



## Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

15 | 2017

Transitions existentielles en question

---

### Faire naître à la maison en France

L'invisibilité des radiations ordinales de sages-femmes à domicile

*Home births in France: the invisibility of license revocations by the National Council of Midwives*

Rosanna Sestito

---



Éditeur  
Association Amades

#### Édition électronique

URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2798>  
ISSN : 2111-5028

#### Référence électronique

Rosanna Sestito, « Faire naître à la maison en France », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 15 | 2017, mis en ligne le 29 novembre 2017, consulté le 29 novembre 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2798>

---

Ce document a été généré automatiquement le 29 novembre 2017.



*Anthropologie & Santé* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# Faire naître à la maison en France

L'invisibilité des radiations ordinales de sages-femmes à domicile

*Home births in France: the invisibility of license revocations by the National Council of Midwives*

**Rosanna Sestito**

---

- 1 À un moment où les questionnements sur la médicalisation de la naissance occupent de plus en plus de place dans le débat public et scientifique français, les réflexions sur la naissance à domicile prennent elles aussi de l'ampleur. L'accouchement à domicile (ci-après AAD) constitue un objet de réflexion tantôt par les sciences sociales (Davis-Floyd & Davis, 1996 ; Apfel, 2017 ; Pruvost, 2016) qui soulignent que la parturition n'est pas une maladie ou un état à juger à risque à tout moment ; tantôt par les associations des femmes qui revendiquent et exigent le respect de leur dignité de femme et leur capacité de mettre au monde des enfants (Pruvost, 2016). D'ailleurs, les années 2015 et 2016 ont connu deux événements importants : le premier est la mise en place d'un observatoire sur les violences obstétricales, chargé de dénoncer les interventions violant l'intégrité corporelle des femmes au sein des maternités ; le second est l'accord signé par le ministère de la Santé autorisant l'ouverture à titre d'essai de neuf maisons de naissance. Cet événement représente une rupture avec le passé dans la mesure où les membres du corps médical opposés à l'accouchement extrahospitalier ont dû accepter les demandes des usagères et des sages-femmes.
- 2 En France, depuis les années 1990, l'accouchement à domicile (AAD) a été associé aux mouvements néo-ruraux par les travaux portant sur la question de l'installation à la campagne (Thomas, 2014) de certains groupes de la population (Rouvière, 2015). Les sages-femmes libérales à domicile sont présentes surtout dans les zones rurales où elles exercent seules ou à plusieurs dans le même cabinet. Leur pratique relève de choix engagés qui expriment en actes un discours contestataire.
- 3 En 2016, la DRESS<sup>1</sup> a recensé 21 206 sages-femmes tous âges confondus exerçant en France métropolitaine. Parmi ces sages-femmes 3902 travaillent en activité libérale exclusive<sup>2</sup>. Aucune statistique n'est disponible pour les sages-femmes libérales qui pratiquent les

accouchements à domicile, car en France on parle d'« accouchement inopiné » et non d'AAD programmé. Selon l'INSEE<sup>3</sup>, il y aurait en France un total de 800 000 naissances par an, dont environ un millier serait des naissances à domicile — y compris les naissances inopinées. Dans ces statistiques, la question de l'assistance n'est pas spécifiée. La France présente une forte technicisation de l'accouchement par rapport à d'autres pays européens. Quelques chiffres peuvent l'illustrer : les taux de péridurale ont augmenté de manière impressionnante, passant de 3,9 % en 1981 à près de 88 % en 2016<sup>4</sup> (contre 10 % à 30 % en Allemagne et aux Pays-Bas). Le modèle en vigueur comporte une utilisation majeure d'ocytociques<sup>5</sup> (dans plus de 50 % des accouchements), une augmentation de l'utilisation des instruments comme les forceps, les spatules et la ventouse<sup>6</sup> et une augmentation du recours à l'épisiotomie<sup>7</sup> (47 % en 2014 alors que la Suède présente un taux d'épisiotomie de 5 %)<sup>8</sup>. Selon le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE<sup>9</sup>), 85 % des femmes concernées par ce dernier acte déclarent n'avoir jamais donné leur consentement, bien que la loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) relative au droit des malades interdise de pratiquer un acte médical sur une personne qui n'a pas donné son consentement.

- 4 Loin d'être uniquement l'instrument de désirs personnels propres à quelques femmes/familles, l'AAD donne aussi corps, pour les sages-femmes à domicile le pratiquant, à une manière différente de « faire des enfants ». Elles sont prêtes pour cela à se faire radier du tableau de l'Ordre National des Sages-femmes. Respecter le choix fait par les femmes, « être heureuses et en accord avec ses propres principes », reconstruire des solidarités féminines, prescrire le moins possible de médicaments allopathiques constituent pour ces sages-femmes autant de « preuves » tangibles qu'un autre modèle obstétrical est envisageable et viable. Certain.e.s auteur.e.s proposent d'analyser la pratique de l'enfantement à domicile comme une « *system-challenging praxis* » [une pratique défiant le système] (Cheney, 2008 : 264), reprenant ainsi le concept élaboré par Singer (2004 : 1995). La « *system-challenging praxis* » est orientée vers une démystification de la santé et la dénonciation des inégalités sociales pour promouvoir des changements dans la répartition du pouvoir social. Le droit de choisir le mode d'accouchement a été aussi analysé dans le cadre des études sur la consommation. Dans les sociétés néolibérales contemporaines, le terme consommateur acquiert un pouvoir émancipateur dans la mesure où il est appréhendé comme étant plus approprié pour décrire les sujets contemporains – conçus comme des individus autonomes capables de faire des choix rationnels – que celui de « patient » (Craven, 2007). Dans cette optique, les femmes sont perçues comme des consommatrices, les services des sages-femmes comme des marchandises (Craven, 2007). Ces études ne mettent pas l'accent sur une autre question : la participation des femmes à la prise de décision et au contrôle de leur corps en tant qu'élément à la base du choix d'enfanter à la maison. Le partage de la prise de décision dans un contexte de relations privilégiées entre les femmes et les sages-femmes est considéré comme expression du modèle holistique (Hunter, 2006). Ce modèle s'appuie sur la qualité des relations entre soignantes et patientes au lieu de se focaliser sur la maladie et la pathologie (Davis-Floyd, 2003).
- 5 En France, on observe une opposition à l'AAD, en particulier dans le monde biomédical. Les tenants du domicile sont accusés d'adopter de « fausses croyances », d'être des « arriérés », comme l'affirme Élisabeth Badinter (2010) qui qualifie l'AAD de « régression féministe ». Dans les sciences sociales, certaines études s'intéressant à la naissance invitent à réfléchir sur l'opposition entre accouchement « naturel » et l'accouchement

