucher d'un enfant sain dans les

⁵ Académie française. Dictionnaire de l'Académie française. <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0201>

⁶ Charvolin V. Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. (2016.). http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/publications/Transversales/Dominants_domines/Veronique_Charvolin.html

meilleures conditions possibles, ce qui représente la finalité ultime du travail d'équipe des groupes professionnels étudiés dans ce mémoire, quel est son implication dans leurs pratiques de coopération ? L'accompagnement et la proximité entre la parturiente et la sage-femme peuvent-ils influencer les relations de travail entre ces dernières et les médecins ?

Dans ce contexte, l'objectif de ce mémoire est d'analyser l'influence sur le travail en secteur de naissance, des interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens, en basant notre recherche sur des entretiens avec des professionnels de terrain. Nous nous intéresserons aux modalités de coopération entre ces deux groupes professionnels médicaux, en examinant notamment les enjeux du travail ensemble et les rapports de pouvoir qui peuvent émerger dans la pratique en fonction de leur champ de compétences et d'autonomie professionnelle, mais aussi de leur histoire, et de la réglementation en vigueur. Comment ces groupes professionnels au statut médical mais dont les périmètres d'intervention et d'autonomie divergent, travaillent-ils ensemble en secteur de naissance pour mener à bien leur mission de périnatalité ? Nous aurons aussi l'opportunité de découvrir comment s'organise la division du travail, s'ils font usage de la délégation de tâches, s'ils hiérarchisent leurs pratiques, et le climat dans lequel tout cela s'agence. De ce fait, il nous paraissait opportun de vérifier comment ce partage du travail en obstétrique, dont la base est la dichotomie eutocie/dystocie, est strictement appliqué sur le terrain, ou si, au contraire, il existe des moyens spécifiques d'ajustement autour de leurs champs de compétences, et dans quelles conditions cette division est réalisée. Enfin, ce statut médical est-il une opportunité pour « travailler ensemble », et pour faciliter l'autonomie de chacun des acteurs en fonction du périmètre de ses compétences ?

Afin de répondre à ces questionnements, nous envisageons d'explorer, dans notre revue de la littérature, l'autonomie dans les professions médicales et notamment ce que les délimitations de leur champ de compétences induisent dans le partage du travail entre sages-femmes et obstétriciens. Ensuite, nous étudierons certains concepts clés qui étayent les dynamiques de leurs interactions de travail comme la coopération, et la division du travail. Nous verrons aussi comment la négociation permet de conserver un ordre social malgré les contingences de ce contexte de travail animé régulièrement par l'urgence. Mais pour cela, il nous faudra auparavant d'approfondir des concepts de sociologie du travail comme celui de « professions » et de « groupes professionnels ». Bien évidemment, il nous apparaît évident que de traiter de la notion de « risque » et de son influence sur les dynamiques de travail en obstétrique.

Pour mener à bien ce travail, nous dresserons, dans une première partie, le cadre professionnel de notre étude en présentant deux des trois professions médicales en France, à savoir la profession de sages-femmes et celle des gynéco-obstétriciens. Puis nous enchaînerons avec quelques dispositions légales, leurs référentiels de compétences et la formation médicale actuelle, pour finir par un point sur leur démographie en 2022. Nous en profiterons pour présenter le contexte de travail dans lequel se déroule cette étude, à savoir le secteur de naissance, la classification française des maternités en fonction du degré de risque ainsi qu'une typologie de situations à risque fréquentes en obstétrique. Enfin, nous achèverons cette partie par une description de la maternité publique dans laquelle se déroule notre étude.

Nous consacrerons la seconde partie de ce mémoire à notre revue de la littérature dans laquelle nous exposerons les concepts-clés précédemment cités, en s'appuyant sur les travaux de recherche antérieurs. Il s'agira donc d'étudier les notions de « professions » et de « groupes professionnels » pour en déterminer les différents usages et impacts sociologiques. Ensuite, nous poursuivrons par la notion de risque en obstétrique et celle d'autonomie professionnelle avec ses implications sur la division du travail en secteur de naissance, pour terminer par la notion de « travail ensemble » et toutes ses déclinaisons. Ce sera, par ailleurs, l'occasion d'évoquer aussi le pouvoir et la domination dans les pratiques de soins pour aborder la hiérarchisation du travail.

Dans la partie suivante, nous détaillerons toute la méthodologie de notre étude exploratoire, en nous appuyant sur notre enquête de terrain auprès de sages-femmes exerçant en secteur de naissance dans une maternité publique.

Nous procéderons, en quatrième partie, à l'analyse et au développement des résultats par thématique et par individus, pour terminer cette partie en détaillant les limites de notre étude.

La partie suivante nous permettra de formuler quelques préconisations que nous jugeons utiles et qui pourraient améliorer un tant soit peu les interactions de travail entre professionnels médicaux de la périnatalité.

Enfin, avant de conclure ce mémoire, nous prendrons le temps dans une dernière partie, de détailler ce que cette démarche de recherche nous a apportée dans notre perception du travail entre groupes professionnels médicaux exerçant de façon complémentaire en obstétrique.

PARTIE 1. CADRE PROFESSIONNEL

Dans un premier temps, nous traiterons des professions médicales concernées par notre étude, à savoir celle des sages-femmes et celle des médecins. Ensuite, nous poursuivrons par la présentation du secteur de naissance et de la maternité dans lesquels travaillent les professionnels interrogés.

A. LES PROFESSIONS MEDICALES EN OBSTETRIQUE

En France, il existe trois professions médicales⁷ : celle de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme. Nous ne traiterons volontairement pas des chirurgiens-dentistes, dans ce mémoire, puisque ceux-ci n'interviennent pas en obstétrique.

1. Historique, dispositions légales actuelles et formations des professions médicales en France

a. Historique des professions de sage-femme et d'obstétricien de l'Antiquité au XXe siècle

Si l'histoire des sages-femmes débute dès l'Antiquité, c'est avec l'encadrement de la formation par l'Etat que ce corps professionnel reconnaît officiellement son statut médical au même titre que les médecins avec la Loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803). Pour l'historienne Sage Pranchère N. dans son ouvrage « L'école des sages-femmes : Naissance d'un corps professionnel », ce texte législatif « confirme l'appartenance des sages-femmes au personnel médical et l'impératif de leur formation ». ⁸ Leur statut médical est donc conféré par l'Etat dans le but « de bannir les actions dangereuses liées à l'ignorance de certaines intervenantes déjà dénoncées au XVIIIe siècle »⁹, en d'autres termes : les matrones des villages. Toutefois, une ambiguïté persiste sur l'obtention de ce statut médical pour les sages-femmes. A ce propos, cette auteure relève la dénonciation de cette loi par De Ribier X. dans sa thèse de médecine en 1897 : « Les sages-femmes en France, ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont, ce qu'elles pourraient être : essai historique et critique » dans laquelle il accuse déjà à l'époque, « son défaut de clarté, son incapacité à situer la sage-femme par rapport au reste du corps médical et par rapport à la science qu'elle pratique ».¹⁰

Tout au long de l'histoire obstétricale, les hommes, les médecins, se sont servis de l'expérience des sages-femmes pour écrire sur les maladies. Concernant le corps féminin, Montazeau O. et Bethuys J. dans « Histoire de la formation des Sages-femmes en France » racontent qu'en Rome Antique, les médecins « le connaissaient par l'intermédiaire des obstetricie medicae »¹¹ (nom donné aux sages-femmes romaines instruites et respectées). Ces

⁷ Chapitre Ier : Conditions générales d'exercice. (Articles L4111-1 à L4111-8)—Légifrance. (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171263

⁸ Sage Pranchère, N. (2017). L'école des sages-femmes : Naissance d'un corps professionnel, 1786-1917. Presses universitaires François-Rabelais. <https://doi.org/10.4000/books.pufr.13172> p22.

⁹ Ibid. p12.

¹⁰ Sage Pranchère, N. (2011). L'école des sages-femmes [Thèses, Sorbonne Université]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02367018> p545.

¹¹ Montazeau, O., et Bethuys, J. (2011) Histoire de la formation des Sages-Femmes en France.

auteurs ajoutent aussi que « Nous savons de sources sûres que les sages-femmes Romaines (Obstétrix) disposaient de curettes dans leurs instruments courants. »¹², alors que cet instrument leur est totalement proscrit aujourd'hui et n'est utilisé que par les gynéco-obstétriciens modernes. Il semblerait donc qu'un certain niveau de technicité leur était attribué. S'en suivent « les guérisseuses et matrones qui pratiquaient les accouchements » dans les villages durant le Haut Moyen-âge, mais dont « la transmission orale était la seule base de l'apprentissage »¹³, leur savoir existait réellement mais ne se relayait pas par des écrits. C'est véritablement au Moyen-âge, que « le mot sage-femme se substitua à celui de ventrière dans les villes »¹⁴. Vers le XV^{ème} siècle, les guérisseuses furent la proie de la chasse aux sorcières que les médecins, recrutés comme experts, pouvaient ou non confirmer. Montazeau, O., et Bethuys J. écrivent d'ailleurs qu'« il s'agissait d'asseoir le pouvoir médical » et le besoin « de neutraliser ce savoir empirique des femmes pour construire, le sien, rationnel et s'approprier définitivement le corps des femmes. »¹⁵. En effet, l'insuffisance de la médecine et le retrait progressif de la religion ont favorisé ces « crimes de sorcellerie ». Dès lors, du fait d'une instruction minimale, jusqu'au XVI^{ème} siècle, « la plupart du temps, les Sages-femmes étaient traitées à l'égal des chirurgiens et considérées comme tels ; elles savaient lire et écrire »¹⁶. Cependant, à partir de là, Morel M. F., dans son article « Naître en France du XVII^e au XX^e siècle » explique que « les couches cessent d'être accompagnées uniquement par des femmes; des accoucheurs commencent à apparaître dans les chambres »¹⁷. En effet, au XVIII^{ème} siècle, si les sages-femmes instruites des villes se distinguaient par leurs savoirs et pratiques des matrones des villages, cette période marque le fait que « les Sages-Femmes firent les frais de la rivalité entre chirurgiens et médecins »¹⁸, puisque le chirurgien appelé au bon moment sauvait la femme en couches et son enfant tandis que s'ils décédaient, la faute en revenait au retard d'appel par la sage-femme. L'importance, dans leur partage du travail, de ce moment de l'appel/de relais semble exister depuis ces temps-là. Les médecins sont ainsi entrés peu à peu dans la pratique des sages-femmes, en tant qu'ultime recours et sauveur lorsque la sage-femme devenait impuissante. Ainsi, pour les accouchements difficiles « les chirurgiens allaient asseoir leur pouvoir et allaient imposer progressivement la position allongée, "gynécologique" pour tous les accouchements sur lesquels ils intervenaient »¹⁹. Morel M. F. souligne d'ailleurs, que « C'est souvent à la faveur d'un accouchement « contre nature » réussi qu'un chirurgien parvient à gagner la confiance d'une famille ou d'un quartier. Les femmes, aussi, leur sont de plus en plus favorables » puisque « désormais, les femmes n'acceptent plus de mourir en couches; elles veulent la vie sauve pour elles et pour leurs bébés »²⁰. En conclusion, Montazeau, O. et Bethuys J. attestent donc que « Le débat "accoucheur-chirurgien" ou sage-femme au chevet des femmes en couches date donc de ce XVIII^e siècle et n'a pas troublé les siècles antérieurs. »²¹.

¹² Idem.

¹³ Ibid. p5.

¹⁴ Ibid. p6.

¹⁵ Ibid. p8.

¹⁶ Ibid. p9.

¹⁷ Morel, M.-F. (2007). Histoire de la naissance en France (xvii^e-xx^e siècle). adsp n° 61 /62 décembre 2007 – mars 2008 p23.

¹⁸ Montazeau, O., et Bethuys, J. (2011). Histoire de la formation des Sages-Femmes en France. p11.

¹⁹ Ibid. p12.

²⁰ Morel, M.-F. (2007). Histoire de la naissance en France (xvii^e-xx^e siècle). adsp n° 61 /62 décembre 2007 – mars 2008 p24.

²¹ Montazeau, O., et Bethuys, J. (2011). Histoire de la formation des Sages-Femmes en France. p13.

Au début du XXe siècle, l'hôpital apparaît comme le lieu où la médecine sauve et guérit. L'accouchement se médicalise peu à peu et l'accouchement à domicile recule pour être minoritaire vers 1930. Vers la moitié du siècle « est mise au point une méthode d'accouchement « sans douleur », inspirée des recherches de médecins soviétiques, disciples de Pavlov »²² rappelle Morel M. F. Cette technique perdra, néanmoins, du terrain au profit de l'analgésie péridurale dans les années 80. Désormais, la médicalisation de la naissance est renforcée. En effet, comme le souligne Schweyer F. X. dans son article « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste » :

L'implantation de cette innovation a pour effet d'amenuiser la fonction d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur qui était traditionnellement dévolue aux sages-femmes [...] Elle introduit en outre, dans la salle de travail un nouvel acteur, l'anesthésiste, dont la présence « perturbe le face à face avec la parturiente ».²³

Peu à peu, les sages-femmes ont été amenées à partager leur espace de travail avec d'autres professions et notamment médicales.

b. Sages-femmes et obstétriciens aujourd'hui : dispositions légales françaises

Au fil de leur histoire professionnelle, les sages-femmes ont souvent côtoyé, de près ou de loin, les médecins. Ceux-ci se sont finalement appropriés « l'obstétrique »²⁴ alors que les sages-femmes ont peu à peu investi et développé une notion dont elles sont « les gardiennes » : la « maïeutique »²⁵, composante intégrante d'une obstétrique qu'elles partagent désormais.

- Dispositions légales communes des professions médicales de sage-femme et de médecin

Les conditions générales d'exercice de la profession de sage-femme et de médecin sont régies par les articles L4111-1 et suivants et D4111-1 et suivants du Code de la santé publique²⁶. Ces textes définissent leurs attributions médicales communes dans le Titre 1^{er} du Livre Ier : Professions médicales (Articles L4111-1 à L4163-11). Nous y trouvons les conditions générales d'exercice des professions médicales, l'obligation d'inscription au tableau de l'ordre et de déclaration de prestation de services et enfin les règles communes liées à l'exercice de la profession médicale. Le Titre II, lui, réunit les lois sur l'organisation de ces professions. Toutes ces premières dispositions s'appliquent aux trois professions médicales.

²² Morel, M.-F. (2007). Histoire de la naissance en France (xvii^e-xx^e siècle). adsp n° 61 /62 décembre 2007 – mars 2008 p26.

²³ Schweyer, F.-X. (1996). La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé, 14(3), 67-102. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1369> p75.

²⁴ Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.) <http://51.68.80.15/search/results?titre=obst%C3%A9trique>

²⁵ Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.) <http://51.68.80.15/search/results?titre=ma%C3%AFeutique>

²⁶ Livre Ier : Professions médicales (Articles L4111-1 à L4163-11)—Légifrance.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006140625> et Chapitre Ier : Conditions générales d'exercice (Articles D4111-1 à R4111-43)—Légifrance.

- Dispositions légales spécifiques et champ de compétences de la sage-femme en France

Le code de la santé publique départage ensuite les différentes professions médicales de la profession de médecin²⁷ (Titre III) à celle de sage-femme²⁸ (Titre V) en passant par celle de chirurgien-dentiste²⁹ (Titre IV). A la différence du médecin, le champ de compétences de la sage-femme est clairement délimité par la loi dans les articles L4151-1 et suivants du Code de la santé publique³⁰. La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse, elle peut réaliser des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle peut aussi réaliser des échographies simples, acquises dans sa formation initiale, ou bien pratiquer les actes d'échographies obstétricales sous couvert de respecter les conditions de diplômes exigés. La sage-femme peut aussi réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception mais aussi peut pratiquer les Interruptions Volontaires de Grossesse par voie médicamenteuse dans le respect de la législation française en vigueur. Elle possède son champ de prescription limité et définit lui aussi par l'Etat. Elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement normal, ainsi que les suites de couches physiologiques et la prise en charge de l'allaitement maternel. Enfin, elle peut prendre en charge des grossesses dites « pathologiques », sous le contrôle d'un obstétricien et pratiquer les soins prescrits par lui en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques, en application de l'article L4151-3 du Code de la santé publique. En effet, il est clairement inscrit dans les textes législatifs que lorsque la sage-femme se retrouve dans une situation pathologique, elle doit faire appel au médecin :

En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques³¹.

Ainsi, malgré un statut médical commun, le champ de compétences médical de la sage-femme³² est limité par la pathologie. Celle-ci est donc en mesure d'apprécier en conscience, au

²⁷ Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2)—Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/#LEGISCTA000006155058

²⁸ Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9)—Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/#LEGISCTA000006155060

²⁹ Titre IV : Profession de chirurgien-dentiste (Articles L4141-1 à L4142-7)—Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155059/#LEGISCTA000006155059

³⁰ Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10)—Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285

³¹ Article L4151-3—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGITARTI0000060688931

³² REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf. (2010).<https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

cas par cas et au regard de la situation médicale, si la réalisation de l'examen entre dans son champ de compétences et de ses possibilités. Dans le cas contraire, il est nécessaire de transmettre le relais à un médecin, à fortiori en milieu hospitalier où sont réalisés les accouchements, situations clairement admises comme « à risques ».

- ***Dispositions légales spécifiques et champ de compétences de l'obstétricien en France***

Les gynécologues-obstétriciens bénéficient des dispositions légales des médecins ainsi que la chirurgie gynéco-obstétricale. Leur spécialité leur permet d'étudier plus spécifiquement l'obstétrique. Selon leur référentiel de compétences³³, les obstétriciens, en plus d'avoir suivi un cursus commun de médecine, peuvent assurer la surveillance de la grossesse normale, et ses principales complications, les douleurs abdominales et infections génito-urinaires de la femme enceinte, tout ce qui concerne la prévention des risques fœtaux, l'accouchement normal et pathologique ainsi que l'évaluation du nouveau-né à terme, l'allaitement maternel et ses complications, les suites de couches normales et pathologiques y compris les troubles psychiques du post-partum. Ces praticiens peuvent aussi réaliser des échographies obstétricales sous couvert de respecter les conditions de diplômes exigés. Ils réalisent les extractions instrumentales (ventouses/forceps) et les césariennes. Leur champ de compétences est donc plus vaste.

c. Formation des professions médicales en France (Schéma 1)

Pour devenir sage-femme ou médecin en France, il faut suivre des études de santé. Les deux principales voies actuelles d'accès aux études MMOP (Maïeutique, Médecine, Odontologie, Pharmacie) sont le PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) et la L.AS (Licence avec option Accès Santé), comme indiqué sur le *tableau 1* suivant³⁴. L'inscription à ces filières nécessitent Parcoursup³⁵.

La durée des études pour devenir sage-femme est de 5 ans, de 6 à 9 ans sont nécessaire pour devenir chirurgien-dentiste, 6 à 10 ans pour être pharmacien et enfin 9 à 12 ans pour exercer en tant que médecin. Ces formations ne délivrent pas de diplômes intermédiaires, il est donc impératif d'aller au bout du cursus. Néanmoins, il existe des passerelles pour candidater en 2^{ième} ou 3^{ième} année.

³³ Gynécologie Obstétrique—CNGOF 2015; Collection (Les Référentiels des Collèges); Elsevier Masson. <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>

³⁴ Parcours d'accès spécifique santé (PASS). (2023, mars 14). jechoisis. <https://jechoisis.u-bordeaux.fr/choisir/sante-et-paramedical/parcours-acces-specifique-sante>

³⁵ Parcoursup—Accueil. (s. d.). <https://www.parcoursup.fr/>

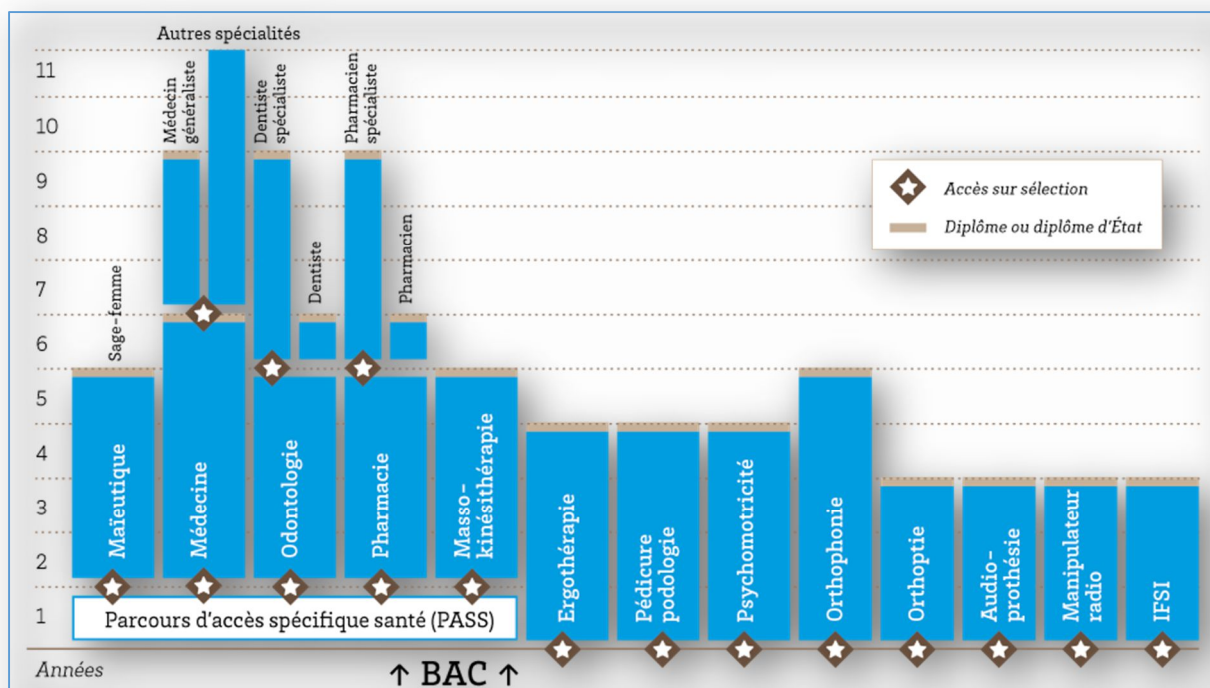


Tableau 1 : Filière MMOP-K (2023) Source : <https://jechois.u-bordeaux.fr/choisir/sante-et-paramedical/parcours-acces-specifique-sante>

- Le PASS et la L.AS

Le PASS dure une année post-baccalauréat (soit 60 crédits ECTS³⁶) et est proposée uniquement par les universités possédant une Unité de Formation et de Recherche (UFR) en santé. Il se compose « d'une majeure santé » et « d'une mineure hors santé »³⁷.

La L.AS est une formation universitaire octroyant l'obtention du diplôme national de licence. Il est possible de candidater dès la fin de la première année si 60 ECTS sont validés. Le niveau total validé de cette licence correspond à au moins 180 crédits ECTS. Elle se compose « d'une majeure hors santé » et « d'une mineure santé »²⁷.

Pour présenter sa candidature aux épreuves de sélection MMOP, il faut valider au moins 60 ECTS. Ainsi, à l'occasion d'études paramédicales, il est tout à fait possible de participer aux sélections si les conditions d'obtention des 60 ECTS sont remplies.

- Les études de Maïeutique pour devenir sage-femme

Après la PASS et la L.AS, le premier Cycle d'études se poursuit par le DFGSMa (Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques), ce qui correspond à la 2^{ème} et 3^{ème}

³⁶ ECTS : « European Credit Transfer and Accumulation System »

³⁷ Le parcours d'accès spécifique santé (PASS) et la licence « accès santé » (LAS). (s. d.). enseignementsup-recherche.gouv.fr. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-parcours-d-acces-specifique-sante-pass-et-la-licence-acces-sante-las-50951>

année. Ce cycle permet d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique.

Le deuxième Cycle (ou DFASMa : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques), correspond à la 4^{ième} et la 5^{ième} année. Y sont enseignés l'apprentissage du diagnostic de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique ainsi que la contraception, et l'échographie, entre autres.

A l'issue des quatre années de maïeutique, le Diplôme d'Etat de Sage-femme est délivré. Ce titre de formation est obligatoire pour exercer.

Début 2023, l'Assemblée Nationale a adopté la réforme des études de Maïeutique³⁸ poussant à cinq années après les PASS/L.AS (soit 6 années au total). Les étudiants qui intégreront la formation en septembre 2024, bénéficieront normalement de cette réforme : il s'agira du troisième Cycle d'études d'une durée d'un an, comme pour la formation des dentistes ou des pharmaciens.

Enfin, à la différence des filières médicale et odontologique, les 4 années d'études en maïeutique sont dispensées « par trente-cinq écoles de sages-femmes dont la responsabilité et le financement relèvent de la région et qui demeurent, majoritairement, adossées à un centre hospitalier »³⁹. En effet, malgré un encouragement étatique et souhaité par les professionnelles, l'intégration des écoles à l'université demeure largement inachevée. Selon le rapport législatif du Sénat précédemment cité : « ce modèle régional et hospitalier s'apparente à celui des instituts et écoles de formation aux professions paramédicales »⁴⁰.

- Les études de Médecine pour devenir gynécologue-obstétricien

Concernant les études de médecine, après la PASS ou la L.AS, l'étudiant poursuit son premier Cycle d'études par le DFGSM (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales) d'une durée de deux ans, puis le second Cycle (DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales ou « externat ») pour trois ans, c'est-à-dire de la 4^{ième} à la 6^{ième} année d'études.

Les études médicales se prolongent ensuite par le troisième Cycle (« l'internat »), à partir de la 7^{ième} année, d'une durée variable allant de trois à six ans. Durant ce cycle, les internes de médecine préparent une thèse d'exercice. A l'issue, ce cycle débouche sur le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine en plus du DES (Diplôme d'études Spécialisées) selon la formation de spécialité choisie.

Pour devenir gynécologue-obstétricien, qui est une spécialité dite « chirurgicale », il faudra que l'étudiant effectue 6 années de spécialisation. Pour cela, il faut se soumettre aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui permettent d'accéder au dernier cycle d'études médicales. Il s'agit d'une procédure nationale de choix, organisant ce cycle selon des

³⁸ L16t0060_texte-adopte-provisoire.pdf. (2023). https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16t0060_texte-adopte-provisoire.pdf

³⁹ Proposition de loi visant à faire évoluer la formation de sage-femme. (2023, avril 7). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/l22-015/l22-015.html>

⁴⁰ Idem.

circonscriptions géographiques dites « interrégions » dont la liste est arrêtée par les ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Santé. L'affectation à une spécialité est déterminée en fonction de l'ancienneté et du rang de classement à ces épreuves⁴¹. Pour la rentrée universitaire de 2022-2023, la gynécologie-obstétrique proposait le plus grand nombre de places ouvertes soit 219 contre par exemple 126 pour l'orthopédie/traumatologie ou pour la chirurgie viscérale et digestive (87). Ceci démontre la volonté des pouvoirs publics d'augmenter la démographie médicale des obstétriciens⁴².

2. Démographie médicale des sages-femmes et des obstétriciens aujourd'hui en France

a. Démographie des sages-femmes (tableau 2)

Selon l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé), parmi les 23 760 sages-femmes en exercice au 1^{er} janvier 2022, 57% travaillent en milieu hospitalier (soit 13 538). Il convient de remarquer que le nombre d'hommes est largement minoritaire : ce qui correspond à 2,7% de la totalité en exercice, c'est-à-dire seulement 659 hommes pour 23 105 femmes. Pour ce qui est du mode d'exercice par genre, 13 165 femmes sur 23 105 travaillent en milieu hospitalier (57%). Cette proportion est identique en ce qui concerne les hommes (56%) soit 373 hommes sur les 659. Le milieu hospitalier n'est donc pas plus attirant que l'on soit un homme ou une femme. Néanmoins, il est intéressant de relever que l'exercice mixte ne concerne que 10% des femmes et un peu plus les hommes (14%).

Tableau

Informations

Sexe	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
Ensemble	23 764	5 915	2 432	13 538	1 879
Femme	23 105	5 751	2 342	13 165	1 847
Homme	659	164	90	373	32

Champ : France entière

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2022

Télécharger les données

Tableau 2 : Démographie des sages-femmes françaises en 2022 par genre et mode d'exercice – Source : Démographie des professionnels de santé—DREES. (2022) <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

⁴¹ L'accès au 3^{ème} cycle. (s. d.). ISNI <https://isni.fr/laces-au-3eme-cycle/>

⁴² Arrêté du 19 juillet 2022 fixant au titre de l'année universitaire 2022-2023 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire—Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046061961>

b. Démographie des obstétriciens (tableaux 3 et 4)

Toujours selon l'ONDPS, parmi les 228 858 médecins inscrits en activité régulière au 1^{er} janvier 2022, 5636 gynéco-obstétriciens sont en exercice dont presque autant en milieu hospitalier qu'en libéral. Les femmes sont légèrement majoritaires en nombre (3 242 femmes pour 2 394 hommes) ce qui correspond à 57%.

Tableau

Informations

Sexe	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
Ensemble	5 636	2 089	1 197	2 155	195
Femme	3 242	1 078	564	1 514	86
Homme	2 394	1 011	633	641	109

Champ : France entière

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2022

Télécharger les données

Tableau 3 : Démographie des obstétriciens français en 2022 par genre et mode d'exercice - Source : Démographie des professionnels de santé—DREES. (2022)
<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

En ce qui concerne l'âge moyen de ces praticiens en obstétrique, celui-ci est d'environ 50 ans, avec une moyenne plus jeune en milieu hospitalier qu'en libéral :

Tableau

Informations

Sexe	Ensemble	1 - Libéraux exclusifs	2 - Mixtes	3 - Salariés hospitaliers	4 - Autres salariés
Ensemble	50.5	52.2	50	46.5	55.6
Femme	47.2	47.9	45.9	44.4	53
Homme	53.6	55.4	52.9	49	59.7

Champ : France entière

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2022

N.D. : donnée non disponible, en raison d'un effectif trop faible.

