

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	101 (2003)
<b>Heft:</b>	12
<b>Artikel:</b>	Médecin et sage-femme - une dépendance réciproque
<b>Autor:</b>	Fort, Marie José
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950541">https://doi.org/10.5169/seals-950541</a>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 23.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## EDITORIAL

*A l'heure de la mondialisation, de l'interdisciplinarité, de la complémentarité, le thème de ce numéro en aura peut-être choqué certaines... «Le pouvoir», quel drôle de thème pour Noël!*



*Mais au fond, le pouvoir, qu'est-ce que c'est? Pour le Petit Robert, c'est la «possibilité d'agir sur quelqu'un ou sur quelque chose». Ses synonymes peuvent être autorité, puissance, descendant...*

*Pour le philosophe français*

*Michel Foucault, le pouvoir ne se possède pas; il s'exerce, comme stratégie de domination ou simple rapport de force, dans toute relation sociale, quelle qu'elle soit (relations parent-enfant, professeur-élève, médecin-patient etc.). Intéressant.*

*D'autres intellectuels se sont exprimés sur ce thème. Ainsi Einstein, inventeur du principe de la bombe atomique, qui disait: «L'effort d'unir sagesse et pouvoir aboutit rarement et seulement très brièvement». Ou encore Montherlant: «Il n'y a pas de pouvoir. Il y a l'abus de pouvoir, rien d'autre.» Voilà qui donne à réfléchir.*

*Dans le monde sage-femme, le pouvoir (ou l'abus de pouvoir) peut être entre les mains des autres: l'institution, les médecins, les autres sages-femmes, voire les autres professionnels gravitant autour de la naissance (conseillères en lactation, infirmières, doula...). Le pouvoir de l'autre est souvent ressenti comme une menace. Mais il y a aussi le pouvoir dont les sages-femmes usent (et abusent?) sur les femmes, leurs bébés, leurs maris, ou d'autres professionnelles de la santé...*

*De nombreux philosophes pensent comme Francis Bacon qui a dit: «Le vrai pouvoir, c'est la connaissance». Le pouvoir aujourd'hui est souvent détenu par celui (ou celle) qui en sait plus que les autres... C'est un pouvoir pernicieux, car le plus sage n'est pas nécessairement le plus savant. «Tout pouvoir est une violence exercée sur les gens» disait Mikhaïl Boulgakov et aussi «Au plus élevé du trône du monde, nous ne sommes assis que sur notre cul» (Montaigne). Ne l'oublions pas! Cette prise de conscience doit nous amener à préférer la collaboration les uns avec les autres, plutôt que les rapports de pouvoir des uns sur les autres! Joyeux Noël!*

  
Fabienne Gogniat Loos

## Rapports de pouvoir

## Médecin et sage-femme

**Longtemps, femme et sage-femme ont partagé ensemble le «pouvoir» de la naissance. Aujourd'hui, la femme est largement dépossédée de ce pouvoir et d'autres protagonistes s'en sont emparés: médecins bien sûr, mais aussi infirmières, conseillères en lactation ou doula. Pour mieux comprendre les enjeux de cette «bataille autour de la naissance», Marie-José Fort a recherché à analyser le fonctionnement du rapport de pouvoir entre médecin et sage-femme.**

## Marie José Fort

**«Longtemps**, la maternité et la naissance (...) ont été entourées de rites. L'accouchement se déroulait dans la maison familiale protectrice et rassurante, afin d'enraciner le nouveau-né dans son lignage<sup>1</sup>. On accouchait près des siens, en plaçant toute sa confiance dans la nature et la sage-femme. La société attribuait à cette dernière un certain pouvoir sur la vie, la femme, la famille et la société en général.

Aujourd'hui, la famille est dépossédée d'une partie de son emprise sur l'expérience de la naissance, et le rapport de pouvoir s'établit différemment entre le corps médical et la sage-femme. Le but de ce travail est d'effectuer une réflexion sur ce rapport de pouvoir, d'en comprendre les enjeux et d'en analyser le fonctionnement.

