



Titre: Catherine Thomas, *Sage-femme, gardienne de l'eutocie? : Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, Toulouse : Éditions Érès, 2023, 354 pages.

Auteure: Raymonde Gagnon, Université du Québec à Trois-Rivières

Revue: *Anthropologie des savoirs des Suds*, numéro 2

Dossier: Le rôle des savoirs du Sud dans la durabilité humaine, écologique et planétaire

Numéro dirigé par Obrillant Damus (Université d'État d'Haïti, Université de Sherbrooke, Université Laval), Christine Focquenoy Simonnet (Université Lille 2), Chen Qiang (Université de Sanya), Joseph P. Saint-Fleur (Académie de Lille), Catherine Thomas (Association Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle), Renata de Melo Rosa (Instituto Maria Quitéria)

Éditeur: Les Éditions de l'Université de Sherbrooke (ÉDUS)

Année: 2025

Pages: 261 - 268

ISSN: 2817-4070

URI: <https://hdl.handle.net/11143/23286>

DOI: <https://doi.org/10.17118/11143/23286>

 Cet ouvrage est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons [Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

**CATHERINE THOMAS, SAGE-FEMME, GARDIENNE DE
L'EUTOCIE? : APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DU SAVOIR-FAIRE
DES SAGES-FEMMES, TOULOUSE : ÉDITIONS ÉRÈS, 2023, 354
PAGES.**

Raymonde Gagnon, Université du Québec à Trois-Rivières

Le livre de Catherine Thomas, anthropologue française, arrive à point parmi les nombreux débats présents à l'heure actuelle en France. D'une part, les conditions entourant l'accouchement sont de plus en plus questionnées par les parents, tandis que les violences gynécologiques et obstétricales dénoncées par un nombre croissant de femmes donnent lieu à des manifestations sur la place publique (Dhollande, 2022 ; Schalck, Gagnon et Bisch, 2023). D'autre part, les revendications portées par les sages-femmes, concernant la reconnaissance de leur rôle et l'amélioration de leurs conditions de travail, font l'objet d'une médiatisation régulière dont les enjeux restent souvent difficiles à saisir pour le grand public (Laemle, 2021). L'auteure s'est donc intéressée, dans le cadre de sa recherche doctorale, à porter un regard anthropologique sur les conditions de naissance au prisme de l'évolution de la profession de sage-femme dans un univers de plus en plus médicalisé. En effet, les sages-femmes étant des acteurs clés dans l'univers de la naissance, on peut se poser la question de l'influence de la montée de la médicalisation sur leur profession et leurs pratiques.

Dans le **premier chapitre**, l'auteure aborde l'histoire de la profession de sage-femme et présente son évolution en France. Elle nous rappelle que les sages-femmes existaient dans l'Égypte ancienne, la Grèce antique et chez les Hébreux avant même leur reconnaissance en Europe. Loin d'être des ignares, les sages-femmes se démarquaient par un savoir qui en France a été particulièrement développé par madame de Coudray dans les années 1750 (Carty, 2010). L'Église et l'État contrôlaient alors la pratique des sages-femmes. Un cadre juridique adopté en 1892 vient allonger la formation mais aussi limiter leur exercice à l'obstétrique physiologique. En effet, le corps médical qui se développe veut maintenant avoir le champ libre dans le domaine de l'obstétrique. Les médecins s'imposent d'abord par le recours aux instruments, notamment le forceps interdit aux sages-femmes, puis avec les découvertes de Pasteur sur l'asepsie, ils accroissent leur notoriété comme étant ceux qui peuvent réduire la mortalité maternelle et infantile, alors très importante à cette époque. L'évènement de la naissance vécu entre femmes s'est transformé avec l'arrivée des hommes qui imposent leur esprit dominateur et on assiste à une montée de la médicalisation. Il s'en suit une perte d'autonomie et de reconnaissance envers les sages-femmes renforcée aussi par l'élite de la population. Même si un ordre des sages-femmes a été créé en 1940, celui-ci

est sous la dépendance de l'Ordre des médecins et présidé par un médecin jusqu'en 1995¹: « coalition du pouvoir politique et du pouvoir médical "séducteur" de l'État. » (p.43).

On assiste progressivement à la disparition d'un mode d'exercice, avec la fermeture des cliniques tenues par des sages-femmes, pour le passage aux hôpitaux, l'utilisation de la périurale, l'accentuation de la surveillance du fœtus, puis la fermeture des petites maternités. Le système tente d'éliminer la concurrence et les réformes viennent même réduire le nombre de sages-femmes à former dans les années 1980.

