ISSN 2280-0166 Sistema Salute, 64, 1 2020: pp. 45-58

Fare la differenza nella prevenzione del cancro al collo dell'utero: il ruolo dell'ostetrica in Francia

Making a difference in cervical cancer prevention: the role of the midwives in France

Béatrice Jacques

Maîtresse de conférences Université de Bordeaux, Faculté de sociologie, Chercheuse au Centre Emile Durkheim, UMR 5116 (CNRS), France

Parole chiave: ostetriche, screening del cancro al collo dell'utero, confini disciplinari

RIASSUNTO

Obiettivo: analizzare il modo in cui le ostetriche stanno entrando nel campo dello screening del cancro al collo dell'utero sotto l'impulso dello Stato, mettendo a punto piani d'azione per rafforzare e ampliare il riconoscimento della professione.

Metodi: sono stati intervistati due dipartimenti (che offrono una diversa organizzazione dello screening), in cui sono state svolte numerose osservazioni e intervistati 98 professionisti della salute e pazienti.

Risultati e conclusioni: il gruppo professionale ha visto l'espansione delle competenze come un'opportunità per acquisire legittimità. Le ostetriche hanno chiaramente identificato i "punti deboli" dell'offerta medica per costruirsi una clientela. Restano comunque presenti le difficoltà che le ostetriche possono incontrare nel trovare spazi di collaborazione con i medici ginecologi, e ciò riproduce un conflitto legato al territorio di competenza.

Keywords: midwives, cervical cancer screening, disciplinary boundaries

SUMMARY

Objectives: We would like to study how midwives are entering the field of cervical cancer screening under the impetus of the State and are setting up action plans to strengthen and broaden recognition of the profession.

Methods: We surveyed two departments (which offer a different organization of screening), in which we made numerous observations and interviewed 98 health professionals and patients.

Results and conclusion: We will first show how the professional group saw an expansion of skills as an opportunity to gain legitimacy. Then, we will highlight how midwives have clearly identified the "weaknesses" of the medical offer in gynaecology in order to build up a clientele. Finally, we will highlight the difficulties that professionals may encounter in working collaboratively with medical gynaecologists, while showing how a conflict of territory is replayed.

Autore per corrispondenza: beatrice.jacques@u-bordeaux.fr

Il presente articolo illustra i risultati di una ricerca finanziata dalla National Cancer League, svolta tra il 2014 e il 2017, il cui obiettivo principale era quello di studiare i cambiamenti prodotti, nell'ambito della prevenzione del cancro al collo dell'utero, dall'arrivo di un nuovo operatore sanitario, le ostetriche.
Il cancro al collo dell'utero colpisce circa 3000 donne in Francia ogni anno e 1100 non sopravvivono. È la dodicesima forme di tumore più comune in termini di mortalità (1). Ad eccezione di alcuni dipartimenti, fino a tempi recenti non è stato previsto alcun programma nazionale di screening; tuttavia, dal 4 maggio 2018 un'ordinanza ha specificato le condizioni per la sua attuazione (2). Lo screening per il cancro del collo dell'utero, da attuarsi attraverso uno striscio cervicale, è da allora raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni e va effettuato ogni 3 anni (dopo i primi 2 strisci normali, ad intervalli di 1 anno) (3). Dal 2012, la vaccinazione (gratuita) contro il papillomavirus umano (HPV) (da effettuarsi per mezzo di 3 iniezioni) è raccomandata per tutte le ragazze dagli 11 ai 14 anni (e come misura di recupero per le ragazze dai 15 ai 19 anni non ancora vaccinate) (4). Lo screening individuale ha portato ad una significativa diminuzione del numero di tumori, ma appare ancora insufficiente. La copertura effettiva di screening raggiunge soltanto il 60%, con una grande eterogeneità di pratiche, e meno del 30% delle giovani ragazze è ad oggi vaccinata. Inoltre, una recente indagine condotta su 13 dipartimenti francesi che hanno istituito uno screening organizzato, ha mostrato che il tasso di copertura dello screening è aumentato di 13,2 punti (5) in tre anni (2010-2012). Parallelamente, a partire dal 2008, il Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ha avvertito della diminuzione del numero di medici ginecologi e quindi dell'inadeguatezza dell'offerta di cure, considerando come i medici di medicina generale siano scarsamente coinvolti nello screening del cancro al collo dell'utero (nel 2014 hanno eseguito solo il 10% degli strisci) (6). È in questo contesto di carenza di medici e dell'incoraggiamento da parte delle agenzie statali a coordinare meglio le pratiche assistenziali (7), che le ostetriche sono state autorizzate a praticare il follow-up ginecologico preventivo. Così dal 2011, fatte salve eventuali controindicazioni, la pratica di striscio e vaccinazione (articolo L. 4151-2 del Codice della Salute Pubblica) da parte delle ostetriche non è più limitata alle sole donne in gravidanza. Questa è la prima volta che l'ambito delle loro competenze ha superato rigorosamente la gravidanza.
Stante questo quadro, l'obiettivo del presente articolo è quello di mostrare come le ostetriche siano entrate nel campo dello screening (sotto l'impulso dello Stato) e si siano organizzate per definire le modalità del loro riconoscimento e della loro legittimazione, nell'ambito della propria disciplina e con gli altri stakeholder già presenti. A tale scopo, ci si è chiesti, innanzitutto se e in che misura il gruppo professionale abbia assunto queste nuove funzioni e quali ragioni abbiano indotto lo Stato a vedere in esso una risorsa da mobilitare. Secondariamente, si è cercato di capire come i professionisti svolgono queste