« médicalisé » (Oakley, 1985) et sur l'appropriation et le contrôle du corps des femmes par le corps médical (McCallum, 2005). Plusieurs auteures (Shervin, 1992 ; Gilligan, 1987 ; Dodds, 2008) montrent que l'augmentation de la médicalisation de la naissance et la dévalorisation de l'accouchement physiologique sont dues à l'idée que l'accouchement comporte d'inévitables risques exigeant une gestion technique par des spécialistes. D'autres études (Carricaburu, 1992 ; Gélis, 1988 ; Knibiehler, 2007) portent sur la manière dont les différentes catégories de professionnels de santé se côtoient dans l'espace obstétrical. Ces dernières montrent que, malgré les apparences, les professionnels de la santé impliqués dans la naissance ont des idées très différentes de leurs métiers, ce qui génère des débats idéologiques parfois très animés.

- 6 Le présent article aborde la question sous un autre angle. Il analyse le concept de naissance à domicile en tant qu'alternative à un accouchement technicisé et la manière dont les sages-femmes pratiquant l'AAD conçoivent leur pratique. À cette fin, je présente ici des réflexions sur la technicisation de l'accouchement, émises par des sages-femmes pratiquant l'AAD et radiées de l'Ordre National des Sages-femmes. Je les ai rencontrées lors d'une enquête menée en France entre 2015 et 2016. Cette enquête portait sur les plaintes (dont la liste est en annexe) à l'origine de la radiation des sages-femmes pratiquant l'AAD qui ont reçu une interdiction à vie de pratiquer l'accouchement<sup>10</sup>. La plupart de ces sages-femmes sont accusées de pratique dangereuse et de méconnaissance des protocoles de la Haute Autorité de Santé (HAS). Aucune de celles que j'ai rencontrées n'avait souscrit d'assurance responsabilité civile professionnelle car elles n'étaient pas en mesure de payer les tarifs très élevés demandés par les compagnies d'assurance. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002, les sages-femmes libérales sont tenues de souscrire une telle assurance mais rencontrent des difficultés à faire assurer la pratique de l'accouchement à domicile. Le manquement à cette obligation peut être sanctionné au niveau disciplinaire et pénal (passible d'une peine de 45 000 euros d'amende et d'une interdiction d'exercer). La majorité des assureurs ont choisi de se désengager des « risques » liés à cette pratique, et ceux qui proposent une assurance le font à des tarifs démesurés (autour de 30 000 euros annuels) au regard des honoraires perçus par une sage-femme pratiquant les tarifs conventionnels<sup>11</sup>.
- 7 Aucune recherche n'a été menée en France sur les radiations des sages-femmes à domicile ; mon enquête entendait combler une lacune. En s'appuyant sur les études qui utilisent le concept d'*authoritative knowledge* (Davis-Floyd et Davis, 1996 ; Craven, 2007 ; Maffi, 2014) et sur la socio-anthropologie du genre (Mathieu, 1991 ; Tabet, 2004a, 2004b ; Butler, 2012 ; Pruvost, 2016), cet article vise à comprendre comment et pourquoi, en France, certaines sages-femmes libérales font le choix de continuer à pratiquer les accouchements à domicile sans assurance, en s'exposant à une radiation de l'Ordre et à des poursuites.
- 8 Aujourd'hui, les procédures standardisées auxquelles une parturiente est invitée à se soumettre, depuis la conception jusqu'à l'accouchement, témoignent d'une médicalisation accrue de la gestion de la naissance, que le monde biomédical justifie souvent par le souci de la sécurité de la mère et de l'enfant (Saxell, 2004). Il est vrai que l'histoire de la naissance nous apprend qu'au fil du temps, la mortalité maternelle et néonatale a chuté, grâce aussi aux avancées biomédicales. On peut cependant se demander si la sécurité est la seule préoccupation du monde médical à l'égard des parturientes ou si :

« L'appropriation par la médecine [...] de l'événement de la naissance et l'élargissement de son rôle dans le contrôle sur la procréation participent également au façonnement des usages et à l'évolution de la prise en charge périnatale » (Thomas, 2014 : 1).

- 9 Parmi les outils mis en place pour socialiser les femmes à la prise en charge hautement technicisée de la parturition et au discours biomédical sur les risques, on trouve les cours de préparation à la naissance, dispositifs servant à familiariser les futures mères tant avec les technologies obstétricales qu'avec les principes des différentes méthodes contraceptives (Oakley, 1985 ; Maffi, 2014). Ces cours peuvent être analysés comme des dispositifs disciplinaires car ils visent à produire des formes d'incorporation des technologies chez les femmes enceintes et transmettent des injonctions sociales et morales « visant à responsabiliser les futures mères afin qu'elles produisent de nouvelles générations de citoyens sains et adaptés » (Maffi, 2014 : 177).
- 10 Vouloir accoucher à la maison pour éviter la technicisation de la naissance hospitalière est-il une menace de re-naturalisation de la naissance et donc d'un retour au foyer pour les femmes (Badinter, 2010) ? La possibilité de naître à la maison sera-t-elle définitivement éliminée en France par la naissance hypertechnicisée ? Afin de répondre à ces questions, je présente d'abord les caractéristiques de l'AAD, le corpus de l'enquête et ensuite le témoignage d'une sage-femme radiée. Mon but est d'explorer les positionnements autour de l'AAD des sages-femmes à domicile radiées en France et leur lecture des transformations des mouvements féministes (de la position de Badinter contre l'AAD aux engagements féministes pro-AAD, ainsi que les débats autour des violences obstétricales). Ces transformations sont analysées par mes interlocutrices en lien avec les changements qui ont eu lieu au sein du monde médical, de l'adoption de la « médecine des preuves » légitimant l'accouchement hospitalier à la remise en question d'une clinique paternaliste ancrées dans les pratiques.
- 11 Cependant, avant d'entrer dans le détail de l'enquête, il est important de souligner qu'à l'évidence, l'AAD n'a aucune définition précise en France. Au sein de la profession de sage-femme, l'idée-même d'une telle définition fait débat car : « il s'agit d'un outil destiné à encadrer cette pratique », affirme Madame Z. L'Organisation mondiale de la Santé donne quant à elle une définition de l'accouchement normal selon laquelle :

« L'accouchement normal est possible pour une grossesse normale, c'est-à-dire une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37<sup>ème</sup> et 42<sup>ème</sup> semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien »<sup>12</sup>.