## Le pouvoir «naturel» du professionnel sur le patient

L'histoire de l'accouchement en milieu hospitalier marque le passage d'un acte gratuit, mais mortel, à un geste salvateur. Afin de gagner la sécurité quasi absolue de la naissance, les femmes et par conséquent les sages-femmes, ont accepté, au milieu du siècle passé, d'abandonner le domicile familial pour la maternité. C'est ainsi que la sage-femme a dû partager son activité d'accoucheuse avec le médecin.



**Marie José Fort** est responsable de la formation des sages-femmes à l'Ecole Le Bon Secours de Genève depuis 1996. Diplômée en 1971, et après 4 ans de pratique hospitalière et privée, elle intègre l'école de sage-femme comme enseignante. Pendant 12 ans (de 1979 à 1991) elle enseigne à mi-temps toute en ayant une activité de sage-femme indépendante.

Dans sa pratique soignante, tout professionnel exerce un pouvoir sur le patient. Conscient ou inconscient, ce pouvoir lié à la connaissance demeure tabou. Celui ou celle qui sait, exerce un pouvoir sur celui qui ne sait pas, pouvant conduire à une relation dominant-dominé.

Il est essentiel que la sage-femme prenne conscience de son pouvoir afin de l'exercer à bon escient. Dans sa pratique professionnelle, elle est amenée à répondre aux besoins et aux désirs de la parturiente et à considérer cette dernière comme une partenaire active. Cependant, dans certaines circonstances, la sage-femme doit même s'opposer à certaines demandes, ce qui est parfois vécu par la parturiente comme un abus de pouvoir.

Deux sens peuvent être donné au pouvoir qu'exerce la sage-femme, le premier est le pouvoir d'action et le deuxième est le pouvoir de domination.

L'abus de pouvoir pourrait être le pouvoir caché de la sage-femme. Parfois le pouvoir dérape comme par inadvertance. La relation de confiance se dégrade et se transforme en relation dominant-dominé, parfois même en relation de conflit. Il y a perte de confiance réciproque, la femme se rebiffe, la sage-femme exerce son autorité, pouvant aller jusqu'au chantage. La sage-femme peut abuser de son pouvoir quand la peur l'envahit, que la maîtrise de la situation lui échappe ou encore lorsqu'elle atteint un niveau d'épuisement qui l'empêche de garder

<sup>1</sup> Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Naître à l'hôpital au XIX siècle, Belin, 1999.

# une dépendance réciproque



Dans sa pratique, tout soignant exerce un certain pouvoir sur le patient, c'est évident. Mais partager ce pouvoir à la fois avec le patient et les autres intervenant autour de la naissance, c'est éviter largement de tomber dans le travers de l'abus de pouvoir.

Photo: Susanna Hufschmid

la bonne distance. Dans ce cas, il est indispensable d'identifier ses limites et de demander de l'aide.

## La lutte pour le pouvoir à travers la douleur

Aujourd'hui, les femmes souhaitent vivre pleinement leur accouchement, tant sur le plan physique que psychologique, garder la maîtrise de leur corps, sans devoir supporter les douleurs qui sont quelquefois trop pénibles. La péridurale est fréquemment demandée parce qu'elle permet de diminuer les douleurs de l'enfancement. Rappelons que l'anesthésie péridurale est une intervention médicale pratiquée uniquement par le médecin anesthésiste.

Diverses informations concernant cette anesthésie locale sont diffusées

dans des revues destinées aux femmes et aux parents. Elle est généralement présentée comme la solution à tous les maux de l'accouchement. On constate d'ailleurs qu'actuellement, à Genève, 80% des femmes bénéficient de l'anesthésie péridurale en clinique, contre 40% à la Maternité.