nuove funzioni e di comprendere le ragioni per cui le donne si rivolgono alle ostetriche. Infine, si è tentato di osservare se e in che modo l'arrivo di un nuovo professionista porti a riconfigurare i confini disciplinari. L'avvento delle ostetriche nella prevenzione del cancro cambia, infatti, la portata dell'esercizio professionale e invita ciascuno degli attori coinvolti a ridefinire il proprio territorio.

0. Metodologia della ricerca

Sono stati confrontati due settori di indagine. Uno ha organizzato lo screening del cancro cervicale per più di 20 anni (Bas-Rhin) e l'altro ha avuto lo screening individuale (Gironde). La selezione del Bas-Rhin si basa sulla valutazione epidemiologica effettuata da N. Duport et al (8), che presenta questo dipartimento come il "gold standard" per lo screening organizzato del cancro cervicale (questo dipartimento è servito da modello per implementare lo screening organizzato in 10 nuovi dipartimenti nel 2010) (5). Gli autori mostrano che il suo tasso di copertura è molto soddisfacente (72,5% nel 2010-2012) poiché supera la media francese (55% per le donne dai 20 ai 69 anni).

Le nostre domande di ricerca ci hanno portato a privilegiare un approccio qualitativo. Nel dipartimento della Gironde, abbiamo effettuato 59 mezze giornate di osservazioni (presso ostetriche private nelle zone rurali, presso professionisti che lavorano in centri sanitari dipartimentali e di integrazione e presso ostetriche che lavorano in un'associazione di prevenzione di Bordeaux, presso un ginecologo medico in una zona rurale del dipartimento; in un contesto scolastico, in un informagiovani, in imprese realizzate da strutture di prevenzione e da un'associazione di controllo del cancro). Nel dipartimento del Bas-Rhin sono state effettuate 18 mezze giornate di osservazioni presso ginecologi a Strasbourgo, 14 mezze giornate presso ostetriche del dipartimento per la protezione della madre e dell'infanzia e 9 mezze giornate presso un'ostetrica libero professionista a Strasburgo. Sono state condotte 98 interviste semi-direttive con professionisti e donne. Abbiamo intervistato 32 professionisti della salute in Gironde (21 ostetriche, 1 coordinatore e 1 educatore specializzato di un'associazione di prevenzione, 5 ginecologi e ginecologhi-ostetrici e 4 medici generici) e 16 in Bas-Rhin (5 ostetriche, 1 responsabile della struttura gestionale, 1 responsabile di progetto in promozione della salute e prevenzione presso l'Azienda Sanitaria Regionale, 6 ginecologi e ginecologi-ostetriche e 3 medici di base). Sono state condotte 6 interviste a presidenti o membri dei consigli di amministrazione di associazioni professionali e sindacati di ostetriche (Ordine nazionale delle ostetriche, Collegio Nazionale delle ostetriche, Associazione nazionale delle ostetriche liberali, Unione nazionale e Unione ostetrica, Associazione nazionale degli studenti di ostetrica, Organizzazione nazionale dei sindacati di ostetrica.). Abbiamo anche intervistato il presidente del Collegio Nazionale dei Ginecologi e Ostetrici francesi, il presidente del Collegio di Ginecologia Medica in Gironde e il presidente del Collegio dei ginecologi

e ostetrici d'Alsace (Bas-Rhin). Sono state intervistate 41 donne e ragazze (dai 12 ai 65 anni): 14 vivevano in zone rurali vicino a Bordeaux, 14 a Bordeaux e 13 nel Basso Reno. Abbiamo anche condotto un focus group con 15 studenti di una scuola secondaria in Gironde.

I. Competenze istituzionali e legittimazione

Analizzare il ruolo delle ostetriche nel settore della prevenzione del cancro al collo dell'utero richiede necessariamente uno studio più ampio rispetto al loro ruolo nella pratica ginecologica. La legge denominata "Hôpital Patients Santé Territoires" del 21 luglio 2009, consente infatti alle ostetriche di fornire consulenze nell'ambito della ginecologia preventiva e in materia di contraccezione a donne sane durante l'arco della loro vita. L'ostetrica può così eseguire autonomamente tutte le procedure cliniche e tecniche necessarie per il monitoraggio e la sorveglianza di situazioni non patologiche e procedere all'individuazione di situazioni patologiche.