- 12 En France, seule l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales (ANSFL) définit l'accompagnement global comme :

« Une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient au respect de la mère, du père et de l'enfant. [...]. L'accouchement à domicile ne peut se faire que si la naissance ne présente aucun risque particulier connu, c'est-à-dire si elle est physiologique »<sup>13</sup>.

- 13 Les sages-femmes que j'ai rencontrées appellent accouchement à domicile un accouchement qui se déroule au domicile, sans pour autant que ceci soit synonyme d'un

confort exceptionnel. Au contraire, comme me l'explique Madame Z, il peut arriver que l'accouchement ait lieu dans une situation loin d'être confortable, dans une maison insuffisamment chauffée ou dans un lieu difficile d'accès en voiture.

## Présentation de l'enquête

- 14 La recherche conduite dans le cadre d'un Master en Sociologie du genre portait sur les sages-femmes françaises ayant pratiqué l'AAD et radiées à vie de l'Ordre des Sages-femmes. Ce travail ne visait pas à déterminer si les sages-femmes interviewées étaient responsables des accusations dont elles étaient la cible. Il s'agissait plutôt d'interroger les rapports entretenus entre ces sages-femmes et les chambres disciplinaires qui jugent les plaintes médicales émanant des hôpitaux et de l'Ordre des Sages-femmes. Les sages-femmes rencontrées avaient toutes été radiées après la loi du 4 mars 2002 suite à des plaintes de l'Ordre Départemental des Sages-femmes, des hôpitaux et du Ministère public. Dans mon mémoire (Sestito, 2017), j'ai mis en évidence que la course à la professionnalisation des sages-femmes a créé une fracture interne produisant deux profils différents : la profession hospitalière et la profession libérale. Une sage-femme, Madame F âgée de 64 ans, à qui j'expose cette idée me répond :

« Oui, on ne parle pas la même langue les libérales et les hospitalières. Mais non plus les libérales et les libérales à domicile. Tu sais ? Diviser pour régner, c'est malheureusement vrai. Du coup on se fait la guerre entre nous ».

- 15 Le terrain de ma recherche s'étend sur l'ensemble de la France ; j'ai mené des entretiens avec sept des huit sages-femmes radiées. Afin de favoriser la parole sur des sujets qui relèvent habituellement de l'intime, j'ai recouru à la méthode du récit de vie (Bertaux, 2010), en particulier à l'entretien narratif. Tous les entretiens ont été réalisés au domicile des sages-femmes. Cette expérience m'a permis d'expérimenter la notion de « l'entretien comme conversation » (Olivier de Sardan, 2008 : 59) grâce à ma double posture puisque, outre à mon statut d'anthropologue, je suis aussi sage-femme. Formée en Italie, j'ai pratiqué l'AAD en France pendant plusieurs années et cette expérience a été à l'origine de mon intérêt pour le thème de mon mémoire.

## La juste distance

- 16 Bien que la proximité avec son propre objet d'étude rende plus difficile le processus de distanciation nécessaire à toute enquête, mon statut de sage-femme qui travaille à domicile a permis à mes collègues interviewées de se sentir plus à l'aise au cours de nos entretiens. Mon identité de sage-femme pratiquant l'AAD m'a autorisée à les interroger à propos de questions très sensibles tant au niveau professionnel que personnel sans susciter leur méfiance ou leur refus. Le fait d'écrire était une façon de créer une distance entre nous et en même temps de rendre visible le travail de recherche que je menais. Il a aussi permis de valoriser le point de vue de mes interlocutrices qui se sont vues attribuer un rôle de spécialistes dont chaque mot est important. Ce choix méthodologique leur a également permis de prendre le temps pour réfléchir afin de bien formuler leurs idées (Pruvost, 2008).

- 17 Malgré mes nombreuses tentatives de les contacter, je n'ai pas pu interviewer les sages-femmes de l'Ordre National, des différents Conseil Départementaux, des Chambres Disciplinaires et les sages-femmes hospitalières qui ont participé à la rédaction de la plainte. J'ai pu mener un entretien téléphonique avec une seule d'entre elles. Au cours de la recherche, la prise de distance vis-à-vis de mes différentes interlocutrices a été difficile à cause de mon implication en tant que sage-femme pratiquant l'AAD. Ayant recours aux considérations des travaux féministes sur le positionnement des chercheur.e.s (Alcoff & Potter, 1993 ; Haraway, 2007 ; Hartsock, 1983), j'ai essayé de réfléchir à la difficulté de concilier mon engagement avec la satisfaction de certains critères de validité épistémologique. J'ai pu me rendre compte qu'un point de vue neutre et « désincarné » est impossible à atteindre, bien que différents degrés d'éloignement de l'objet d'étude soient possibles. Je suis consciente que, malgré les efforts accomplis, mes analyses laissent transparaitre mon engagement professionnel et personnel pour l'AAD. Si le chemin de la distanciation que je dois parcourir est encore long, j'espère que cet article pourra quand-même apporter des éléments pertinents sur un sujet peu étudié.

### D'où viennent ces sages-femmes ?

- 18 Parmi les sages-femmes rencontrées, deux sont d'origine étrangère. Elles habitent toutes dans de petits villages ruraux et ont des enfants qui sont nés pour la plupart à l'hôpital. Parmi sept sages-femmes, quatre ont déclaré être engagées dans des mouvements écologistes. Hormis une des sages-femmes étrangères, toutes les autres se sont formées dans des écoles françaises, dans lesquelles on n'enseigne pas de modèles de suivi d'accouchement différents de ceux pratiqués à l'hôpital. Les sages-femmes que j'ai rencontrées regrettent le fait que les écoles insistent sur les pathologies plutôt que sur la physiologie, et Madame Y âgée de 35 ans affirme : « *c'est incroyable le travail que j'ai dû faire le jour où j'ai dit basta [elle monte le ton de la voix] aux accouchements en clinique. À l'école et en clinique, j'avais appris la pathologie et à bien imposer ma volonté aux femmes* ». Ces sages-femmes ont toutes profité d'un « *compagnonnage*<sup>14</sup> » : il s'agit d'une période passée avec une sage-femme libérale plus expérimentée pratiquant l'AAD. Madame K, âgée de 41 ans affirme en riant : « *Oh là là...quand j'ai quitté l'hôpital je suis arrivée chez H. [collègue de la sage-femme qui pratique à domicile depuis longtemps] et je lui ai dit : là, il faut que tu m'apprennes à être sage-femme* ». Ces sages-femmes ont suivi au fil des ans des formations informelles assurées par des collègues plus expérimentées qui pratiquent l'AAD. Lors de ces formations, on apprend un suivi de la grossesse et de l'accouchement basé principalement sur la relation de confiance avec la femme. Pour ces sages-femmes, la pratique menée « *à la hâte* » et « *à la chaîne* » au sein des hôpitaux est considérée par ceux et celles qui refusent l'accouchement à la maternité comme la raison du recours aux médicaments et la technologie :