Les médecins obstétriciens, qui exercent un rôle d'action ponctuel et non d'accompagnement comme la sage-femme, sont généralement favorables à la péridurale car son utilisation permet de diminuer «magiquement» les plaintes des parturientes. De plus, en cas d'intervention obstétricale, l'anesthésie étant déjà en place, ils peuvent agir vite, ce qui augmente les mesures de sécurité vis à vis de la santé maternelle et celle de l'enfant. Dans ce cas, le corps médical détient le pouvoir thérapeutique, par le fait que la péridurale

est un acte médical et que seul le médecin peut agir.

Les droits du patient stipulent que la patiente a le droit, et donc le pouvoir, d'exiger cette anesthésie à condition que celle-ci ne présente pas de contre-indication pour son état de santé. Le rôle de la sage-femme (et du médecin), dans cette situation, est d'assurer la surveillance spécifique de l'état de santé de la femme et du fœtus.

Sur le plan déontologique, le professionnel de la santé est tenu d'informer la femme des éventuelles complications liées à la péridurale, acte médical dont l'indication est le confort de la femme. On connaît les risques de cette intervention, et par conséquent les dangers de sa pratique systématique.

Par sa spécificité professionnelle, la sage-femme a des compétences relationnelles qui lui permettent d'instau-



Sages-femmes et parturientes doivent s'entendre pour lutter contre un instrument de pouvoir sournois, mais bien présent dans notre société: le manque de temps organisé institutionnellement.

Photo: Isabelle Meister

rer rapidement une relation de confiance avec la femme dès son accueil à la maternité. Les premiers instants sont déterminants pour établir cette confiance. L'empathie, l'écoute, l'observation, sont les principaux atouts de la sage-femme, qui lui permettent d'entrer en relation et d'évaluer les besoins de la femme.

Dans le cas où la femme souhaiterait d'emblée une péridurale, la sage-femme tente tout d'abord, de comprendre comment la femme appréhende cette nouvelle expérience, notamment le sens qu'elle attribue aux douleurs de l'enfantement, la représentation qu'elle en a, et comment ces dernières sont vécues dans sa féminité et dans sa culture. Tout en l'observant, elle cherche à détecter quels moyens physiques et psychologiques la femme pourra mobiliser pour faire face à ses douleurs.

Bien sûr, la constitution féminine a les moyens bio-physiologiques pour faire face à la douleur de l'enfantement. Toutefois, dans notre contexte socioculturel, il faut aider la femme à se mobiliser pour faire face à cette nouvelle expérience effrayante. Pendant le travail, la non-maîtrise du corps déstabilise la parturiente et peut la conduire à la panique.

C'est aussi à ce moment là que le rôle de la sage-femme est déterminant. Elle rassure la parturiente parce qu'elle-même représente l'expérience de celle qui a déjà vécu l'événement. Elle l'aide à se faire confiance, l'accompagne dans son épreuve et la conduit à vivre

la naissance de son enfant le plus naturellement possible.

Tout en lui apportant les soins de confort nécessaires, elle renforce sa tolérance face à la douleur. C'est seulement lorsque tous les moyens de soulager la douleur ont atteint leurs limites que la femme et la sage-femme se mettent ensemble à envisager une alternative plus efficace comme l'anesthésie locale pour laquelle l'aide du médecin est nécessaire. C'est la relation de confiance qui règne entre les différents partenaires qui permet la négociation.

Le rôle de la sage-femme est considérable pendant l'accouchement puisqu'elle a pleins pouvoirs sur la gestion de la situation. Au moment crucial de l'expulsion, la femme en effet se vit dans une situation de déchirement physique total, de danger, de perte de contrôle, de vulnérabilité et d'impuissance. Par réaction, elle investit la sage-femme de tout le pouvoir dont elle se sent momentanément privée.

Tout changement de situation engendrant l'intervention médicale modifie la relation femme-sage-femme et la complique au profit d'une relation triangulaire. Même si le médecin représente «le pouvoir salvateur», sa présence signifie indirectement que les choses ne se déroulent pas normalement et donc qu'il y a danger. La sage-femme qui jusqu'ici conduisait les événements, se trouve maintenant subordonnée dans une certaine mesure, à l'intervention du médecin. De naturel, l'accouchement devient médi-

calisé et le rôle de la sage-femme se transforme et perd sa toute-puissance. Elle n'est plus seule à décider.