1.1 La recente assegnazione di nuove competenze accolta in modo eterogeneo all'interno del gruppo professionale

Se, da un lato, la recente attribuzione di nuove competenze è stata bene accolta dall'ordine professionale, dall'altro si osserva una molteplicità di posizioni, anche piuttosto eterogenee, da parte delle singole ostetriche. In Francia, queste ultime possono trovare impiego negli ospedali, nelle associazioni o nei servizi di protezione materno-infantile. Queste diverse modalità di esercizio professionale generano contenuti di attività molto diversi. Mentre l'attività delle ostetriche ospedaliere si concentra sulla gestione della gravidanza e del parto (9), quante esercitano la libera professione (10) e quante operano nei servizi di protezione materna e infantile (11) sono spesso chiamate anche a fornire un follow-up ginecologico per le donne in gravidanza. Per alcuni, questo può rappresentare la metà del loro carico lavorativo, a cui si aggiungono il follow-up post-partum, la rieducazione perineale e la preparazione al parto.

È stato quindi relativamente semplice rilevare come il segmento professionale (12) che si oppone con maggior forza allo sviluppo della pratica ginecologica, in generale, e dello screening del cancro cervicale, in particolare, sia costituito dalle ostetriche ospedaliere che non vogliono abbandonare le loro competenze principali: il follow-up delle donne in gravidanza e il parto. Così C., un'ostetrica ospedaliera (Bordeaux) spiega la pratica della ginecologia preventiva: *«Penso che questa non sia la nostra vocazione primaria. Quando si dice: "Voglio essere ostetrica", è per partorire, per prendersi cura dei neonati. Poi penso che le ostetriche che scelgono di fare ginecologia abbiano avuto un cambiamento di orientamento personale, alla fine della loro carriera, che vogliono cambiare un po' idea».* Questo estratto dell'intervista fornisce diversi elementi di comprensione: in primo luogo, ricorda l'es-

senza e la storia dell'ostetricia (13, 14). È interessante notare, inoltre, come la pratica ginecologica si presenti come un cambiamento di percorso, come un modo di praticare la professione da "più lontano". Va anche notato come nessuna delle ostetriche ospedaliere intervistate possa eseguire il follow-up ginecologico (di donne sane) in ospedale, essendo l'attività riservata ai medici ginecologi. Alcune si chiedono se sarebbe stato opportuno aprire queste nuove competenze a tutte le ostetriche: *«Forse avrebbe dovuto essere fatto diversamente. Chiedere a coloro che volevano lavorare in questo campo di superare una particolare abilità era un altro modo di farlo. La scelta è stata quella di dare a tutti questa competenza.»* (S., insegnante presso la Scuola di ostetricia Bordeaux). Altre ancora vi hanno visto un carico di lavoro aggiuntivo. Si evidenzia, inoltre, anche un effetto generazionale. Diversi rappresentanti delle associazioni professionali e dei sindacati riuniti hanno osservato a riguardo come le nuove generazioni di ostetriche tendano ad avviare la libera professione (10). Mentre fino a tempi recenti era privilegiata, almeno inizialmente, la una carriera ospedaliera, oggi sempre più giovani scelgono l'avvio della libera professione fin da subito (anche a causa di condizioni economiche sfavorevoli) e, attraverso la diversificazione delle competenze acquisite, alcune scelgono addirittura di specializzarsi in ginecologia.

1.2. Essere identificato come un gruppo professionale efficace ed economico

L'attribuzione di queste nuove competenze è tanto più interessante da analizzare dal momento che non si riferisce ad una specifica richiesta del gruppo professionale, ad azioni di lobbying esercitate sulle istituzioni pubbliche, bensì alla volontà di queste ultime di ampliare gli ambiti di competenza di un gruppo professionale alla ricerca di legittimità e riconoscimento (9;15) e di supplire alle carenze di una professione che tende a scomparire. Interrogate sull'origine di questa decisione, le ostetriche offrono spiegazioni differenti. Per loro, è prima di tutto un problema demografico. E' il rinnovamento gestito male della specialità ginecologica che ha affrettato il loro arrivo e che le conduce a considerarsi come una "variabile di aggiustamento". Un membro dell'Ordine delle ostetriche del Bas-Rhin afferma: *«Noi ostetriche non dobbiamo farci troppe illusioni. Se ci hanno permesso questo è perché si rendono conto che si sono impantanati nel numero chiuso e questo tutti lo sanno. Che non ci saranno più abbastanza medici ginecologi. Quindi non volendone formare di più si sono detti: perché no le ostetriche?».* Alcune ostetriche interpretano questo cambiamento come un modo per rispondere alle richieste delle donne e come un'evoluzione "naturale" dei contenuti della professione. Altre ancora lo considerano come un modo individuato dallo Stato di risparmiare denaro, considerato come il costo della prestazione ginecologica sia più elevato (l'onorario per un'ostetrica è di 23 euro, mentre per i ginecologi sale a 28 euro 1). Notiamo anche che i ginecologi francesi sono numerosi nel settore 2 (41% nel 2009) (16), solo il 38,5% dei ginecologi francesi non ha praticato aumenti

di onorario nel 2017 (17) e questo può anche portare le donne a non controllarsi o a rinunciare alle cure.