« Il y a trop de femmes, il n'y a pas assez de temps pour chacune, donc on vous stimule et on fait passer la suivante. Alors que dans les formations pour un accouchement à la maison, on parle d'un temps pour chaque femme et pour chaque enfant », affirme Madame K.

- 19 Une des sages-femmes interviewées a étudié en Belgique. En France, les sages-femmes formées à l'étranger rencontrent de nombreux obstacles lors de la reconnaissance de leur diplôme au sein de l'Ordre National des Sages-femmes. En dépit des accords de la



Communauté Européenne sur la libre circulation, les sages-femmes étrangères doivent souvent passer devant des commissions pour évaluer non seulement leur connaissance de la langue mais aussi leur déontologie et leurs « *capacités professionnelles pour suivre une femme enceinte en France* », affirme la seule sage-femme de l'Ordre National à qui j'ai pu parler par téléphone (elle a démissionné quelques semaines après notre conversation téléphonique). Cette dernière a participé à l'instruction de la plainte contre l'une des sages-femmes étrangères radiées. Celle-ci est définie par sa collègue de l'Ordre comme : « [...] *une sage-femme dangereuse avec une formation de basse qualité* ». Pour mieux comprendre cette affirmation, je lui demande des explications :

« Tu sais à l'hôpital, chez nous, on avait une jeune collègue française mais qui avait fait ses études en Belgique parce qu'elle n'avait pas réussi le concours en France. Bon voilà, nous ne l'avons pas gardée à la maternité parce qu'elle n'était pas très rigoureuse. Tu sais, en Belgique, les sages-femmes ne font pas d'accouchement, et puis nous, en France, on a beaucoup de formation en droit, on est formaté – pour faire attention, pour être "carré" – mais elles, elles n'ont pas tout ça. Les sages-femmes libérales là-bas, elles sont trop dans la physiologie, dans le bio, elles disent qu'il faut laisser faire, bref elles n'ont pas de limite du danger ».

- 20 Les sages-femmes interviewées affirment avoir bien réfléchi aux conditions de naissance actuelles et se documenter sur les risques liés à l'accouchement, par exemple en participant à des formations pour maintenir une « *stratégie de sûreté* » afin de détecter les complications et « *se diriger à la maternité le plus tôt possible* ». La plupart a déclaré que le choix d'accompagner les parturientes à domicile ne doit pas être pensé comme une « *expérience unique* », mais comme un élément d'un mouvement de lutte globale « *contre ce système qui privilège les riches et qui est en train de détruire la terre* », affirme Madame O âgée de 42 ans. Elles envisagent leur engagement en lien avec la bataille contre « *l'extrême augmentation de l'intervention technique lors de l'accouchement* », en accord avec d'autres sages-femmes dans d'autres pays du monde.
- 21 Quand je les questionne sur leur choix d'habiter loin de la ville, elles invoquent des raisons d'ordre économique. Les revenus d'une sage-femme à domicile, si elle ne pratique pas de dépassement d'honoraire, sont plutôt modestes<sup>15</sup>. Dans un souci d'économie, la plupart d'entre elles n'ont pas de cabinet et les consultations se font soit chez les femmes soit dans une pièce de la maison de la sage-femme. Toutes les sages-femmes rencontrées travaillent comme sages-femmes libérales dont le statut est codifié par l'Ordre National des Sages-femmes<sup>16</sup>.

## Qui sont les femmes qui décident d'accoucher à domicile ?

- 22 Comment les hôpitaux perçoivent-ils les femmes qui décident d'accoucher à domicile ? Voici le point de vue de Madame Z, âgée de 57 ans :

« Oh la la... Je vais te dire une chose. En travaillent à domicile, je me suis réconciliée avec le monde des femmes. À l'hôpital, j'avais le même discours des gynécos. Tu le connais non ? Les femmes veulent l'épisiotomie, les femmes sont douillettes et blablabla.... Alors, grâce



au domicile, j'ai compris que les femmes ont juste envie d'être bien informées ».