## Le pouvoir via l'information

La femme, comme tout patient hospitalisé, a le droit de savoir ce que les soignants écrivent dans son dossier à propos de son état de santé. Elle a le droit de contrôler l'anamnèse établie par le médecin et la sage-femme, de connaître le diagnostic posé, le traitement prescrit et toutes les autres décisions la concernant. Elle peut exiger de consulter son dossier à n'importe quel moment. Si elle a le sentiment que le corps médical n'a pas tenu compte de son avis lors d'une décision la concernant, elle peut la refuser. Néanmoins le niveau de connaissances de la sage-femme et de la femme est très différent. De même la distance affective entre l'information médicale spécifique et la situation, qui est très différente entre la professionnelle de la santé et la patiente concernée.

De fait, on expérimente parfois chez les patientes surinformées, une augmentation significative de l'angoisse, et par conséquent d'un mal être, qui compliquent inutilement la situation. Dans ce cas, comment définir les limites de l'information nécessaire et de la responsabilité de chacun? Comment sélectionner la bonne information à transmettre au patient pour lui permettre la compréhension utile de sa situation? Détenir l'information donne du pouvoir, la transmettre à la parturiente, c'est le partager avec elle.

Ce partage implique également le partage des responsabilités. Dans cette situation, la sage-femme est parfois amenée à exercer un pouvoir de contrôle du savoir à transmettre.

## Le pouvoir par le secret

Pendant l'accompagnement de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, une relation privilégiée s'instaure avec la sage-femme. Celle-ci recueille les informations nécessaires à la prise en charge de la situation. La parturiente se confie différemment selon qu'elle est avec la sage-femme ou avec le médecin. Rappelons que ce dernier n'intervient que de façon ponctuelle, et non pas dans la durée. C'est pour cela que la femme ne parlera pas de son intimité de la même façon avec lui qu'avec la sage-femme, ne confiant pas les mêmes renseignements à l'un et à l'autre.

La femme éprouve souvent le besoin de se confier à la sage-femme qui, par son rôle social, représente un personnage moralement respectable, reconnu pour ses capacités à garder les secrets. Pendant l'anamnèse, la femme est amenée à confier ses expériences intimes telles que des interruptions de grossesse cachées, des viols, des expériences sexuelles mal vécues. Elle peut confier encore d'autres secrets, comme un enfant caché, confié à l'adoption. Cependant, la confidence la plus lourde reste l'aveu de la véritable identité du père de l'enfant qu'elle porte, si elle n'est pas celle du père présumé.

C'est la complicité de ce moment privilégié vécu dans la plus grande intimité qui permet à la femme de se décharger d'un secret trop écrasant sur une personne de confiance. Ainsi elle se libère momentanément du poids d'une expérience traumatisante et culpabilisante. Cette confidence lui permet sans doute de se rendre plus disponible pour vivre l'expérience du présent.

C'est ainsi que la sage-femme devient le réceptacle des secrets des femmes et des familles, détentrice d'un pouvoir caché et non-dit. Détenir un secret représente déjà un pouvoir, comme l'a souligné André Comte-Sponville.

## Organisation hiérarchique du pouvoir

Le pouvoir s'exerce différemment selon que la sage-femme pratique à la maternité ou à domicile. En milieu

hospitalier, ce pouvoir paraît plus imposant, voire plus rigide.

Pour la loi comme dans les mentalités, la sage-femme reste sous la dépendance du médecin pour une grande partie de son activité liée à des situations pathologiques. Elle est dans une position ambivalente: elle est à la fois une vraie professionnelle, bien formée et compétente, autonome pour une grande partie de son travail, mais également une auxiliaire dépendante. Les textes et les médecins s'accordent à définir «la bonne sage-femme» comme celle qui seconde le médecin sans pour autant le remplacer.