L'avvento delle ostetriche nella pratica ginecologica è stato visto, inoltre come un modo per superare le difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria specie nelle aree in cui non esiste un'offerta medica specializzata. Per S, insegnante della scuola di ostetricia di Bordeaux: *«L'obiettivo del testo che permette alle ostetriche di praticare la ginecologia era basato su questo. Le ostetriche hanno fatto notare che i ginecologi sono poco presenti nelle zone rurali.Si sentivano impotenti e hanno rilevato la necessità che ci fossero delle donne in grado di essere più vicine alle donne stesse. È conveniente per tutti che le ostetriche abbiano queste competenze nelle zone rurali. E' bene che le autorità pubbliche dicano: "soddisfiamo un bisogno di salute e mandiamo le ostetriche»*. La missione delle ostetriche è quindi quella di promuovere l'accesso alle cure e di aumentare le possibilità nel ricorso allo screening, soprattutto per le popolazioni più difficili da intercettare. Infine, se negli ultimi anni le ostetriche hanno ottenuto diverse nuove attribuzioni di competenze (ampliamento delle prescrizioni, ginecologiche e contraccettive, aborto, ecc.), è anche perché hanno saputo (18, 9, 16) mobilitarsi in modo più consapevole che in passato, al fine di promuovere gli interessi della professione, svolgendo attività di advocacy (19). A seguito degli scioperi del 2013, le ostetriche siedono in diversi tavoli di lavoro dei vari organismi istituzionali. Esse sono ora consultate, o chiedono di esserlo, non appena vengono discussi argomenti che coinvolgono la professione. Per esempio, il Collegio Nazionale delle ostetriche è membro dei gruppi di lavoro dell'Istituto Nazionale del Cancro e dell'Alta Autorità Sanitaria. Così, benché la domanda iniziale di competenze ginecologiche non provenisse direttamente dalle ostetriche, esse hanno saputo cogliere questo cambiamento come un'opportunità per ottenere il riconoscimento e assumere un posto di maggior rilievo nel sistema sanitario. Come sostiene Baszanger, "i professionisti hanno sviluppato una "rivendicazione di utilità" (20).

II. Il ruolo delle ostetriche nella riduzione delle disuguaglianze sociali di salute

2.1. Ostetriche per "alcune" donne

Uno degli obiettivi legati all'espansione delle competenze ostetriche è quello di ridurre le disuguaglianze sociali in materia di salute e, più specificamente, le disuguaglianze nell'accesso alle cure e allo screening. La presente indagine ha permesso di individuare rapidamente una differenza nella pratica professionale tra le ostetriche che esercitano nelle aree rurali e quante lavorano in quelle urbane. Queste ultime riferiscono di aver eseguito poche procedure di tipo ginecologico, per tale ragione in sede di ricerca è stato difficile fare osservazioni nei loro luoghi di lavoro. Vengono consultate principalmente per il follow-up della gravidanza, per la preparazione al parto o la riabilitazione perineale. In città, dunque, sembra che i follow-up di tipo ginecologico vengano richiesti prevalentemente ai medici, sia ginecologi che ostetrici, e in misura minore ai medici di famiglia. Ciò è dovuto in parte alla forte offerta di servizi medici e alla chiusura del mercato (21).

Le procedure ginecologiche eseguite dalle ostetriche che dichiarano di svolgere molto lavoro di questo tipo sono per lo più legate alle richieste di contraccezione (prescrizione della pillola o inserimento di dispositivi intrauterini) e quindi a consulti legati allo screening. Tutte le ostetriche intercettate durante la ricerca (provenienti da aree periurbane, da aree rurali, e quante lavorano nel settore della protezione materno-infantile), in Gironde o Bas-Rhin, hanno riportato un costante aumento della domanda di prestazioni ginecologiche, senza tuttavia poterne fornire una stima precisa.
In alcuni dipartimenti (come la Gironde dal 2011), l'Azienda Sanitaria Regionale e il fondo di assicurazione sanitaria primaria hanno messo a punto un sistema di "zonizzazione" al fine di avere una migliore distribuzione delle ostetriche sul territorio. Ciò ha permesso di valutarne l'effettivo fabbisogno in relazione alla popolazione residente (1 ostetrica ogni 350 parti in casa). Nel Basso Reno, le ostetriche possono stabilirsi dove vogliono e ciò determina una competizione tra alcuni ginecologi, che poi attribuiscono alle prime la responsabilità di aver sottratto loro i pazienti. Il Presidente del Collegio Nazionale dei Ginecologi Ostetrici Francese ha dichiarato che: *«Lo Stato sta cercando di nascondere la sua immensa incompetenza mettendo a disposizione operatori sanitari ovunque, ma senza osare costringerli ad andare dove c'è una mancanza. Mi scusi, ma quando vedo che le ostetriche vengono a stabilirsi dove ci sono già quattro ginecologi, ma chi si occupa di tutto questo? Questo creerà concorrenza nei centri cittadini con un impiego di cure e prescrizioni mediche inappropriate e costose. Là dove le motivazioni di arricchimento delle competenze delle ostetriche erano quelle di offrire più disponibilità. Risultato: meno disponibilità e più spese».*
Le Agenzie Sanitarie Regionali e i Fondi di Assicurazione Sanitaria hanno inoltre definito criteri e modalità di erogazione di una serie di sostegni per gli operatori sanitari al fine di incoraggiarli a stabilirsi nei territori con la maggiore carenza di medici e specialisti delle cure primarie. Gli incentivi previsti per le ostetriche (22) possono anche incoraggiare queste ultime a stabilirsi in zone rurali con risorse insufficienti, offrendo opportunità in termini di esenzione dagli oneri sociali, assistenza durante l'insediamento e acquisto di attrezzature.
Nelle aree urbane, sono soprattutto le ostetriche che lavorano presso il Dipartimento per la protezione materno-infantile e quelle che esercitano nelle associazioni che accolgono le donne per le consulenze ginecologiche. La ricerca evidenzia pertanto che l'importante concentrazione dell'attività ginecologica delle ostetriche in contesto urbano si svolge in quelle strutture dove l'utenza è piuttosto giovane e/o in situazione di precarietà e spesso chiede il consulto perché gratuito e anonimo.