- 23 Les sages-femmes que j'ai rencontrées considèrent qu'accoucher à domicile est un choix qui découle de raisonnements rationnels et non pas d'une décision impulsive, d'un simple "coup de tête". De nombreuses informations autour de la grossesse et de la parentalité circulent aujourd'hui sur Internet, notamment via les forums. Sur l'un d'eux<sup>17</sup>, j'ai découvert des listes de sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile dans les différents départements, des commentaires sur leur façon d'accompagner les femmes ainsi que des études réalisées dans d'autres pays du monde autour de la sécurité de l'enfantement à domicile. Dans ce forum, les femmes réclament « *la possibilité et le droit* » de refuser l'ingérence des professionnels de santé dans leurs décisions. Elles se sentent capables de décider par et pour elles-mêmes. Les personnes impliquées dans cette démarche se perçoivent comme assumant leurs façons de vivre et ne considèrent pas la grossesse comme une maladie.
- 24 Plusieurs auteurs ont montré que les rapports entre le monde médical et l'univers de l'accouchement à domicile sont à considérer à travers le prisme des rapports de pouvoir, au sein desquels les femmes se positionnent, choisissant le domicile pour mieux contrôler leur accouchement (voir notamment Jacques, 2007) et se garantir des relations personnalisées avec les soignantes. Les sages-femmes que j'ai rencontrées ont évoqué la question du pouvoir dans le processus de l'accouchement, mettant en avant une opposition entre ce qu'elles considèrent comme la position « passive » des femmes à l'hôpital et leur position « active » à domicile. Elles-mêmes perçoivent le système médical comme un pouvoir autoritaire qui les incite à la résistance au nom de la « *naissance respectée* ». Ces dernières années, les rapports entre patientes, obstétriciens et sages-femmes suscitent beaucoup de questionnements comme l'atteste l'émergence du mouvement autour des violences obstétricales. Ce dernier met l'accent sur la question du consentement<sup>18</sup>, problématique qui a pris de l'ampleur après les affaires du « point du mari<sup>19</sup> » et des touchers vaginaux sous anesthésie<sup>20</sup>. Ces controverses ont été alimentées par les réseaux sociaux et ont attiré l'attention de la presse puis des pouvoirs publics.
- 25 Le problème de la distribution du pouvoir entre les acteurs en présence lors de l'accouchement est apparu dans les discours des femmes lors d'une autre enquête que j'ai menée dans le cadre d'un master en anthropologie (Sestito, 2014). Cette recherche a mis en évidence que, parmi les femmes interviewées, celles qui ont accouché à l'hôpital ressentent souvent un sentiment d'impuissance, alors que la plupart des femmes qui accouchent à la maison se conçoivent comme actrices principales de leur accouchement. En développant l'idée de la responsabilité des femmes lors de l'enfantement, les sages-femmes à domicile créent une image de l'acteur autonome, par opposition à leur perception de la place réservée aux femmes à l'hôpital. Le discours sur la responsabilité des mères devient important pour ces sages-femmes en cas de problème lors de l'AAD, bien que ces dernières soient rarement poursuivies par les parents (Wagner, 1995). La relation personnalisée avec la sage-femme est en effet un élément fondamental dans le choix de l'accouchement à la maison. Pour ces sages-femmes, cette relation permet d'affronter autrement les imprévus.

## « L'accouchement high-tech » : la difficile confrontation de l'AAD à la croissante technicisation de la parturition

- 26 Longtemps oubliée par les études féministes en France, la question de l'accouchement est devenue un objet de débat autour de la croissante technicisation à laquelle une parturiente doit se soumettre dans les hôpitaux français. Interrogée sur le statut d'événement normal de la parturition dans la vie d'une femme, Madame Z répond : « *Mais pas du tout. Je pense que l'accouchement high-tech, de l'hôpital quoi, est en train de faire disparaître notre capacité de femme à accoucher* » : il s'agirait d'un « processus de dénaturalisation » (Pruvost, 2016 : 1) qui se mettrait en place. Dans ce contexte, pourquoi continuer à accompagner les femmes à domicile ?

### Être sage-femme à domicile aujourd'hui

- 27 Le choix de continuer à accompagner les naissances à la maison doit être interrogé à la lumière de la relation qui se met en place entre les individus qui font ce choix et la sage-femme. Face à cette question, Madame F a répondu :

« Les sages-femmes qui accompagnent à domicile se voient souvent reprocher le fait qu'elles exercent leur métier et tissent des relations avec le même esprit qu'autrefois. Nous sommes proches des femmes, on n'a pas envie de les infantiliser. Tu sais ? Je trouve ridicule quand les gynécos disent : "Madame je vais vous accoucher il ne faut pas avoir peur". (Elle rit très fort) Je trouve ça hallucinant et drôle en même temps : je vois bien le gynéco à la place de la femme, hein... ».

- 28 Lors de réunions entre sages-femmes qui pratiquent à domicile, il est fréquent de les entendre dire qu'elles sont là pour aider et non pour accoucher la femme :

« On accompagne le mouvement d'un événement exceptionnel dans la vie de ces gens, on parle de leur quotidien mais ce dernier devient, du fait de l'attente d'un bébé, extraordinaire ».

### L'AAD aujourd'hui : comme autrefois ?

- 29 Les capacités que ces sages-femmes à domicile s'attribuent aujourd'hui sont essentiellement la rapidité de déplacement et l'habileté, ainsi que la capacité à savoir faire face à l'inconnu sans s'exposer pour autant à des dangers. L'habileté mentionnée par mes interlocutrices doit être comprise différemment de l'emploi usuel du mot : il est moins à comprendre en termes strictement techniques qu'en termes de capacité et de disponibilité extrême à « *laisser faire la nature, lui permettre de suivre son cours* ». Laisser faire la nature se traduit par ce que Davis-Floyd & Davis (1996) reconnaissent comme la capacité à (re)connecter ce que les nouvelles technologies séparent en supprimant le contact, l'échange, les regards, les massages (Maffi, 2010). La compétence technique est sans aucun doute requise dans le travail de ces sages-femmes mais n'est pas le seul

élément significatif. Pour elles, le choix de la parturiente d'être accompagnée à domicile tient en particulier à leur moindre manipulation de son corps :

« Les femmes se renseignent sur Internet ou par l'entremise d'autres femmes, et elles sont en mesure de s'assurer que nos gestes sont toujours exacts, précis, spécifiques, minutieux, bien réalisés en somme », affirme Madame Z.

- 30 De mêmes, elles considèrent que la sage-femme pratiquant l'AAD doit être discrète, m'explique Madame M, âgée de 63 ans : « Elle laisse la nature suivre son cours. Quand il s'agit de l'enfant, elle est méticuleuse, elle s'assure que tout soit bien fait ». Elle prend la tête du bébé au moment du passage mais pas toujours ; parfois c'est la femme elle-même. C'est ainsi qu'elle demande aussi aux parents s'ils veulent couper eux-mêmes le cordon. Elle intervient le moins possible, ne touche pas trop le corps de la mère. La sage-femme ne dispose que de ses mains pour les soins et de quelques instruments.
- 31 En revanche, la médecine dite « défensive »<sup>21</sup> amène les professionnels de la santé à utiliser des outils plus innovants mais qui s'avèrent parfois plus risqués (Barbot, 2008) : « L'évidence, comme il est dit dans le lexique de l'EBM<sup>22</sup> » (Perrenoud, 2014 : 143) n'est pas toujours bien appliquée comme, par exemple, pour la pratique de l'épisiotomie (Perrenoud, 2014). Ces sages-femmes déclarent pratiquer des touchers vaginaux seulement en cas de nécessité, n'utilisent pas de monitoring<sup>23</sup> en continu et, après l'accouchement, proposent une boisson chaude. Elles sont également responsables du nettoyage après la naissance : changer les vêtements de la parturiente et du bébé, nettoyer l'espace occupé et parfois préparer à manger à la parturiente. Les jours suivants, la sage-femme lui rend quotidiennement visite, ainsi qu'au nourrisson et au reste de la famille. Ce suivi peut continuer jusqu'à ce que la plaie ombilicale soit guérie naturellement.