Relevons que la sage-femme reconnaît l'accouchement et la naissance comme étant des expériences appartenant aux femmes et à la famille. Sa pratique professionnelle est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement, reconnus comme des processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.

Lorsque l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant sont en danger, la sage-femme doit faire appel au médecin car cela dépasse ses compétences. L'action médicale thérapeutique est alors en général imposée et rarement remise en cause par la femme car il en va de sa vie et/ou de celle de son enfant.

## Sage-femme et médecin: des rôles complémentaires

Aujourd'hui plus qu'hier, la sage-femme et le médecin sont amenés à collaborer avec la femme et le couple dans le suivi du cycle de la maternité. Chacun des trois partenaires a son rôle propre, avec le droit de s'exprimer, de se différencier, de décider: chacun exerce son pouvoir. La différence de chacun de ces deux rôles explique leur complémentarité professionnelle dans le suivi de la femme en cours de grossesse et d'accouchement. Trop souvent le médecin et la sage-femme se mettent dans un rapport de pouvoir, ce qui rend la collaboration difficile parce que chacun veut garder le monopole de la conduite à tenir face aux situations périnatales. La femme remarque ce tiraillement et le vit mal.

Le rapport hiérarchique entre le médecin et la sage-femme est particulier, ces deux professionnels se situent dans une dépendance réciproque. La sage-femme doit prendre conscience du pouvoir réel qu'elle exerce sur le médecin, surtout en clinique; en effet, il se fie entièrement

à l'information qu'elle lui a transmis souvent par téléphone pour juger de l'intervention nécessaire. Même s'il semble qu'il y ait passation de pouvoir entre sage-femme et médecin, il faut réaliser que l'essentiel reste la collaboration et la reconnaissance des compétences des uns et des autres, puisque l'un agit selon les informations de l'autre.

## Pouvoir et genre

Le métier de sage-femme est fortement sexué puisque les hommes sages-femmes restent exceptionnels. Traditionnellement, le pouvoir est reconnu comme appartenant au monde masculin, la vocation féminine, pense-t-on généralement, c'est l'amour.

En voulant faire des femmes les égales des hommes, les féministes ont, dans un premier temps, focalisé leurs luttes sur la conquête du pouvoir. Aujourd'hui on s'interroge sur le sens de cette démarche et sur le malaise que de nombreuses femmes éprouvent à ce propos.

Si nous reprenons les propos de Francine Carillo, Codirectrice de l'Atelier œcuménique de théologie à Genève, «c'est aux femmes qu'il incombe de favoriser l'émergence d'un nouveau type de pouvoir: un pouvoir qui prenne en considération les besoins quotidiens des êtres humains, de la naissance à la mort, un pouvoir qui ne soit pas le fait des puissants mais qui s'appuie sur le travail solidaire des personnes concernées, un pouvoir qui soit capable de se mettre en question»<sup>2</sup>. les femmes peuvent grandement contribuer à désacraliser le pouvoir et à ne plus en faire un but en soi.

Résumé d'un travail effectué pour la validation du cours «Pouvoir et travail» donné par P. Poussiére (2000-2001) dans le cadre de la Formation en Sciences de l'Education à l'Université de Genève.

## Bibliographie

- André Comte-Sponville: Valeur et Vérité, Etudes cyniques, Ed. Presses Universitaires de France, 1994.
- Burckel Marie France, Muller Jean Louis: Encadrement hospitalier, un nouvel exercice du pouvoir, Editions Hospitalières, 1996.
- Cordonier Daniel: Le Pouvoir du Miroir, Editions Médecine et Hygiène, Genève 1998.
- Boiteux Anne: Valeur et pouvoirs à l'hôpital, Soins N° 639, octobre 1999.
- Vérani Laurence: Un pouvoir sans reconnaissance, Soins N° 639, octobre 1999.

<sup>2</sup> Nanchen Gabrielle, Amour et pouvoir, Editions FAVRE, S.A., 1990.