[Télécharger les données](#)

Tableau 4 : Démographie des obstétriciens par âge (en années) et mode d'exercice - Source : Démographie des professionnels de santé—DREES. (2022)
<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

B. LE TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER : LE SECTEUR DE NAISSANCE

1. Généralités

a. Le secteur de naissance

Le secteur de Naissance est le lieu sécurisé où sont réalisés les accouchements par « voie basse » (ou vaginale) essentiellement. Néanmoins, il est possible selon la configuration et au regard de la législation, d'avoir une salle d'intervention de chirurgie obstétricale (ou de césarienne) en son sein pour réaliser les césariennes⁴³. Ce secteur doit toujours être en proximité du bloc opératoire général surtout s'il ne contient pas de salle de césarienne. A ce propos, la législation française en vigueur définit clairement la composition du secteur de naissance⁴⁴ et fixe aussi le nombre de sages-femmes minimum en fonction du nombre de naissances annuel. Cette loi dispose qu'il faut au moins une sage-femme pour 1000 naissances et un équivalent temps plein (ETP) en plus par tranche de 200 naissances supplémentaires⁴⁵, mais aussi la présence impérative d'obstétriciens et anesthésistes 24h/24 et 7 jours sur 7 ainsi que celle des pédiatres présents ou disponibles tous les jours. Ce texte de loi rappelle d'ailleurs que « Le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ». Les sages-femmes y travaillent quotidiennement avec des auxiliaires de puériculture et encadrent régulièrement des étudiants en maïeutique. Enfin, le bio-nettoyage est assuré par les Agents de Service Hospitalier.

b. Classification des maternités par niveau de risque

Les décrets de Périnatalité du 9 octobre 1998, complétés par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007 définissent la gradation des maternités françaises selon quatre types en fonction du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. Le but de cette classification est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées et équipées pour prendre en charge certaines pathologies dépistées en amont, grâce à un suivi prénatal précoce⁴⁶. Néanmoins, les grossesses dites « physiologiques » continuent d'être prises en charge par toutes les maternités quel que soit leur niveau, ainsi, la future parturiente, dont la grossesse est tout à fait normale, peut choisir elle-même sa maternité, et selon ses propres critères.

⁴³ Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. <http://51.68.80.15/search/results?titre=c%C3%A9sarienne>

⁴⁴ Article D6124-38—Code de la santé publique—Légifrance.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917028?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=comp%C3%A9tences+obst%C3%A9tricien&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT

⁴⁵ Article D6124-44—Code de la santé publique—Légifrance.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917035?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=comp%C3%A9tences+obst%C3%A9tricien&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT

⁴⁶ Fiche 24—La naissance les maternités .pdf. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20La%20naissance%20%20les%20maternit%C3%A9s%20.pdf> p129.

Les quatre types de maternité sont les suivants :

- Le « type 1 » est muni d'un service d'obstétrique mais il ne peut prendre en charge que les nouveau-nés sains de plus de 37 SA (Semaines d'Aménorrhée),
- Le « type 2a » comprend aussi un service de néonatalogie en plus du service d'obstétrique, tandis que le « type 2b » dispose d'un service de soins intensifs néonataux en plus. Ces établissements peuvent prendre en charge les nouveau-nés à partir de 32 SA et de plus de 1 500 grammes, sans pathologie fœtale,
- Enfin, le « type 3 ». Dans ce cas, la maternité est équipée de tous les services précédents et dispose en plus d'un service de réanimation néonatale. Selon les usages, les seuils de prise en charge sont aux alentours de 32 SA ou au-dessous de 1 500 grammes⁴⁷.

**c. Typologie des grossesses et situations à risque en obstétrique et
« Recommandations de bonne pratique »**

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les « Recommandations de bonne pratique », dans le champ de la santé, comme étant « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »⁴⁸.

Elle se propose, entre autre, de classifier les différentes grossesses à risque pour leur orientation vers les différents types de maternité sous forme de « recommandations de bonne pratique »⁴⁹. Parmi ces situations, les plus fréquemment rencontrées dans nos maternités françaises, il y a les addictions de la femme enceinte, les anomalies de l'hémostase, les cardiopathies, les maladies auto-immunes, les différents types de diabète, l'hypertension ainsi que toutes les pathologies pouvant atteindre la santé maternelle et plus spécifiquement concernant l'obstétrique :

- Les hauts risques d'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI),
- Les hauts risques de prématurité,
- La pré-éclampsie et l'éclampsie⁵⁰,
- La rupture prématurée de la poche des eaux,
- Le Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU).

⁴⁷ Grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf. (2009) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf p40.

⁴⁸ Reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf. (s. d.).https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf

⁴⁹ Ibid. p14.

⁵⁰ Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.).<http://51.68.80.15/search/results?titre=%C3%A9clampsie>

C. LA MATERNITE ETUDIEE

1. Le niveau de la maternité et son contexte géographique

La maternité dans laquelle se déroule notre étude est de niveau 2a et réalise environ 800 accouchements par an, elle est donc munie d'un service de néonatalogie de 6 berceaux et accueille les nouveau-nés sans pathologie fœtale à partir de 34 SA.

Le Centre Hospitalier dont elle est issue, est en Groupement Hospitalier de Territoire avec un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et d'autres hôpitaux du département. La maternité travaille donc en filière « Femme Mère Enfant » pour des projets de territoire. Un partenariat spécifique en gynécologie existe avec le CHU, permettant l'adressage des suivis en Cancérologie et Procréation Médicalement Assistée.

2. L'architecture du secteur de naissance

La maternité, ou plus précisément, l'unité de gynéco-obstétrique s'étend sur trois niveaux et fait partie du « Pôle médico-chirurgical » de l'établissement.

Le rez-de-chaussée accueille les consultations externes programmées ainsi que les consultations d'urgences gynécologiques et de début de grossesse, généralement avant 22 SA. Le premier étage se compose du secteur de naissance dont l'accès est sécurisé. Celui-ci est accolé au bloc opératoire général, ce qui permet de véhiculer en urgence les patientes en cas de prise en charge chirurgicale. Sur ce même niveau, il y a les lits de gynécologie médicale, de grossesses pathologiques et d'orthogénie médicale, soit au total 4 lits (2 chambres seules et une chambre double). Enfin, au deuxième et dernier étage, ce sont les suites de couches (pour le post-partum) dont la Durée Moyenne de Séjour (DMS) est d'environ 4 à 5 jours. Ce service se compose de 12 chambres seules avec chacune un poste pour les soins du nouveau-né.

Le service de néonatalogie, composé de « 6 berceaux » est éloigné de la maternité. Il est prévu dans de prochains travaux d'agrandissement, de réunir tout un pôle d'activité Mère-Enfant en rapprochant ce service au plus près du secteur de naissance et des suites de couches.

3. Les ressources humaines

L'équipe de la maternité est composée de :

- 5 gynécologues-obstétriciens, dont un Chef de Service, soit 4,2 ETP qui réalisent des astreintes,
- 1 coordinatrice sage-femme à temps plein,
- 20 sages-femmes (16,9 ETP), à savoir : 3 de jour et 2 de nuit en secteur de naissance et suites de couches sur des amplitudes de 12h. Parmi elles, deux sont échographistes et réalisent aussi des consultations de suivi prénatal. Enfin, une sage-femme consulte à mi-temps et propose de la préparation à la naissance (méthode classique),
- 16 auxiliaires de puériculture (15,1 ETP), en amplitude de 12h également, elles sont au nombre de 3 le jour et 2 par nuit en suites de couches et secteur de naissances,
- 4 Agents de Service Hospitalier (4 ETP) de jour en amplitude de 7h
- 3 secrétaires en consultations gynéco-obstétricales (3 ETP),

- 1 psychologue intervenant en maternité mais aussi en néonatalogie/pédiatrie (0,5 ETP pour la gynéco-obstétrique et l'orthogénie) ainsi qu'une assistante sociale sur tout le pôle médico-chirurgical.
- L'équipe d'anesthésistes réanimateurs et les infirmiers anesthésistes (IADE) du bloc opératoire,
- L'équipe de pédiatres et les infirmières (IDE) de néonatalogie/pédiatrie.

PARTIE 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans cette seconde partie, nous présenterons les concepts issus de la littérature, dont nous nous sommes servis pour élaborer notre questionnaire sur les pratiques de travail des sages-femmes et des obstétriciens en secteur de naissance.

A. LES PROFESSIONS ET LES GROUPES PROFESSIONNELS

Dans ce mémoire, nous avons fait le choix d'employer davantage l'expression « groupes professionnels » plutôt que « profession » jugée trop restrictive. Afin de mieux cerner l'emploi de l'un et de l'autre, voici quelques apports théoriques issus de notre revue de la littérature.

1. « Les professions »

Dans l'ouvrage « Sociologie des Groupes Professionnels », Demazière D. et Gadéa C. expliquent que la notion de « profession » se base essentiellement sur « un monopole d'exercice, qu'elles défendent en contrôlant le contenu des compétences revendiquées, la transmission des savoirs et la socialisation des membres »⁵¹. Dans ce même ouvrage, les auteurs reprennent les propos de Dubar C. et Tripier P. dans « Sociologie des professions » selon lesquels le terme de « profession » permettrait d'insister davantage « sur les composantes statutaires de l'emploi », « les composantes fonctionnelles des missions », « les composantes cognitives des métiers » ou encore « les composantes identitaires des appartenances »⁵². Vezinat N. dans son livre « Sociologie des groupes professionnels » considère cette notion comme « trop englobante ou trop restrictive sans que l'on sache toujours vraiment à quelle définition celui qui la mobilise se réfère » alors que « Ce n'est pas le cas de la notion de groupe professionnel qui apparaît d'emblée plus large et plus lâche »⁵³.

⁵¹ Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). Introduction. Dans : Didier Demazière éd., *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 13-24). Paris: La Découverte. p19.

⁵² Idem.

⁵³ Vezinat, N. (2016). Introduction. Dans : , N. Vezinat, *Sociologie des groupes professionnels* (pp. 7-13). Paris: Armand Colin. p7.

2. « Les groupes professionnels »

Dans ce même ouvrage de Demazière D. et Gadéa C. « Sociologie des groupes professionnels », la notion de « groupes professionnels » désigne :

des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique. Ils ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance juridique, mais du moins d'une reconnaissance de fait, largement partagée et symbolisée par leur nom, qui les différencie des autres activités professionnelles. En l'absence de réglementation et de codification formelles, les groupes professionnels sont des ensembles flous soumis à des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne.⁵⁴

Pour ces raisons, nous emploierons davantage cette notion moins limitative de « groupe professionnel » en ce qui concerne les sages-femmes et les obstétriciens, puisqu'elle permet de les envisager « comme des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables »⁵⁵. En effet, dans le cadre de notre étude sur les pratiques de travail entre sages-femmes et obstétriciens, ce concept plus souple facilitera nos réflexions sur l'influence de multiples facteurs tels que leur histoire commune, l'étendue de leurs champs de compétences, les modalités de la division du travail, les degrés différents d'autonomie professionnelle, et l'appropriation du statut médical.

Si nous poursuivons dans cet ouvrage de Demazière D. et Gadéa C., ces auteurs expliquent que le nom d'un groupe professionnel est essentiel puisqu'il « est l'indice d'un certain degré de spécialisation et de division du travail : avoir un nom c'est pouvoir se différencier, se reconnaître dans une identité, être considéré comme spécifique »⁵⁶. Ainsi, le fait d'appartenir au groupe professionnel des « médecins » marque d'emblée une différence de degré de spécialisation et la division du travail avec celui des « sages-femmes ».

Cette approche conceptuelle peut nous permettre d'appréhender, en partie, les modalités de partage du travail entre sages-femmes et obstétriciens comme, par exemple, la délégation ou la hiérarchisation des tâches en secteur de naissance. En effet, lors de notre enquête, nous tenterons de mettre en évidence la manière dont chacun de ces groupes professionnels, exerçant en milieu hospitalier, use de mécanismes de régulation tels que la négociation, le contrôle ou la domination pour coopérer ou tout du moins « travailler ensemble » tout en préservant son autonomie professionnelle.

⁵⁴ Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). Introduction. Dans : Didier Demazière éd., *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 13-24). Paris: La Découverte. p20.

⁵⁵ Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). Introduction. Dans : Didier Demazière éd., *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 13-24). Paris: La Découverte. p 20.

⁵⁶ Ibid., p 440.

B. LE RISQUE EN OBSTETRIQUE

L'obstétrique, discipline majoritairement physiologique, peut basculer rapidement dans la pathologie, ce qui a engendré au fil de l'histoire, une répartition des tâches bien spécifiques entre sages-femmes et obstétriciens. La structuration de cette division, en France, s'est faite, comme le souligne Carricaburu, D. dans l'article « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition », « à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant »⁵⁷. Cette distinction physiologie/pathologie intègre donc la notion de risque, rendu légitime scientifiquement en médecine par les travaux de Parsons T.⁵⁸ dans les années 50. En obstétrique, le risque introduit l'intervention de l'obstétricien dans le travail en toute autonomie de la sage-femme, mais il norme aussi, à plus haute échelle, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, les niveaux des maternités dans lesquels ces professionnels exercent. Il nous paraît donc impossible de traiter aujourd'hui de la répartition des tâches en secteur de naissance sans explorer et intégrer cette notion dans notre étude. C'est pour cette raison que nous souhaitons évaluer dans notre enquête l'impact de la notion du risque sur les sages-femmes pour comprendre comment se déroule le partage des tâches en secteur de naissance lorsqu'elles prennent en charge, seules, une parturiente en situation d'accouchement physiologique.

Ce raisonnement probabiliste a donc eu comme conséquence de considérer la notion de risque comme omniprésente dans le travail des sages-femmes et donc d'admettre un potentiel danger quel que soit le type d'accouchement, réduisant ainsi une partie du travail de la sage-femme davantage « sur la recherche de pathologie que sur la surveillance d'un processus physiologique »⁵⁹ comme le décrit Carricaburu, D. Il convient de questionner les sages-femmes sur leur perception de la notion de risque afin d'en analyser les conséquences sur la division du travail et donc sur leur autonomie professionnelle en secteur de naissances.

Cependant, une différence réside dans le degré d'importance à lui attacher selon les groupes professionnels étudiés. En effet, Ewald F., dans son ouvrage « Histoire de l'État-providence » explique que « en soi, rien n'est un risque, il n'y a pas de risque dans la réalité. Inversement, tout peut être un risque ; tout dépend de la façon dont on analyse le danger, considère l'événement »⁶⁰. Par conséquent, dans la répartition du travail en secteur de naissance, nous pouvons considérer que, de la catégorisation unanime française de l'accouchement comme « événement à risque », et de ce qui en découle sur sa vision et de son analyse du risque par la sage-femme, dépendra l'intervention de l'obstétricien ou plus précisément, « l'appel au médecin » comme relais ou ressource. Afin toujours, d'en mesurer l'impact sur le travail de la sage-femme, il nous faudra donc investiguer les raisons pour lesquelles elle fait le plus souvent appel au médecin et si ces motifs sont clairement évidents à chaque fois ou bien, si le potentiel risque l'amène à anticiper l'intervention du médecin et donc le partage du travail avec lui.

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons présenté la gradation française des maternités et des grossesses en fonction de différents niveaux de risque. Il est donc clairement

⁵⁷ Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123-144. <https://doi.org/10.7202/016935ar> p123.

⁵⁸ Parsons T. (1951), *The social system*, New York, Free Press.

⁵⁹ Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123 144. <https://doi.org/10.7202/016935ar> p.133.

⁶⁰ Ewald, F. (1996), *Histoire de l'État-providence*, Paris, Grasset.

admis par la société française qu'une grossesse n'est pas sans risque mais à minima « à bas risque ». De fait, Carricaburu D. dans ce même article cité plus haut, affirme que « l'ultime argument que peuvent alors opposer les obstétriciens hostiles à une nouvelle répartition des compétences avec les sages-femmes consiste à tenter de démontrer que le bas risque n'existe pas », leur permettant de maintenir cette « idée du risque ubiquitaire qui peut être réactivé (par la rhétorique du groupe social dominant) lorsqu'il s'agit de défendre ses intérêts »⁶¹. La notion de risque légitime donc la présence des médecins dans le déroulement de la naissance, quel que soit le niveau de la maternité, se basant « sur le côté imprévisible des accouchements, sur la gravité de certaines complications et sur la nécessité de savoir réagir en urgence »⁶². En conséquence, comme le décrivent Charrier P. et Clavandier G. dans leur œuvre « Sociologie de la naissance », « le développement des techniques, l'organisation en réseau et la redéfinition des espaces professionnels, comme plus largement, l'assignation de l'organisation du travail au paradigme du risque ont de multiples répercussions », ce qui induit que « l'organisation du travail autour de la naissance contemporaine, telle qu'elle se manifeste en contexte hospitalier relève d'un processus de médicalisation qui déborde l'objectif strict d'une sécurisation de l'accouchement »⁶³. Dès lors, il est clair que l'accompagnement du bon déroulement de l'accouchement ne suffit plus aujourd'hui à garantir la sécurité, il faut pouvoir en assurer rapidement la médicalisation et toute l'organisation qui va avec, à savoir, avant tout, les conditions d'intervention immédiate des médecins dans l'environnement de travail des sages-femmes.

Ainsi, en intégrant pleinement cette notion de risque comme inhérente à leur pratique quotidienne, les sages-femmes doivent trouver le bon compromis entre accompagnement du travail physiologique et dépistage d'une situation pathologique avec le devoir, puisqu'il s'agit de la définition même des limites de leur autonomie, de faire appel au médecin⁶⁴ au moment le plus opportun. Dès lors, selon quels critères, décident-elles de faire appel au médecin ?

Cette notion de risque n'est donc pas sans conséquence sur la division du travail, et il en est de même en ce qui concerne la vision du rôle de chaque groupe professionnel quant à la prise en charge des parturientes. Dans le livre de Cavalli S. et Gouilhers-Hertig S. intitulé « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? », pour certaines sages-femmes, « la figure du « bon gynécologue-obstétricien » est construite sur l'image du médecin comme ressource », en limitant le rôle des médecins à l'expertise « du risque et de la pathologie ». En retour, « pour les médecins la reconnaissance du rôle des sages-femmes va de pair avec le maintien d'une forme limitée de délégation où ils gardent la supervision de l'ensemble du suivi de la grossesse »⁶⁵. La perception du risque par les sages-femmes leur permet donc de considérer les médecins comme leur relais en cas de pathologie tandis que pour les obstétriciens, il s'agit

⁶¹ Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123-144. <https://doi.org/10.7202/016935ar> p141-142.

⁶² Ibid., p.128.

⁶³ Charrier, P. et Clavandier, G. (2013). Chapitre 4 - Lieux et organisation de la naissance. Dans : P. Charrier et G. Clavandier (Dir), *Sociologie de la naissance* (pp. 103-139). Paris: Armand Colin. p124.

⁶⁴ Article L4151-3. Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688931

⁶⁵ Cavalli, S. et Gouilhers-Hertig, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ?. Dans : Claudine Burton-Jeangros éd., *Accompagner la naissance: Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 85-106). Bangkok: BSN Press. <https://doi.org/10.3917/bsn.burt.2014.01.0085> p100.

d'avantage de contrôler et superviser le travail autour de la grossesse et de l'accouchement, ce qui s'apparente à une forme de domination. Si nous reprenons les propos de Charrier, P. et Clavandier, G. dans « Sociologie de la naissance », ce serait la notion de risque qui produirait, dans le travail des sages-femmes et des obstétriciens « des lignes de partage, comme l'opposition entre dystocie et eutocie », mais aussi une rationalisation du travail redéfinissant « l'espace du pouvoir au sein des services » en plaçant en avant « la question de la responsabilité des actes » dans les pratiques professionnelles « révélant ainsi leur caractère « prudentiel » »⁶⁶. A ce stade, il nous paraît évident de questionner les sages-femmes sur la perception du degré de leurs responsabilités au travail. Jacques B. écrit d'ailleurs dans « Sociologie de l'accouchement » que notre médecine, en France, s'appuie sur le fait que « la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'à posteriori » mais aussi que « le risque domine donc la prise en charge médicale et ce, d'autant plus aujourd'hui dans un fort contexte médico-légal »⁶⁷. Cette perception peut donc fragiliser certaines sages-femmes dans leur conception de l'accompagnement de l'accouchement et du respect de la physiologie.

C. L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

La profession de sage-femme, en France, possède le statut médical, cependant celui-ci opère « à compétences définies »⁶⁸. La profession bénéficie donc d'une autonomie et d'une indépendance professionnelle inscrite dans le code de la Santé Publique. Freidson E., décrit d'ailleurs que l'autonomie permet « d'acquérir une certaine indépendance eu égard à l'idéologie des élites dominantes, mais qui n'est pas acquise une fois pour toute et peut se perdre, l'autonomie étant concédée par l'État ».⁶⁹ Ainsi, cette notion ne semble pas fixe ni acquise totalement. Alors, qu'en est-il sur le terrain et dans les pratiques autour de la naissance, notamment dans le partage du travail entre groupes professionnels lorsque ceux-ci ont tous deux un statut médical mais dont les champs de compétences n'ont pas les mêmes étendues ? Si l'autonomie professionnelle des sages-femmes paraît claire dans sa définition réglementaire pour la prise en charge de l'accouchement physiologique, que devient-elle lorsqu'elle juge nécessaire de faire appel à l'obstétricien ? A cette occasion, la sage-femme doit-elle se subordonner systématiquement aux prescriptions du médecin ou bien use-t-elle aussi d'autres moyens de régulation pour poursuivre son travail avec lui ? D'autre part, l'obstétricien exerce-t-il un contrôle sur son travail quotidien dans l'eutocie ?

Dans son ouvrage « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », Schweyer F.X. relate les propos de Carricaburu D. selon lesquels l'autonomie

⁶⁶ Charrier, P. et Clavandier, G. (2013). Chapitre 4 - Lieux et organisation de la naissance. Dans : P. Charrier et G. Clavandier (Dir), Sociologie de la naissance (pp. 103-139). Paris: Armand Colin. p124

⁶⁷ Jacques B., Sociologie de l'accouchement, La Santé de l'homme 2007, n°. 391 p2.1

⁶⁸ Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) — Légifrance. (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285

⁶⁹ Sapiro, G. (2019). Repenser le concept d'autonomie pour la sociologie des biens symboliques. Biens Symboliques / Symbolic Goods. Revue de sciences sociales sur les arts, la culture et les idées, 4, Art. 4. <https://doi.org/10.4000/bssg.327> - Freidson Eliot (1984). La Profession médicale, trad. Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud. Paris, Payot.

« peut aussi être entendue dans l'acceptation de l'interdépendance : l'autonomie serait alors négociée »⁷⁰. Cet auteur ajoute que :

ce sont alors les conditions organisationnelles de l'exercice professionnel qui déterminent l'autonomie concernant le contenu technique du travail, le statut professionnel n'ayant qu'une valeur formelle. La réalité de l'autonomie professionnelle dépend donc de plusieurs facteurs : le contexte institutionnel du travail, les autres professionnels avec lesquels se définit le travail en interdépendance ou non, les actes pratiqués, l'idéologie professionnelle⁷¹.

Ainsi, comment l'organisation du travail permet-il l'expression de l'autonomie des sages-femmes ? Celle-ci est-elle influencée par les relations qu'elles entretiennent avec les médecins ?

Dans le même ouvrage, il est aussi question de l'évolution régulière du champ de compétences des sages-femmes octroyée par l'Etat. Selon Freidson E. il s'agirait de « signes extérieurs » d'autonomie puisque cet auteur évoque des attributions qui n'influencent en rien les caractéristiques d'une profession. Les sages-femmes jouiraient donc de l'autonomie des paraprofessionnels « toujours partielle parce qu'elle procède de la profession dominante et qu'elle est limitée par elle »⁷². En effet, dans son livre « La profession médicale », ce même auteur désigne le médecin comme profession dominante du fait de son « autonomie technique » dont une des facettes primordiales est « la possibilité (et le devoir) de contrôle qu'elle implique sur tous les métiers paramédicaux. »⁷³. Pour ces raisons, les obstétriciens, en tant que groupe professionnel dominant, interviennent-ils dans l'organisation du travail des sages-femmes comme c'est le cas pour les professions paramédicales, réduisant ainsi l'expression de leur autonomie devenue « partielle » ? A juste titre, nous envisageons de questionner les professionnelles sur leur perception de leur autonomie professionnelle et d'en apprécier les illustrations sur le terrain et son évolution au fur et à mesure de la carrière.

Ainsi, concernant cette notion d'autonomie des groupes professionnels intervenant en périnatalité, Douguet F. et Vilbrod A. dans leur rapport de 2021 « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension », décrivent que :

Chacun tend à préserver son autonomie. Celle des gynécologues est pour ainsi dire inscrite dans leur identité de métier, [...]. Celle des sages-femmes est sans doute plus complexe, mais, on le constatera, elles peuvent déployer bien de stratégies pour, par exemple, rester maîtresses du déroulement d'un accouchement quand, de leur point de vue, l'eutocie va son cours. Profession médicale dite à « compétence limitée », quasi un oxymore, elles tiennent volontiers, dans les maternités, à rester par exemple « arbitres du recours » et à décider seules

⁷⁰ Schweyer F. X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. In: Sciences sociales et santé. Volume 14, n°3, 1996. Définitions et enjeux professionnels autour du soin, sous la direction de Martine Bungener, Catherine Le Gales et Janine Pierret. pp. 67-102. p76.

⁷¹ Idem.

⁷² Ibid. p69.

⁷³ Dodier, N., et Darbon, S. (s. d.). Eliot Freidson, La profession médicale. p130.

d'appeler ou non le médecin. Quand elles travaillent en libéral, leurs compétences tendent à s'étendre et l'encadrement par des normes, par une nomenclature ne dit jamais tout. Concertation, coopération, délégation...⁷⁴

Selon ces mêmes auteurs : « Le point nodal de toutes les caractéristiques d'une profession reconnue est son autonomie. Idéalement, celles et ceux qui appartiennent à une profession, de fait « digne de ce nom » disposent de positions assurées et de larges marges de manœuvre liées au monopole d'une expertise légitime sur un segment de pratiques où ils sont les seuls à être pleinement habilités »⁷⁵, ce qui fait la différence entre les groupes professionnels que nous étudions, malgré un statut médical commun : toutes les compétences des sages-femmes sont accessibles aux médecins, ce qui n'est pas le cas pour les sages-femmes.

Il est donc crucial de comprendre comment ces professionnelles dont les compétences sont définies et limitées par la législation, arrivent à préserver leur autonomie dans la physiologie et à faire entendre leur voix dans la pathologie.

D. « TRAVAILLER ENSEMBLE »

Si, en secteur de naissance, la sage-femme possède une place centrale car elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et réalise seule l'accouchement physiologique en binôme avec l'auxiliaire puéricultrice, elle partage essentiellement le reste de son travail, c'est-à-dire l'organisation des activités, et, en outre, les prises en charge pathologiques, avec les obstétriciens. Bien évidemment, d'autres groupes professionnels interviennent de façon ponctuelle et régulière dans leur pratique, comme, par exemple, les anesthésistes réanimateurs et les pédiatres ou bien, encore, les internes de médecine. Néanmoins, nous avons fait le choix, pour cette étude, de nous concentrer uniquement sur ces deux groupes professionnels qui travaillent en obstétrique.

Nous avons vu précédemment que les relations que les sages-femmes entretiennent avec les médecins sont principalement basées sur l'alternance physiologie/pathologie et l'omniprésence de la notion de risque.

Dans un article paru dans « Soins Cadres », Acker F. propose de définir la notion de « travailler ensemble » :

Dans la notion de "travailler ensemble", "ensemble" renvoie en même temps à une notion de "tout" composé d'individus et à une notion de temps: au même moment "Travailler ensemble", c'est alors travailler les uns avec les autres et en même temps (Le Petit Robert). Étudier ce que peut être "travailler ensemble" conduit donc à s'interroger sur le travail, son objet, sa nature, ses modalités, et sur la façon dont ceux qui le réalisent le conçoivent et le conduisent.⁷⁶

⁷⁴ Douguet F. et Vilbrod A. Rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf. 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf p85.

⁷⁵ Ibid. p75.

⁷⁶ Acker F. (2004) Travailler ensemble !? Article paru Dans : Soins cadres (n° 49, Février 2004) ; Pagination : 22-25. p22.

Ainsi pour étudier ce que l'effet d'appartenance à des groupes professionnels médicaux, mais dont les champs de compétences n'ont pas les mêmes limitations, engendre dans les relations et pratiques de travail, nous jugeons utile d'étudier certains concepts comme la coopération, la division du travail, la délégation de tâches, la négociation mais aussi la hiérarchisation du travail et ce qui a trait au pouvoir et à la domination.

1. « La coopération »

Pour décrire le concept de coopération, nous utiliserons l'approche du livre « Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques »⁷⁷ de Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. Dans cet ouvrage, il est écrit que « Coopérer », c'est « décrire avec précision ou simplement évoquer le fait de produire ensemble (cum) une œuvre (opus) »⁷⁸, mais aussi qu'« Inscrite dans des rapports de pouvoir, la coopération suppose des mécanismes de régulation pour perdurer ».⁷⁹ Nous avons vu précédemment que ce type de moyens sont certainement nécessaires pour que chaque professionnel de santé puisse travailler en équipe et mener à bien ses missions de santé. La coopération se met-elle en place facilement ? Le contexte d'urgence qui anime souvent le contexte de notre étude, est-il toujours propice à une coopération efficace sans impairs ? La coopération ne nécessite-t-elle pas systématiquement des moyens de régulation pour fonctionner ?