2.2. Perché consultare un'ostetrica?
Se la maggior parte dei pazienti ha un'età compresa tra i 25 e i 35 anni, le ostetriche libero professioniste riferiscono di visitare sempre più pazienti con età superiore ai 50

anni, inviate dalle loro figlie, già seguite dall'ostetrica. *«Fra i miei pazienti, ho visto intere famiglie di donne. Certo, spesso l'inizio è una paziente di cui mi occuperò per la gravidanza, e poi, beh, a poco a poco vedrò arrivare le sorelle, le cugine, le figlie quando la paziente sarà più grande».* (ostetrica, Bordeaux).

Spesso, dunque, è dopo la gravidanza che le donne si rivolgono all'ostetrica per il follow-up ginecologico. Il collegamento che viene a crearsi attraverso questo supporto promuove la prossimità, consentendo la trasmissione delle informazioni necessarie per le attività di prevenzione, in particolare quelle legate al cancro al collo dell'utero. La gravidanza è spesso l'unica volta in cui le ostetriche saranno in grado di identificare le donne che hanno effettuato pochi o nessun follow-up ginecologico e che non si sono mai sottoposte ad un Pap test. B., un'ostetrica libero professionista (Gironda zona rurale) afferma: *«Ho molte pazienti che non hanno mai visto un ginecologo. Ne ho molte che non vedono un ginecologo da 5 anni, da 7 anni, il record è di 14 anni. Partoriscono e poi è finita».*

Il controllo ginecologico con uno specialista non sempre sembra essere una priorità per alcune donne, soprattutto quando il controllo regolare e altamente supervisionato della gravidanza è appena terminato (11). Le situazioni di precarietà a volte possono collocare le donne in posizioni sociali, familiari ed economiche vulnerabili che le inducono a prendere le distanze dalla professione medica. In quest'ottica, la relazione empatica che può essere creata tra l'ostetrica e la paziente durante il monitoraggio della gravidanza, può creare o ricreare il collegamento con il sistema sanitario.

Le donne riferiscono più che altro di ricorsi multipli, poiché nessuna delle intervistate è stata seguita dallo stesso professionista della prima visita. Ciò può essere spiegato da una serie di ragioni. Per le donne sopra i 50 anni, è spesso la circostanza della pensione del professionista a costringerle a trovarne uno nuovo. Anche i cambi di residenza spesso motivano un cambio di professionista. Ma la ragione principale che giustifica il ricorso ad un nuovo operatore è legata alla qualità del rapporto tra l'operatore e il paziente e, più in particolare, alla mancanza di empatia, di ascolto, alla sensazione che il professionista "non abbia dedicato tempo". U, 43 anni, residente in zone rurali (Gironda) è stata a lungo seguita da un ginecologo. Ora è seguita da un'ostetrica nel suo comune e afferma: *«L'ho trovata (la ginecologa) alla fine, un po' veloce, un po' frettolosa. L'intervistatore: Che significa frettolosa? Ciao, togli le mutandine, pap-test striscio, palpazione del seno, tutto bene, i bambini, via, 23 euro».* Anche il tempo necessario per ottenere un appuntamento o il tempo in sala d'attesa vengono spesso menzionati dalle donne. Oltre ad essere considerati elementi potenzialmente dannosi per la salute (nel senso che l'attesa può rappresentare una perdita di opportunità), possono anche essere la causa di un cambiamento nella scelta del professionista. Possono anche portare a situazioni di rinuncia alla cura o di mancato ricorso (23).