## Être radiée par ses paires : Madame B

### La première radiation depuis la loi du 4 mars 2002

- 32 J'ai mené l'entretien avec Madame B<sup>24</sup> un samedi de janvier 2016 : j'étais invitée à séjourner chez elle pendant deux jours. Je l'ai trouvée amaigrie par rapport à l'état dans lequel je l'avais vue deux ans auparavant à la veille de son jugement à la chambre disciplinaire de sa région. Quand je lui demande comment elle va, elle répond : « Ehhh... comme quelqu'un à qui on a interdit de travailler... ». D'origine étrangère, Madame B habite depuis plus de vingt ans à la campagne dans le sud-ouest de la France et elle n'a connu aucune mortalité lors des accouchements qu'elle a suivis. Elle raconte : « J'ai découvert la plainte dans ma boîte aux lettres en août 2013 et, en lisant la plainte, j'ai compris que ça faisait presque un an qu'ils étaient en train de la mettre en place ». Elle m'explique que sa volonté d'accompagner les femmes pour un accouchement à domicile était liée aussi à son investissement dans le mouvement écologiste de sa région : pour elle, il s'agit d'une pratique allant dans le sens de la préservation de la nature. Elle affirme animer des soirées de sensibilisation autour de la grossesse et de l'accouchement dit naturels<sup>25</sup>. Dans la plainte ayant abouti à sa radiation, elle est accusée pour trois motifs : avoir accepté de suivre à domicile une femme avec un terme de grossesse<sup>26</sup> qui dépasse les 42 semaines de gestation ; avoir suivi des femmes pour un accouchement à domicile avec des critères

médicaux qui ne correspondent pas aux critères de grossesse physiologique et habitant à plus de 40 kilomètres de la maternité ; et enfin, avoir accepté d'accompagner à domicile une femme ayant précédemment eu une césarienne. Dans ces trois cas, elle est jugée pour avoir exercé hors protocole car ces grossesses sont considérées comme des grossesses à risque. Lorsque je lui demande si elle a elle-même accouché à domicile, elle raconte :

« Écoute, j'étais jeune pour ma première fille mais je me souviens encore, comment l'oublier ? Quand je suis arrivée à la maternité, pour mon premier et unique accouchement à l'hôpital hein..., je n'oublie pas, ne pouvant me soustraire à l'examen gynécologique, j'accepte à contrecœur de m'allonger sur la table. J'ai toujours ressenti la pénétration de mon intimité comme une humiliation. Jambes écartées, pieds en l'air, la haine du corps médical me revient, mais je fais contre mauvaise fortune bon cœur. "C'est une fille", m'annonce le médecin. À peine le temps de croiser ses yeux qu'elle disparaît pour être pesée, mesurée, testée et lavée. Et voilà. Comme une lettre à la poste ! J'ai remis mon pouvoir de donner la vie entre les mains des blouses blanches. Les autres sont nés à la maison ».

33 Elle avoue que parler de son histoire lui fait du bien :

« Ne pas travailler est quelque chose de très difficile à gérer : au niveau financier d'abord [Madame B est divorcée et a encore deux enfants à sa charge] et ensuite en tant que femme. Il y a des jours où je n'ai pas envie de me réveiller, heureusement qu'il y a mon chien qui me réveille [elle sourit tendrement en regardant son chien]. Et puis je me suis toujours régalée dans ce métier. Tu sais ? Je n'ai jamais ressenti la fatigue parce que tu sais bien comment ça marche : parfois tu dors trois heures par nuit. Mais c'était un tel bonheur de voir les parents contents à côté de leurs enfants. Mais bon nous sommes des petits soldats et il faut savoir obéir. Obéir à nos consœurs sans prendre en compte l'envie de la femme ».

34 Madame B enchaîne sur l'idée du manque de respect envers le choix des femmes : elle ne cherche pas de compassion mais souhaite dénoncer cette prise de pouvoir de la part du système médical. Je lui demande quelle est la position de l'Ordre National face à l'accouchement à la maison, et elle répond que : « Elle [la présidente] est là juste pour exercer son pouvoir et elle ne défend pas l'intérêt de toutes les sages-femmes, elle est très dangereuse, avec ses liens avec les grands gynécologues ». Madame B explique que sa plainte a été élaborée par l'Ordre Départemental des Sages-femmes de la région où elle habite et travaille et qu'il n'y a pas de plainte déposée par des parents ou des obstétriciens. Elle précise aussi, dénonçant le fait qu'elle se sent victime d'un complot :

« Les quatre sages-femmes qui sont élues dans le Conseil de l'Ordre de mon département travaillent toutes les quatre dans la même maternité sous le gynéco-chef et une des quatre est en couple avec le docteur chef ».

## Comment la plainte a été construite

- 35 Dans cette affaire, deux moments sont clefs dans la construction de la plainte : l'un est lié au conseil de l'Ordre Départemental (CDOSF), et l'autre à l'Ordre National. Au niveau du CDOSF le dossier a été instruit sans qu'aucune plainte ne soit déposée par les parents, des obstétriciens ou tout autre professionnel de santé. Madame B affirme que le CDOSF a mis en place : « *tout un stratagème afin de créer la première pièce administrative de la plainte* ». Au niveau du Conseil National de l'Ordre, la présidente a utilisé les signalements (par courrier) des obstétriciens en tant que plaintes. Ils n'ont pourtant pas ce statut, m'explique Madame B. Ainsi, le texte de la délibération mentionne : « *que les personnels médicaux, [...] ont mis en cause les conditions dans lesquelles Madame B assurait la prise en charge des accouchements à domicile* ». Pour Madame B, faute de disposer d'un dépôt de plainte en bonne et due forme, la Chambre Disciplinaire Régionale a joué sur le sens de ces termes : selon elle, l'instance considère que mettre en cause et porter plainte ont pour synonymes accuser et inculper. La radiation de Madame B sera prononcée en référence aux seuls courriers des obstétriciens.