Dans ce même ouvrage, les auteurs nous informent qu'il arrive que le fait d'appartenir à un groupe professionnel l'entraîne dans une recherche d'extension de ses prérogatives et d'affirmation de son identité :

Selon leur groupe ou segment d'appartenance, les professionnel·le·s doivent développer des modalités de coopération tout en préservant, voire en tentant d'étendre leur territoire de compétences, en affirmant leur identité, en défendant leurs intérêts notamment financiers, etc. »⁸⁰

Par conséquent, il sera judicieux d'étudier comment, sous le terme de « coopération », si les sages-femmes tentent parfois d'étendre leur champ de compétences, par exemple, ou même si les médecins, qui représentent le groupe professionnel dominant, doivent s'efforcer de préserver leur pré-carré en retour.

Cependant, le principe de coopération ne suffit pas à décrire le travail d'équipe tel que les politiques se targuent de le présenter, dans le domaine de la santé. Demazière D. et Gadéa C. dans « Sociologie des groupes professionnels » écrivent que « La nécessaire coopération est alors indissociable de rapports de pouvoir ou de relations d'autorité qui traduisent et entretiennent des niveaux différenciés de légitimité »⁸¹. Il en est de même lorsque Cresson G.,

⁷⁷ Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. (2022) Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. p492. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

⁷⁸ Ibid. p18.

⁷⁹ Ibid. p13.

⁸⁰ Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. (2022) Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. p492. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf> p178.

⁸¹ Demazière, D., et Gadéa, C. (2009). Conclusion. La Découverte. P441.

Drulhe M., et Schweyer F.X., dans leur livre « Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé », déclarent que « Beaucoup de descriptions de formes de coopération indiquent indirectement qu'elles s'accomplissent sur arrière-fond de conflits »⁸². Ainsi, d'autres formes d'interactions comme les rapports de pouvoir interfèrent dans les relations de travail entre professionnels de santé, sous couvert de la « coopération ». A l'occasion de notre étude, nous chercherons à savoir comment ceux-ci s'expriment dans le partage du travail entre sages-femmes et obstétriciens et s'il arrive qu'ils en viennent au conflit.

2. « Le pouvoir » et « la domination »

Picard D. écrit, dans son ouvrage « La notion de conflit », que « Chacun veut influencer les autres dans le sens de ses intérêts et échapper à leur pression. Chacun cherche à augmenter son pouvoir et à se défendre de la domination d'autrui. Les conflits sont donc souvent soutenus par un rapport de force. »⁸³. Par conséquent, dans notre relation à l'autre, nous mettons en place des jeux de pouvoir, de domination pour influencer ou échapper à l'autre ce qui occasionne ensuite le conflit.

Intéressons-nous donc aux notions de pouvoir et de domination. Dans son article « Domination, autorité et pouvoir dans une sociologie de la domination », Ruby C. nous indique que « La domination consiste donc bien en une relation verticale alors que le pouvoir institue une relation horizontale (pas nécessairement symétrique) »⁸⁴. Soulignons le fait que « ces concepts sont tous relationnels, ils n'ont de signification qu'à indiquer un rapport. Aucun ne renvoie à une qualité propre à un individu particulier (comme la force par exemple) »⁸⁵. Ce qui est d'autant plus vrai concernant la notion de domination car « elle implique un acquiescement en retour de la personne dominée »⁸⁶. La domination nécessite donc une forme de subordination acceptée par le dominé.

A partir de là, si ces deux concepts ne sont pas propres à l'individu, qu'est-ce qu'il fait qu'un groupe professionnel, comme celui des médecins, est considéré comme le groupe dominant dans le domaine de la Santé ?

Dans « La profession médicale » Dodier N., et Darbon S. expliquent comment le groupe professionnel des médecins a réussi à acquérir son autonomie professionnelle et comment celle-ci lui a permis d'être considéré comme le « dominant ». D'après ces auteurs, « L'autonomie professionnelle est cette capacité, acquise par la médecine au début du XX^{ème} siècle, d'évaluer et de contrôler elle-même l'aspect technique de son propre travail »⁸⁷. écartant ainsi tous ceux qui n'en faisaient pas partie. Ce contrôle de la technicité du travail confère donc une position dominante sur les autres professions, il existe pourtant un contrôle des autres professions sur leur propre technicité mais nous constatons souvent que les experts dans le domaine de la santé

⁸² Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X. (2003). « Système(s) de santé entre conflits et coopérations », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X. (Dir.), Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé. Rennes : Presses de l'EHESP, p. 7-17. P12.

⁸³ Picard, D. et Marc, E. (2015). Chapitre premier. La notion de conflit. Dans : Dominique Picard éd., Les conflits relationnels (pp. 7-17). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. p13.

⁸⁴ Ruby, C. (2014). Domination, autorité et pouvoir dans une sociologie de la domination. Raison présente, 192(4), 79-86. p80.

⁸⁵ Idem.

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ Dodier Nicolas, Darbon Sébastien. Eliot Freidson, La profession médicale. In: Sciences sociales et santé. Volume 3, n°1, 1985. pp. 129-143 p129.

sont très souvent des médecins. Pour ces mêmes auteurs, la force de ce groupe professionnel tient du fait de trois facteurs qui sont : « l'autonomie professionnelle, la pratique médicale comme savoir appliqué, la réalité sociale de la maladie »⁸⁸. La maladie est donc un élément majeur dans le positionnement de la médecine dans la société, au point que « la maladie est véritablement créée par la médecine en tant que rôle social »⁸⁹. En rejoignant la notion de pathologie et le rôle social de la maladie, nous comprenons mieux qu'entre professions au statut médical, l'appartenance au groupe professionnel des médecins qui soigne la maladie domine celui des sages-femmes, essentiellement orienté vers le déroulement d'un événement naturel. A ce propos, il nous faudra découvrir comment ce positionnement se caractérise sur le terrain et si les sages-femmes, de fait, se subordonnent à la domination de fait des médecins.

3. « La division du travail à l'hôpital »

Les concepts de physiologie et de pathologie permettent de distinguer les champs d'application des sages-femmes et des obstétriciens. Charvolin V. dans « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes » explique que « L'accouchement normal est ainsi confié aux sages-femmes, justifiant leur invisibilité ». Dès lors, pour l'auteure : « La délimitation de la maïeutique et de l'obstétrique marque la division médicale du travail entre sages-femmes et obstétriciens »⁹⁰. Dans cette division médicale historique du travail, elle précise aussi qu'en attribuant le travail le moins respectable aux sages-femmes tout en conservant la partie honorable et prestigieuse : « Les médecins barbiers deviennent les acteurs instruits et prestigieux de la naissance tout en durcissant le cadre de mise sous tutelle des sages-femmes. C'est dans cette interaction permanente que va se jouer le rôle social des médecins et des sages-femmes ».⁹¹

La profession dominante a donc divisé le travail médical selon la norme historique de l'eutocie et de la dystocie mais aussi en fonction de sa composition et de sa nature. Il en est de même en ce qui concerne la sexualisation du travail : Charrier P. dans son livre : « L'arrivée des hommes dans la profession de SF : vers un effet de segmentation ? » écrit :

Ce sont des hommes, les médecins, qui détiennent la connaissance et le savoir, après avoir évincé et discrédité les matrones puis limité les sages-femmes dans leur exercice professionnel (Gélis, 1988). La situation qui s'ensuit entérine cette répartition des tâches : aux hommes l'exercice de compétences médicales et scientifiques via les interventions chirurgicales valorisantes et valorisées (césarienne, forceps), aux femmes le rôle d'accompagnement relatif à des compétences attachées aux qualités dites féminines.⁹²

⁸⁸ Ibid. p136.

⁸⁹ Ibid. p134.

⁹⁰ Charvolin V. (2016) Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Revue TRANSVERSALES du Centre Georges Chevrier. <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/Transversales.html>.

⁹¹ Ibid.

⁹² Charrier. P. Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ?. Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2007, 67, pp.95-118.p99.

Le genre a eu une influence manifeste dans cette division du travail puisque les médecins n'étaient que des hommes et les matrones et sages-femmes que des femmes. La technicité qui représente la part médicale du travail revenait alors au groupe professionnel des médecins et celle de l'accompagnement et de l'empathie, aux femmes et donc à celui des matrones et sages-femmes. Toutefois, le groupe professionnel des sages-femmes a gagné en visibilité du fait de sa « dimension organisationnelle ». En effet, comme l'énonce Charvolin V. dans son étude sociologique citée plus haut : « Les sages-femmes ont édifié un espace de qualification en passant d'un système d'apprentissage artisanal à la constitution d'un corps médical spécialisé »⁹³. Cette forme de résistance est une marque d'affirmation, de résistance et donc de rapport de force vis-à-vis des obstétriciens.

Ensuite, associer strictement à chaque groupe professionnel de la naissance, les concepts de physiologie et de pathologie pour définir la division du travail n'est pas véritablement pertinente au regard des compétences mobilisées. D'après Charrier P. et Clavandier G. dans leur livre « Sociologie de la naissance », les obstétriciens sont « les maîtres de l'accouchement dans le sens où ils interviennent, potentiellement, tant sur l'une et l'autre catégorie ». De plus du fait que :

l'accouchement eutocique étant par probabilité dystocique [...], ils sont amenés à diriger tous les accouchements, déléguant aux sages-femmes ceux pour lesquels la présomption de dystocie est faible. Par conséquent, ces dernières n'ont pas officiellement de domaine de compétences propres.⁹⁴

Ainsi, selon ces mêmes auteurs, la délégation du travail par les obstétriciens aux sages-femmes se base sur le risque potentiel de basculer dans la pathologie, tout en concluant que les sages-femmes n'ont alors pas de compétences propres. Cette absence de compétences propres revêt-elle uniquement la partie technique du travail ? L'accompagnement à la naissance n'est-elle pas une attribution des sages-femmes que les obstétriciens ne pratiquent pas ou pouvons-nous dire qu'ils la leur délèguent aussi ?

Selon Charrier P. et Clavandier G., « la pratique des sages-femmes tend à se rapprocher d'une conception dystocique de l'accouchement »⁹⁵. Lorsque la sage-femme fait appel au ressort du médecin, elle agit, en toute autonomie, « en fonction de considérations contingentes, comme l'absence d'obstétricien sur place, la crainte de le/la réveiller inutilement ou au contraire la volonté de faire la preuve de ses compétences en matière de gestion de situations pathologiques »⁹⁶, la pathologie faisant malgré tout partie de leur cursus de formation théorique et pratique. Cette aspect de leur enseignement est donc nécessaire pour le dépistage de l'anormalité afin de pouvoir, au moment le plus opportun, partager son travail avec le médecin. Nous prévoyons donc de questionner, dans nos entretiens, les sages-femmes, sur les motifs et les conditions de l'appel au médecin. Comment cet appel se déroule-t-il ? Comment

⁹³ Charvolin V. (2016) Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Revue TRANSVERSALES du Centre Georges Chevrier. <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/Transversales.html>.

⁹⁴ Charrier, P. et Clavandier, G. (2013). Chapitre 4 - Lieux et organisation de la naissance. Dans : P. Charrier et G. Clavandier (Dir), Sociologie de la naissance (pp. 103-139). Paris: Armand Colin. <https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/arco.charr.2013.01.0103> p128.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ Idem.

l'obstétricien répond-il aux sollicitations de la sage-femme ? Leur délègue-t-il des tâches médicales, des prescriptions ? Les sages-femmes ont-elles déjà réalisé des dépassements de tâches en attendant la venue du médecin ? Tous deux mettent-ils en jeu des moyens de régulation pour obtenir un accord commun dans les suites à donner aux prises en charge de parturientes ?

Dans quelle mesure la délégation fait-elle partie du quotidien de travail des professionnels de la naissance que nous étudions ? Vajou A. dans son mémoire d'études de sages-femmes la décrit comme suit :

La délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin, la sage-femme) reste engagée du fait de la décision de déléguer ; la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. [...] L'acte en question, qu'il soit délégué ou transféré, doit faire partie des compétences du professionnel à qui il est confié. ⁹⁷

L'auteure oppose à cette définition celle du glissement de tâches qui désigne « un acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire ». ⁹⁸ La différence réside donc dans la détention ou non de la compétence transférée du médecin à la sage-femme. Dans notre étude exploratoire, nous interrogerons les sages-femmes à ce sujet. S'il y a glissement, quels sont ces actes, et dans quelles circonstances ? Le statut médical des sages-femmes permet-il de faciliter des délégations ou glissements de tâches ?

Enfin, si l'on intègre la notion de « groupe professionnel dominant » dans la division du travail en secteur de naissance, il est légitime de se demander si celle-ci intègre une forme de hiérarchie entre sages-femmes et obstétriciens. Plus précisément, le fait que leurs champs de compétences soient différents, l'un soit borné, l'autre pas, que les unes surveillent le bon déroulement physiologique alors que les autres opèrent en cas de pathologie, engendre-t-il une hiérarchisation du travail sur le terrain ? Le statut médical commun permet-il d'en minimiser l'importance ? Dans son rapport de recherche « Les sages-femmes en France », Charrier P. explique que « les sages-femmes mobilisent assez peu la relation hiérarchique, tant pour les professions dont elles sont dépendantes que celles qu'elles dominent symboliquement » ⁹⁹. Comment le rapport hiérarchique est-il donc perçu par elles, en secteur de naissance ?

Dans le rapport de l'ONDPS « la sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre métier en tension », Douguet F. et Vilbrod A. traitent de la nature des échanges relativement cordiaux entre sages-femmes et obstétriciens mais que ceux-ci puisqu'ils « renvoient souvent aux inégales positions des un·e·s et des autres dans la hiérarchie hospitalière » ¹⁰⁰. Ceci montre que le contexte organisationnel a un impact sur les relations entre professionnels de la naissance, notamment dans le fait que l'hôpital présente très souvent les obstétriciens comme les supérieurs hiérarchiques des sages-femmes. Dans notre étude, nous

⁹⁷ Vajou, A. (1994). La responsabilité juridique de la sage-femme lors de la délégation d'actes. 100p.p24

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ Charrier, P. (2011). Les sages-femmes en France. p111.

¹⁰⁰ Douguet F. et Vilbrod A. Rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf. 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf p194.

tâcherons de recueillir des informations sur ce positionnement de subordination, s'il existe. Il sera, par ailleurs intéressant de savoir si le fait de déléguer les soins de nursing comme la petite toilette aux sages-femmes, permet de marquer d'autant plus dans les esprits, la différence de statut et de positionnement hiérarchique entre les deux groupes professionnels. Peneff J. dans son livre « L'Hôpital en urgence », le décrit très bien : « Le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut »¹⁰¹.

La finalité de ce positionnement hiérarchique rend les rapports entre professionnels relativement inégalitaires et donc potentiellement conflictuels. Pour Picard D. et Marc E. dans leur livre « Les conflits relationnels », les rapports de places hiérarchiques « engendrent de la frustration chez les subordonnés, limités dans leur pouvoir décisionnaire et réduits, souvent, à un rôle consultatif (même si, de par leurs études ou leur expérience, ils possèdent un savoir réel sur une question) »¹⁰². Nous tâcherons donc de percevoir, dans notre enquête, la traduction de ce positionnement imposé par le groupe professionnel dominant sur des professionnelles qui affirment régulièrement leur statut médical comme témoin d'égalité statutaire.

4. « La négociation »

Les tensions dans les discours ne se terminent pas, systématiquement dans le conflit. Fort heureusement, un certain « ordre social » est souvent conservé voire maintenu, permettant le « travail ensemble », dans un but commun de soin et dans l'intérêt de la prise en charge du patient. Pour cela, chaque acteur met en jeu différentes stratégies pour aboutir à un accord respectant un tant soit peu l'opinion de chacune des parties prenantes. En pratique, pour maintenir cet ordre social au travail, les professionnels construisent et « travaillent » des arrangements pour aboutir à des accords, qui ne seront jamais figés dans le temps du fait des contingences de l'environnement. Nous abordons là, la négociation. Strauss A. L. l'explique d'ailleurs, dans son livre « La trame de la négociation ». Selon lui, « l'ordre est une chose à laquelle les membres de toute société, de toute organisation, doivent « travailler » »¹⁰³, et une fois « les accords conclus, les contrats en vigueur - qui constituent les fondements d'un bon ordre, prévu, sans surprise, assuré, bien réglé - ne le sont aucunement pour l'éternité. »¹⁰⁴.

Dans le contexte formel et réglementé du milieu hospitalier public, comment les négociations, mode de régulation des relations entre professionnels, permettent-elles de maintenir un « ordre négocié », comme l'auteur le qualifierait, et de limiter les conflits ? A partir de là, nous pourrions rechercher dans nos entretiens les caractéristiques de ces négociations entre nos deux groupes professionnels en situation de travail.

La marge de négociation peut aussi entraîner une forme de pouvoir sur l'autre en fonction du contexte. Picard, D. et Marc, E, en reprenant les « zones d'incertitudes » de Crozier M. dans « Les conflits relationnels », expliquent :

Une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur.
Celui-ci conserve toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette

¹⁰¹ Peneff, J. (2005). L'Hôpital en urgence. Éditions Métailié. <https://doi.org/10.3917/meta.penef.2005.01> 262p p59.

¹⁰² Picard, D. et Marc, E. (2008). Les conflits relationnels. Presses Universitaires de France. <https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/puf.picar.2008.01> p110.

¹⁰³ Strauss A. L., La trame de la négociation (1992) p319. p88.

¹⁰⁴ Ibid. p88.

marge de liberté (qui signifie source d'incertitude pour ses partenaires comme pour l'organisation dans son ensemble), chaque acteur dispose ainsi de pouvoir sur les autres acteurs, pouvoir qui sera d'autant plus grand que la source d'incertitude qu'il contrôle est pertinente pour ceux-ci, c'est-à-dire les affectera de façon plus substantielle dans leurs capacités propres de jouer et de poursuivre leurs stratégies.¹⁰⁵

Ainsi, chaque acteur peut user de la négociation peut aboutir à ses fins et nous essayerons de les mettre en évidence dans notre analyse des entretiens.

Cette revue de la littérature nous servira donc de base pour élaborer les questions de notre guide d'entretien, mais aussi pour l'analyse de nos résultats. Ces concepts semblent couvrir la plupart des formes d'interactions possibles dans les relations professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens.

E. PROBLEMATIQUE

Au cours de la première partie, nous avons mis en évidence que les sages-femmes et les obstétriciens partagent à la fois leur histoire, le statut médical et la discipline obstétricale, ce qui constitue une situation unique parmi les professions de la santé françaises. Pour autant, les différences de formation, de niveau de diplôme, et de champ de compétences creusent les écarts qu'ils existent dans la division du travail en secteur de naissance.

L'obstétrique est ainsi scindée entre son versant physiologique, dont les sages-femmes sont les « gardiennes » et son versant pathologique, qui représente le domaine des obstétriciens. Entre les deux se trouve, malgré tout, une zone moins évidente, allant du diagnostic pré-pathologique réalisé par les sages-femmes à la liberté pour les médecins d'intervenir et de superviser de près ou de loin, l'accouchement physiologique. C'est d'ailleurs dans cette zone, que se manifestent de nombreuses interactions entre professionnels pour déterminer l'issue de la prise en charge et de l'organisation du travail.

En nous appuyant sur notre revue de la littérature, nous pouvons formaliser quelques questionnements inhérents aux pratiques du travail entre ces deux groupes professionnels médicaux qui interviennent en secteur de naissance.

Les recherches antérieures nous ont permis de souligner que, derrière le terme de "coopération", s'expriment en réalité de multiples rapports qui illustrent plutôt l'idée de "travailler ensemble". Ces interactions se caractérisent par des rapports de force entre parties prenantes, entre autres, sous le signe de la négociation dans le but de rechercher un accord commun, ou bien dans un climat plus tendu pouvant aboutir au conflit. Comment le travail se partage-t-il entre sages-femmes et obstétriciens selon les contingences de l'environnement ? Les rapports au travail sont-ils égaux, respectant les statuts et attributions de chacun ? Ou cette « coopération » masque-t-elle une forme de division hiérarchisée ou de délégation du

¹⁰⁵ Picard, D. et Marc, E. (2008). Les conflits relationnels. Presses Universitaires de France. <https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/puf.picar.2008.01> p115.

travail par le groupe professionnel dominant : les médecins ? De quelle manière les sages-femmes parviennent-elles à atteindre leur objectif en utilisant des stratégies ou moyens de régulation pour parvenir à faire valoir leur opinion dans les différents types de prises en charge ? Ces rapports de force ou de pouvoir entre ces deux professions médicales peuvent-ils affecter leurs organisations de travail ? Le contexte d'urgence remanie-t-il cette organisation et ces rapports ? Et enfin quel est l'impact de tous ces éléments sur la sécurité des patientes, leur vécu et ressenti de leur prise en charge ?

Désormais, il est admis que le risque plane incessamment au-dessus du travail en secteur de naissance. Cette notion impose la présence des médecins dans un périmètre étroit de l'intervention en eutocie des sages-femmes. Comment se concrétise l'organisation du travail lorsque le travail est eutocique ? Du fait de la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible en cas de dystocie, les médecins sont-ils informés des patientes prises en charge par les sages-femmes lorsqu'ils prennent leur garde/astreinte ? Ont-ils un rôle et quel est leur positionnement dans la physiologie en secteur de naissances ? Comment et sur quels critères la sage-femme décide-t-elle de faire appel au médecin ?

Le statut médical octroie à ces deux groupes professionnels un droit de prescription et l'indépendance de leur métier. Pour autant, nous sommes en mesure, suite à nos recherches, de penser que la réalité du terrain est différente. En effet, l'autonomie des sages-femmes apparaît « partielle » car sous contrôle médical. Celui-ci est-il perçu par ces professionnelles ? Quelle place prend-il dans leur organisation de travail ? Si celles-ci ont toute l'autonomie professionnelle (mais aussi le devoir) d'appeler le médecin de garde lorsqu'elles le jugent nécessaire, une fois le partage du travail instauré, que devient cette liberté d'exercice ? Cette autonomie de l'appel est de leur unique ressort. Mais ensuite... Que devient cette autonomie ?

Effectivement, les professions médicales jouissent d'une autonomie d'exercice et de champs de compétences larges. Celle des sages-femmes reste la plus restreinte dans ses attributions réglementaires, néanmoins, il semblerait que leur marge de manœuvre puisse s'étendre de façon informelle selon le contexte. L'appartenance à un groupe professionnel médical, dont l'autonomie est pleine et reconnue, comme celui des médecins, favorise le positionnement dominant. Conséquemment, les dynamiques des interactions entre eux et les sages-femmes sont-elles influencées par leur volonté, consciente ou non, de conserver leur pré carré ? En outre, le statut médical suffit-il pour se positionner hiérarchiquement ? La pleine autonomie n'apporte-t-elle pas plus de contrôle que ceux qui en ont moins ? C'est-à-dire qu'en contrôlant celle des sages-femmes, les médecins s'en servent-ils pour conserver cette position supérieure ?

Le degré de responsabilités médicales et la notion de risque omniprésent en obstétrique impliquent, pour les sages-femmes, une vigilance accrue et constante. Le passage de relais au médecin reste un instant délicat qui nécessite de la sage-femme une évaluation de la situation la plus claire possible. Cette attribution des sages-femmes n'est pas toujours évidente, car les circonstances sont multiples, et requiert in fine, l'adhésion du médecin qui prescrira ou validera les suites de la prise en charge devenue pathologique. Il se met, alors, certainement en place des

moyens de régulation pour obtenir un commun accord confrontant les motifs de l'appel du ressort de la sage-femme à l'intervention de l'obstétricien. A ce stade, nous pouvons nous questionner sur l'impact de la notion de risque sur cet appel. Le fait de devoir anticiper systématiquement le basculement soudain de la physiologie vers la pathologie favorise-t-il un relais et une validation de la conduite à tenir par le médecin plus précoce qu'il ne le faudrait ? En outre, la notion de risque, telle qu'elle est entretenue dans les perceptions des intervenants en secteur de naissance, n'induit-elle pas une réduction de l'autonomie de travail des sages-femmes qui doivent faire appel le plus tôt possible au médecin ? Le risque ne provoquerait-il donc pas la division du travail en secteur de naissances ?

Suite à tous ces questionnements, nous nous proposons de découvrir *si les interactions professionnelles entre groupes professionnels au statut médical, influent sur leur autonomie d'exercice en secteur de naissance ?*

A l'heure actuelle, l'organisation du travail en secteur de naissance nécessite la présence minimale de sages-femmes en garde et des gynéco-obstétriciens d'astreinte. Leur interdépendance dans le partage du travail est indéniable du fait de leurs attributions mais aussi, implicitement, de leur démographie respective. Ce partage du travail est primordial dans la prise en charge périnatale. L'un des professionnels accompagne la parturiente dès le début de l'accouchement pour assurer une proximité et une surveillance nécessaire au bon déroulement de l'événement, tandis que l'autre doit rester prêt à intervenir rapidement en cas de problème de dystocie. Ces deux professions médicales n'ont donc pas les mêmes rôles, bien que, réglementairement, l'un pourrait réaliser tous ceux de l'autre. Pour quelles raisons les obstétriciens n'assurent-ils pas certaines tâches moins techniques ? L'accompagnement n'est-il pas réalisable par un obstétricien ? Les sages-femmes conservent-elles cette attribution ?

L'appartenance à l'un ou l'autre de ces deux groupes professionnels engendrerait donc, de fait, une position particulière dans la hiérarchie de façon informelle, puisque nous l'avons vue en première partie, ceci n'est pas décrit dans les textes de lois. Il sera donc fort intéressant d'en relever les illustrations dans nos entretiens.

Ainsi, dans la prochaine partie de ce mémoire, nous détaillerons la méthodologie utilisée pour réaliser notre enquête exploratoire auprès des sages-femmes et répondre aux questions que nous nous posons sur les dynamiques des interactions professionnelles entre ces deux groupes professionnels médicaux qui interviennent en obstétrique et plus particulièrement en secteur de naissance.

PARTIE 3. METHODOLOGIE EXPLORATOIRE

A. ENQUETE EXPLORATOIRE

Comme nous l'avons exprimé précédemment, notre enquête exploratoire consiste à interroger les sages-femmes cliniciennes hospitalières sur les modalités d'organisation du travail en secteur de naissance ainsi que sur leurs relations professionnelles avec les obstétriciens. Pour rappel, le personnel médical interrogé fait partie d'une maternité de niveau 2a.

1. Choix de l'échantillon de l'enquête

En vue de réaliser notre enquête, nous avons choisi d'interroger dix sages-femmes d'une maternité publique que nous garderons volontairement anonyme. L'importance de ce choix du secteur public vient du fait que l'autonomie des sages-femmes est reconnue comme plus vaste et plus représentative de leurs attributions que dans le milieu privé où les médecins interviennent davantage en physiologie. Afin d'en apprécier les degrés et les divergences d'un individu à l'autre, cette caractéristique, dans notre choix d'échantillon, nous paraissait évidente.

Le niveau 2a de cette structure, qui réalise un nombre moyen de naissances (800) correspond à une organisation du travail basée sur des prises en charge des grossesses physiologiques voire présentant une pathologie dont les prises en charge obstétricale néonatale respectent les critères législatifs du niveau. C'est pourquoi, nous avons jugé pertinent de ne pas enquêter d'emblée dans un niveau 3, ni dans un niveau 1, afin de mesurer les marges de manœuvres des sages-femmes dans une certaine appréhension de la pathologie sans pour autant avoir l'effectif médical le plus technique qui soit, directement sur place.

Cette enquête vise donc à découvrir comment se déroulent les interactions professionnelles et relationnelles au travail entre groupes professionnels médicaux du secteur de naissance et ses conséquences sur l'autonomie d'exercice des sages-femmes. Nous souhaitons aussi mettre en évidence les ressources déployées par elles et les obstétriciens, dans leur périmètre d'intervention, pour mener à bien leur mission commune, à savoir la prise en charge de l'accouchement « en toute sécurité ». A l'aide des retranscriptions, nous analyserons les résultats en les confrontant à notre revue de la littérature.

La sélection des sages-femmes interrogées s'est faite au hasard, c'est-à-dire que nous avons sollicité les premières sages-femmes qui apparaissaient sur le planning de travail du secteur de naissance en date du jour où nous avons entrepris de débiter nos interrogatoires.

2. Limites de ce choix d'échantillon

Une des limites concernant ce choix d'échantillon est de n'avoir pu enquêter dans plusieurs maternités de taille et de niveaux différents suite à un manque de temps et de faisabilité. Bien que la maternité sélectionnée soit restée volontairement anonyme, ce choix s'avère aussi délicat dans le sens où le recrutement de dix sages-femmes sur une équipe de vingt limite forcément l'anonymat, d'autant plus, si elles étaient amenées à en lire les récits. C'est

pour cette raison que nous avons décidé de ne pas intégrer, en annexe dans ce mémoire, toutes les retranscriptions.

B. OUTIL UTILISE POUR L'ENQUETE : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Pour réaliser notre enquête, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif à destination des sages-femmes. Ce guide, en annexe 1, s'appuie sur notre revue de la littérature.

Il se compose de dix questions ouvertes dont le but est de favoriser l'échange et une certaine liberté de parole. Cette méthode permet de ne pas trop influencer les réponses.

Chaque thème/concept est décliné en sous-thèmes, puis en questions qui reprennent les questionnements de la partie 2 de ce mémoire. Par mesure de sécurité, nous avons élaboré quelques relances possibles pour mieux rebondir lors des entrevues.

C. QUESTIONS DU GUIDE D'ENTRETIEN (Annexe 1)

1. Situer l'individu

Afin d'organiser ultérieurement nos résultats, nous avons débuté notre guide par des questions simples sur l'âge, l'ancienneté dans l'établissement et dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH), le mode d'exercice, l'année d'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme et les diplômes supplémentaires.