Chez les sages-femmes coexistent deux statuts : les sages-femmes hospitalières plus marquées par la technique et les sages-femmes libérales, par l'accompagnement. Il est difficile de concilier les deux, car l'organisation hospitalière laisse peu de place à l'accompagnement émotionnel et pour les sages-femmes libérales, l'accouchement qui autrefois faisait partie intégrante de leur pratique, tend à disparaître.

Avec le temps, les exigences de formation augmentent et celle-ci passe de trois à cinq ans, mais elle est de plus en plus technique. Les stages sont presque exclusivement en centre hospitalier avec pour conséquence que les jeunes diplômées n'ont pratiquement jamais été exposées à des accouchements qui respectent la physiologie de la naissance et ni formées à l'accompagnement relationnel. On a même constaté « la progression des accouchements dystociques de manière parallèle à la technicisation de la formation et de l'accompagnement des parturientes. » (p.58). Les jeunes sages-femmes sont réticentes à sortir du cadre hospitalier et cela « s'explique par le "conditionnement" de la formation et l'intégration des protocoles hospitaliers. Toutefois, le contact avec "des collègues qui font des efforts pour entendre les demandes des femmes" peut amener une ouverture d'esprit prompte à faire évoluer les pratiques » (p.71).

Le chapitre se termine sur le constat que l'histoire de la profession de sage-femme est intrinsèquement liée aux vécus des femmes et à leurs expériences singulières de l'accouchement. La médicalisation caractérise l'accouchement moderne sans remise en question de ses effets délétères tant pour le vécu des mères et la relation avec le nouveau-né que sur ses conséquences sur les conditions de travail et l'identité professionnelle des sages-femmes.

Et l'accompagnement à l'accouchement dans tout ça? C'est ce à quoi nous convie le **chapitre 2**. La préparation à l'accouchement a fait son apparition en France vers 1950 avec la méthode de l'accouchement sans douleur de Lamaze, un obstétricien pour qui la compréhension par les femmes de la physiologie et le renforcement de leurs capacités diminueraient, voire annihilerait la douleur lors de l'accouchement. Par la suite, les programmes se sont

1. <https://www.ordre-sagesfemmes.fr/ordre/histoire/#:~:text=Il%20faudra%20attendre%201995%2C%20sous,instances%20ordinaires%20d%C3%A9partementales%20et%20inter%C3%A9gionales>

orientés vers la préparation à la naissance et à la parentalité, dispensés à 89 % par des sages-femmes libérales (p. 82). Celles-ci ont dû adapter leur contenu afin de le rendre « en phase » avec les réalités vécues au sein des structures hospitalières (p. 83). Les femmes demeurent partagées entre le discours médical et leurs inquiétudes des effets secondaires de la périnatalité, mais elles restent rattachées au rôle d'accompagnement des sages-femmes, selon leurs témoignages recueillis lors d'entretiens avec l'auteure.

La relation de confiance, élément central pour les femmes puisqu'elle influence le bien-être psychique et le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, se construit dans le cours prénatal, mais doit se transférer le jour J puisque ce ne sera pas la même sage-femme qui sera présente. La sage-femme hospitalière ne connaît pas la femme qui accouche et doit s'occuper de plusieurs femmes à un rythme s'apparentant à la gestion des flux. Plusieurs femmes sont à la recherche d'un soutien en dehors des structures ou refusent des suivis par crainte de la médicalisation ou parce qu'elles n'en voient pas l'utilité. Les femmes se sont adaptées au progrès médical, ce qui a modifié la vision de l'accouchement et l'acceptation de la douleur. Réduire les risques est perçu positivement, mais les méthodes de soulagement de la douleur ne sont pas toujours bien comprises (p. 101). Les témoignages de femmes qui ne se sont pas senties soutenues sont fréquents. Le lâcher-prise et la liberté de mouvement sont difficiles à la maternité. La périnatalité a profondément modifié le rôle et l'attitude des sages-femmes en salle de travail. La plupart des sages-femmes hospitalières apprécient le silence et la standardisation des actes. Leur formation ne les amène pas à avoir une réflexion autour de la douleur et de son expression. La surveillance *monitoring* remplace donc l'accompagnement humain. En outre, le discours médical en faveur de la périnatalité influence le père. Pourtant, la perspective de la périnatalité ne dissipe pas les angoisses. Pour les femmes qui souhaitent avant tout être accompagnées dans la douleur et non soulagées de la douleur, un sentiment d'abandon est souvent exprimé en rapport avec un accompagnement inadéquat. La pression des anesthésistes est aussi présente tant pour les sages-femmes que les femmes : « Bon. Elle la veut ou non sa péri? C'est maintenant ou jamais. Après je m'en vais ». (p.134). De plus, la mise sous silence des effets physiques et psychologiques de la périnatalité est due à l'incapacité de remettre en cause un fonctionnement rentable pour les établissements. (p. 137). Ensuite en postnatal, l'hospitalisation, le rythme de l'hôpital, les conseils contradictoires sont d'autant des facteurs de stress.