Nei percorsi di cura ginecologici, le pazienti sembrano essere in grado di cambiare più

facilmente il proprio medico e cercare altrove ciò che manca. Le donne spesso testano le capacità, anche interpersonali, dei diversi professionisti per trovare quello che meglio soddisfa le loro aspettative. Le ostetriche hanno perfettamente intercettato questo cambiamento e tentano di adattare la loro modalità di presa in carico a "queste" donne che non si ritrovano più a loro agio con il ginecologo. L'avvento delle ostetriche ridefinisce così lo spazio sociale della ginecologia preventiva. L'approccio globale già implementato nel monitoraggio della gravidanza (9), così come le loro capacità di assistenza e i tempi di attesa più brevi, sono sistematicamente evidenziati dalle donne che hanno scelto di essere seguite da un'ostetrica. Per E (46, Strasbourg): *«C'è una sorta, come dire, di interesse per le donne che mi sembra più importante. È meno medico. Per non rimanere bloccati, e non sentirsi dire: "Beh, lei ha un fungo, o ha la vaginosi, le diamo il Pévaryl e poi è finita»*. Ho la sensazione che l'ostetrica sarà in grado di dire: "Beh, allora qual è la sua storia ginecologica? Ha avuto dei figli? Che succede?». In altre parole, affronta il problema in maniera più globale". Enfatizzano, dunque, l'interesse dimostrato dai professionisti, il tempo che impiegano per ascoltarle (il consulto dura in media mezz'ora) e apprezzano che le ostetriche non trattino il problema ginecologico come qualcosa di separato dal resto e considerino la storia personale del paziente. Tutto ciò contribuisce a creare un rapporto di fiducia.
Come è già stato evidenziato in letteratura da contributi focalizzati su altri gruppi professionali (24), quando nuovi operatori sanitari arrivano in un settore già occupato, è necessario che si distinguano, che realizzino una modalità di lavoro che li distingua (20) rispetto alla pratica di routine, proponendo un approccio specifico. Si tratta, dunque, per le ostetriche di proporre una risposta alle "debolezze" individuate dalle donne nelle prestazioni fornite dai ginecologi, facendo ricorso al loro particolare approccio al corpo femminile che costituisce il nucleo centrale della professione.

III. Confini professionali messi alla prova: tra legittimazione e de-qualificazione

L'attribuzione di nuove competenze pone, più in generale, la questione legata al riconoscimento della professione da parte di altri professionisti e della sua legittimità. Si è dunque cercato di comprendere come ciascun gruppo professionale partecipi o meno al lavoro di riconoscimento delle pratiche di prevenzione operato dell'ostetricia e costruisca così il suo quadro normativo.

3.1. Una divisione del lavoro diversamente approvata dai professionisti

Tutte le ostetriche che hanno preso parte alla ricerca hanno evidenziato che si occupano principalmente di fisiologia, avendo cura di distinguersi dal lavoro dei medici focalizzati, per contro, sulla patologia. La nuova funzione di screening del cancro del collo dell'utero non è diversa dalla divisione del lavoro già sperimentata nelle loro attività più tradizionali. Nell'ospedale pubblico, la separazione del parto eutocico -

patologico è stata organizzata da tempo e funziona come una pratica standard. Per E., ostetrica della comunità urbana di Bordeaux: *«Direi che è un po' come il follow-up della gravidanza, pur rimanendo entro i limiti delle nostre competenze, cioè se c'è qualcosa che diventa patologico, ci rivolgiamo al medico. Funziona molto bene per il controllo della gravidanza, quindi non vedo perché non dovrebbe funzionare per il controllo ginecologico».* Lo screening dello striscio si basa sulla stessa organizzazione del lavoro. Questa separazione dei compiti è sancita anche dalla legge Ospedali, Pazienti, Salute e Territorio del 2009: *«La pratica dell'ostetrica può comprendere anche consulenze contraccettive e follow-up ginecologico preventivo, a condizione che l'ostetrica indirizzi la donna a un medico in caso di situazione patologica».* I confini dei territori professionali sono istituzionalizzati, il che dovrebbe permettere a tutti di rispettali.
Tuttavia, questa nuova attribuzione in un settore di competenze già occupato può essere fraintesa da alcuni professionisti. D., ginecologa ostetrica (Gironde rurale) spiega: *«Ho delle perplessità con le ostetriche, in particolare con quella di M., che all'inizio non voleva fare il suo lavoro di ostetrica. Non voleva preparare al parto, che è ancora la base dell'ostetricia. Voleva fare soprattutto fisioterapia perineale e ginecologia. Quindi, da qualche parte è evidente che ci sia un problema, non sono io a fare la preparazione al parto (.....) Che faccia pure ginecologia in parallelo al suo lavoro di ostetrica di base, ok, ma che faccia ginecologia prima del lavoro di ostetrica...., no».* Per questo medico, le ostetriche possono fare ginecologia solo se tale attività costituisce la minima parte del loro lavoro, che deve rimanere focalizzato sulla cura della gravidanza. Ricordare all'ostetrica il suo core business è un modo per tenerla a distanza e proteggere i confini occupazionali.