Dans notre échantillon, nous avons pu interroger les deux hommes sages-femmes de l'équipe. En effet, la maternité où se déroule notre enquête possède une représentation masculine de sages-femmes notable au regard des statistiques nationales, c'est-à-dire que l'équipe comporte 2 hommes pour 18 femmes (10%) alors que seulement 3% d'hommes exercent sur le territoire national.¹⁰⁶

a. Âges des individus

Pour notre étude, nous avons jugé nécessaire de renseigner l'âge de chaque individu, car cette information donne une indication sur l'expérience de chacun dans le monde du travail.

b. Année d'obtention du Diplôme d'Etat et durée d'exercice

Pour optimiser notre analyse, nous souhaitons, par la connaissance de l'année d'obtention du diplôme, faire ressortir le cursus de formation par lequel chaque sage-femme était passée. La durée d'exercice dans la profession nous permet d'apprécier l'impact de l'expérience dans les interactions professionnelles.

¹⁰⁶ Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H., Monziols, M., Laffeter, Q., Legendre, B., Dixte, C., et Barlet, M. (2021). *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?* P29.

c. **Ancienneté dans l'hôpital actuel et dans la Fonction Publique Hospitalière**

Afin de contextualiser nos récits, nous avons interrogé les sages-femmes sur leur ancienneté dans cette maternité et plus largement, dans la Fonction Publique Hospitalière. A cette occasion, il leur était possible d'aborder l'exercice en milieu privé pour celles qui n'ont pas toujours exercé en public.

d. **Mode d'exercice et diplômes supplémentaires**

Cette donnée nous semblait importante pour évaluer l'influence des études diplômantes complémentaires et de leur utilisation sur le terrain notamment dans les relations et le partage du travail entre professionnels médicaux en obstétrique.

e. **Quotité de travail, services d'exercice et travail de Jour et de Nuit**

Cette information nous permettait de nous assurer que la population interrogée connaissait le terrain sur lequel se porte notre enquête et que la quotité de travail dans ce secteur restait suffisante pour permettre de nous décrire une expérience la plus riche possible.

f. **Modalités d'enregistrement des entretiens**

Afin de favoriser notre attention dans la conduite des entretiens et de les retranscrire ultérieurement de façon la plus rigoureuse possible, nous avons choisi la méthode de l'enregistrement vocal. Toutes les sages-femmes interrogées ont accepté d'être enregistrées de façon anonyme. Les retranscriptions seront réunies dans un dossier annexe de ce mémoire.

2. **Groupes Professionnels et statut médical à compétences différentes**

Dans cette thématique, nous voulions connaître la perception des sages-femmes sur leur champ de compétences comparé à celui des obstétriciens. Pour cela, nous avons posé la question « *Quelles sont les points communs et différences entre votre champ d'exercice et celui des obstétriciens ?* ». En terme de relance, nous avons prévu d'orienter les interrogés sur leur vision du statut médical.

3. **L'Autonomie professionnelle**

a. **Perception des responsabilités professionnelles**

Dans la partie précédente de ce mémoire, nous nous demandions si la perception de l'engagement des responsabilités professionnelles par les sages-femmes pouvait être liée à la notion de risque et donc influencer leur prise de décision et par extension leur autonomie d'exercice. Nous avons donc posé la question suivante : « *Dans quels cas vos responsabilités sont-elles engagées ?* ». Cette partie du guide nous permettait aussi de les questionner sur la

possible réalisation de dépassements de tâches et s'il arrivait qu'elles le pratiquent d'elles-mêmes ou alors qu'elles les réalisent sur demande des médecins.

b. Evolution de l'autonomie professionnelle

A partir de ce concept, nous voulions évaluer le ressenti des sages-femmes sur l'évolution de leur autonomie professionnelle avec le temps, avec l'expérience mais aussi en rapport avec les obstétriciens : « *Votre autonomie d'exercice a-t-elle évoluée avec le temps ?* ». Ensuite, nous enchaînions avec une comparaison de la leur avec celle des médecins : « *Comment définissez-vous votre autonomie et celles des médecins ?* ». Les relances éventuelles permettaient d'affiner les raisons de cette évolution.

4. Le Risque en obstétrique

Suite à nos lectures, il nous paraissait pertinent d'étudier plus précisément l'impact de cette notion de risque en obstétrique et plus particulièrement lorsque la sage-femme, en toute autonomie, fait appel au médecin : « *Pour quelles raisons faites-vous appel au médecin ?* ». Par cette question, nous voulions connaître la nature des motifs du recours au médecin, s'il s'agissait de raisons évidentes ou bien s'il arrivait qu'elles aient besoin de faire vérifier leur diagnostic de la pathologie. Ainsi, la seconde question de cette partie du guide était : « *Pour vous, les motifs d'appel sont-ils toujours évidents ?* », avec comme relance, une interrogation sur la perception même des conditions de cet appel, à savoir s'il leur était possible de redouter à solliciter le médecin.

5. « Travailler ensemble »

Dans cette partie de notre guide d'entretien, nous voulions connaître la manière dont s'organise le « travail ensemble » entre les deux groupes professionnels étudiés. La première question, sur le partage du travail est la suivante : « *A quels moments intervient l'obstétricien dans l'organisation du travail en secteur de naissance ?* ». Avec celle-ci, nous voulions savoir si les obstétriciens exerçaient un contrôle sur le travail « autonome » des sages-femmes en secteur de naissance, et si celles-ci avaient besoin de cette supervision pour travailler.

Nous poursuivions ensuite par une troisième question sur la notion de risque volontairement incluse dans le concept du « travail ensemble ». En effet, nous ne voulions pas orienter, trop tôt, les interviewés sur la perception du risque. Cependant, à ce stade, la perception de cette notion prenait du sens notamment en la confrontant à la discipline d'exercice qu'elles partagent avec les médecins : « *Pouvez-vous me donner votre vision du risque en obstétrique ? Qu'est-ce qu'il induit en obstétrique ?* ».

Ensuite, nous voulions savoir comment se distribuait le travail entre sages-femmes et obstétriciens, particulièrement lors des prises en charge critiques, avec, comme finalité, découvrir comment la sage-femme se positionnait lorsque le médecin arrivait suite à son appel : « *En situation critique, suite à l'appel au médecin, comment est partagé le travail entre vous et l'obstétricien ?* ». En les invitant ensuite à nous énumérer quelques-unes de ces situations « à risque », nous voulions découvrir si les sages-femmes citaient des situations en fonction de leur

fréquence d'apparition ou selon leur degré de criticité. Pour terminer, nous les avons questionnés sur le climat de travail aussi bien en général qu'à ces occasions : « *Comment est le climat de travail ?* ».

6. Les récits de terrain

Pour terminer nos entretiens, nous avons fait le choix de laisser les individus s'exprimer librement sur les conditions de travail lors des situations de prises en charge critiques, suite à l'appel au médecin, c'est-à-dire lors du partage du travail : « *Pouvez-vous me raconter une ou plusieurs situations de prise en charge critique que vous avez vécue comme difficile ou conflictuelle avec un obstétricien, à partir du moment où vous décidez de faire appel à lui ?* ». Par cette question ouverte, nous voulions affiner nos recherches sur différents aspects du travail entre les sages-femmes et les obstétriciens, comme les conditions de division du travail, les rapports de force, de pouvoir et de domination, la délégation de tâches ou alors le dépassement, l'apparition des conflits ou les moyens mis en œuvre pour réguler les échanges dans un contexte critique avec tout ce qu'il peut occasionner en plus.

D. RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS (Dossier annexe)

Nos dix entretiens enregistrés ont été intégralement retranscrits au moyen d'un logiciel « Word Open Office » et des corrections que nous avons réalisées en réécoutant de nombreuses fois les échanges. Ces retranscriptions sont annexées dans un second dossier nommé : « *Les Retranscriptions – Dossier Annexe* ». En effet, par souci de respect de l'anonymat, nous avons souhaité les séparer du présent mémoire. Ces entretiens sont donc très riches, puisqu'ils font, pour la plupart, plus d'une demi-heure et présentent l'avantage de décrire toutes les pratiques et conditions de partage du travail entre les sages-femmes et les obstétriciens qui interviennent en secteur de naissance.

E. CODAGE DES RESULTATS (Annexe 2)

Tout en analysant le cœur de chaque entretien, nous avons parallèlement réalisé un codage des résultats dont nous nous sommes essentiellement servis pour appuyer la prédominance de certains concepts par rapport à d'autres. Cette méthode de codage qualitative, que nous présentons à l'aide de la grille vierge de codage en annexe 2, nécessite d'affecter des codes en fonction des différents concepts/thèmes et sous-thèmes, d'en dénombrer les occurrences, et d'en faire ressortir des verbatims.

Comme base de notre analyse des résultats, nous avons donc relevé, par individu, et donc par entretien, toutes ces occurrences concernant la perception de compétences en partagées par les sages-femmes avec les médecins ainsi que celles qui étaient plus de le leur spécificité en tant que sage-femme. Nous avons, ensuite, poursuivi avec la représentation de leur périmètre de responsabilités : si elles les percevaient souvent et clairement engagées, voire relativement floues ou partagées avec l'obstétricien et s'il arrivait que cela se produise dans un contexte de dépassement de tâches. La suite concernait le contexte de l'appel par la présence

de doute ou d'appréhension. Enfin, nous avons tenté d'évaluer les conditions d'appel entre sage-femme et médecin, telles qu'elles les ressentaient.

Comme nous l'avons souvent abordé dans nos précédentes parties, la notion de risque nous paraissait évidente à évaluer tout au long de leurs entretiens, ce que nous avons donc fait remonté par nos occurrences. Il en est de même concernant l'autonomie d'exercice que nous avons mise en évidence par des occurrences qui soulignaient « une autonomie claire » dans leurs pratiques. En revanche, nous avons aussi constaté, pour le manque d'autonomie, l'expression de formes de subordination et de contrôle du médecin sur leur travail.

Plus particulièrement pour ce qui est du « travail ensemble », nous avons fait ressortir les notions de « domination » des uns envers les autres, celles d'égalité dans la coopération à savoir de travail « non hiérarchisé », mais aussi tous les mécanismes de régulation pouvant être mis en œuvre comme les négociations ou évitements et enfin les oppositions et contradictions franches.

Pour finir, nous avons tenté d'évaluer les relations professionnelles en différenciant celles qui leur paraissaient de qualité et les autres, c'est à dire plus tendues voire conflictuelles.

PARTIE 4. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

Comprendre les dynamiques des relations de travail entre deux groupes professionnels médicaux, intervenant tous deux dans une même discipline et dont l'étendue de l'autonomie professionnelle est différente, nous permettra de savoir comment les moyens mis en jeu pour travailler ensemble, permettent d'assurer des soins de qualité pour les femmes enceintes, identifier aussi les obstacles à cette coopération et si la notion de risque en obstétrique joue un rôle dans la redéfinition du partage du travail en secteur de naissance.

Pour analyser nos résultats, nous avons réécouté chaque entretien en relisant sa retranscription et en commentant chaque information qui nous semblait pertinente en fonction des concepts-clés issus de la revue de la littérature de la partie 1, tout en nous basant parallèlement sur le codage précédemment décrit.

Pour faciliter cette analyse, nous avons élaboré un tableau qui nous servira pour présenter plus précisément l'échantillon de nos répondants (*tableau 5*). Les individus y sont classés par date chronologique de la réalisation de leurs enquêtes. Les prénoms ont volontairement été remplacés par des pseudonymes pour garantir l'anonymat des participants.

Tableau 5 : Caractéristiques individuelles des personnes interrogées

FPH = Fonction Publique Hospitalière - F : « Femme » / H : « Homme » - DU : « Diplôme Universitaire » - J : « Jour », N : « Nuit »

ORDRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informations/Prénom	Linda	Julie	Clotilde	Catarina	Nadia	Jules	Hassan	Sidonie	Laurine	Jeanne
Genre	F	F	F	F	F	H	H	F	F	F
Age (années)	50	33	54	38	40	31	39	37	24	51
Année d'obtention du Diplôme d'Etat	1997	2012	1992	2007	2006	2016	2007	2009	2022	1993
Durée d'exercice dans la profession (années)	26	11	31	16	17	7	16	14	< 1	30
Ancienneté dans l'Hôpital actuel (années)	26	4	29	6	16,5	7	13	14	< 1	19
Ancienneté dans la FPH (années)	26	4	29	13	17	7	16	14	< 1	21
Exercice principal, Diplômes supplémentaires	Sage-femme hospitalière, DU de Médiation corporelle DU d'Addictologie	Sage-femme hospitalière	Sage-femme hospitalière	Sage-femme hospitalière	Sage-femme hospitalière	Sage-femme Hospitalière échographiste	Sage-femme hospitalière	Sage-femme hospitalière	Sage-femme hospitalière	Sage-femme Hospitalière homéopathe
Quotité de travail (%)	100%	80%	100%	80%	80%	80 + 20%	100%	80%	100%	100%
Travail Jour/Nuit	J et N	J et N	J et N	J et N	J et N	J et N	J et N	J et N	J et N	J et N
Service (s) d'exercice	Secteur de naissance - Suites de Couches	Secteur de naissance - Suites de Couches	Secteur de naissance	Secteur de naissance	Secteur de naissance	Secteur de naissance et Consultations	Secteur de naissance	Secteur de naissance Suites de Couches	Secteur de naissance	Secteur de naissance Suites de Couches
Durée de l'enregistrement vocal (En minutes)	27	35	39	44	37	36	37	21	17	19

A. ANALYSE PAR THEMATIQUE

1. Population interrogée (Tableau 5)

a. Âge des individus interrogés (Tableau 5 et 5B)

L'âge des individus interrogés va de 24 ans, pour la plus jeune, à 54 ans, l'individu le plus âgé. La moyenne d'âge de notre échantillon est d'environ 40 ans. Afin de visualiser plus rapidement les intervalles d'âge de nos interviewés, nous avons traduit, dans le *tableau 5B*, les différentes décennies en degré de bleu, du plus clair au plus foncé :

Intervalles d'âges	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans
Nombre de sages-femmes	1	5	1	3

Tableau 5B : Intervalles d'âges

Ainsi, dans notre échantillon, une seule sage-femme fait partie des jeunes diplômés, la majorité a la trentaine, une seule a la quarantaine et enfin 3 font partie des plus âgés des répondants.

**b. Année d'obtention du Diplôme d'Etat et durée d'exercice
(Tableau 5, 5C et 5D)**

En analysant ces années d'obtention, nous avons pu calculer la moyenne de durée d'exercice par intervalles d'âges et nous l'avons retranscrit de façon suivante :

Intervalles d'âges	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans
Moyenne de temps d'exercice	<1 an	13 ans	18 ans	29 ans

Tableau 5C : Moyenne de temps d'exercice

Ainsi, entre le groupe des plus jeunes et celui des moins jeunes, il y a environ 20 et 30 années d'exercice, or la profession de sages-femmes a particulièrement évolué depuis les années 90. A cette fin, nous en profitons pour rappeler que l'obtention du baccalauréat devint une obligation en 1985 pour entrer à l'école de sages-femmes. Ainsi, dans notre échantillon, tous les interrogés doivent en être en possession. Selon le tableau suivant (*tableau 5D*) qui regroupe les grandes réformes de leurs études, nous pouvons classer les répondants selon l'évolution de la formation de sages-femmes :

Période en années	De 1985 à 2001	De 2002 à 2010 ¹⁰⁷	De 2011 à 2012 ¹⁰⁸	Après 2013
La formation	Ecole de sages-femmes	PCEM1 ¹⁰⁹ et Ecole de sages-femmes	Grade Licence/ PACES ¹¹⁰ et Ecole de sages-femmes	Grade Master PACES et Ecole de sages-femmes
Durée totale des études (en années)	4 ans	5 ans (1 année de médecine + 4 années d'études maïeutique)		
Nombre de sages-femmes de l'échantillon ayant obtenu leur diplôme dans cette période	3	4	1	2

Tableau 5D : Classement des répondants par évolution de la formation des études de sages-femmes

Ce *tableau 5D* nous permet de constater que, dans notre échantillon, seulement 2 sages-femmes ont un diplôme issu de la dernière et actuelle réforme (PACES), 3 n'ont réalisé que les 4 années d'études à l'école de sages-femmes sans année de « médecine ». Enfin, une majorité, c'est-à-dire 7 sages-femmes sur les 10 de notre échantillon, ont étudié ont suivi une formation de 5 ans avec comme première année d'étude, celle commune aux professions médicales. Nous supposons que le fait d'avoir partagé une année d'étude avec les futurs médecins peut avoir une incidence sur leurs relations futures avec eux aussi bien professionnellement que dans leurs vies personnelles.

c. Ancienneté dans l'hôpital actuel et dans la FPH

En confrontant ces deux critères du *tableau 5*, nous pouvons dire que 4 des interrogés ont quasiment toujours exercé dans cette maternité (Linda, Jules, Sidonie et Laurine). En ce qui concerne l'exercice en secteur public : ils sont la moitié à toujours avoir travaillé dans la

¹⁰⁷ Extrait-SF-rapport-cour-des-comptes-sept-2011.pdf. (2011). <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Extrait-SF-rapport-cour-des-comptes-sept-2011.pdf> p176.

¹⁰⁸ LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants (1), 2009-833 (2009).

¹⁰⁹ PCEM1 : première année du premier cycle des études de médecine

¹¹⁰ PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

fonction publique hospitalière. Enfin, Catarina et Jeanne ont aussi réalisé quelques années en milieu privé ou dans une maternité étrangère.

d. Mode d'exercice et Diplômes supplémentaires

Toutes les sages-femmes de l'échantillon ne travaillent qu'en milieu hospitalier. Aucune n'exerce parallèlement en libéral au moment où nous avons réalisé nos entretiens.

D'autre part, concernant les diplômes supplémentaires, trois individus seulement de notre échantillon, en possède. Parmi ceux-ci nous pouvons souligner que Linda possède deux diplômes dont un sur de « médiation corporelle » et un autre « d'addictologie », qui sont des formations tournées vers l'accompagnement. Jeanne, quant à elle, est homéopathe, c'est-à-dire plus dans le traitement des affections. Enfin, Jules est échographiste, diplôme destiné aux professions médicales. Deux des trois sages-femmes possèdent donc un diplôme reconnu « complémentaire » par le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, conformément aux articles R.4127-339 et R.4127-340 du code de la santé publique¹¹¹. Ces diplômes, en milieu hospitalier peuvent être un atout pour l'exercice pratique en obstétrique, cependant, il semblerait que celui d'échographie soit plus souvent mobilisé par les établissements que celui d'homéopathie par exemple. Pour notre étude, nous pouvons dire que la pratique de l'échographie paraît plus utile pour cet établissement puisque Jules exerce ses compétences en consultations mais ce n'est que très peu le cas de Jeanne pour l'homéopathie.

e. Quotité de travail, Services d'exercice et Travail de Jour et de Nuit

Sur la totalité de notre échantillon, 2 sages-femmes exercent à temps partiel (80%) en secteur de naissance exclusivement tandis que 2 autres alternent ce secteur avec des suites de couches. Une cinquième (Jules) effectue 20% de son temps de travail en consultations d'échographie obstétricale et le reste en secteur de naissance.

Enfin la moitié restante de l'équipe est à temps plein. 3 sur les 5 ne travaillent qu'en secteur de naissances et les 2 restantes alternent secteur de naissance et suites de couches. Globalement, nous sommes assurés que la totalité des interrogés possède une expérience correcte en secteur de naissance, ce qui confirme notre volonté de sélectionner notre échantillon selon le planning de travail des sages-femmes de secteur de naissances.

f. Durée des enregistrements vocaux

Concernant les échanges, la durée moyenne est d'environ 30 minutes. Le plus long est celui de Catarina et dure 44 minutes. Le plus court est celui de Laurine d'une durée de 17 minutes. Concrètement, il n'y a que trois entretiens qui durent moins d'une demie heure, ce qui est relativement correct pour une analyse de qualité.

¹¹¹ CNOSF. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels (2023) <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2023/02/Mise-a-jour-fevrier-2023.pdf>

2. Perceptions du statut médical et des champs de compétences de chaque groupe professionnel médical

Les sages-femmes et les obstétriciens sont des professions médicales dont l'étendue des compétences sont différentes bien que complémentaires. Lors de nos entretiens, nous avons interrogé les sages-femmes sur leurs perceptions à ces sujets. Il en ressort que bien que la distinction de leurs attributions soit formalisée par la physiologie et la pathologie, fixant ainsi les limites du champ de compétences des sages-femmes, il apparaît que dans la pratique, celle-ci ne soit pas aussi strictement et facilement appliquée. En effet, du fait de devoir sans cesse anticiper les risques obstétricaux, il arrive que les pratiques de travail dépassent du cadre réglementaire. Clotilde nous relate le moment critique où l'obstétricien, au téléphone, ne réalisait pas, selon elle, la gravité de la situation et celle-ci a pris l'initiative de préparer la patiente pour une prise en charge chirurgicale en prévenant même le bloc opératoire alors que l'obstétricien ne l'avait pas validé : *« Une fois où... Le médecin n'avait pas pris l'ampleur de la situation. Qu'on avait appelé et qui déjà avait du mal à venir... Et oui, on avait effectivement déjà tout préparé, anticipé, appelé le bloc à sa place et parce que ça nous paraissait évident qu'il fallait passer au bloc. Et que pour lui, ça avait pas l'air ! Donc dans ces cas-là, ben soit on appelle un autre médecin, soit ben on va à la confrontation... »*. Cette prise d'initiative hors compétences, peut en effet être source de conflit entre groupes professionnels, mais aussi d'engagement de leurs responsabilités. Cependant, il semblerait que l'intérêt du couple mère/enfant prenne une place très importante dans les initiatives des sages-femmes. Sidonie nous l'explique par le fait que : *« c'est un gain de chance pour les patientes »*.

Dans le même registre, lors de situations de prise en charge critique, il arrive que les médicaments à prescription réservée aux obstétriciens soient déjà prêts à être injectés, la sage-femme ayant déjà fait un diagnostic de pathologie, n'attendant que l'autorisation médicale de l'administrer à la patiente. Clotilde nous expose leur fonctionnement : *« En situation critique, généralement, on connaît les prescriptions d'avance on a même prévu les seringues... Avant même que le médecin nous demande si c'est une hémorragie de la défense, on a effectivement notre seringue d'Exacyl®, de Nalador® prêtes.... Donc on anticipe aussi les prescriptions »*.

Selon notre analyse, le statut médical, le niveau de connaissances en obstétrique et les compétences en dépistage de la pathologie des sages-femmes, favorisent leur gestion du risque en anticipant les décisions des obstétriciens. Néanmoins, une divergence dans la perception de la pathologie pourrait être source de conflit puisque la sage-femme dépasse parfois ses compétences sous couvert de l'intérêt du patient. Hormis la situation exceptionnelle où l'obstétricien ne prenait pas, selon elle, la mesure du danger, celle-ci a engagé sa responsabilité, et était prête à entrer en conflit. Par contre, dans l'autre situation où les médicaments sont prêts à être injectés, la sage-femme attend tout de même l'accord médical. Nous pouvons conclure que lorsque la situation est gravissime selon la sage-femme et que le médecin n'adhère pas à sa perception de la pathologie, la praticienne pourra dépasser certaines de ses compétences jusqu'à un certain stade : la chirurgie elle-même, acte qu'elle ne sait pas réaliser. En revanche, lorsqu'il s'agit d'une situation critique avérée avec consensus sage-femme/médecin, l'accord est attendu, elle n'injectera pas mais aura anticipé toute la préparation en amont.

Concernant le caractère médical de la profession de sage-femme, celui-ci est énoncé quelque fois : Clotilde exprime une ambivalence quant à son métier : « *Le Statut ? Ben nous, on a surtout le... Le cul entre 2 chaises depuis des années, donc c'est très difficile de remettre sur le tapis qu'on est profession médicale à part entière* ». Jules, quant à lui, exprime : « *on est une profession médicale tous les deux. On a un champ de prescription. On peut prescrire tous les deux, alors certes, celui des sages-femmes plus réduit que celui des médecins, mais... Généralement, on peut presque prescrire les mêmes choses. Je pense que c'est déjà pas mal* ». Ce sentiment d'ambivalence est communément et régulièrement rapporté dans la profession, au niveau des pratiques de terrain comme celui des organisations représentantes de la profession. Selon notre analyse, il semblerait que l'accompagnement de la parturiente, attribution largement revendiquée par ce groupe professionnel, représente le versant plus « paramédical » du métier de sage-femme, quant aux actes plus techniques : le versant médical. Schweyer F.X. le décrit dans son livre « La profession de SF : autonomie au travail et corporatisme protectionniste » : « L'expertise professionnelle se réduit à une conception de la « mission », à une approche relationnelle et globale de la pratique professionnelle qui ne semble pas si éloignée des discours sur le rôle propre infirmier »¹¹². Le fait que la profession affirme ses compétences dans ces deux aspects contribuerait à renforcer cette perception ambivalente.

Cette impression de ne pas être perçue comme une profession médicale à part entière semble redondante dans les récits. Or, dans notre revue de la littérature, nous avons découvert que selon Freidson E. dans son livre « La profession médicale », le médecin est considéré comme la profession dominante du fait de son « autonomie technique »¹¹³, c'est-à-dire un champ de compétences techniques qui, en plus est plus vaste que celui des sages-femmes. A cela, ajoutons que selon Demazière D. et Gadéa C. un « groupe professionnel »¹¹⁴ présente des caractéristiques bien précises comme un nom unique qui les rends différents des autres. Or, le statut « médical » est socialement associé aux médecins, et du fait qu'ils représentent le groupe professionnel dominant dans notre système de santé, ceci leur confère une reconnaissance de fait, partagée et symbolisée par leur nom comme c'est le cas des chirurgiens-dentistes dont la résultante en est la même visibilité sociale, alors que la profession de sage-femme serait donc volontiers associée au monde paramédical.

La perception du statut médical des sages-femmes par les dirigeants de leur établissement semble aussi éloignée de la réglementation. En effet, Jules reproche : « *Et aussi, au niveau de la... Direction aussi des fois, ça serait, ça serait pas mal qu'il nous reconnaisse en tant que profession médicale.* ». Ce statut médical semble aussi favoriser la délégation de tâches par les médecins, notamment quand Jules nous raconte que : « *Euh, les prescriptions par téléphone, ça oui, ça arrive de façon assez fréquente. Après, dans certains cas, on sait, on sait un peu enfin quand c'est une pathologie qui est bien définie, quand on fait au téléphone, on sait ce qu'on doit faire donc voilà. Et puis vu qu'on a quand même, vu qu'on est quand même une profession médicale, je veux dire, c'est toujours un peu... Enfin, c'est toujours un peu délicat...* ».

¹¹² Schweyer F-X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. In: Sciences sociales et santé. Volume 14, n°3, 1996. Définitions et enjeux professionnels autour du soin. pp. 67-102 p98.

¹¹³ Dodier, N., et Darbon, S. (s. d.). Eliot Freidson, La profession médicale. p130.

¹¹⁴ Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). Introduction. Dans : Didier Demazière éd., Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis (pp. 13-24). Paris: La Découverte. p 20.

Le fait d'être une profession médicale confère aux sages-femmes la possibilité de réaliser des gestes médicaux communs aux obstétriciens, en dehors de l'accouchement physiologique : « *Puisque finalement, on a, en cas d'urgence en cas de nécessité, on est amené à faire les mêmes gestes que les médecins* » (Nadia). A cette occasion, la division du travail semble souvent se faire selon un ordre social relativement défini, dans lequel l'obstétricien le réalisera en priorité ou le renouvèlera pour vérifier la bonne exécution de la sage-femme. Linda le décrit, notamment pour la révision utérine : « *Ouais, de la réaliser... terminer, ... finaliser. Il le fait. Quand même souvent.* ».

En conclusion de cette thématique sur les pratiques de travail entre groupes professionnels médicaux dont les champs de compétences sont différents, nous en déduisons que si les pratiques sont limitées réglementairement, les connaissances théoriques sont relativement similaires en obstétrique, ce qui amène les sages-femmes à anticiper, en cas de situation critique, les actes qui ne sont pas de leur ressort jusqu'à ce que l'obstétricien les valide plutôt qu'il en soit à systématiquement à l'initiative. Cependant, ce type de situation semble dépendante de la présence sur place du médecin, voire des relations entretenues avec lui, des habitudes de travail de l'équipe et bien évidemment du contexte et de sa temporalité. Les récits décrivent des moments où ces deux groupes professionnels peuvent discuter des conduites à tenir et d'autres où il faut agir rapidement pour sauver la mère et/ou son enfant. Se mettent alors en place des délégations de tâches ou parfois même des dépassements au nom de l'intérêt de la patiente, qui, si les relations entre professionnels sont bonnes, pourront se dérouler sans trop de conflit, ou le cas échéant, occasionner des tensions, des conflits et des mises en responsabilités.

3. Responsabilités médicales professionnelles et Risque en obstétrique

La notion de responsabilités revient fréquemment dans nos entretiens. Celle-ci est prégnante dans les discours du fait du statut médical et de l'indépendance des professions que nous étudions. Lorsque nous questionnons les sages-femmes sur cette notion, nombreuses sont celles qui évoquent l'engagement de leurs responsabilités dès la prise en charge des patientes jusqu'à leur sortie de maternité. Julie précise : « *A partir du moment, où on prend en charge une patiente... Qu'on est impliquée dans sa prise en charge, notre responsabilité, elle est engagée. Pour moi, dans tous les cas, n'est jamais totalement dégagee entre guillemets, même si on appelle le médecin, elle est pas dégagee complètement puisque on continue à prendre en charge la patiente, même si c'est lui qui va nous dicter la conduite à tenir, c'est nous qui exécutons les gestes* ». Cette notion de responsabilités serait concomitante au développement de compétences de la profession et avec l'élargissement de leur autonomie d'exercice, Julie poursuit : « *On a depuis de plus en plus de compétences, et donc de plus en plus de responsabilités... Donc ça va avec l'autonomie aussi.* ».