## Madame B et le « discours du risque médical »

- 36 Je lui demande si une femme qui a accouché par césarienne peut, lors d'une grossesse suivante, accoucher à domicile ? Madame B répond :
- « Avons-nous le droit de ne pas écouter l'avis de cette femme ? La femme qui a eu une césarienne deux ans auparavant et que j'ai décidé de suivre n'a jamais été écoutée à l'hôpital. Au contraire, elle m'a raconté que le gynécologue lui avait dit qu'elle était inconsciente de demander un accouchement par voie basse. Elle avait peur de l'hôpital quand elle est arrivée chez moi. Et moi je ne suis pas là pour faire le gendarme. ».
- 37 Pour ces sages-femmes, la question du risque dans l'analyse de la plainte est centrale. D'ailleurs elles affirment que souvent à l'hôpital : « *on utilise le discours du risque pour avoir le contrôle sur le corps des femmes* ».
- 38 Pendant nos entretiens elles s'interrogent beaucoup sur les acteurs intervenant dans la construction de l'EBM. Elles remettent ainsi en question certains études scientifiques, insistant sur le fait que : « *Ce n'est pas des recherches faites sur des femmes qui accouchent à domicile. Il faut développer tout ça ici chez nous en France* ». Pour ces sages-femmes, il s'agit « d'une construction du risque » (Lupton, 1995). Pour elles, les professions médicales, y compris les sages-femmes, en faisant appel au concept de sécurité et de limitation des risques, légitiment leur interventionnisme et l'introduction massive des technologies lors de l'accouchement. Comme déjà mentionné, aujourd'hui en France, la naissance à la maison est perçue comme une prise de risque :
- 39 « De la notion d'incertitude de l'enfantement, on est passé à celle du risque obstétrical (Carricaburu, 2007), qui justifie l'hypermédicalisation, laquelle a opté pour la concentration hospitalière des soins, à la différence des pays d'Europe du Nord qui disposent d'une offre diversifiée (des maisons de naissance à l'accouchement à domicile) » (Pruvost, 2016 : 7).

- 40 La question du risque est modelée aussi par l'émergence d'un nouveau patient, le fœtus, qui doit être strictement surveillé. Les femmes enceintes sont appréhendées comme des mères qui, dès le début de la grossesse, ont la responsabilité de donner naissance à un enfant normal, en bonne santé, un enfant "parfait". C'est le remplacement de l'expérience de la grossesse par le développement du fœtus qui a rendu possible l'expropriation du corps féminin (Tabet, 2004b). Barbara Duden (2002) affirme que le discours du risque fait des femmes enceintes des « contenant » du fœtus. Le discours du risque a déterminé aussi la création des catégories de populations dites à risque. Une des sages-femmes (Madame B) m'explique qu'une femme qui dépasse son terme de grossesse<sup>27</sup>, bien qu'en bonne santé, et qui demande de pouvoir accoucher à domicile contre l'avis d'un gynécologue à l'hôpital devient : « *Une extrémiste écolo, bobo, qui a besoin d'être suivie après l'accouchement parce que c'est un sujet à risque de dépression du post-partum* ».
- 41 Pour ces sages-femmes la biomédecine privilégie les dimensions « bio-psychologiques » (Rozenberg, 2006) et la dimension pathologique de la grossesse et de l'accouchement. Toutefois, les travaux des sciences sociales (Memmi, 2004 ; Jacques, 2007 ; Gojard, 2010 ; Camus & Oria, 2011 ; Vozari, 2015) montrent que faire coïncider l'accouchement avec la simple dimension corporelle ou psychique individuelle est une construction culturelle située dans le temps et dans l'espace. Dire cela ne signifie pas pour autant délégitimer la biomédecine, mais sortir d'une vision culturelle spécifique pour examiner la complexité des aspects sociaux que la naissance comporte.

## La radiation des sages-femmes à domicile : une nouvelle « chasse aux sorcières » ?

- 42 La naissance à la maison se situe pour ces sages-femmes en contradiction avec les principes fondamentaux qui orientent la pratique médicale et le système de santé contemporains en France. En effet, elles affirment être victimes d'une volonté d'éradication de la part des institutions médicales, y compris de l'Ordre National des Sages-femmes, au nom de la sécurité des femmes et des nouveau-nés. Une sage-femme à domicile me confie que, lors d'une réunion, un membre de l'Ordre National des Sages-femmes aurait affirmé qu'il s'agissait d'une pratique ancestrale à faire disparaître. Cette sage-femme considère que nous sommes face à une nouvelle « chasse aux sorcières »<sup>28</sup> motivée par le fait que : « *Si la femme devient autonome, si elle est maître de son corps, à qui la sage-femme ou le médecin vont-ils imposer leur pouvoir, hein ?* ».
- 43 Si la naissance à domicile est considérée par le monde médical comme une mise en péril de la vie de l'enfant et de la parturiente (Jacques, 2007), dans les faits, accoucher à domicile ne se pratique plus dans les mêmes conditions qu'autrefois. Les sages-femmes à domicile vérifient avec précaution que la naissance ne présente aucune complication particulière et si une complication survient au cours de la grossesse ou à proximité de l'accouchement, la naissance a lieu dans une maternité. Pour Jacques (2007), le refus de l'accouchement à domicile par la profession médicale est lié à trois raisons principales : la première est le risque encouru par la plupart des professionnels. En France, une naissance ne peut être définie comme eutocique<sup>29</sup> qu'*a posteriori*, contrairement à la position de l'OMS qui affirme que, si une grossesse ne présente pas de risques et de pathologies particuliers, l'accouchement entre dans le domaine de la physiologie. La deuxième raison est que certains médecins pensent que les parturientes sont à la recherche d'une prise en