3.2. Un conflitto aperto che si rinnova

Mentre i medici coinvolti nella ricerca generalmente riconoscono il ruolo delle ostetriche nella prevenzione del cancro al collo dell'utero, altri ne stanno mettendo in discussione le capacità. Se, da un lato, sono unanimi nell'attribuire loro la capacità di eseguire uno striscio, dall'altro dubitano della loro capacità di interpretarne i risultati. I ginecologi mettono in discussione le conoscenze delle ostetriche e quindi sia la capacità di analizzare i risultati, sia la capacità di guidare le donne nel processo di cura più adeguato in caso di risultati anomali. Alcuni medici parlano addirittura di "perdita di opportunità" per le donne, di *"cure ritardate"* o addirittura di *"pericolo"*. M, un ginecologo (Gironde) si chiede: *«I test, ora saranno fatti da ostetriche. Riceveranno questi risultati, ma cosa faranno con questi risultati? È questo il problema»*. Il ginecologo medico è formato per identificare e trattare la condizione e può utilizzare, oltre all'esame clinico, ulteriori esami, come la colposcopia. Può ricorrere alla tecnica non appena un paziente presenta un profilo di rischio (lesioni apparenti sulla cervice,

sulla vagina o sul perineo esterno) per guidare la sua diagnosi. È qui che si trova il confine principale tra le due professioni.
L'ostetrica non è formata per eseguire esami tecnici come la colposcopia o la biopsia e dovrebbe indirizzare i pazienti con patologia ad un medico. R. Ginecologo (Bordeaux) spiega l'importanza delle competenze mediche nella gestione di strisci anormali: *«Facciamo prima lo striscio, poi mettiamo i nostri coloranti per verificare che non ci sia niente di anormale. Ma ciò che sarà importante è che quando riceveremo i risultati, se non sono buoni, non aspetteremo di avere un altro striscio. Cercheremo di vedere in colposcopia e forse se apparirà un'area non chiara, si andrà almeno per la biopsia; e poi, anche quando lo striscio in esame è apparentemente rassicurante, forse si saprà vedere qualcosa che non è così rassicurante. Quindi, se volete, questa colposcopia, beh, era una possibilità di vedere cose che lo striscio non aveva ancora visto. Per andare più veloce in termini di opportunità perse».* N, ginecologo di Strasbourg, aggiunge: *«Non voglio essere solo un secondo ricorso, non voglio diventare un ginecologo che fa solo colposcopie, biopsie su strisci anormali che sono stati fatti altrove. Ho un'abilità che gli altri non hanno. Vorrei solo metterle in pratica, tutto qui. Ma non è solo questo che voglio fare».* Due elementi appaiono rilevanti in questi estratti dell'intervista. In primo luogo, alcuni ginecologi mettono in dubbio l'opportunità di delegare la pratica dello striscio alle ostetriche poiché non padroneggiano tutte le procedure necessarie per la gestione di una cervice patologica. Naturalmente sono formate a seguire una donna senza patologie, ma che dire delle loro capacità di individuare una cervice patologica? Anche se nel corso della nostra ricerca abbiamo potuto constatare che durante la loro formazione ricevono un insegnamento su questo punto è evidente che la paura dei professionisti rimane presente. Possiamo vederla come una forma di corporativismo? Ogni segmento professionale cerca di proteggere le frontiere del proprio territorio (25), di preservarsi dalla concorrenza ottenendo un monopolio (26). L'avvento delle ostetriche nello screening può essere considerato dai ginecologi come un superamento dei limiti precedentemente stabiliti e una sfida al monopolio legale della loro attività (27), al loro pieno e completo controllo del campo. Pertanto, come già osservato nel caso di altre professioni, non appena un nuovo segmento (meno istruito) ha l'autorità di esercitare le stesse competenze (qui entro i limiti della fisiologia), il gruppo professionale lo vede come una minaccia e una forma di dequalificazione (26-28). Secondo A. Abbott (25) le professioni hanno una conoscenza "esperta", che negoziano e difendono dagli altri gruppi professionali. Questo posizionamento richiede ovviamente la definizione di un settore di competenza, che si evolve con le innovazioni e con le trasformazioni della domanda sociale a cui i gruppi professionali rispondono, o che, in alcuni casi, addirittura generano. Ma le professioni sono in continua evoluzione nel tempo: un'occupazione ha solo un controllo limitato sulle

competenze che considera proprie e sui campi che gli vengono riconosciuti (29). In ciò, il caso proposto è abbastanza illustrativo. L'altro timore dei ginecologi è che finiranno per vedere e trattare solo donne con patologie e che alla lunga si specializzino in questo campo perdendo la presa in carico globale della paziente. Potrebbero così perdere gran parte delle loro clienti.

Conclusione

Si tratta di una situazione molto particolare, in cui un gruppo professionale assume un ampliamento delle competenze, imposte dallo Stato, per trovare una nuova fonte di legittimità. Anche se l'ingresso delle ostetriche nel campo della prevenzione ginecologica per tutte le donne è stato fatto senza un preciso orientamento ad un particolare pubblico (dei territori rurali senza ginecologi), emerge molto chiaramente come le ostetriche riescano ad appropriarsi di questo nuovo ruolo.