Du fait de cet engagement, il semble nécessaire de travailler en cohérence avec l'obstétricien, ainsi, la sage-femme cherchera toujours un accord pour que la prise en charge conjointe soit réalisée dans l'intérêt de leur patiente : « *Après si on est vraiment en désaccord, on peut, on a un droit de retrait et on peut ne pas faire... Et appeler quelqu'un d'autre appeler un autre médecin pour demander un autre avis, mais on a quand même notre responsabilité qui est toujours engagée* » (Julie).

Le moment de l'appel est crucial dans la pratique des sages-femmes. Si la pathologie est parfois évidente, la zone entre les deux, ne l'est pas forcément, et il est alors souvent nécessaire, pour la sage-femme, de faire confirmer, ou non, son impression par le médecin. Ainsi, fréquemment dans les entretiens, ces professionnelles évoquent le doute avec le recours à l'obstétricien de garde. Pour Jeanne, il s'agit de se rassurer dans son diagnostic : « *Être rassurée, par exemple sur un rythme quand on a un doute, d'accord, on a une réassurance* », quant à Nadia, celle-ci estime que lorsqu'il y a un doute, c'est que la situation est ambivalente, il faut alors trancher : « *Si on se pose la question, ça veut dire que le doute existe et si le doute existe, il faut... Il faut demander, il faut faire l'appel à un ami, quoi. Après, ça peut être juste un coup de téléphone. Et ça peut... Si j'ai besoin qu'il vienne par contre, j'insiste pour qu'il vienne.* », enfin, Sidonie, tout en conservant une part d'autonomie dans sa prise en charge, appellera le médecin après évaluation de la situation et persistance du doute : « *Alors quand j'ai un doute... Oui, je fais appel. Ben on se laisse un, on se laisse un peu de temps, on essaye de corriger les choses avec les modifications de position de la mère, tout ce qu'on peut avoir... Comme idée qui pourrait changer la donne. Et ensuite, si je vois que ça ne change pas et que je alors... C'est un peu, c'est un peu du feeling, hein ? Si je sens que... C'est si je ne suis pas sereine, c'est qu'il y a quelque chose qui cloche donc au bout d'un moment si j'arrive pas à corriger ce quelque chose qui cloche. Je vais faire appel au médecin. Après combien de temps ? Ça dépend de la dilatation, ça dépend de la, de la parité, ça dépend le temps que je me donne dépend aussi de tout ça...* ». Schweyer F.X. décrit ce recours plus fréquent au médecin dans son ouvrage, du fait du développement de leur responsabilité médico-légale : « La profession de SF : autonomie au travail et corporatisme protectionniste » : « L'évolution générale du contexte de travail des sages-femmes assimile objectivement leur profession à une profession paramédicale : à l'hôpital où les normes de sécurité, la technicisation des actes et le développement de la responsabilité médico-légale conduisent les sages-femmes à avoir de plus en plus recours aux médecins »¹¹⁵. Nous pouvons y voir une approche de la notion de risque.

Aussi, la notion de responsabilités peut être abordée à travers une application prudente des pratiques, en « anticipant » au maximum et incessamment les potentiels événements critiques, mais aussi pour se protéger en tant que professionnel. Ce besoin, notamment en cas de doute, de faire valider les analyses ou les décisions prises par la sage-femme par l'obstétricien, permettrait de partager les responsabilités lorsque la situation est ambivalente, et ne pas subir ensuite des reproches comme le retard d'appel, mesure inscrite dans la loi. Clotilde nous partage son opinion : « *Parce qu'on sait bien nous mettre dans la mouise et nous reprocher de ne pas avoir appelé en temps et en heure, de ne pas avoir correctement tracé justement dans les dossiers toutes ces choses qui pourraient nous mettre en porte-à-faux. Il y a eu des antécédents dans l'histoire obstétricale, donc on connaît... Comment on peut se mettre en difficulté* », quant à Nadia, elle, se dit vigilante à ce sujet : « *Alors je suis quelqu'un qui est assez vigilante vis-à-vis de mes responsabilités parce que j'ai, je sais que je peux être engagée...* ».

¹¹⁵ Schweyer, F.-X. (1996). La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé, 14(3), 67-102. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1369> p98.

4. L'autonomie professionnelle

Lors de nos entretiens, nous avons questionné les sages-femmes sur leur perception de leur autonomie professionnelle dans le cadre de la surveillance du travail physiologique puis lors du partage du travail avec l'obstétricien. Le degré de cette autonomie peut varier puisqu'il existe toujours un contrôle de l'obstétricien sur le travail du secteur de naissance. La raison invoquée pour justifier cette supervision est la nécessité d'anticiper toutes les éventualités et d'accélérer la prise en charge de la pathologie, autrement dit, permettre d'évaluer concrètement les possibles recours pour lesquels le médecin pourrait être mobilisé. Ainsi, Jules parle de contrôle minimisé par la notion de confiance : « *Mais y a un contrôle... Très important ? Je pense pas non. Généralement ils font confiance.* », quant à Laurine, elle le voit plus comme une supervision : « *c'est peut-être un peu fort « contrôler », mais... Ce que je pourrais dire comme verbe qui supervise ?* ».

En revanche, les obstétriciens qui ne semblent pas réaliser de contrôle, sur le secteur de naissance, sont perçus comme indifférents au contraire de ceux qui ne connaissent pas suffisamment la sage-femme de garde et qui auraient tendance à tout contrôler. Malgré tout, cette supervision paraît normale selon Clotilde qui nous décrit : « *Certains, oui, d'autres pas du tout, d'autres n'en n'ont strictement rien à faire, ne regardent même pas ce qu'il y a en salle [secteur de naissance], et d'autres sont plutôt sur notre dos quand ils ne nous connaissent pas, quand ils veulent se faire une opinion sur notre qualité de travail, je pense, pour se rassurer déjà, ce qui est quand même normal.* ». Le contrôle du travail de la sage-femme par l'obstétricien représente donc une pratique courante et perçue comme normale par les sages-femmes dans la mesure où elle n'est pas envahissante.

Le moment de l'appel est donc une initiative propre de la sage-femme mais il induit un partage du travail réduisant par conséquent sa liberté d'exercice, puisque c'est au médecin de prendre le relais. Linda nous évoque très bien cela : « *À ce moment-là, l'autonomie est moindre. Oui, moi, je le sens comme ça. Ouais. Puisqu'on l'appelle parce que la situation ne devient plus de notre sort. On estime que c'est ces décisions à lui qui vont primer de toute façon.* ». Celle-ci confirme qu'avec le passage de relais, son autonomie diminue et les décisions médicales priment sur les siennes. Pour autant, et nous le verrons plus loin, les sages-femmes ne semblent pas être en reste.

Néanmoins, le reste du temps, c'est-à-dire dans la majeure partie des accouchements, la sage-femme est parfaitement autonome dans ses conduites à tenir et prescriptions : « *Je pense sur certaines gardes, beaucoup de gardes, d'ailleurs, les médecins découvrent qu'on a accouché 4 patientes au staff du matin. Parce que si elles vont bien et que y a pas de raison de les appeler, ils sont pas au courant. Que sauf s'ils passent à ce moment-là mais sinon on les appelle pas pour le dire.* » (Catarina). Cette autonomie est essentielle pour la profession, les professionnels la revendiquent. Catarina semble satisfaite : « *Je trouve que notre autonomie, en tout cas ici, hein, notre autonomie dans la physio est bien égale à la leur dans la... Enfin, j'ai pas l'impression d'être bridée, brimée... Je me plains pas de mon autonomie... Euh pas du tout ! Enfin, j'ai l'impression qu'eux sont autonomes, alors peut-être plus parce que forcément. Eux, ils font la physio et la patho, donc ils sont voilà, ils sont autonomes partout, dans toutes les situations, mais je trouve que dans la physio, elle bien égale à la leur quoi.* ». Hassan affirme clairement son indépendance dans la physiologie, et va jusqu'à dire qu'il ne suivra pas le

médecin dans une prise en charge si elle est contraire à sa représentation de l'intérêt de la patiente : « *si mon autonomie reste en gros la même après sur... Sur un travail physiologique par exemple, là où la sage-femme doit travailler... Oui, oui j'ai aucun, j'ai aucun problème là-dessus, l'autonomie reste complète... Y'a pas de médecin qui interfère ou si il interfère... Et que ce n'est pas dans l'intérêt de la patiente, je n'écoute pas* » Enfin, Sidonie, quant à elle, se positionne en tant « qu'assistante du médecin » lorsqu'il s'agit de gérer de la pathologie : « *Bon, je vais avoir tendance à dire oui je pense... Une autonomie diminuée... Parce que je vais être à l'écoute de ce qu'il me demande, donc là, je vais plutôt être... Ouais la « co » ... Enfin, l'assistante, c'est ça ?* ». Dès lors, comme nous le décrivent Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A., les auteurs de l'ouvrage : « *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques* », « la possibilité d'exister comme groupe professionnel dépend de la reconnaissance d'une certaine « autonomie » (Becker 2009), soit de la part des tutelles institutionnelles (les cadres administratifs de santé), soit par d'autres groupes professionnels hiérarchiquement dominants (les médecins) »¹¹⁶. Nos précédemment récits témoignent donc de cette autonomie partielle qui atteste de leur existence en tant que groupe professionnel à part entière mais le statut médical ne leur attribue par pour autant le même niveau d'autonomie que celui des médecins. Enfin, il arrive parfois qu'un médecin demande à faire le point sur une situation de travail afin de confronter son impression clinique avec celle de la sage-femme. Catarina nous explique que si l'obstétricien fait cette demande de manière transparente et sans l'imposer, elle la considère comme compréhensible voire même relevant de la négociation : « *Ouais, si on me demande mon avis, on me dit « Bah écoute, ça te dérange pas que j'aille examiner, je trouve que ça stagne un peu ? », « Qu'est-ce que t'en penses ? », au contraire ! Enfin, voilà tous les avis sont bons à prendre et il y a des choses auxquelles j'aurais pas pensé, peut-être des choses que j'aurais pas senties, Enfin voilà, c'est de l'échange. Voilà, c'est du travail en binôme quoi. Mais alors qu'on examine dans mon dos ou... Non.* »

Enfin, en cas de doute sur leur analyse de la pathologie, ou simplement sous couvert de l'omniprésence du risque obstétrical, la sage-femme anticipe, en effet, plus les appels au médecin comme le décrit Nadia entre autres : « *Le risque ? Il est omniprésent, il est tout le temps-là, il est tout le temps-là donc il faut, il faut pas, faut pas inquiéter les patients parce que, pour moi, je pense c'est 90% des accouchements se passent normalement.* ». Nous avons constaté que la notion de doute revient souvent dans nos entretiens comme raison de l'appel au médecin, comme nous l'explique Hassan : « *Mais là malgré tout, en cas de doute, on peut faire appel à l'obstétricien pour avoir un second avis.* », ce qui a pour finalité de lui laisser reprendre le contrôle, tout du moins en partie, sur le travail de la sage-femme. Les sages-femmes justifient cette attitude par la crainte du médico-légal et donc de l'engagement de leurs responsabilités dans un contexte qui tourne au pathologique : Catarina l'exprime clairement : « *Maintenant, je le prends beaucoup aussi d'un point de vue médico-légal, j'appelle le médecin de garde : c'est lui le responsable, il prend une décision, moi, voilà, j'ai demandé, j'ai passé la main entre guillemets, je veux une conduite à tenir et maintenant c'est vous le responsable de ce dossier. S'ils sont au courant de rien, ils peuvent pas être mis responsables de quoi que ce soit* ». L'appel

¹¹⁶ Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. (2022) *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*. p492. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf> p191.

au médecin permet donc à priori un transfert ou, à minima, un partage des responsabilités entre sages-femmes et médecin.

Le risque peut engendrer du stress et peut-être, aussi, un manque d'objectivité, Hassan décrit dans son récit : *« Y a déjà des sages-femmes qui peuvent être angoissées ou stressées, rien que déjà, en venant au travail, qui vont avoir une vue assez pessimiste des choses et donc avoir recours à appeler l'obstétricien de garde de manière intempestive alors qu'il n'en a pas forcément besoin, qui peuvent orienter l'autre collègue sur des d'éventuels problèmes qui ne le sont pas »*. Aussi bien cela induit le partage du travail avec l'obstétricien, autant, cela peut perturber aussi la perception du médecin dans sa prise de décision : *« ...si jamais, nous, la sage-femme,, on va dire « appelle trop souvent » pour avoir des avis alors que... que tout va bien, c'est discriminant pour la sage-femme et la sage-femme risque d'être plus stressée pour la suite pour appeler vraiment le médecin en cas de... Besoin et le ou le médecin le risque de ne pas écouter la sage-femme si elle a un petit peu « trop crié au loup » alors... Donc ça c'est une, c'est une problématique... »*.

Suite à notre enquête, il est clair que les sages-femmes de cette équipe sont satisfaites du degré d'autonomie dont elle bénéficie dans la physiologie. La « supervision » du secteur par l'obstétricien de garde fait partie de l'organisation des maternités françaises du fait de la reconnaissance du caractère ubiquitaire du risque dans cette discipline. Néanmoins, le partage du travail dans les situations ambivalentes qui ne sont ni franchement pathologiques ni tout à fait physiologiques est parfois nécessaire aux sages-femmes ce qui implique l'intervention médicale qui prendra la décision. Charvolin V. dans son « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes », le décrit : *« L'objet du travail médical s'entend aussi comme « un processus à maîtriser » pour en permettre l'intervention médicale. Au cours de l'accouchement, le passage à l'acte pour le médecin est associé à la notion de risque. Ainsi les champs d'intervention de la sage-femme et de l'obstétricien sont-ils définis tout en entretenant cette notion de danger »*¹¹⁷. Pour ces raisons, nous concluons que l'appel au médecin en cas de pathologie reste une obligation légale respectée par les sages-femmes mais qui est peut être largement anticipée sous couvert de la notion de risque médico-légal et d'engagement de leurs responsabilités. Il semblerait donc que les médecins aient bien une marge de contrôle en entretenant la notion de risque en obstétrique, sur l'autonomie des sages-femmes.

Sur les dix entretiens réalisés, nous constatons que l'autonomie d'exercice des sages-femmes et des médecins peut aussi varier selon d'autres facteurs tels que le cadre professionnel, le degré de criticité de la situation, ou encore les actes qui sont pratiqués du fait de leur interdépendance au travail. Schweyer, F.-X. dans « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste » relate les propos de Carricaburu D. sur une autre définition de l'autonomie, qui serait donc « négociée » du fait de la complémentarité des rôles entre sages-femmes et obstétriciens :

Mais l'autonomie, selon cet auteur, peut aussi être entendue dans l'acceptation de l'interdépendance : l'autonomie serait alors négociée. Autrement dit, ce sont alors

¹¹⁷ Charvolin V. (2016) Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Revue TRANSVERSALES du Centre Georges Chevrier. <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/Transversales.html>.

les conditions organisationnelles de l'exercice professionnel qui déterminent l'autonomie concernant le contenu technique du travail, le statut professionnel n'ayant qu'une valeur formelle.¹¹⁸

5. « Travailler ensemble »

Les dynamiques des interactions entre sages-femmes et obstétriciens sont multiples, notamment en secteur de naissance, lorsque les journées de travail sont rythmées par l'alternance physiologie/pathologie, engendrant un niveau de stress élevé et des impératifs de rapidité dans la réalisation des actes médicaux. Bien que la négociation, sous toutes ses formes, soit un moteur essentiel des échanges pour conserver un certain ordre social, celle-ci ne suffit pas toujours à éviter les tensions issues des rapports de force qui peuvent surgir entre les obstétriciens et les sages-femmes lors de décisions médicales perçues comme inadaptées. A ce propos, Clotilde, la plus ancienne de l'équipe, exprime être « allée au conflit » pour s'opposer à une prescription médicale d'un obstétricien : « *Donc premièrement on fait une délivrance artificielle et puis après on injecte seulement le Syntocinon®, et lui, il voulait faire le contraire donc j'ai dit non et c'est là que tout a basculé au niveau de l'ambiance. Hein ? Parce que il a voulu s'imposer et j'ai refusé.* ». D'après elle, ce médecin ne respectait pas, à cet instant, les bonnes pratiques : « *...et pour appeler l'obstétricien en question [...] qui nous a donné des, des conduites à tenir incohérentes ! Donc ce n'était pas possible d'appliquer ! Donc euh, c'est là que je suis allée au conflit, directement en refusant les ordres d'injection de Syntocinon® par rapport à une délivrance qui n'était pas encore faite et avec une hémorragie.* », au point de finir par s'énervier franchement : « *Je me suis fâchée comme jamais je me suis fâchée dans ma carrière, quoi, c'était quand même extraordinaire, hurler sur un médecin.* », « *je pense qu'elle (la patiente) l'a quand même entendu vu que j'ai quand même beaucoup, beaucoup crié...* ». Cette sage-femme conclut : « *Sa décision, son bon vouloir de se préparer lentement, c'était lui « le chef », donc c'était à son rythme, pas au rythme des sages-femmes.* ». Ici, le conflit éclate suite à l'opposition des sages-femmes du fait d'un positionnement et d'une prescription médicale vécus comme inadaptés au regard du contexte d'urgence vitale. Le contexte joue donc un rôle essentiel dans les relations de travail et les actes réalisés par ces deux groupes professionnels : si l'enjeu est vital, les sages-femmes affirmeront plus leur opposition, dans l'intérêt de la patiente mais aussi dans le but de se protéger du médico-légal, pour autant, elles peuvent agir en dépassant leurs compétences pour mobiliser la décision médicale finale.

La patiente joue également un rôle dans les relations entre sages-femmes et obstétriciens. Il convient donc de souligner que celle-ci peut être directement ou indirectement affectée par ces échanges, aussi bien en terme de qualité des soins qui lui sont prodigués qu'en tant que témoin des conflits des professionnels. Picard, D. et Marc, E., dans leur article, « Les conflits relationnels » paru dans « Presses Universitaires de France » décrivent que « La notion de conflit désigne donc une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme. Celui-

¹¹⁸ Schweyer, F.-X. (1996). La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé, 14(3), 67-102. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1369> p76

ci peut être dû à la présence simultanée de forces opposées, à un désaccord (sur des valeurs, des opinions, des positions...), à une rivalité lorsque des acteurs sont en compétition pour atteindre le même but ou posséder le même objet (personne, bien, statut, territoire...) ou à une inimitié affective (animosité, hostilité, haine...) ».¹¹⁹ Clotilde et Nadia nous l'illustrent dans leurs témoignages : « *Et la patiente qui parlait pas bien français était prise entre les hurlements du médecin et moi qui voulais plutôt parler à l'extérieur et je refusais de toutes manières tous ces ordres, donc la pauvre dame, elle était quand même très très angoissée ! Tout en saignant en plus, et ça n'avancait pas la prise en charge donc... Bon, il a quand même fini par faire ce que je voulais.* », « *Et de l'accouchement, d'une parole, d'un acte, elle peut le retenir toute sa vie, en fait et son vécu en fait, c'est, c'est hyper important à ce moment-là en fait...* ».

La position d'accompagnante qu'occupent les sages-femmes est particulière et peut présenter des avantages dans les prises de décisions médicales du fait de faire valoir la parole des patientes ou bien en favorisant un accouchement plus harmonieux par l'empathie envers la future mère. C'est ce que Nadia exprime : « *Donc il faut être hyper à l'écoute de ce qui est souhaité... En fait. Si on écoute pas, on, on peut, ça peut être grave pour, pour la relation mère-enfant, parents-enfants parce qu'il y a un papa aussi. Enfin, être bienveillant, être à l'écoute de ce moment difficile, pour les parents, c'est pour moi, c'est crucial quoi. Et ça, on peut l'avoir que dans la... Dans la pathologie, on est plus limité. Mais dans la physiologie, on a une richesse de ce qu'on a offrir et ça, c'est tout le rôle de la sage-femme, en fait.* ». Effectivement, la place des patientes dans les prises de décisions médicales en gynéco-obstétrique est de plus en plus prégnante, aussi bien en tant qu'usager telle que les lois en vigueur disposent d'en tenir compte, mais aussi dans les écrits de Dagnaud, M., et Mehl, D. dans leur livre « Les gynécologues 1 : Une profession sous influence. Sociologie du travail ». Ces auteurs relatent que « la patiente n'est donc jamais totalement profane en la matière, et le pouvoir médical s'en trouve largement désacralisé. »¹²⁰. D'autre part, dans leur rapport « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension. », Douguet F. et Vilbrod expliquent aussi que :

les sages-femmes disposent aussi d'un atout maître, à savoir le fait de se positionner comme des intermédiaires, comme des passeurs sensibles aux aspirations, aux craintes qui peuvent obnubiler bien des patientes et qu'elles n'osent pas ou tout simplement ne peuvent pas exprimer face à des gynécologues pressés parfois d'en finir.¹²¹

Cependant, cette position d'accompagnante peut parfois compromettre, l'objectivité des sages-femmes dans leurs prises de décision ou perception de la pathologie positionnant ainsi le médecin comme « regard neuf ». Cette même sage-femme nous le décrit : « *Et je suis contente de pas devoir les prendre [les décisions « difficiles »] parce qu'en fait, vu qu'on a un lien avec la dame, l'empathie fait que des fois, on le voit bien, quand on est obligé de s'occuper de nos*

¹¹⁹ Picard, D. et Marc, E. (2008). Les conflits relationnels. Presses Universitaires de France. <https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/puf.picar.2008.01> p7.

¹²⁰ Dagnaud, M., et Mehl, D. (1988). Les gynécologues 1 : Une profession sous influence. Sociologie du travail, 30(2), 271-285. <https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2402> p282-283.

¹²¹ Douguet F. et Vilbrod A. Rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf. 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf p130.

collègues en fait, que des fois, en fait l'empathie qu'on a pour nos patientes, qui se crée au fur et à mesure du travail. Eh Ben il faut, c'est bien, apporter un regard neuf, si on n'est plus dans la, dans la physiologie du travail... Et si les choses, parce que nous, au bout d'un moment, on a envie que ça se passe bien pour la dame évidemment, et en fait, de faire appel en disant : « Ben j'ai besoin de... J'arrive à la limite... » Soit j'arrive à la limite de mes compétences, auquel cas voilà, soit à force d'être avec la dame sur les travaux longs, des fois on ne sait plus... On ne sait plus finalement ouais, voilà, avoir du recul, voilà. ».

Ensuite, lors de nos entretiens, nous avons eu le sentiment que le moment de l'appel est propice à des rapports de force, mettant en lumière les moyens de négociation dont disposent les sages-femmes pour que le médecin de garde intervienne. Ces interactions peuvent aboutir à des conflits en fonction du contexte de l'urgence mais certainement aussi selon la personnalité des acteurs. Catarina nous décrit une situation qu'elle a vécu comme difficile : *« Plusieurs fois, donc, j'ai appelé une fois, 2 fois pour qu'il vienne, il venait pas. Il a rappelé pour savoir, il est tombé sur une de mes collègues, donc j'entends qu'il est avec une de mes collègues au téléphone, donc je prends le téléphone des mains de ma collègue en disant : « Mais je veux que vous veniez, vous venez ! » et je raccroche et ça, il l'a pas du tout, du tout, du tout apprécié, c'est à dire qu'il est arrivé en m'agressant verbalement tout de suite en disant : « Que j'avais pas à lui parler comme ça, que c'était lui le médecin, que moi j'étais la Sage-femme », « Qu'on n'avait pas élevé les cochons ensemble... », mais de manière très agressive, très. Enfin, il parlait très fort, donc bah forcément moi, le stress aidant hein, moi j'avais cette patiente sur laquelle je pouvais rien faire, qu'il fallait absolument césarianiser. Je pouvais rien lui faire. Je l'attendais donc, enfin, le stress au maximum, parce que je sais que ce bébé, il va y rester. S'il se passe rien, que le gynéco il est pas là, moi je suis sage-femme, je vais pas césarianiser la patiente en salle d'entrée. J'avais fait tout ce que j'avais à faire. J'attendais que sa décision donc, moi aussi je suis partie très vite sans insulte, sans rien, mais c'était très agressif ».* L'impuissance et la détermination de cette sage-femme sur le terrain, engendrent du stress et des tensions vis-à-vis de l'obstétricien au bout du fil, qui ne veut pas confirmer son diagnostic de pathologie. Ici, il semblerait que les deux protagonistes n'ont pas la même vision de la situation. Ce conflit qui émerge est d'ailleurs qualifié par Picard, D. et Marc, E. de « conflit cognitif » qu'ils définissent dans leur ouvrage : « Les conflits relationnels » : « Les conflits portent souvent sur la représentation que chacun se fait de la réalité. Chacun croit voir le monde tel qu'il est parce qu'il le voit tel qu'il l'imagine. Si l'autre ne le perçoit pas de la même façon, c'est une raison de mésintelligence. Les circonstances où l'on se bat pour imposer sa « vérité » sont extrêmement fréquentes et souvent très violentes. »¹²². Enfin, pour défendre son positionnement, ce médecin oppose son statut et non des faits.

Nous poursuivons la description de l'expression des dynamiques relationnelles entre ces deux groupes professionnels médicaux, en citant Linda qui explique que, malgré des discussions, c'est l'obstétricien, au final, qui statuera toujours : *« Et qu'il a pris une décision que j'estime moi pas forcément la meilleure, c'est lui qui aura le dernier mot. »*, confirmé par Julie : *« C'est quand même eux qu'ont souvent le dernier mot »*. Outre les négociations, Julie

¹²² Picard, D. et Marc, E. (2008). Les conflits relationnels. Presses Universitaires de France. <https://rbu.univ-reims.fr:2088/10.3917/puf.picar.2008.01> p15.

nous relate aussi les ordres de l'obstétricien lors de la prise en charge critique d'une patiente : « *Ah bah c'était vraiment en criant quoi ! En criant « Va chercher ceci ! Fais-moi cela ! »*. Il s'agit ici de la manifestation d'un travail hiérarchisé en secteur de naissance dans lequel le médecin a le dernier mot ou bien donne des ordres de manière relativement violente. Catarina en profite pour nous raconter son expérience dans le milieu privé : « *Je restais cantonnée à « - Fais-ci, Fais-ça » « - OK, je fais ! » Et de temps en temps, je faisais un accouchement... Waouh ! Toute seule ? parce que le gynéco était occupé...* », quant à Clotilde, qui admet une forme de subordination des sages-femmes vis-à-vis des médecins : « *On n'est pas soumise totalement à l'ordre des médecins* ». Bien que les relations soient le plus souvent professionnelles et cordiales d'après les récits, les médecins n'ont pas de difficulté à se positionner dans la hiérarchie, notamment lors des situations plus stressantes comme les prises en charge critiques par définition pathologiques. Parallèlement, ce positionnement de supériorité est appuyé dans les hôpitaux par le fait même que le chef du service est toujours un médecin¹²³, y compris en service d'obstétrique. Charrier P. dans son article « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? » présence le rapport physiologie/pathologie comme une des raisons possibles qui peut l'expliquer : « Si la répartition de ces deux « faisceaux de tâches » (eutocique/ dystocique) peut apparaître fonctionnelle et adaptée dans l'organisation du travail très hiérarchisée des structures hospitalières, elle est aussi un moyen de maintenir le pouvoir obstétrical dans les mains des médecins ».¹²⁴ Nadia l'illustre bien lorsqu'elle nous dit : « *Enfin bien sûr, je fais ce qu'il me dit de faire, mais sur ce qui est pathologique, parce que ce qui est pathologique, c'est normal qu'il ait un œil, tout ce qui est physiologie, j'ai une autonomie et la liberté...* », ainsi que Jules par une métaphore : « *On est un peu une Pierre angulaire entre un peu tout le monde en fait, la sage-femme, on est au milieu, on est un peu l'enclume [rires] : le gynécologue, c'est le marteau* ». Ces manifestations sont donc nécessaires au « travail ensemble » comme Demazière D. et Gadéa C. le prétendent dans « Sociologie des groupes professionnels » : « La nécessaire coopération est alors indissociable de rapports de pouvoir ou de relations d'autorité qui traduisent et entretiennent des niveaux différenciés de légitimité »¹²⁵.

Il est donc souvent aussi question d'échange, de discussion, de complémentarité et de concertation entre ces professionnels : « *Et une discussion une grande discussion, ouverte même sur certains points, certains sujets plutôt... Plutôt qu'un conflit.* » (Hassan), « *Après je veux dire on peut discuter avec les médecins. On a quand même des médecins qui sont ouverts et avec qui on peut discuter facilement.* » (Julie), « *Euh bah quand il arrive déjà, je lui explique la situation, on va refaire le point sur le dossier ensemble, on va aller voir la patiente ensemble.* » (Jules). La négociation fait partie de leurs dynamiques relationnelles comme l'illustre Linda : « *Bah d'essayer d'influer sa décision par rapport à ce qu'on estime être correct.* », ou même Julie : « *Bon, on arrive quand même à un peu les influencer en discutant avec eux, mais... C'est quand même eux qu'on souvent le dernier mot* ». Dans leur livre : « Gynécologues-obstétriciens

¹²³ Chef de service médical | Apec. (s. d.).<https://www.apec.fr/tous-nos-metiers/sante-social-culture/chef-de-service-medical.html>

¹²⁴ Charrier. P. Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ?. Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2007, 67, pp.95-118. p99.

¹²⁵ Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). Conclusion. Dans : Didier Demazière éd., Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis (pp. 435-451). Paris: La Découverte. <https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/dec.demaz.2010.01.0435> p441.

et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? » Cavalli S. et Gouilhers-Hertig S. avancent que dans « La pratique hospitalière : Tant les sages-femmes que les gynécologues-obstétriciens qui exercent en milieu hospitalier décrivent un contexte de travail dans lequel la division du travail est généralement satisfaisante, car « chacun a son rôle » »¹²⁶. La complémentarité permet d'accepter la division.