En parallèle, quelques « pôles physiologiques » et salles « nature » ont été aménagés dans une tentative de répondre aux demandes des femmes. Toutefois, ils s'avèrent être plus des initiatives de marketing, puisque dans l'univers de la pathologie tous les accouchements sont soumis aux mêmes protocoles, car ils sont tous considérés potentiellement à risques (p.151). Les projets de naissance alternatifs sont mal perçus. Le respect de l'autonomie de la parturiente et de la temporalité du travail se révèlent difficilement respectés et appliqués. Par ailleurs, les femmes ne sont pas à l'origine des changements des pratiques obstétricales.

Elles y participent en les acceptant et en s'adaptant (p.158). Celles qui se positionnent à contre-courant se confrontent au pouvoir médical.

Le **chapitre 3** aborde les notions d'autonomie et de gestion du risque. Des désaccords profonds existent sur les conditions optimales pour la naissance. Dans l'approche médicale, on peut perturber les phénomènes physiologiques pour prévenir une éventuelle complication alors que certaines sages-femmes et des femmes croient important d'éviter de les perturber pour favoriser la naissance. Ces dernières sont souvent soumises à une hostilité manifeste.

L'auteure présente ensuite le point de vue des sages-femmes sur la notion de risque, qui n'est pas unanime, dépendant de leur formation et de leurs expériences à la fois personnelle et professionnelle. Les sages-femmes libérales ont dû faire une réflexion sur ces aspects qui sont en grande partie responsables de leur choix de pratique. Plusieurs dénoncent l'absence de raisonnement clinique derrière la généralisation des interventions. Si pour les sages-femmes plus âgées, l'art de l'accompagnement à l'accouchement représente « l'essence du métier » et s'inscrit dans l'accompagnement global, force est d'avouer que les conditions inhérentes à la disponibilité requise, la non-reconnaissance professionnelle, l'impossibilité d'obtenir une assurance responsabilité à prix abordable sont des obstacles majeurs à sa mise en application par les plus jeunes.

Par ailleurs, la pratique sage-femme en structure hospitalière est morcelée par la multiplication des gestes techniques et des tâches administratives. Elles ne disposent plus de temps pour l'accompagnement des parturientes et leur autonomie professionnelle est bafouée. Sage-femme gardienne de l'eutocie ou dans d'autres mots : de l'accouchement normal? Ce qui fait dire à une sage-femme hospitalière rencontrée par l'auteure dans le cadre de sa recherche que c'est un mensonge. Dans ces conditions : « la pratique hospitalière ne peut, par sa configuration, répondre à la définition de la sage-femme comme "gardienne de l'eutocie" ou de la physiologie » (p.188).

Depuis les dernières années, les sages-femmes revendentiquent de meilleures conditions statutaires, de travail et salariales. La responsabilité médico-légale s'inscrit aussi en toile de fond du poids à porter et a de nombreux impacts sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Les luttes de reconnaissance professionnelle n'ont jamais cessé. Même si les sages-femmes détiennent cinq ans d'études universitaires, en pratique, elles sont toujours sous l'autorité médicale et sont souvent victimes de propos désobligeants. Les rapports de pouvoir omniprésents se reflètent sur le politique. L'aspect humain de l'accompagnement disparaît sous la concentration des accouchements dans de grandes structures. La priorité des dépenses est pour la médicalisation. De plus, la formation des sages-femmes est orientée sur la maîtrise des techniques de surveillance, au détriment des capacités d'observation et de

raisonnement face au comportement de la femme, ce qui entraîne une perte de savoir-faire (p.249).

Enfin le **chapitre 4** permet de constater une méconnaissance de l'accompagnement global en tant que suivi avant, pendant et après l'accouchement par la même sage-femme, tant chez les sages-femmes elles-mêmes, que chez les femmes et les professionnels de la santé. Bien que la loi autorise les sages-femmes libérales à demander l'accès aux plateaux techniques des structures hospitalières, très peu d'entre-elles y sont autorisées, faisant de l'accompagnement global un synonyme d'accouchement à domicile. Même si dans le discours certaines sages-femmes libérales évoquent une forme d'accompagnement « global », la plupart n'exercent auprès des femmes que pour certaines activités en prénatal et en postnatal. L'une d'entre-elles, rencontrée lors d'un entretien, définit son activité comme un accompagnement pluridisciplinaire. Les activités réelles s'apparentent plus à des cours prénatals, de l'haptonomie, de la rééducation périnéale, etc. Les jeunes sages-femmes ne savent pas que l'accompagnement global dans sa définition initiale existe et qu'il est possible de le faire, et les femmes non plus. Pourtant la continuité est une part importante de la sécurité apportée aux femmes et permet de développer la relation de confiance (p.269).