La ricerca svolta permette anche di evidenziare, come R. Bercot et al (24: 5) suggeriscono, che l'arrivo di una nuova professione in un nuovo settore di competenza "può incontrare l'opposizione di altri gruppi professionali che possono temere per il proprio prestigio". Nonostante tutto, l'obiettivo delle ostetriche è di arrivare ad identificarsi come un "noi" per gli altri (20: 281) sia professionisti che pazienti. Certo il gruppo è diviso perché i contenuti della professione possono essere differenti a seconda del settore in cui si esercita poiché le pratiche sono sempre più diversificate, tuttavia la posizione maggioritaria sostenuta dalle ostetriche è quella di approfittare di un contesto economico e di una demografia medica sfavorevole per allargare il proprio territorio di competenze ed erodere le frontiere delle professioni più vicine, che di conseguenza si preoccupano dei cambiamenti che toccano la loro identità professionale.

Questo gruppo occupazionale illustra perfettamente la definizione di storicità proposta da Bercot et al (24: 276): si tratta della "capacità dei gruppi professionali di trasformare i legami sociali e creare nuove configurazioni di attori". Queste recenti trasformazioni, del resto, sono solo l'inizio di una nuova storia per le ostetriche.

Bibliografia

1. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Rapport. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019. http://www.santepubliquefrance.fr/
2. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. JORF 6 mai 2018; n°0105 texte n° 13. (Internet) https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte
3. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal – Ac-

tualisation 2002. ANAES Service des recommandations professionnelles et service évaluation économique Septembre 2002. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
4. Haut Conseil de la santé publique. Infections à HPV des jeunes filles: révision de l'âge de vaccination. Janvier 2013. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302
5. Duport N, Viguier J. Des études essentielles pour la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Bull Epidémiol Hebd 2014; (13-14-15): 218-9.
6. Rigal L. Dépistage des cancers gynécologiques en médecine générale. Variabilité des pratiques de soins. Thèse de doctorat de santé publique. Paris: Université Paris Sud; 2014.
7. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS; 2008: 5.
8. Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Rapport: dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique de quatre départements «pilotes». [internet] INVS juin 2007. https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000399.pdf
9. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: PUF; 2007.
10. Douguet F, Vilbrod A. Une profession à une tournant? In: Knibiehler Y. Accoucher. Rennes: Presses de l'EHESP; 2016; pp. 179-198.
11. Jacques B, Purgues S. Analyse sociologique. In: Kotobi L (dir. de la recherche). L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et / ou migrantes du Médoc. Rapport final pour l'IRESP 2014; [internet] http://pays-medoc-2017.kiubi-web.com/media/2082.pdf
12. Bûcher R, Strauss A. Professions in Process. American Journal of Sociology 1961; 66 (4): 325- 334.
13. Gélis J. La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. Paris: Fayard; 1988.
14. Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident. Paris: PUF; 2012.
15. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Paris: Armand Colin; 2013.
16. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Observatoire National de la Demographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. [Internet] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compterendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
17. Béguin F, Motet L. Dépassements d'honoraires des gynécologues : des consultations supérieures à 120 euros à Paris. Le Monde [internet] 27 décembre 2017 https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/depassements-d-honoraires-chez-les-gynecologues-des-consultations-jusqu-a-plus-de-120-euros-a-paris_5234771_1651302.html
18. Carricaburu D. Les sages-femmes face à l'innovation technique: le cas de la péridurale. In: Aïach P, Fassin D (sous la directione de). Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris: Anthropos; 1994; pp. 281-308.
19. Pierru F. Un mythe bien fondé: le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale. Les Tribunes de la santé 2007; 1(14): 73-83.
20. Baszanger I. Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. Revue française de sociologie 1990; 31(2): 257-282.
21. Paradeise C. Les professions comme marchés du travail fermés. Sociologie et sociétés 1988; 20(2): 9–21.
22. ameli. Le contrat incitatif sage-femme. 5 ottobre 2018. https://www.ameli.fr/sage-femme/textes-reference/convention/contrat-incitatif

23. Desprès C. Significations du renoncement aux soins: une analyse anthropologique. Sciences sociales et santé 2013; 31: 71-96.
24. Bercot R, Divay S, Gadea C (dir.). Les groupes professionnels en tension. Frontières, tournants, régulations. Toulouse: Octarès Editions; 2012.
25. Abbott A. The system of professions: An essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
26. Hughes E. Le drame social du travail. Actes de la Recherche en Sciences Sociales 1996; 115: 94-99.
27. Parsons T. The structure of social action. New York: Free press; 1968.
28. Arborio AM. Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. Paris: Anthropos- Economica; 2012.
29. Dubar C. La crise des identités. L'interprétation d'une mutation. Paris: PUF; 2010.

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*