La confiance est un souvent évoquée dans les récits. Catarina en témoigne : « *Je trouve qu'on nous fait quand même, qu'on fait confiance à notre sens clinique, qu'on fait confiance à notre travail.* », Jules le confirme bien que cela ne semble pas empêcher le contrôle : « *ils font plus ou moins confiance, ils savent comment les gens travaillent mais il y a toujours un petit contrôle.* ». Cet aspect de la relation, les auteurs du rapport « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre métier en tension », nous l'exposent :

La confiance est ainsi affaire de réciprocité attendue, don et contre don, d'échange ; [...]. Cela signifie aussi que le mort saisit le vif, que chacun a intégré, d'une manière ou d'une autre, une histoire déposée, celle des rapports de domination, des positions inégales qu'occupent, et ce, on l'a vu, depuis fort longtemps, les uns et les autres professionnels qui vont interagir, ici dans le domaine de la périnatalité.¹²⁷

Sous le prétexte d'avoir confiance, il existe donc des rapports inégalitaires et de domination qui, toujours selon ces auteurs, engendrent « un partage des tâches, dans le cadre des maternités surtout, entre alliance et complémentarité, fondé certes sur la coexistence, mais avec des médecins qui gardent le monopole de la juridiction, qui décident donc des conduites à tenir, et des sages-femmes qui vont « devoir d'abord gagner leur confiance. » »¹²⁸. Par conséquent, sous couvert d'un travail d'équipe, il se pourrait que cette supervision soit bien réelle, à ce propos, Cavalli, S. et Gouilhers-Hertig, S. le concluent dans « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : Une complémentarité sous contrôle médical ? » : « L'image d'une collaboration harmonieuse est finalement relativisée par l'évocation de formes de surveillance médicale sur le travail des sages-femmes »¹²⁹.

Pour comprendre ces différentes interactions, nous nous devons d'évoquer les situations de rivalité qui peuvent exister entre ces deux professions médicales. En effet, dans l'entretien réalisé avec Hassan, celui-ci nous relate le manque d'expérience de certains médecins au regard des compétences des sages-femmes : « *On peut être amené à faire la réanimation, à prendre le lead de la réanimation, par exemple, parce que le pédiatre est moins bon que la sage-femme et sur l'obstétrique, et bah, effectivement, certains obstétriciens/obstétriciennes, peuvent être moins qualifiés en salle de naissances, surtout effectivement au niveau de l'obstétrique et de la gynécologie et où la sage-femme peut conseiller l'obstétricien ou faire à sa place. Parce que il ou elle en est incapable...* ». Cet aspect des

¹²⁶ Cavalli, S. et Gouilhers-Hertig, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ?. Dans : Claudine Burton-Jeangros éd., *Accompagner la naissance: Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 85-106). Bangkok: BSN Press p90.

¹²⁷ Douguet F. et Vilbrod A. Rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf. 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf p134.

¹²⁸ Ibid. p 76.

¹²⁹ Cavalli, S., et Gouilhers-Hertig, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : Une complémentarité sous contrôle médical ? BSN Press. https://rbu.univ-reims.fr:2154/feuilleter.php?ID_ARTICLE=BSN_BURT_2014_01_0085

relations est décrit par Cavalli S. et Gouilhers-Hertig S. dans « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? » en expliquant qu'il faut « concevoir les discours des sages-femmes et des médecins comme s'inscrivant dans la dynamique propre à un « système de professions » où des « juridictions » professionnelles sont en constante redéfinition par des logiques de concurrence et de légitimation »¹³⁰. Cette compétition entre acteurs permet d'affirmer une unicité propre à chacun d'eux, favorisant pourtant l'interdépendance et l'association, indispensables au « travail ensemble » : « D'autre part, elle permet de questionner comment des logiques de complémentarité et d'alliance peuvent également émerger, caractérisant une dynamique d'« écologie relationnelle » (Abbott 2003) qui consiste pour les professionnels à « s'affirmer différents de l'autre, sans pour autant être seulement son concurrent »¹³¹. Pour Hassan, ce travail ensemble, c'est : « ... c'est un travail... C'est un binôme, sage-femme et obstétricien... ».

En somme, les dynamiques des interactions entre les différents groupes professionnels médicaux impliqués en obstétrique se manifestent sous des formes diverses, des rapports de force illustrés, en effet, par de la négociation, des tensions ou des conflits en fonction des événements, de la temporalité et du but recherché. L'essentiel pour eux est d'atteindre un objectif commun qui n'est autre que la réalisation d'un accouchement dans les meilleures conditions de sécurité possibles, tout en respectant les normes de pratique, et un certain périmètre d'autonomie, en relativisant les frontières de leurs champs de compétence respectifs. Cette réalité du terrain montre que ce qui est formalisé par la législation n'est pas toujours appliqué et qu'il faut user de moyens de régulation pour parvenir à un résultat commun. Nous avons aussi vu que l'engagement des responsabilités et la crainte du risque redistribuait le partage du travail en redéfinissant les périmètres de l'autonomie d'exercice, celle-ci s'en trouvant finalement « négociée ». A la lumière de cette analyse, il semblerait que ni les sages-femmes, ni les médecins ne soient tout à fait autonomes, la notion d'interdépendance restant inéluctable en secteur de naissances.

B. ANALYSE ENTRETIEN PAR ENTRETIEN

Dans cette partie du mémoire, nous étudions les entretiens par individus afin d'en faire ressortir les éléments essentiels et les concepts de notre revue de la littérature que nous avons repris dans l'analyse précédente et qui font aussi écho avec les récits de terrain de ces professionnels.

1. L'individu 1 : Linda

Linda est une professionnelle expérimentée qui connaît bien la maternité dans laquelle elle travaille. Dans son entretien, celle-ci parle de concertation dans les décisions, voire d'un « *même langage* » : « *les points communs, la discussion sur un dossier, je pense qu'on peut le*

¹³⁰ Cavalli, S. et Gouilhers-Hertig, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ?. Dans : Claudine Burton-Jeangros éd., *Accompagner la naissance: Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 85-106). Bangkok: BSN Press p87.

¹³¹ Idem.

faire, de manière consensuelle on va dire, je pense que ça, c'est faisable ». Elle insiste par ailleurs sur la vision de la pathologie par le médecin « *qui se base essentiellement sur la pathologie. Beaucoup sur la pathologie* » au détriment de la physiologie dont il détient aussi les compétences. Le partage du travail par la dichotomie eutocie/dystocie est prégnante : son récit décrit bien la différence qui existe entre la normalité et l'anormalité ainsi que les attributions de chacun. Le travail est bien divisé. Elle pense d'ailleurs que les médecins attribuent d'eux-mêmes l'accompagnement aux sages-femmes : « *L'approche qu'on peut avoir auprès des patientes. Je pense que ça, c'est à nous pour eux* », ce qui rappelle l'approche paramédicale du soin.

Pour autant, elle souligne la technicité et le caractère médical de certaines de ses attributions, notamment en cas d'urgence en attendant l'arrivée de l'obstétricien : « *C'est naturel, mais ça demande in fine un acte technique médical... Purement médical. L'acte d'urgence il est du ressort de la sage-femme, de toute façon. Effectivement, elle doit répondre à une urgence vitale* », formalisant pleinement l'aspect technique de sa profession et donc une certaine autonomie en rapport avec un contexte de criticité. Elle ajoute qu'« *on se doit d'appeler et de faire les premiers gestes de secours à cette patiente en attendant qu'il arrive* », ce qui correspond à ses obligations réglementaires, « *je pense que c'est vraiment les limites acceptées par les autorités... de saignements... de... d'actes définis par la sage-femme et au-delà, c'est la compétence du médecin* ».

En terme d'autonomie, elle souligne un sentiment de liberté significative d'exercice dans sa maternité de niveau 2, comparée au niveau 3 (ce que confirme Catarina dans son récit) : « *Nous, ici, on a alors quelque chose que j'estime comme une chance de pouvoir, déjà avoir le... Le temps de dépister l'anomalie et de pouvoir répondre dans un premier temps au premier soin... au premier geste en fait à faire* ». Pour autant, elle poursuit par « *Et je... Je trouve que les médecins nous ont laissé cette... cette possibilité de le faire sans que ça pose à priori de problème pour eux* ». Il semble qu'il ait fallu une validation des médecins pour exercer ses compétences.

Le terme de confiance est présent dans son discours : la première fois, lorsqu'elle s'exprime sur cette division du travail par les médecins : « *Ils laissent faire, je pense qu'il y a une confiance qui s'est installée quand même.* », et la seconde fois, parce qu'elle a « dû faire ses preuves » malgré le fait qu'elle confie une réciprocité : « *Et puis je pense que c'est, c'est une confiance réciproque qui s'est installée. Les médecins ont vu comment je travaillais...* ». Cet aspect de la relation fait penser à de la négociation mais aussi de la hiérarchisation du travail. En effet, ici aussi, le médecin, après avoir vérifié les capacités de la sage-femme, semble valider ses attributions, pourtant inscrites dans ses compétences. En donnant sa confiance, il l'obstétricien, rassuré, ressent moins le besoin de contrôler ensuite le travail de la sage-femme.

Lorsqu'il est question d'expliquer les rôles de l'obstétricien en secteur de naissance, Linda mentionne, en premier, le moment où la sage-femme fait appel à lui, puis elle décrit son rôle de supervision du service : « *Quand on l'appelle déjà. Il est là, déjà tous les matins, au moment du staff, on discute des patientes présentes et celles à venir. Il voit les patientes, toutes les patientes présentes le matin. On fait un débriefe de leurs dossiers. Une fois que toutes les situations ont été vues et discutées et que les conduites à tenir ont été données, après, il vaque à leurs occupations, on va dire* ». Ensemble, la sage-femme et l'obstétricien organisent les

grandes lignes du travail de la journée, toutefois, le médecin donne les directives quant à la prise en charge des grossesses les moins physiologiques.

Lorsque nous abordons la notion de risque en obstétrique, Linda exprime en premier l'absence de recours, ou même, la réponse inadaptée du médecin : « *Pour moi, ce serait de ne pas pouvoir compter justement sur un gynéco, d'essayer de faire appel à lui et qu'il ne me réponde pas concrètement au téléphone ou que je ne sente pas une décision suffisamment pertinente assurée et affirmée de sa part* ». Linda nous répond aussi que le risque est omniprésent, et même « latent » dans son travail : « *Ah, il est latent. Oui, il est potentiel, il est toujours là* ». La notion de risque est donc associée à la patiente mais aussi au défaut de recours.

Une fois que le médecin est présent, elle reconnaît que cette autonomie « *est moindre* », puisqu' « *il prend le lead. Une fois qu'il est appelé et qu'il est sur place, si la situation est critique, c'est lui qui prend le lead. Oui. Il prend le lead, on lui laisse cette place et c'est ce qu'on attend de lui. À côté de ça, il prend le lead* », il existe donc une hiérarchisation du travail qui est acceptée, preuve d'une autonomie « négociée » puisqu'il y a des gestes médicaux communs aux deux professions qui auront été initiés par elle, en toute autonomie, en attendant son arrivée : « *Il y a des choses effectivement qu'on a apprises et que on peut déjà appliquer qui sont de notre compétence* ».

Lorsque l'obstétricien prend des décisions lui paraissant inadaptées, Linda se sent tout à fait légitime pour les discuter : « *On estime que c'est ces décisions à lui qui vont primer de toute façon. Tout dépend de l'urgence de la situation, mais si on estime que sa décision ne paraît pas être en adéquation avec la situation, je pense que je me permettrai de lui dire oui de lui faire comprendre* ». Elle utilise aussi la négociation en proposant d'autres méthodes : « *et est-ce qu'on ne pourrait pas faire telle ou telle chose ?* ». Pour autant, si un accord n'est pas trouvé, et toujours selon le contexte, Linda peut aller jusqu'à l'opposition et non-exécution de ses prescriptions : « *Si vraiment c'est ça peut être délétère pour... Pour la patiente, oui, je... j'interromprai ces directives et je ferai autrement ou je fais appel à quelqu'un d'autre. Enfin oui, s'il y a, j'estime qu'il y a danger... Ouais* ».

2. L'individu 2 : Julie

Julie est diplômée depuis une dizaine d'années et exerce depuis quatre ans dans cet hôpital. Contrairement à Linda, cette sage-femme est passée par la première année de médecine. Elle sait définir clairement le champ réglementaire de ses compétences, qui se concentre sur la physiologie, le dépistage des pathologies et le relais à l'obstétricien : « *Nous, c'est la physiologie. Voilà, à partir du moment où on doit, enfin, on peut dépister la pathologie mais, dès qu'on commence à dépister de la pathologie, pour tout ce qui est conduite à tenir et prise en charge, c'est l'obstétricien* ». Pour elle, sa responsabilité médicale est engagée en permanence dès la prise en charge d'une parturiente : « *A partir du moment, où on prend en charge une patiente... Qu'on est impliquée dans sa prise en charge, notre responsabilité, elle est engagée* ». Sachant que les sages-femmes participent à la prise en charge des grossesses dites pathologiques, leur rôle sera donc d'appliquer les prescriptions des médecins, engageant donc pleinement leurs responsabilités du fait de leur statut médical : « *même si c'est lui qui va nous dicter la conduite à tenir, c'est nous qui exécutons les gestes* ». Par conséquent, malgré la hiérarchisation avérée du travail en situation de pathologie, le statut médical de la sage-femme

engage sa responsabilité dans les prescriptions qu'elle applique. Le statut médical ne garantit pas le positionnement hiérarchique dans la division du travail mais plutôt une responsabilité engagée et partagée quel que soit le rôle occupé et conséquemment, le droit et le devoir de s'y opposer si la situation le permet.

Cette professionnelle explique qu'elle effectue des tâches qui dépassent son champ de compétences, comme l'administration de traitements médicamenteux qu'elle connaît du fait de protocoles existants, sur la base d'une simple prescription orale par téléphone : « ... *par exemple, d'avoir déjà fait des, enfin, le truc banal, hein, fait des traitements alors que c'était pas encore prescrit. c'était dicté parce que c'est à l'oral, au téléphone et pas encore prescrit sur ordinateur, parce que le gynécologue n'est pas sur place* ». Si nous confrontons la conscience de l'engagement constant de ses responsabilités et la réalisation de ces dépassements de tâches en l'absence de traçabilité de la prescription, nous pouvons penser qu'il existe, pour elle, une légitimité, dans cette prescription, comme une sorte d'accord tacite entre elle et l'obstétricien. Elle ajoute qu'il s'agit de traitements dont elle a l'habitude et dont elle valide alors l'utilisation du fait de la présence de protocoles de service : « *Oui, c'est des médicaments courants dans la pratique obstétricale et parce qu'ils sont courants... Et bah qu'on a l'habitude ou qu'il y a des protocoles dessus aussi* ».

L'étendue de l'autonomie professionnelle de Julie semble assez vaste : « *Oui, pour la prise en charge et la conduite à tenir... Tant qu'en fait y a pas de pathologie ou qu'on dépiste enfin qu'on dépiste pas de pathologie, on est libre de prendre nous-mêmes en charge et de prendre nos propres décisions* ». Cependant, lorsqu'elle se dit contrainte dans « la pathologie », elle souligne essentiellement son désaccord avec les prescriptions médicales : « *oui, on a forcément des contraintes parce qu'on n'est pas forcément d'accord avec les prises en charge des médecins* ». Pour autant, elle souligne le fait que même si les obstétriciens ont le « dernier mot » : « *on arrive quand même à un peu les influencer en discutant avec eux* ». Nous retrouvons ici l'expression d'une hiérarchisation du travail consentie qui n'empêche pas la négociation, au contraire. Les sages-femmes semblent régulièrement employer ce moyen de régulation des pratiques médicales lorsqu'elles ne sont pas complètement en accord avec les obstétriciens.

La hiérarchisation du travail, en secteur de naissance, est claire selon cette sage-femme : « *on travaille comme on dit, sous couvert du gynécologue* », qu'elle traduit par le niveau d'études et de responsabilités et non le statut médical seulement : « *Ils ont plus d'années d'études... Ils ont plus de responsabilités aussi. [...] Et puis le niveau d'études, il est plus à même de répondre dans ces situations aussi, il a plus de bagages à son actif aussi* ». L'étendue des connaissances, en l'occurrence ici, en pathologie obstétricale légitime donc le positionnement supérieur du médecin sur la sage-femme. Mais aussi la prise de responsabilités plus importante, ce qui confirme que l'autonomie d'un exercice plus vaste participe à hiérarchiser le travail.

Lorsqu'on interroge Julie sur le moment où elle doit faire appel au médecin, elle admet avoir quelques fois des doutes sur son analyse de la pathologie : « *il est patho ou pas patho et [...]* » « *Est-ce qu'il faudrait ou il faudrait pas l'appeler ?* », mais aussi la réticence à appeler, notamment la nuit : « *... La nuit ou pas la nuit, on va se poser la question de : « Est-ce que je réveille le médecin pour ça ou pas ? »* ». Nous l'avons établi dans les parties précédentes, l'état pré-pathologique implique, la plupart du temps, l'opinion du médecin. Julie explique cette

réticence par la crainte de « réflexions » de la part du médecin : « Comme : « Pourquoi tu m'appelles pour ça ? » [...] Ou : « Je suis déjà venu 4 fois ! » ». Ces situations de tension peuvent être à l'origine d'un retard dans la prise en charge si la sage-femme hésite trop à appeler. A l'inverse, un appel trop précoce, limite leur autonomie. Par conséquent le moment de l'appel au médecin s'avère être en lui-même un moment critique qui peut générer des tensions entre professionnels et des conséquences sur les soins. Le vécu de la sage-femme entre aussi en jeu dans cette initiative d'anticiper l'appel au médecin : « Je pense que le caractère joue quand même et puis peut-être par rapport au vécu de situations qui, malgré tout, influencent ». Enfin, cette sage-femme exprime que même en cas de physiologie, le médecin peut être un recours : « ou qu'on est bloqué pendant la prise en charge, même des fois, dans la physio ». Leur travail est donc complémentaire à tous les niveaux.

Julie poursuit par l'affirmation d'une capacité d'écoute mutuelle : « c'est le médecin, mais après on en discute aussi. Souvent. Enfin, on en discute quand même. Ils tiennent compte aussi de notre avis parce que souvent, on connaît les patientes plus que eux ne les connaissent. On les a vues avant ».

Enfin, dans son récit final, Julie aborde la délégation de tâches de l'obstétricien sur sa collègue échographiste, voire même d'un dépassement puisqu'il s'agissait de la gynécologie : « ... quand on avait dit qu'il y avait encore 2 ou 3 consultants à voir. Et ba on s'était fait engueuler. Elle estimait qu'on pouvait les voir. [...] Alors que pour nous, l'organisation du service, aussi, fait que normalement, tous les débuts de grossesse et tous les consultations gynéco sont vues par un gynécologue ou par un interne », « mais le reste, on pouvait pas faire les examens, on allait pas faire l'échographie et on s'était fait engueuler... ». Cette illustration de refus de dépassement de tâches a abouti au conflit entre les sages-femmes et le médecin de garde.

3. L'individu 3 : Clotilde

Clotilde, la sage-femme la plus ancienne de l'équipe, a toujours travaillé exclusivement en secteur de naissance et à temps plein dans cet établissement. Son expérience est donc très précieuse pour notre travail.

Si, pour elle, « La relation avec les patientes qui est quand même beaucoup plus sensible, au niveau de l'attention de leurs angoisses, de leurs de réassurance, une relation particulière » est indéniable, celle-ci déclare que la sage-femme est « sûrement aussi plus technique » dans la pratique clinique que les médecins : « c'est un art l'Accouchement », « une finesse de diagnostic plus précise que les médecins qui ne font que de des ventouses ou des forceps ou des choses comme ça ». Ainsi, elle explique que le fait de pratiquer plus souvent un acte en améliore la maîtrise clinique.

Clotilde, lorsque nous abordons les différences de compétences, nous parle immédiatement des difficultés inhérentes au passage de relais : « Donc on laisse la... La main dès qu'on trouve que ça n'est plus de notre sort, donc il faut appeler en temps et en heure et c'est ça qui est difficile dans notre métier, c'est passer la main, au bon moment ». Cette difficulté semble être celle qui perdure malgré l'expérience, et concerne toutes les sages-femmes. Selon elle, les barrières qui régissent le partage du travail sont définies par « Sûrement les médecins ! Hein ! Et leurs protocoles... leur enseignement ... ». Le moment de l'appel est encore relaté

quand nous abordons la notion de responsabilités, Clotilde répond qu'il faut absolument ne pas faillir dans le but de se « *protéger de l'accusation de ne pas être, ... De ne pas avoir fait notre travail correctement et de ne pas avoir appelé en temps et en heure un médecin qui serait... Pas là* ». Il est indéniable que l'engagement des responsabilités des sages-femmes rythment leur pratique.

Le statut médical, s'il n'est pas évident à affirmer, permet néanmoins, selon cette sage-femme, de négocier, de « *faire face* » aux médecins, pour l'application des procédures. Elle rapporte, elle aussi, qu'il y a toujours eu une confusion entre les sages-femmes et leur statut médical et la perception de leur travail comme de nature paramédicale : « *Le cul entre 2 chaises depuis des années, donc c'est très difficile de remettre sur le tapis qu'on est profession médicale à part entière. Il faut toujours se battre pour le dire... Pour le faire respecter mais on y arrive quand même à faire face à des médecins qui sont très peu enclins à respecter les protocoles, par exemple. Donc là on sait mettre des barrières et quand on a un peu d'expérience, se faire respecter* ». Ainsi, le statut médical ne serait pas suffisant pour s'opposer lorsque c'est nécessaire, l'expérience jouerait aussi un rôle. De plus, cette ambivalence que les sages-femmes dénoncent régulièrement, et nous l'avons étudié précédemment, trouverait en partie son origine du fait de sa pratique paramédicale dans l'accompagnement. Dans les représentations, le statut ferait ainsi moins foi que la pratique.

Malgré tout, le statut médical permet pour elle, d'être « *le garde-fou de la bonne gestion de la salle de naissance aussi !* ». Les sages-femmes se verraient alors comme les « *gardiennes* » de la bonne application des soins en secteur de naissance, en utilisant, parfois, leur force d'opposition et de négociation puisque pour Clotilde, les médecins ne donnent pas d'ordre : « *Des ordres ? Non, non pas souvent d'ordre* ». Pourtant, elle rapporte le contraire, plus loin, dans un moment conflictuel vécu avec un obstétricien devant une patiente, témoin des échanges : « *Et Ben que c'est lui qui était le médecin et que c'était lui qui décidait et donc... Et tout ça devant la patiente, c'est tout, j'ai dit non, je suis sortie de la salle et on a réglé nos comptes après* ». Le contexte intervient donc dans les dynamiques relationnelles entre ces deux groupes professionnels. Nous retrouvons, ici, dans ce rapport de force, une volonté de sa part de faire respecter les bonnes pratiques, à un moment bien précis de la prise en charge, et qui aboutit en conflit puis à l'opposition : « *Oui, ça a été houleux. Bien sûr, bien sûr, mais il s'était excusé après, mais c'est tout. Et les choses ont été faites correctement parce que j'ai dit non* ».

Nous avons antérieurement constaté une hiérarchisation du travail en secteur de naissance. Clotilde nous informe que l'autorisation médicale pour réaliser la délivrance artificielle n'est pas obligatoire mais peut-être requise par la sage-femme, ce que le médecin valide de fait en prenant sa position de recours : « *On n'est pas forcément obligé d'appeler quand on fait une délivrance artificielle ou si on appelle, on nous dit : « Mais faites-le, appelez-moi s'il y a un souci* ». Cet exemple peut insinuer qu'il arrive que les sages-femmes cherchent l'adhésion médicale même pour des gestes qu'elles ont le droit de pratiquer seules.

Le contexte de pré-pathologie impose tout de même toujours le contrôle du médecin : « *Oui, souvent moi j'appelle au cas où il y aurait une hémorragie de la délivrance, comme ça tout le monde est sur le pont plus rapidement, mais si tout va bien, le médecin est au courant, il nous laisse faire, et il ne vient pas* ». La notion de risque est ainsi bien présente dans ce récit aussi.

Clotilde nous expose sa façon de gérer ce risque par l'anticipation et la formation : « *Je pense que si on est bien formé, on peut gérer correctement une salle et gérer le risque. Après, il faut anticiper...* ». Elle ajoute un élément essentiel : la collaboration avec l'équipe et le réseau périnatal de secteur : « *C'est tout, puis on est pas seul, on n'est pas seul, il y a aussi d'autres établissements au-dessus. Il y a d'autres...médecins à côté. Puis il y a d'autres sages-femmes aussi, et toute une équipe donc... Effectivement, c'est... C'est risqué, mais oui... Ça fait partie de notre travail. D'anticiper, surtout* ». Le risque fait partie intégrante de son métier.

En situation critique, elle se décrit comme celle qui coordonne les soins et initie les gestes médicaux que ce soit en obstétrique, ou même en réanimation néonatale : « *Eh bien, je pense que je vais laisser l'hémorragie de la délivrance à l'obstétricien parce que lui, il sait faire parce que la réanimation, je pense pas qu'il soit vraiment concerné, et il s'y intéresse pas beaucoup, hein, nos obstétriciens à la réa... Donc on va plus se pencher sur l'enfant et lui plus sur la mère... Et on essaie de de coordonner tout ça. On est toujours sur les 2 fronts...* ». La sage-femme passe donc d'un domaine à un autre en fonction de la situation et de l'intervention des différents acteurs qu'elle a alertés. Ce rôle de coordination semble essentiel dans la pratique et l'organisation du travail en secteur de naissance. La sage-femme connaît la situation de la patiente et de son enfant, c'est elle qui organise aussi, le partage des tâches : « *Mais bon, quelque fois, la sage-femme dit à chacun ce qu'il doit faire aussi hein, c'est pas forcément le médecin qui prend des décisions* ». Pourtant, du fait de ses compétences en obstétrique et en réanimation néonatale, il arrive que son travail se désorganise face aux multiples sollicitations des médecins, à savoir les obstétriciens, les pédiatres et les anesthésistes : « *Donc on va plus se pencher sur l'enfant et lui plus sur la mère... Et on essaie de de coordonner tout ça. On est toujours sur les 2 fronts...* ». Enfin, nous retrouvons, même en situation critique pathologique, la force de négociation des sages-femmes : « *Ça dépend du médecin... Des fois, on propose beaucoup ! Quand on voit que ça n'arrive pas au but espéré ! Escompté ! Après, c'est pris en compte ou pas... Mais enfin, on au moins on aura donné des pistes !* ». Nous ne pouvons dénier le rôle de la sage-femme dans l'organisation du travail en situation critique : celle-ci fait le lien, coordonne, tout en appliquant aussi des prescriptions médicales de chacun.

En clôturant son entretien, Clotilde choisit de nous raconter ce qui illustre de manière évidente l'impact des relations conflictuelles entre obstétriciens et sages-femmes sur la prise en charge et le vécu des femmes enceintes. En effet, la non-cohésion entre ces deux professionnels peut susciter de l'anxiété chez les patientes : « *Et la patiente qui parlait pas bien français était prise entre les hurlements du médecin et moi qui voulais plutôt parler à l'extérieur et je refusais de toutes manières tous ces ordres, donc la pauvre dame, elle était quand même très très angoissée !* ». Il est évident que les bons rapports entre professionnels de santé sont essentiels pour la qualité des soins aux patientes.

4. L'individu 4 : Catarina

Catarina est une sage-femme expérimentée qui a travaillé dans plusieurs maternités de différents statuts et niveaux. Elle aussi, a fait une première année de médecine, comme Julie.

Nos échanges débutent entre autres par la différence entre l'appartenance statutaire aux professions médicales et cette perception sur le terrain : « *Après, dans le statut médical, en théorie, on a le même, en pratique, est-ce qu'on a le même, ça, c'est autre chose...* ». Selon elle,

au niveau institutionnel, les sages-femmes dont le statut est identique à celui des médecins, ne sont pas traitées de la même façon : *« Je pense qu'on est pas tout à fait géré de la même façon que les médecins à l'hôpital. Enfin, en tout cas, nous, ici on n'est pas géré par les affaires médicales. On est géré par, enfin, au même titre que les infirmières dans tout ce qui est formation complémentaire, etc... On n'est pas dans le même budget que les médecins »*. Dans notre revue de la littérature, nous avons mentionné la disparité de traitement qui résulte du fait de ne pas appartenir au groupe professionnel dominant, à savoir les médecins. Bien que les sages-femmes et les médecins aient le même statut médical et qu'il existe une législation permettant une gestion commune de ses professions par les affaires médicales, la réalité est toute autre : elles sont régulièrement gérées par les directions paramédicales. Lorsque Catarina exprime que *« Les nouvelles générations de médecins nous reconnaissent, reconnaissent notre profession... Enfin, notre caractère médical, que peut-être les vieux dinosaures de l'obstétrique ne le reconnaissent pas. Le public aussi nous reconnaît plus. »*, cette sage-femme atteste d'une évolution dans la considération de la part des médecins et du public quant à son statut officiel. Catarina justifie cette évolution par son année commune de médecine avec eux : *« Alors pour les jeunes gynécos... Je pense que ce qui joue beaucoup, c'est qu'on a un cursus commun... En fait ! Beaucoup, on les a croisés sur les bancs de la fac, on est dans le même moule depuis longtemps, donc je pense que ça joue beaucoup »*.