Par ailleurs, l'accouchement à domicile est considéré comme dangereux par les autorités médicales. De plus, l'implantation des maisons de naissance demeure difficile, en raison des nombreux débats qu'elles suscitent au sein des milieux médicaux, ainsi que de la difficulté à recruter des sages-femmes qui s'y sentent suffisamment à l'aise pour y exercer. Pourtant, pour les femmes qui décident d'accoucher à la maison ou en maison de naissance, il s'agit d'un choix mûrement réfléchi. Plusieurs parlent du suivi global comme une expérience qui leur a permis de reconstruire non seulement la naissance en devenant actrice de leur propre accouchement, mais qui a aussi eu des répercussions positives sur leur vécu de mère et la relation qu'elles ont établie avec leur enfant. Cette reprise de pouvoir devrait aller de pair avec les revendications des mouvements féministes pour qui l'autonomisation des femmes est importante, mais qui n'ont pas vu à priori la domination patriarcale médicale dans l'évènement de la naissance. C'est d'ailleurs la réflexion à laquelle nous convie l'auteure. Ainsi, on a dépossédé les femmes de leurs accouchements et on continue de le faire en occultant la dimension humaine au profit d'une vision médicalisée qui se perpétue même chez les sages-femmes, qui devraient pourtant continuer de protéger la normalité des processus entourant la naissance et favoriser une offre de soins conséquente. Enfin, si « la place de la sage-femme dans la société reflète l'évolution des pratiques de mise au monde », on ne peut que se demander de quelle évolution parle-t-on? N'avoir que l'unique vision de la sécurité à travers le prisme de la technicisation et de l'intervention médicale, qui comporte en soi des effets iatrogènes, occulte les autres dimensions de la sécurité dans l'expérience profondément humaine de donner naissance.

Étant moi-même sage-femme et chercheure au Québec avec une approche socio-anthropologique, je ne peux que faire des liens avec la résurgence et le développement de la profession sage-femme au Québec. L'analyse approfondie et fortement documentée de madame Thomas suscite des questions et montre des enjeux dont on ne pourrait faire fi dans le contexte québécois. Les cheminements empruntés sont certes différents. Les sages-femmes françaises ont vu le passage de leur rôle d'accompagnement, porteur de sens dans leur identité professionnelle, mis de côté avec la montée de la médicalisation. Elles ont vécu une grande perte d'autonomie, malgré l'accroissement des exigences de formation et leurs compétences. Au Québec, la profession a pu ressurgir en réponse aux demandes des femmes et des familles pour l'humanisation des naissances. Les sages-femmes québécoises ont donc développé une pratique de suivi complet de maternité, où l'accompagnement est au cœur de leur pratique du début de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période postnatale. Avec la professionnalisation, leurs services ont été intégrés au réseau de la santé et des services sociaux en préservant leur manière d'agir et leur autonomie professionnelle. Or, la médicalisation croissante ainsi que le monopole médical et technocratique prennent de plus en plus de place dans la société québécoise et l'univers de la naissance. Lorsqu'on regarde l'évolution subie par la profession en France, on peut se demander si pour les sages-femmes québécoises, un chemin inverse est en train de se dessiner qui amènerait une régression d'autonomie professionnelle et par surcroit une perte de choix pour les femmes.

Références

- Carty, Elaine. (2010). Éduquer les sages-femmes avec le premier modèle de simulation au monde: le mannequin du 18ième siècle de Madame du Coudray. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 9(1), 40-45.
- Dhollande, Victor. (2022). « On n'oublie jamais » : le collectif Stop VOG lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques. *France Inter*, le 11 mai. <https://www.radiofrance.fr/franceinter/on-n-oublie-jamais-le-collectif-stop-vog-lutte-contre-les-violences-obstetriques-et-gynecologiques-2353491>.
- Laemle, Brice. (2021). « Ni le fric, ni le temps, ni la reconnaissance », les sages-femmes dénoncent des conditions de travail « infernales ». *Le Monde*, 28 janvier. https://www.lemonde.fr/sante/article/2021/01/27/ni-le-fric-ni-le-temps-ni-la-reconnaissance-les-sages-femmes-denoncent-des-conditions-de-travail-infernales_6067838_1651302.html.
- Schalck, Claudine, Gagnon, Raymonde et Bisch, Sonia. (dir). (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques. Que fait-on de la parole des femmes?* Paris : L'Harmattan.