En ce qui concerne les connaissances théoriques communes, cette sage-femme explique qu'ils sont dispensés par des obstétriciens, (comme historiquement) mais séparément : *« Les cours d'obstétrique dispensés à l'école de sages-femmes sont faits par les obstétriciens qui dispensent les cours d'obstétrique aux internes. Donc ça permet aussi peut-être justement d'avoir les mêmes... »*. Si cela permet l'apprentissage d'un savoir identique et paraît améliorer la considération mutuelle, le fait de ne pas réunir les étudiants en même temps renforce, selon nous, leurs différences, c'est-à-dire leur autonomie professionnelle différente.

Catarina poursuit sur la formation universitaire et le développement de compétences des sages-femmes : *« j'ai l'impression que tout ce qui est diplôme postuniversitaire, alors moi c'est pas mon cas, mais j'ai plein de collègues sages-femmes qui en ont je pense à ça, mais ça permet aussi une certaine légitimité médicale. [...] Je pense que ça donne une légitimité universitaire à la profession. Il y a de plus en plus de sages-femmes qui publient... Euh, je pense aux sages-femmes chercheuses. Enfin ça, ça devrait... Voilà ! Non mais ça, ça commence quoi ! »*. Selon elle, le fait d'obtenir des diplômes supplémentaires et d'ouvrir enfin la formation à la recherche renforce le caractère médical de sa profession, cependant, si nous prenons en compte notre revue de la littérature, la reconnaissance passerait plus par un monopole d'expertise.

Pendant l'entretien, Catarina décrit des situations dangereuses, et donc sources de conflits, liées à l'intervention d'un médecin dans son travail sans l'avoir concertée, comme l'expression du pouvoir que le médecin s'octroie sur son travail : *« aller injecter des ocytocines alors que y a aucune raison... Faire une épisiotomie alors que j'ai pas envie de la faire et que je considère que c'est pas nécessaire de la faire. »*, *« presque de l'ingérence même dans certains dossiers, ou alors on va rentrer dans ta salle et puis on va te monter ton Syntocinon® »*.

Catarina, à l'occasion de situation critique, déclare que la sage-femme est une sorte de défouloir au stress médical : *« Enfin, je pense que on est un peu la soupape de décompression, souvent les sages-femmes. On se prend souvent le stress du gynéco, ou de l'anesthésiste ou du pédiatre sur une réa pédiatrique. Je trouve qu'on est souvent, on fait tampon quoi... »*, et parfois

même faire l'objet de critiques sévères : « *Il a juste dit que j'avais pas d'expérience et que si j'avais réagi comme ça c'est parce que j'étais inexpérimentée, qu'il fallait que j'aille voir ailleurs, que j'aille voir autre chose et que lui, il avait beaucoup d'expérience et qu'il savait* ». Cette observation suggère, d'après nous, des rapports parfois peu respectueux de certains médecins envers les sages-femmes, ce qui formalise aussi la domination médicale en secteur de naissance.

Enfin, lorsque Catarina raconte qu'elle s'est permis d'appeler pour un code rouge (décision réservée au médecin) en détaillant les raisons, requérant tout de même l'adhésion médicale. Cette liberté témoigne d'une autonomie négociée pour accélérer la prise en charge en attendant l'arrivée du médecin : « *Voilà, mon rythme, il est comme ça, comme, ça comme ça, j'ai besoin de vous, j'appelle pour un code rouge.* ».

5. L'individu 5 : Nadia

Nadia exerce depuis presque 17 ans dans la fonction publique hospitalière et notamment en secteur de naissance.

Pour elle, le point commun entre sa profession et celle des obstétriciens est : « *la volonté d'accueillir, d'accompagner... Dans les meilleures conditions possibles la naissance* ». En revanche, les différences résident dans les compétences chirurgicales spécifiques du médecin, pour autant, Nadia ne minimise pas l'ampleur de son champ d'attributions, y compris l'accompagnement de la parturiente : « *notre compétence de base... Elle est quand même hyper large, après tout. Ce que la différence est du point de vue chirurgical. Je serai pas capable de faire une césarienne, mais sinon d'un point de vue anatomique, d'un point de vue connaissance du travail, de la physiologie même de la pathologie, nos connaissances, elles sont quand même assez complètes d'un point de vue pédiatrique aussi.* ». En effet, la pratique technique instrumentale et chirurgicale sont exclusivement du domaine de l'obstétricien ce qui leur confère une pleine autonomie et donc une position supérieure dans la hiérarchie médicale. Cependant, Nadia revendique son accompagnement non médical : « *J'essaye d'être à l'écoute et d'apporter les solutions adéquates qui ne sont pas toujours que médicales* ».

Cette sage-femme nous décrit, par ailleurs, qu'elle a déjà réalisé un dépassement de tâches contre son gré, en prenant la place de l'IBODE lors d'une césarienne : « *J'ai déjà instrumenté pour des césariennes, ça c'est du dépassement de tâches. Et c'est de plus en plus autorisé alors que c'est complètement illégal.* », sous prétexte de la notion de danger : « *Enfin, c'est que dans des cas où la patiente est, ou l'enfant est en danger. Or c'est un peu abusivement utilisé cette clause* ». Le danger est donc utilisé comme raison de dépasser ses compétences.

Nadia nous évoque l'ambivalence de la place de la sage-femme face à l'interne en médecine, dont le champ de compétences médical n'est pas autant limité, mais qui reste un étudiant : « *Ma responsabilité est au-dessus de celle de l'interne. C'est-à-dire qu'au final, c'est moi qui choisis et puisque l'interne est en formation et que je suis diplômée* ». Si le partage du travail avec l'interne se fait comme avec l'obstétricien par la dichotomie eutocie/dystocie, en terme de responsabilités, selon Nadia, la sage-femme reste pleinement responsable des actes de cet étudiant. Pour elle, cet engagement de responsabilité est à double tranchant mais leur permet, tout de même de garder la main sur la gestion du service.

Dans cet entretien, nous abordons le développement du champ de compétences des sages-femmes et notamment les projets gouvernementaux qui entourent la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes, que Nadia définit comme : « *Entre guillemets : « Le sale boulot », quoi, enfin. Oui, moi ça me pose problème* ». En dehors d'une amélioration de l'offre de soins pour les usagers, cette sage-femme perçoit dans cette extension de compétences possible, un moyen de leur « *faire faire ce que les gynécos ne veulent pas faire en fait* ». Selon nos lectures, le « sale boulot » tel que les soins de nursing, et les actes les moins techniques, ne sont généralement pas réalisés par les médecins mais par les paramédicaux, mais aussi par les sages-femmes. L'IVG, en orthogénie¹³², est parfois considérée comme moins prestigieuse que l'obstétrique : « *Eux, ils ont le prestige et nous, on fait la petite main les petites choses qu'ils ont pas envie de faire* ». Nadia en profite pour parler des soins de nursing réalisés par les sages-femmes après l'intervention des médecins : « *Quand ils ont fini l'accouchement, c'est nous qui reprenons soin de l'intimité de la dame et là bon... [...] Voilà, alors que franchement remettre au propre une dame, c'est pas que du rôle de... Enfin, le docteur n'a pas... Enfin, il fait son geste... Et puis nous, on s'occupe de l'intimité, non, je trouve que ça devrait être plus en relation... En lien et... Dans une idée de continuité de... Respect de la dame de voilà* ». Il s'agit de l'expression claire de la hiérarchisation du travail en secteur de naissance.

6. L'individu 6 : Jules

Jules est sage-femme échographiste, il réalise donc des consultations et des accouchements. Il a réalisé une première année de médecine et cela fait 7 ans qu'il exerce dans ce même établissement public.

Jules s'exprime sur le manque de connaissance de son métier par les patientes, notamment quand celles-ci lui demandent : « *Bah sinon je vais jamais voir de gynéco de ma grossesse ?* ». A ces occasions, il « se sent obligé » de réexpliquer ses compétences et d'insister sur ses qualifications d'échographie. Bien que la profession de sage-femme soit plus connue aujourd'hui, certaines de ses qualifications complémentaires n'ont pas la même visibilité que pour les médecins.

Ses compétences en échographie sont parfois utilisées par les obstétriciens. En effet, il lui arrive de réaliser les échographies à la place des médecins qui n'en sont parfois pas diplômés : « *C'est moi qui diagnostique une grossesse extra utérine, parce que le gynécologue n'avait pas le diplôme [...] Alors que c'est quand même pas pas trop de mon ressort... [...] Il a dit que c'était une grossesse extra utérine parce que je l'avais dit, mais c'est un petit peu... C'était un petit peu limite...* ». Dans ce contexte, nous observons que les compétences détenues par chaque groupe professionnel médical ne représentent pas véritablement la division hiérarchisée du travail, en secteur de naissance. Selon notre interprétation, ceci rend compte de la possibilité de la sage-femme, à dépasser ses compétences et donc d'engager sa responsabilité pour pallier le manque de compétences d'un médecin. Ses compétences lui permettent de contribuer à une division du travail dans laquelle les obstétriciens peuvent lui déléguer ou transférer l'acte d'échographie sans avoir à se déplacer : « *Donc c'est vrai que les gynécologues, je pense qu'ils sont contents quand je suis de de garde, notamment de nuit je pense...* ». Ainsi,

¹³² Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.). <http://51.68.80.15/search/results?titre=orthog%C3%A9nie>

Jules y voit, selon nous, une forme de reconnaissance de ses compétences médicales, malgré un risque d'engagement de ses responsabilités. De plus, cette attribution lui permet de se considérer plus autonome que ses consœurs en secteur de naissance, voire de les former à la réalisation des échographies de col utérin, compétence que la profession détient, mais qui est peu pratiquée parmi les membres de l'équipe : *« Oui, je pense que j'ai un petit peu plus d'autonomie qu'elles. C'est sûr, après, j'ai quand même des collègues qui ont pas le diplôme, qui m'ont déjà demandé de les accompagner sur des échos de col »*. Il l'admet, si cette attribution permet d'améliorer la prise en charge des patientes : *« Souvent, je le fais pour les patientes. »*, elle le valorise aussi.

En ce qui concerne l'appel au médecin en secteur de naissance, cette sage-femme évoque la réticence qu'il ressentait lorsqu'il était plus jeune, en raison de son manque d'expérience et d'assurance, par rapport à aujourd'hui, en mettant en avant l'intérêt des patientes : *« si je me fais engueuler, c'est pas grave, c'est plus, je le fais pas pour moi en fait je fais plus pour les patientes mais après c'est vrai que c'est compliqué de travailler avec les humeurs des uns et des autres »*. Comme pour ses consœurs, l'expérience professionnelle lui a permis d'acquérir de l'assurance dans sa relation avec les obstétriciens mais aussi de prendre du recul vis-vis de potentiels tensions relationnelles. Il concède cependant la difficulté à travailler dans un tel climat.

Jules décrit aussi une forme de contrôle « masqué » de la part des obstétriciens sur le travail de la sage-femme, notamment du fait qu'ils supervisent le secteur de naissance dès son arrivée en poste le matin : *« Donc on est contrôlé sans pour autant être enfin, ils sont pas toujours derrière notre dos à nous dire... »*. La notion de confiance est aussi présente dans son discours : *« Généralement ils font confiance »*.

En tant qu'homme, il semblait intéressant de questionner Jules sur l'influence potentielle de son genre dans ses relations au travail. En effet, il admet une différence de traitement par rapport à ses collègues « femmes » : *« Je pense, oui. Je pense, oui, euh. Ben avec le chef de service, oui, je pense que... Et enfin, j'ai peut-être l'impression que au niveau de l'équipe, ça apporte à notre équilibre enfin... »*. Cette perception découle de stéréotypes culturels, notamment en France, qui laisseraient à penser que la présence masculine confère un élément « équilibrant » dans un groupe majoritairement féminin¹³³.

7. L'individu 7 : Hassan

Hassan est sage-femme hospitalière en secteur de naissance depuis 16 ans et a effectué la PCEM1.

Dès le début de son entretien, Hassan évoque les compétences des sages-femmes ainsi que le partage des tâches avec les obstétriciens sous la forme de binôme : *« C'est un binôme, sage-femme et obstétricien »*. Ceci fait référence, selon nous, à une forme de « travail ensemble » dans la complémentarité, en mettant en avant l'interdépendance de l'un avec l'autre.

Cette sage-femme estime que son statut médical diffère de celui de l'obstétricien en raison de restrictions de son champ de prescription : *« Nos statuts médicaux sont différents déjà dans les prescriptions »*, mais aussi : *« ... la différence c'est que les sages-femmes, de manière générale, administrent ce qu'elles prescrivent »*. Or, il semblerait que le fait de ne pas réaliser

¹³³ Divay S. (2022). « Genre et pratiques professionnelles dans le champ paramédical » Conférence à l'Université Reims Champagne-Ardenne.

un acte autorisé ne constitue pas, selon nous, une différence dans le statut médical, mais seulement dans la pratique. Les obstétriciens pratiquent peu les injections en secteur de naissance.

Hassan décrit qu'il lui est arrivé de réaliser des dépassements de tâches : « *Donc on va dire suivant oui, suivant la qualité du médecin, on peut, on peut faire à la place du médecin* », ou tout du moins le conseiller : « *certaines obstétriciens/obstétriciennes, peuvent être moins qualifiés en salle de naissances, surtout effectivement au niveau de l'obstétrique et de la gynécologie et où la sage-femme peut conseiller l'obstétricien ou faire à sa place* ». Cette situation rappelle notre réflexion sur les compétences de Jules en échographie, selon laquelle les compétences détenues ne garantissent pas le positionnement dans la division du travail. Dans l'intérêt de la prise en charge et donc de la patiente, Hassan est intervenu pour guider l'obstétricien dans la réfection d'une suture dont il n'a pas les compétences théoriquement : « *... suivant les conseils de la sage-femme ou du sage-femme de garde... Pour que la patiente soit bien soignée* ».

Lorsque nous abordons la notion de responsabilités, cette sage-femme raconte que sa formation initiale insiste sur cette notion et celle de risque : « *On nous fait bien comprendre pendant toutes les études... Déjà qu'on... qu'on risque... qu'on risque gros, hein* ». Selon Hassan la sage-femme serait conditionnée pour être extrêmement vigilante. Face à cette appréhension du risque, Hassan considère que le tempérament de certaines consœurs influence leur tendance à solliciter un médecin : « *Y a déjà des sages-femmes qui peuvent être angoissées ou stressées, rien que déjà, en venant au travail, qui vont avoir une vue assez pessimiste des choses et donc avoir recours à appeler l'obstétricien de garde de manière intempestive alors qu'il n'en a pas forcément besoin, qui peuvent orienter l'autre collègue sur des d'éventuels problèmes qui ne le sont pas* », et que « *Après à charge à la sage-femme de pas solliciter les obstétriciens pour rien...* ». Pour lui, il est important de bien évaluer les raisons de l'appel et de ne pas céder à la panique à tout bout de champs, pour préserver l'obstétricien : « *l'obstétricien d'astreinte a un rythme de travail assez soutenu* », mais non pas pour préserver son autonomie d'exercice.

Lorsque nous lui demandons comment a évolué son autonomie, cette sage-femme nous répond qu'elle évolue avec l'expérience : « *On a une certaine expérience, une certaine ancienneté qui fait qu'on, qu'on gagne en autonomie* », mais aussi avec l'ancienneté dans la structure, du fait des relations entretenues avec l'équipe : « *l'ancienneté, dans le même établissement, fait qu'on aura une bonne collaboration sage-femme et obstétricien* ». Dans l'organisation du travail, Hassan décrit l'avantage d'être deux sages-femmes en secteur de naissance, notamment lorsqu'il s'agit d'analyser les situations pré-pathologiques : « *Déjà, on a très facilement recours à l'autre sage-femme justement pour avoir un 2ième avis* », ce qui minimise le recours au médecin. Puis il poursuit par les modalités fréquentes de discussion entre professionnels pour mieux travailler ensemble : « *Non, non, non, on essaie de faire plutôt en sorte que ce soit une bonne collaboration. Et une discussion une grande discussion, ouverte même sur certains points, certains sujets plutôt qu'une plutôt qu'un conflit* ».

8. L'individu 8 : Sidonie

Sidonie est sage-femme depuis 14 ans et a toujours exercé dans cet hôpital. Elle a, par ailleurs, travaillé exclusivement de nuit durant quatre ans.

En premier lieu, Sidonie nous explique que la différence de compétences entre la profession des obstétriciens et la sienne tient dans la pratique des actes instrumentaux et chirurgicaux comme les « *ventouses, forceps, césarienne* ». Hormis cela, le reste de leurs attributions, selon elle, sont communes : « *En commun un peu tout le reste, j'ai envie de dire. Du diagnostic de pathologie, de, de, de prise en charge, conduite à tenir. Souvent, on appelle l'obstétricien pour confirmer* ».

Concernant le statut médical, Sidonie constate une différence par un niveau plus élevé de responsabilités et d'exigence pour les médecins : « *Et ils ont plus. Sur le papier, plus de responsabilités* », « *Leur niveau de formation* », « *Ouais, on en attend davantage* ». Elle exprime aussi qu'avec l'expérience, elle sait ce que l'obstétricien doit faire en cas de pathologie : « *on est rarement surpris par la... Une conduite à tenir qui serait différente de celle à laquelle on avait pensé* » ce qui montre que les sages-femmes ont une grande connaissance de la prise en charge pathologique bien que leur champ de compétences les limite. Elle le confirme lorsqu'elle aborde avec nous son périmètre d'autonomie : « *Elle est moins large parce que on est quand même limité dans nos, dans nos compétences* ».

Concernant l'appel au médecin, Sidonie insiste sur le doute qu'il peut parfois exister dans l'interprétation d'un rythme cardiaque fœtal pour motiver sa décision de le faire intervenir : « *C'est si je ne suis pas sereine, c'est qu'il y a quelque chose qui cloche donc au bout d'un moment si j'arrive pas à corriger ce quelque chose qui cloche. Je vais faire appel au médecin* ». Cette situation fait référence à la zone d'incertitude entre la physiologie et la pathologie qui nécessite l'avis médical. Par ailleurs, l'expérience de travail de nuit de Sidonie nous permet de constater que cet appel est différemment appréhendé selon l'heure de la journée. En effet, les sages-femmes sont plus hésitantes à appeler l'obstétricien de garde en pleine nuit redoutant des tensions ou une perception erronée de la situation : « *Bah sur le, le temps que je me laissais peut-être. Enfin, probablement. Ouais, je me laisse enfin... Je pense que oui, parfois, j'ai pu attendre un peu plus longtemps que ce que j'aurais fait sur le même rythme en journée avant d'appeler* ». Cette hésitation peut engendrer un retard dans le déroulement de la prise en charge lorsque l'obstétricien n'est pas sur place, mais aussi, à l'inverse, altérer les relations entre elles et les médecins.

Sidonie considère les obstétriciens comme ses supérieurs hiérarchiques : « *Oui, je les suis parce que c'est quand même la hiérarchie. Oui, c'est quand même. Oui, c'est quand même eux, la hiérarchie donc...* », « *Enfin, l'assistante, c'est ça ?* », y compris lorsqu'elle n'est pas en accord avec les décisions médicales : « *Si j'ai pas le choix hélas, je suis obligée de faire ce qui a été dit par le médecin* », la plaçant dans une position de subordination qu'elle justifie par une obligation légale et une place définie comme telle : « *Pour les obligations médicales légales du... C'est le gynéco et moi, la sage-femme* ». Ensuite, la notion de risque évoque pour elle qu'« *On n'est jamais sauvé... En fait, on a l'impression qu'on est jamais sauvé...* ». Nous pouvons interpréter cette phrase par le fait que pour Sidonie, la sage-femme le redoute quotidiennement.

9. L'individu 9 : Laurine

Laurine est la plus jeune des sages-femmes de notre échantillon. Elle a été recrutée l'année dernière, à la sortie de son diplôme en 2022. Pour le moment, elle exerce exclusivement en secteur de naissance.

Lorsque nous l'interrogeons au sujet des similitudes d'exercices entre sages-femmes et obstétriciens, elle nous répond que *« De toutes façons, c'est le même domaine scientifique, voilà »*, quant à la différence, elle cite les deux versants de sa profession : *« On est toujours dans la physiologie, un peu plus aussi dans l'accompagnement »*.

Lors d'une situation de passage en urgence au bloc chirurgical, Laurine nous détaille qu'avant l'arrivée de l'obstétricien, elle prépare la patiente à la décision avant qu'elle soit prise, et dans une certaine mesure puisque, malgré tout, elle n'en est pas détentricrice : *« Voilà, j'ai déjà préparé la patiente pour partir au bloc opératoire en césarienne d'urgence sans qu'il ait donné à un code couleur pour la césarienne ou dit : « Césarienne », ou évoqué la césarienne donc... »*, *« Ah oui. Mais je mesure toujours les propos. Oui, c'est toujours mesuré »*. Cette connaissance de la pathologie lui permet d'anticiper les décisions médicales et de prévenir la patiente en amont d'une décision « hautement probable ». Malgré sa jeune expérience, cette initiative, sous couvert de l'accompagnement bienveillant, n'est pas de son ressort. A cela, nous pouvons rajouter la nécessité de devoir toujours anticiper pour gagner du temps dans le déroulement de la prise en charge : *« Ben c'est pour enfin, c'est pour anticiper, plutôt voilà, c'est ça, anticiper ! »*. Poursuivons par la notion de risque, à cette question, Laurine évoque les mêmes opinions que ses consœurs : *« Alors le risque, il faut toujours en avoir conscience... Pour moi, il est omniprésent il y a toujours... Un risque... On va dire qu'il y a... Des risques qui sont... Qu'on peut prévenir, je sais pas, on peut anticiper, on peut voilà. Et puis y a plusieurs degrés de risques, voilà »*.

Quand il s'agit de nous parler de son autonomie professionnelle, Laurine nous explique que lors de ses premiers mois d'exercice, le fait de travailler avec une autre sage-femme en secteur de naissance était sécurisant : *« Dans mes premiers mois d'exercice en tant que sage-femme, j'avais l'impression d'avoir toujours, encore besoin d'avoir, même, j'ai, j'étais rassurée, rien que par la présence d'une autre sage-femme à... Côté de moi. Sans forcément lui poser des questions »*. Le compagnonnage est utile les premiers mois de la prise d'exercice dans tous les corps de métiers pour acquérir une autonomie suffisante par l'expérience.

Pour terminer, Laurine nous confie qu'elle a le sentiment, malgré sa position de jeune sage-femme, de pouvoir s'exprimer librement auprès des obstétriciens : *« Ils savent que quand je dis quelque chose, c'est... C'est que voilà, il y a quand même, ouais, donc il faut vous écouter, je dis pas ça pour voilà... »*.

10. L'individu 10 : Jeanne

Jeanne fait partie des sages-femmes les plus expérimentées de l'équipe, elle, aussi, a travaillé dans plusieurs types de maternité avant d'arriver dans cet établissement public.

Selon elle, les obstétriciens n'interviennent pas beaucoup en secteur de naissance du fait de la prédominance de l'eutocie sur la dystocie : *« Enfin, ils exercent pas. En fait, ouais... Enfin, exceptionnellement en salle de naissances »*.

Jeanne nous fait part de dépassements de compétences lorsqu'elle était étudiante notamment en apprenant à réaliser des ventouses (instrumentation médicale). Bien que cette pratique lui apportait satisfaction à l'époque, elle a désormais changé de point de vue en raison de la prise en considération aujourd'hui des responsabilités engagées dans cette pratique : *« À l'époque, on trouvait ça grisant. Après j'aurais pas envie d'en faire spécialement parce que voilà, avec les années d'exercice, on a plus forcément envie... Parce que c'est une responsabilité supplémentaire et là j'ai plus envie de d'endosser ce genre de responsabilités »*. Nous pouvons faire le rapprochement avec l'évolution de la société et en particulier le contexte croissant de mise en cause juridiques des sages-femmes et des obstétriciens par rapport aux années 90.

Il est primordial d'avoir un climat relationnel sain entre sages-femmes et obstétriciens pour assurer une qualité de soins optimale. Jeanne en est consciente et en témoigne en relatant l'attitude d'un obstétricien dans une maternité qu'elle a finalement quittée : *« j'ai déjà travaillé dans un endroit où il y a un obstétricien qui était, comment dire... « Caractériel ». Donc, oui, on redoutait toujours de l'appeler parce que... Des fois, ça se passait très mal ! », « Ben j'appelais, mais il finissait toujours par revenir en général, mais j'ai fini par partir de cette maternité »*. Le climat délétère et d'insécurité est la cause de son départ : il s'agissait d'une *« question de... De survie et puis on peut pas travailler dans un climat d'insécurité. Autant pour moi, que pour les patientes. Et puis c'est pas agréable, de sentir, finalement que l'obstétricien, il a pas... Peut-être un manque de confiance, je sais pas... Enfin, il était pas comme ça, pas qu'avec moi donc, voilà, mais je pouvais pas travailler dans ces conditions. Là donc j'ai démissionné, j'ai trouvé autre chose »*.

Ayant travaillé à l'étranger, Jeanne aborde l'étendue du champ de compétences des sages-femmes françaises : *« On a des compétences plus étendues en France, donc du coup. Par rapport à... Aux sages-femmes suisses, qui sont beaucoup plus limitées »*. La satisfaction ressentie, lorsqu'elle travaillait en Suisse, était fondée sur une *« totale confiance »*. Puis elle nous raconte qu'elle avait tout à fait conscience de la position délicate dans laquelle elle se mettait aussi, face à ses collègues : *« ils avaient totalement confiance en moi et... Après, j'ai refusé certains dépassements parce que je voulais pas me mettre en porte-à-faux avec mes autres collègues »*. Le dépassement de tâches semblait-il plus concevable il y a quelques années par rapport à aujourd'hui, ou bien l'avancée dans la profession rend-t-elle plus prudent ?

Jeanne termine cet entretien par un récit où l'obstétricien ne semblait pas avoir pris la mesure d'une situation qu'elle jugeait potentiellement dangereuse. A ce propos, elle dit s'être sentie démunie : *« Alors ça a pas vraiment été conflictuel, c'est, j'étais plutôt désarmée »*. Cette impression provient certainement de la différence entre la frontière de ses connaissances en pathologie et la limite de ses compétences pratiques. En désaccord avec ce médecin, cette sage-femme s'est permise d'orienter, en toute discrétion, la patiente vers une autre maternité. Cette situation témoigne du fait que la négociation n'aboutit pas toujours à un compromis, ni même à un conflit et quand le risque est trop grand, les sages-femmes mettent en place d'autres stratégies dans l'intérêt de la patiente.

Suite à l'analyse de chaque entretien, il en ressort que les échanges entre sages-femmes et obstétriciens sont assujettis à des rapports de force, qui se caractérisent de prime abord par de la négociation, qui, si elle échoue aboutit au conflit. Les sages-femmes n'hésitent pas à faire

valoir leur opinion dans les décisions médicales ou à s'y opposer. L'engagement des responsabilités et l'anticipation des risques font partie de leur quotidien et rythment leur travail en collaboration avec les médecins. Malgré tout, il règne, la plupart du temps, un ordre social, sorte d'équilibre, qui semble tout à fait fonctionner sur le terrain. Chaque groupe professionnel y trouve son compte, ce qui permet de maintenir une organisation de travail pour garantir la qualité des soins prodigués aux patientes et à leur nouveau-né. Le travail en secteur de naissances est effectivement hiérarchisé mais les sages-femmes ne sont pas en reste et savent user de la négociation pour trouver un accord et intervenir dans les décisions. Ces interactions permettent donc de conserver une organisation de travail cohérente et une qualité des soins mais aussi de remanier les champs des attributions et donc l'autonomie d'exercice de chacun dans la physiologie comme dans la pathologie.

C. LIMITES DE L'ETUDE

1. Choix du niveau de la maternité

Par manque de temps, nous avons été contraints de restreindre notre territoire d'enquêtes à une seule maternité de niveau 2. Or, nous sommes convaincues qu'il aurait été encore plus riche d'investiguer l'autonomie d'exercice des sages-femmes et son impact dans les relations de travail avec les médecins dans d'autres niveaux de maternités ou zones géographiques. Effectivement, nous aurions pu réaliser un comparatif entre les différents niveaux de classement de risque des maternités, mais aussi en fonction de leur statut public ou privé. Cette extension du champ de recherche serait passionnante à exploiter.

2. Choix de la population de notre échantillon

Il en est de même au sujet de la population de notre étude, exclusivement constituée de sages-femmes. Cette perception relativement restrictive du travail en milieu hospitalier ne nous permet pas d'explorer les interactions professionnelles de ces professionnelles avec les autres médecins comme les pédiatres et les anesthésistes-réanimateurs, ou encore les internes de médecine, les infirmiers anesthésistes ainsi que les auxiliaires de puériculture. A l'inverse, le regard des obstétriciens nous aurait apporté davantage d'éléments en les confrontant à ceux recueillis dans cet ouvrage. Une telle exploration aurait été extrêmement fournie.

3. Choix de l'entretien sans observation de terrain

Toujours faute de temps, une observation du terrain n'a pas été possible. L'observation des relations de travail sur le terrain aurait permis d'obtenir des données plus objectives que nous aurions pu analyser en lien avec les discours des individus. En combinant ces deux méthodes complémentaires, nous aurions obtenu une analyse plus approfondie des résultats.

4. Perception du risque par les obstétriciens et les internes

Puisque nous avons réduit la population étudiée, il ne nous a pas été possible de confronter la perception du risque par les sages-femmes à celle des obstétriciens et des internes de médecine. Par exemple, nous aurions aimé, entre autre, savoir si le fait de détenir les moyens chirurgicaux, permettait à l'obstétricien, ou à l'interne de spécialité, d'appréhender différemment cette notion de risque.

5. Le genre dans la profession et les interactions des sages-femmes

Une analyse de l'impact du genre dans notre étude aurait été très intéressante, du fait de la minorité masculine dans cette profession. En effet, Jules et Hassan, dans leurs récits, abordent ce que le fait d'être un homme engendre dans leurs relations avec leurs consœurs et les médecins, et nos lectures nous démontrent aussi que le genre a impacté l'évolution de la profession de sage-femme.

PARTIE 5. PRECONISATIONS

Cette étude nous a permis d'investiguer les interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens et la place de leur autonomie dans leur travail ensemble. Il nous paraissait donc intéressant de profiter de ces résultats pour essayer d'élaborer quelques préconisations afin de réduire la hiérarchisation du travail en secteur de naissances, mais aussi, essayer d'améliorer la visibilité du caractère médical de la profession de sage-femme puisque nous avons constaté que celui-ci était moins mis en avant que leurs compétences d'accompagnement.

A. INTEGRATION UNIVERSITAIRE COMPLETE

Selon l'Article L. 4151-7-1 dans le Code de la santé publique :

La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés¹³⁴.

Cependant, à l'heure actuelle, selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes : « la majorité des 35 écoles de sages-femmes restent des écoles hospitalières, hors université (73 universités comptabilisées en 2020) »¹³⁵. Il nous paraît clair que la non-intégration des étudiants

¹³⁴ Article L4151-7-1—Code de la santé publique—Légifrance.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020890784

¹³⁵ Conseil national de l'Ordre des sages-femmes La formation initiale. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>

sages-femmes à l'université a des effets négatifs sur la représentation médicale de leur profession vis-à-vis, entre autres, des étudiants en médecine. Selon nous, cette exclusion contribue à maintenir une différence dans la façon dont cette profession médicale est perçue à la fois par les professionnels de santé et la société en général. Cela permettrait aux étudiants de suivre des cours communs, favorisant l'établissement de relations plus étroites et plus égalitaires entre eux, puisque le fait d'avoir eu une première année de médecine en commun contribue à faire évoluer, un tant soit peu, les relations de travail entre ces deux groupes professionnels.

De même, la dispensation de certains enseignements pourrait être réalisée, par exemple, par des enseignantes (-chercheuses) sages-femmes, communément aux étudiants de médecine et de maïeutique.

B. LE RAPPORT AU RISQUE

Certaines sages-femmes nous ont rapporté, dans leurs témoignages, que les enseignements dispensés à l'école de sages-femmes ou en stage portaient de plus en plus sur la notion de risque, nécessitant de toujours plus anticiper et mesurer les risques. En premier lieu, une prise de conscience de l'impact non négligeable sur l'autonomie d'exercice permettrait de le rationaliser sans pour autant l'occulter puisqu'il reste une des sources de l'organisation du travail en obstétrique, en France. Bien évidemment, cette notion fait partie intégrante de la classification des maternités françaises, dès lors, c'est tout un changement de perception de l'obstétrique française qu'il faudrait envisager...

PARTIE 6. REFLEXIONS SUR LA DEMARCHE DE RECHERCHE

A. L'APPARTENANCE A UN GROUPE PROFESSIONNEL

Cette démarche de recherche nous aura permis de découvrir l'influence de l'appartenance à un groupe professionnel dans sa perception du travail avec les autres groupes et le rôle de chacun dans une organisation. Chaque groupe professionnel possède son identité propre et ses normes, ses valeurs communes qui peuvent être en lien ou en opposition avec celles des autres, créant donc des rapports de force qui peuvent influencer leur façon de penser et d'agir dans leur travail.

L'appartenance à un groupe professionnel détermine aussi une position hiérarchique sans pour autant que cela soit formalisé dans la législation, ou au sein même d'une institution. Se mettent alors en place des tout un système d'interactions pour conserver un ordre social et trouver des accords communs, lorsque cela n'aboutit pas au conflit.

Ce travail nous a donc permis de nous questionner sur la façon dont notre propre appartenance à un groupe professionnel nous influence au quotidien. Il est donc probable que notre appartenance au groupe des sages-femmes ait pu impacter aussi notre analyse, malgré nos efforts pour les éviter.

B. LES RAPPORTS DE FORCE NE SE TRADUISENT PAS TOUJOURS PAR DES CONFLITS

Suite à nos recherches, nous avons aussi découvert que les interactions sociales sont souvent basées sur des rapports de force, mais ceux-ci ne se traduisent pas toujours par des conflits. En effet, les individus peuvent également utiliser des techniques de négociation, et de compromis pour obtenir ce qu'ils veulent. Les rapports de force sont souvent à la base des échanges entre individus, que ce soit sur le plan professionnel ou personnel, remaniant les échanges et les territoires d'action.

Ces rapports peuvent induire le changement dans les pratiques et donc d'améliorer la prise en charge des patients en ce qui concerne le domaine de la santé.

C. LES REGLES NE PEUVENT PAS TOUT FORMALISER

Notre travail nous a fait également réaliser que malgré l'existence de règles, de lois, de procédures et même de recommandations de bonnes pratiques en santé, les individus peuvent agir différemment en fonction de leurs intérêts, de leurs motivations et de leurs propres valeurs. Tout n'est pas formalisable et il existe toujours une part d'informel dans les applications.

Enfin, il peut y avoir tellement de règles et/ou d'ordres à respecter qu'il est difficile de tous les connaître pour bien les appliquer, malgré des efforts de la part des institutions pour que les professionnels de santé les connaissent et les mettent en œuvre.

D. LA RECONNAISSANCE DE LA PROFESSION DE SAGES-FEMMES

Au départ de notre questionnaire, nous souhaitions travailler sur le manque de reconnaissance de la profession de sage-femme. Cette étude a permis de faire évoluer nos perceptions à ce sujet. Autant il fut difficile de faire le lien entre cette interrogation de départ et toutes les recherches orientées par ma directrice de mémoire Madame Divay S., autant, il s'avère que la découverte de l'influence de l'appartenance à un groupe professionnel sur les relations et les rapports au travail nous a permis de comprendre que ce sentiment de manque de reconnaissance, véhiculé aussi par les représentants professionnels, se rapportait au groupe professionnel dominant : les médecins. Au final, les médecins bénéficient d'une « reconnaissance sociale » plus importante et leur pratique est considérée comme plus « prestigieuse » puisque plus technique que celle des sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement. Par conséquent, le groupe professionnel des sages-femmes, et leurs représentants essentiellement, cherchent à obtenir cette reconnaissance en se conformant à ce statut médical commun avec le groupe professionnel dominant. Cependant, nous avons compris que la détention d'un monopole médical comme celui de la pleine autonomie en obstétrique a plus de poids que le statut pour expliquer la raison de cette prédominance. Enfin, nous pensions retrouver de nombreux témoignages sur cette revendication de statut médical, mais il n'en est pas tant le cas. Celle-ci est peut-être davantage portée par les organisations représentatives de la profession.

En conclusion, cette démarche de recherche a permis de mettre en évidence les modalités de travail employées par les sages-femmes et les obstétriciens pour accomplir leur mission commune en secteur de naissance. Bien que leur statut médical soit le même, il s'avère que l'appartenance à un groupe professionnel dont l'autonomie d'exercice est plus large améliore davantage la position dans la hiérarchisation du travail et sa visibilité sociale.

D'autre part, malgré les compétences médicales avérées des sages-femmes, leurs qualités déployées dans l'accompagnement des femmes enceintes, renforceraient la confusion souvent relatée entre leur profession et celle des infirmières. En effet, l'importance accordée au versant paramédical de leur métier aurait tendance à occulter les actes techniques médicaux qu'elles pratiquent quotidiennement. Néanmoins, ces particularités sont absolument essentielles à la bonne organisation actuelle du travail avec les obstétriciens en secteur de naissance.

Notre analyse des résultats nous a aussi démontré que l'étendue des connaissances acquises sur la pathologie par les sages-femmes dépassait le périmètre de leur champ d'exercice et de pratique en la matière. Dès lors, si ceci leur permet d'anticiper grandement les situations critiques ou les décisions médicales, cela occasionne plus volontiers des dépassements de tâches sous couvert d'accélérer la prise en charge médicale. Pour autant, l'engagement de leurs responsabilités par ce transfert semble moins périlleux pour elles que le risque encouru par la parturiente. Cependant, et nous l'avons maintes fois constaté, la notion de risque fait partie intégrante de leur travail. Le fait d'anticiper, incessamment toutes les situations, engendre une division du travail parfois plus précoce entre elles et les obstétriciens, réduisant, de fait, leur autonomie au travail. Par extension, le risque tel qu'il est perçu dans notre société actuelle permet, par ailleurs, au groupe professionnel dominant de préserver son monopole et donc de contenir, en partie, certaines professions comme ici, celles des sages-femmes.

Aussi, nous avons constaté que les lois, les réglementations ou même les recommandations de bonne pratique qui définissent ou encadrent les tâches et rôles de chacun sur le terrain, ne sont pas toujours appliquées de façon stricte. Il existe toujours, même à minima, une différence entre ce qui est défini par les règles et ce qu'il se passe en pratique.

Sur le terrain, les relations entre ces deux groupes professionnels s'expriment de façon multiples en fonction du contexte et de la temporalité, allant de la simple discussion médicale à l'opposition nette, en passant par différentes formes de négociation. Toutes permettent de maintenir un ordre social destiné à réaliser des soins de qualité. Ces interactions, issues de rapports de force entre acteurs, bien que potentiellement constructives, engendrent aussi des

tensions et des conflits. Heureusement, ces situations potentiellement angoissantes pour les patientes parfois témoin de leurs désaccords, semblent relativement peu fréquentes.

La complémentarité des rôles des sages-femmes et des obstétriciens apparaît ainsi essentielle en secteur de naissance. Malgré les attributions de chacun, les groupes professionnels ne seront jamais tout à fait autonomes, comme l'affirment Demazière, D. et Gadéa, C. dans leur ouvrage « Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis », effectivement : « les groupes professionnels concrets ne forment jamais une figure achevée ou accomplie, ils sont indissociables de dynamiques professionnelles qui le forment, les déforment, les transforment. »¹³⁶.

En somme, lors de cette étude de recherche, les dynamiques des interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens nous ont montré que, si la détention d'un monopole comme la pathologie obstétricale offre une position dominante aux médecins dans la hiérarchisation du travail en secteur de naissance, les conditions organisationnelles du travail, mais aussi, les interactions professionnelles et leur contexte influent sur l'autonomie d'exercice.

¹³⁶ Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). Conclusion. Dans : Didier Demazière éd., Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis (pp. 435-451). Paris: La Découverte. <https://rbu.univ-reims.fr:2088/10.3917/dec.demaz.2010.01.0435> p138.

BIBLIOGRAPHIE

ACADEMIE FRANÇAISE. Dictionnaire Académie Nationale de Médecine.
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>

ACADEMIE FRANÇAISE. Dictionnaire de l'Académie française <https://www.dictionnaire-academie.fr/>

ACKER F. (2004) Travailler ensemble !? Article paru Dans : Soins cadres (n° 49, Février 2004) ; Pagination : 22-25.

ANGUIS, M., BERGEAT, M., PISARIK, J., VERGIER, N., CHAPUT, H., MONZIOLS, M., LAFFETER, Q., LEGENDRE, B., DIXTE, C., ET BARLET, M. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?

APEC. Chef de service médical | Apec. (s. d.).<https://www.apec.fr/tous-nos-metiers/sante-social-culture/chef-de-service-medical.html>

ASSEMBLEE NATIONALE. L16t0060_texte-adopte-provisoire.pdf. (2023).
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16t0060_texte-adopte-provisoire.pdf

CARRICABURU, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : Les enjeux d'une définition. Sociologie et sociétés, 39(1), 123 144.
<https://doi.org/10.7202/016935ar>

CAVALLI, S. ET GOUILHERS-HERTIG, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ?. Dans : Claudine Burton-Jeangros éd., Accompagner la naissance: Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande (pp. 85-106). Bangkok: BSN Press

CHARRIER, P. (2011). Les sages-femmes en France.

CHARRIER, P. ET CLAVANDIER, G. (2013). Chapitre 4 - Lieux et organisation de la naissance. Dans : P. Charrier et G. Clavandier (Dir), Sociologie de la naissance (pp. 103-139). Paris: Armand Colin.

CHARRIER. P. Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ?. Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2007, 67, pp.95-118.

CHARRIER. P. Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ?. Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2007, 67, pp.95-118.

CHARVOLIN V. (2016) Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique, entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes. Revue TRANSVERSALES du Centre Georges Chevrier. <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/Transversales.html>.

CNGOF. (2015) ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson. Gynécologie Obstétrique— <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>

CNOSF. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes La formation initiale.
<https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>

CNOSF. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels (2023) <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2023/02/Mise-a-jour-fevrier-2023.pdf>

CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.-X. (2003). « Système(s) de santé entre conflits et coopérations », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X. (Dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, p. 7-17.

DAGNAUD, M., ET MEHL, D. (1988). Les gynécologues 1 : Une profession sous influence. *Sociologie du travail*, 30(2), 271-285. <https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2402.p282-283>.

DEMAZIERE, D. ET GADEA, C. (2009). Conclusion. Dans : Didier Demazière éd., *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 435-451). Paris: La Découverte. <https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/dec.demaz.2010.01.0435>.

DEMAZIERE, D. ET GADEA, C. (2009). Introduction. Dans : Didier Demazière éd., *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 13-24). Paris: La Découverte.

DENISE T., DIVAY S., DOS SANTOS M., FOURNIER C., GIRARD L., LUNEAU A. (2022) *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*. p492. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf>

DIVAY S. (2022). « Genre et pratiques professionnelles dans le champ paramédical » Conférence à l'Université Reims Champagne-Ardenne.

DODIER NICOLAS, DARBON SEBASTIEN. ELIOT FREIDSON, *La profession médicale*. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 3, n°1, 1985. pp. 129-143.

DOUGUET F. ET VILBROD A. *Rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf*. 2022, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf

DREES. Fiche 24—La naissance les maternités .pdf. (s. d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20La%20naissance%20%20les%20maternit%C3%A9s%20.pdf>

EWALD, F. (1996), *Histoire de l'État-providence*, Paris, Grasset.

HAS. *Grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf*. (2009) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf

HAS. *Reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf*. (s. d.). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco363_gm_rbp_maj_janv_2020_cd_2020_01_22_v0.pdf

INTER SYNDICALE NATIONALE DES INTERNES L'accès au 3ème cycle. (s. d.). ISNI <https://isni.fr/laces-au-3eme-cycle/>

JACQUES B., *Sociologie de l'accouchement*, La Santé de l'homme 2007, n°. 391

LEGIFRANCE. Arrêté du 19 juillet 2022 fixant au titre de l'année universitaire 2022-2023 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire— (2022)
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046061961>

LEGIFRANCE. Article D6124-38—Code de la santé publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917028?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=comp%C3%A9tences+obst%C3%A9tricien&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT

LEGIFRANCE. Article D6124-44—Code de la santé publique—Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917035?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=comp%C3%A9tences+obst%C3%A9tricien&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT

LEGIFRANCE. Article L4151-3. Code de la santé publique
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688931

LEGIFRANCE. Article L4151-7-1—Code de la santé publique
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020890784

LEGIFRANCE. Articles L4111-1 à L4111-8 Chapitre Ier : Conditions générales d'exercice. (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171263

LEGIFRANCE. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285

LEGIFRANCE. Livre Ier : Professions médicales (Articles L4111-1 à L4163-11)
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006140625> et Chapitre Ier : Conditions générales d'exercice (Articles D4111-1 à R4111-43).

LEGIFRANCE. LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants (1), 2009-833 (2009).

LEGIFRANCE. Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/#LEGISCTA000006155058

LEGIFRANCE. Titre IV : Profession de chirurgien-dentiste (Articles L4141-1 à L4142-7)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155059/#LEGISCTA000006155059

LEGIFRANCE. Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/#LEGISCTA000006155060

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE - Le parcours d'accès spécifique santé (PASS) et la licence « accès santé » (LAS). (s. d.).

enseignementsup-recherche.gouv.fr. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-parcours-d-acces-specifique-sante-pass-et-la-licence-acces-sante-las-50951>

MONTAZEAU, O., ET BETHUYS, J. (2011) Histoire de la formation des Sages-Femmes en France.

MOREL, M.-F. (2007). Histoire de la naissance en France (xvii^e-xx^e siècle). adsp n° 61 /62 décembre 2007 – mars 2008 .

PARCOURSUP—Accueil. (s. d.). <https://www.parcoursup.fr/>

PARSONS T. (1951), The social system, New York, Free Press.

PENEFF, J. (2005). L'Hôpital en urgence. Éditions Métailié.
<https://doi.org/10.3917/meta.penef.2005.01> 262p

Picard, D. et Marc, E. (2008). Les conflits relationnels. Presses Universitaires de France.
<https://rbu.univ-reims.fr:2136/10.3917/puf.picar.2008.01>

Picard, D. et Marc, E. (2015). Chapitre premier. La notion de conflit. Dans : Dominique Picard éd., Les conflits relationnels (pp. 7-17). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf. (2010).<https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

RUBY, C. (2014). Domination, autorité et pouvoir dans une sociologie de la domination. Raison présente, 192(4), 79-86.

SAGE PRANCHERE, N. (2011). L'école des sages-femmes [Thèses, Sorbonne Université].
<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02367018>

SAGE PRANCHERE, N. (2017). L'école des sages-femmes : Naissance d'un corps professionnel, 1786-1917. Presses universitaires François-Rabelais.
<https://doi.org/10.4000/books.pufr.13172>

SAPIRO, G. (2019). Repenser le concept d'autonomie pour la sociologie des biens symboliques. Biens Symboliques / Symbolic Goods. Revue de sciences sociales sur les arts, la culture et les idées, 4, Art. 4. <https://doi.org/10.4000/bssg.327> - Freidson Eliot (1984). La Profession médicale, trad. Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud. Paris, Payot.

SCHWEYER F. X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. In: Sciences sociales et santé. Volume 14, n°3, 1996. Définitions et enjeux professionnels autour du soin, sous la direction de Martine Bungener, Catherine Le Gales et Janine Pierret. pp. 67-102.

SCHWEYER, F.-X. (1996). La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé, 14(3), 67-102.
<https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1369>

SENAT. Proposition de loi visant à faire évoluer la formation de sage-femme. (2023, avril 7). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/l22-015/l22-015.html>

STRAUSS A. L., La trame de la négociation (1992) p319.

UNIVERSITE DE BORDEAUX - Parcours d'accès spécifique santé (PASS). (2023, mars 14). jechoisis. <https://jechoisis.u-bordeaux.fr/choisir/sante-et-paramedical/parcours-acces-specifique-sante>

UNSSF. Extrait-SF-rapport-cour-des-comptes-sept-2011.pdf. (2011). <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Extrait-SF-rapport-cour-des-comptes-sept-2011.pdf>

VAJOU, A. (1994). La responsabilité juridique de la sage-femme lors de la délégation d'actes. 100p.

VEZINAT, N. (2016). Introduction. Dans : N. Vezinat, Sociologie des groupes professionnels (pp. 7-13). Paris: Armand Colin.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PARTIE 1. CADRE PROFESSIONNEL 5

A. LES PROFESSIONS MEDICALES EN OBSTETRIQUE5

1. Historique, dispositions légales actuelles et formations des professions médicales en France	5
a. Historique des professions de sage-femme et d'obstétricien de l'Antiquité au XXe siècle	5
b. Sages-femmes et obstétriciens aujourd'hui : dispositions légales françaises	7
- Dispositions légales communes des professions médicales de sage-femme et de médecin	7
- Dispositions légales spécifiques et champ de compétences de la sage-femme en France	8
- Dispositions légales spécifiques et champ de compétences de l'obstétricien en France	9
c. Formation des professions médicales en France (Schéma 1)	9
- Le PASS et la L.AS	10
- Les études de Maïeutique pour devenir sage-femme	10
- Les études de Médecine pour devenir gynécologue-obstétricien	11
2. Démographie médicale des sages-femmes et des obstétriciens aujourd'hui en France	12
a. Démographie des sages-femmes (tableau 2)	12
b. Démographie des obstétriciens (tableaux 3 et 4)	13
B. LE TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER : LE SECTEUR DE NAISSANCE	14
1. Généralités	14
a. Le secteur de naissance	14
b. Classification des maternités par niveau de risque	14
c. Typologie des grossesses et situations à risque en obstétrique et « Recommandations de bonne pratique »	15
C. LA MATERNITE ETUDIEE	16
1. Le niveau de la maternité et son contexte géographique	16
2. L'architecture du secteur de naissance	16
3. Les ressources humaines	16

PARTIE 2. REVUE DE LA LITTERATURE 17

A. LES PROFESSIONS ET LES GROUPES PROFESSIONNELS17

1. « Les professions »	17
2. « Les groupes professionnels »	18

B. LE RISQUE EN OBSTETRIQUE19

C. L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE21

D. « TRAVAILLER ENSEMBLE »23

1. « La coopération »	24
2. « Le pouvoir » et « la domination »	25
3. « La division du travail à l'hôpital »	26
4. « La négociation »	29

E. PROBLEMATIQUE30

PARTIE 3. METHODOLOGIE EXPLORATOIRE 33

A. ENQUETE EXPLORATOIRE33

1. Choix de l'échantillon de l'enquête	33
2. Limites de ce choix d'échantillon	33
B. OUTIL UTILISE POUR L'ENQUETE : LE GUIDE D'ENTRETIEN	34
C. QUESTIONS DU GUIDE D'ENTRETIEN (Annexe 1)	34
1. Situer l'individu	34
a. Âges des individus	34
b. Année d'obtention du Diplôme d'Etat et durée d'exercice	34
c. Ancienneté dans l'hôpital actuel et dans la Fonction Publique Hospitalière	35
d. Mode d'exercice et diplômes supplémentaires	35
e. Quotité de travail, services d'exercice et travail de Jour et de Nuit	35
f. Modalités d'enregistrement des entretiens	35
2. Groupes Professionnels et statut médical à compétences différentes	35
3. L'Autonomie professionnelle	35
a. Perception des responsabilités professionnelles	35
b. Evolution de l'autonomie professionnelle	36
4. Le Risque en obstétrique	36
5. « Travailler ensemble »	36
6. Les récits de terrain	37
D. RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS (Dossier annexe)	37
E. CODAGE DES RESULTATS (Annexe 2)	37
<u>PARTIE 4. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE</u>	<u>38</u>
A. ANALYSE PAR THEMATIQUE	39
1. Population interrogée (Tableau 5)	39
a. Âge des individus interrogés (Tableau 5 et 5B)	39
b. Année d'obtention du Diplôme d'Etat et durée d'exercice (Tableau 5, 5C et 5D)	40
c. Ancienneté dans l'hôpital actuel et dans la FPH	40
d. Mode d'exercice et Diplômes supplémentaires	41
e. Quotité de travail, Services d'exercice et Travail de Jour et de Nuit	41
f. Durée des enregistrements vocaux	41
2. Perceptions du statut médical et des champs de compétences de chaque groupe professionnel médical	42
3. Responsabilités médicales professionnelles et risque en obstétrique	44
4. L'autonomie professionnelle	46
5. « Travailler ensemble »	49
B. ANALYSE ENTRETIEN PAR ENTRETIEN	54
1. L'individu 1 : Linda	54
2. L'individu 2 : Julie	56
3. L'individu 3 : Clotilde	58
4. L'individu 4 : Catarina	60
5. L'individu 5 : Nadia	62
6. L'individu 6 : Jules	63
7. L'individu 7 : Hassan	64
8. L'individu 8 : Sidonie	65
9. L'individu 9 : Laurine	67
10. L'individu 10 : Jeanne	67
C. LIMITES DE L'ETUDE	69
1. Choix du niveau de la maternité	69
2. Choix de la population de notre échantillon	69
3. Choix de l'entretien sans observation de terrain	69
4. Perception du risque par les obstétriciens et les internes	70

5. Le genre dans la profession et les interactions des sages-femmes	70
<u>PARTIE 5. PRECONISATIONS</u>	70
A. INTEGRATION UNIVERSITAIRE COMPLETE	70
B. LE RAPPORT AU RISQUE	71
<u>PARTIE 6. REFLEXIONS SUR LA DEMARCHE DE RECHERCHE</u>	71
A. L'APPARTENANCE A UN GROUPE PROFESSIONNEL	71
B. LES RAPPORTS DE FORCE NE SE TRADUISENT PAS TOUJOURS PAR DES CONFLITS	72
C. LES REGLES NE PEUVENT PAS TOUT FORMALISER	72
D. LA RECONNAISSANCE DE LA PROFESSION DE SAGES-FEMMES	72
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	75
TABLE DES MATIERES	80
ANNEXE 1	83
ANNEXE 2	84

GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES SAGES FEMMES
**« La dynamique des interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens :
Le moment de l'appel et après... Quelle autonomie ? »**

ANNEXE 1

« Les interactions professionnelles entre groupes professionnels au statut médical, influent-elles sur leur autonomie d'exercice en secteur de naissance ? »

THEMES/CONCEPT	SOUS THEMES	N°	QUESTIONS	Points à investiguer – Questions de relance
IDENTITE	Année d’obtention du Diplôme d’Etat de Sage-femme			-
	Ancienneté dans l’Etablissement			
	Ancienneté dans la fonction publique hospitalière			
	Mode d’exercice dans l’institution /diplômes supplémentaires			
	Âge			
	Genre			
GROUPE PROFESSIONNELS	Groupe Professionnels et statut médical à compétences différentes	1	Quelles sont les points communs et différences entre votre champ d’exercice et celui des obstétriciens ?	Qu’est-ce qu’il fait que vos attributions sont différentes ? Pouvez-vous me parler du statut médical ?
AUTONOMIE PROFESSIONNELLE	Perception des Responsabilités	2	Dans quels cas vos responsabilités sont-elles engagées ?	Avez-vous déjà été amené(e) à réaliser des dépassements de tâches ou reçu des injonctions à réaliser un acte inadapté au contexte clinique ?
	Evolution de l’Autonomie avec le temps	3	Votre autonomie d’exercice a-t-elle évoluée avec le temps ?	Quels sont les facteurs qui vous ont permis de développer une plus grande autonomie d’exercice ou, au contraire, de la diminuer ?
		4	Comment définissez-vous votre autonomie et celles des médecins ?	Quels en sont les périmètres ? Quelles sont les différences ?
LE RISQUE EN OBSTETRIQUE	Caractéristiques de l’appel au médecin	5	Pour quelles raisons faites-vous appel au médecin ?	Avez-vous déjà redouté d’appeler un obstétricien ?
		6	Pour vous, les motifs d’appel sont-ils toujours évidents ?	
« TRAVAILLER ENSEMBLE » EN SECTEUR DE NAISSANCES	Division/partage du travail	7	A quels moments intervient l’obstétricien dans l’organisation du travail en secteur de naissances ?	L’obstétricien contrôle-t-il le travail de la sage-femme en secteur de naissances notamment lorsque le travail est physiologique ?
	Le risque en obstétrique	8	Pouvez-vous me donner votre vision du risque en obstétrique ? Qu’est- ce qu’il induit en obstétrique ?	Quelle incidence a la notion de risque sur le partage du travail en secteur de naissances ?
	Hierarchisation du travail	9	En situation critique, suite à l’appel au médecin, comment est partagé le travail entre vous et l’obstétricien ? Pouvez-vous me citer des situations critiques en obstétrique ? Comment est le climat de travail ?	Que devient l’autonomie de la sage-femme lorsqu’elle fait appel au médecin ? Comment est le climat en secteur de naissance ? Et plus particulièrement en cas de situation critique ?
RECITS DE TERRAIN	Situations limites, tensions...	10	Pouvez-vous me raconter une ou plusieurs situations de prise en charge critique que vous avez vécue comme difficile ou conflictuelle avec un obstétricien, à partir du moment où vous décidez de faire appel à lui ?	-

GRILLE DE CODAGE DE L'ENTRETIEN n° .. : (Pseudonyme de l'individu)

« Dynamiques des interactions professionnelles entre sages-femmes et obstétriciens :

Le moment de l'appel et après... Quelle autonomie ? »

ANNEXE 2

THEMES	SOUS THEMES	CODES	OBJET	OCCURRENCES	VERBATIMS
GROUPE PROFESSIONNELS	Perception des champs de compétences	COMP	Compétences communes avec les médecins		
		COMP	Compétences spécifiques de la sage-femme		
AUTONOMIE PROFESSIONNELLE ET RISQUE EN OBSTETRIQUE	Perception de la frontière de leurs responsabilités	LIMIT+	Responsabilités clairement engagées		
		LIMIT=	Responsabilités partagées avec ou sans passage de relais à l'obstétricien		
		LIMIT-	Dépassement de tâches		
	Caractéristiques du passage de relais, et perception des conditions d'appel au médecin	SUR+	Certitude sur le motif de l'appel		
		SUR-	Doute sur le motif de l'appel		
		RETIC+	Réticence de la sage-femme à appeler		
		RETIC-	Pas de réticence de la sage-femme à appeler		
		FAVORA+	Conditions d'appel normales		
		DEFAVO-	Conditions d'appel tendues/conflictuelles		
	Perception de la notion de risque en obstétrique	RISQ+	Présence de risque		
		RISQ-	Absence de risque		
« TRAVAIL ENSEMBLE » ET PARTAGE DU TRAVAIL EN OBSTETRIQUE	Travail sans le médecin, perception de l'autonomie	AUTO+	Autonomie claire		
		AUTO-	Subordination de la sage-femme au médecin/ Contrôle du médecin		
	Travail avec le médecin, modalités de la division du travail	DOM	Travail hiérarchisé - domination médicale		
		POUV	Prise de pouvoir de la sage-femme sur le médecin		
		COOP	Travail non hiérarchisé – Coopération égale entre sage-femme et médecin		
		STRAT	Mécanismes de régulation par la négociation/ et l'évitement...		
		OPPO	Mécanismes de régulation par l'opposition – Contradiction, confrontation		
	Qualité des relations de travail	REL+	Relations confraternelles de bonnes qualités		
		REL-	Relations tendues ou conflictuelles		