charge médicalisée et technicisée, justifiant l'interventionnisme technique dans les hôpitaux et la forte pathologisation de la naissance. Ainsi, la normalisation de la naissance comme événement médicalisé ne permet pas d'envisager un accouchement en dehors du milieu hospitalier (Jacques, 2007). Enfin le poids du risque médico-légal impose l'obligation d'une assurance et constitue un obstacle à la réalisation d'une naissance à domicile. Toutefois, les études médicales réalisées afin de déterminer si le domicile est plus dangereux que le milieu hospitalier (par exemple Janssen *et al.*, 2009) ont montré qu'il n'y a pas de preuves que l'accouchement à l'hôpital soit moins risqué que l'accouchement à domicile si les femmes présentent une grossesse à bas risque et qu'elles sont accompagnées par un praticien qualifié<sup>30</sup>. En outre, d'un point de vue de santé publique, ce type de suivi assure des soins de qualité et moins onéreux<sup>31</sup>. Dans la majorité des cas de naissance à la maison, il n'y a pas de cours de préparation à la naissance, la femme rencontre la même sage-femme pour les consultations prénatales, pour l'accouchement, pour les soins postnataux, il n'y pas d'anesthésiste ni d'infirmière ou aide-soignante, ni de médicaments allopathiques onéreux comme l'ocytocine synthétique ou les produits pour l'analgésie péridurale. D'ailleurs Madame M affirme : « [...] l'hôpital parfois (Pause) c'est comme l'agriculture intensive : alors que moi je suis pour le respect de la terre. Pas trop de produits toxiques ». Elles se demandent si, un jour, le discours de « toutes ces femmes qui s'engagent pour être respectées » sera audible. C'est ainsi que les sages-femmes rencontrées se disent « *partisanes* » d'un mouvement visant à respecter le choix des femmes et mettant en question l'hypertechnicisation et l'hypermédicalisation de l'accouchement ainsi que plus largement la politique de périnatalité en France. À ma question sur la place assignée aujourd'hui aux sages-femmes qui pratiquent l'AAD, l'une d'elles répond : « On a peur, il y a une épée de Damoclès sur nous. C'est le procès à l'accouchement à domicile ». L'opposition à ce type d'accouchement serait en phase avec une politique de régulation des comportements reproductifs. Pour ces sages-femmes, les notions de droits reproductifs et d'autonomie féminine sont fortement contrôlées par différents pouvoirs, et notamment ceux « de la médecine à haute technologie et de la morale patriarcale. La "sagefemmerie" est complètement gérée par des patriarques » affirme Madame Z. Elles affirment qu'il faut redonner aux femmes la possibilité de construire « leur expérience reproductive » au plus près de ce qu'elles souhaitent. En effet la défense de la naissance à domicile ces dernières années pose avec acuité la question de l'efficacité des mesures politiques mise en place en France en matière des programmes de périnatalité. Elles soulignent que ces programmes n'envisagent pas un accouchement extrahospitalier et considèrent que « *Même les maisons de naissance qu'ils sont en train d'expérimenter ne sont pas des vraies, comme en Suisse ou en Belgique ou en Angleterre. Elles sont dans un hôpital au final* »<sup>32</sup> (Madame F). La question que posent ces sages-femmes est la suivante : comment faire pour que les femmes soient les actrices principales du déroulement de leur vie reproductive et libres de choisir leur lieu d'accouchement ? C'est ainsi que la sage-femme plus âgée, Madame F, me répond : « C'est simple. Il faut revenir à la lutte féministe. En tout cas les femmes qui veulent accoucher chez elle ou dans les conditions qu'elles veulent ne se laisseront pas faire, je suis sûre de ça. Ça suffit de regarder sur Internet ».

44 C'est ainsi qu'elles ont souvent souligné l'existence d'une volonté de la part de l'Ordre National des Sages-femmes d'éradiquer leur pratique : elles parlent d'un vrai complot. Elles dénoncent un adversaire aux multiples têtes : le patriarcat, certaines féministes, le pouvoir politique des médecins et de l'Ordre, l'intérêt économique des hôpitaux. Selon les sages-femmes interviewées, le refus de l'AAD est en phase avec un modèle de société capitaliste, compétitive, centralisée et hiérarchisée. Elles affirment que les politiques de



natalité sont imbriquées dans des rapports de domination et des inégalités à tous les niveaux ; les dispositifs institutionnels, les discours et les pratiques médicaux, les campagnes médiatiques génèrent de la peur chez tous ceux qui ont envie de s'écarter du système dominant (Wagner, 1995). Selon elles, la « *chasse aux sages-femmes* » de la part des instances médicales est un moyen pour réaffirmer le contrôle de la médecine orthodoxe sur d'autres formes de savoir et de pratique. Madame F affirme qu'en France « *L'obstétrique, le système médical, est une grosse machine à pognon* ». Elles appellent de leurs vœux des alternatives, prenant l'exemple de la Belgique, où les maisons de naissance et le domicile sont vus différemment mais : « *si on nous chasse c'est fini, on n'aura plus la possibilité de choisir* ». La radiation est considérée par ces sages-femmes comme une nouvelle « *chasse aux sorcières* » pour éviter qu'elles soient autonomes et indépendantes.

- 45 Ces sages-femmes soulignent l'urgence de développer la recherche autour de l'AAD et d'apporter des changements au niveau de la formation des sages-femmes. Elles affirment qu'aujourd'hui le but de la formation en France est de conduire les étudiant.e.s sages-femmes vers une profession à compétence médicale et vers une connaissance de la pathologie. Alors qu'elles proposent une formation qui assurerait tout à la fois l'acquisition d'un savoir médical, d'aptitudes d'analyse mobilisables pour participer à construire les politiques de santé publique et des « *qualités humaines et relationnelles requises pour un bon accompagnement de la femme et de son bébé* » (Madame O). Cette dernière affirme d'ailleurs : « *Les écoles doivent investir plus dans l'enseignement de la physiologie : nous ne la connaissons pas en sortant de l'école. Les femmes sont mécontentes de notre travail : il faut revenir à notre art d'accompagner les femmes. Là on fait le petit médecin* ». Elles affirment leur volonté de changer la politique de périnatalité en France afin que les femmes puissent participer à la prise de décision lors du choix du mode d'accouchement, alors que selon elles le milieu hospitalier impose pour le moment des standards universels et rigoureux. Madame F souligne : « *La sage-femme n'a plus le rôle d'accompagnante lors de l'accouchement. L'hôpital a détruit notre métier : tu passes ton temps à brancher et débrancher des appareils. Parfois je pense qu'il n'y a plus besoin de notre métier. Un jour peut-être ça va disparaître.* ».

## Les mots de la fin

- 46 La rareté des recherches et le manque de recul historique sur ce sujet ainsi que mon grand regret de n'avoir pu rencontrer ni les sages-femmes des chambres disciplinaires ordinales ni des personnes ayant participé à la construction des plaintes m'amènent à ne pas tirer de conclusions hâtives. Cependant, ce travail se propose d'ouvrir quelques pistes de réflexion afin que le chemin de la recherche autour de la radiation des sages-femmes à domicile puisse voir le jour. Les récits recueillis exposent de manière nette le compte-rendu factuel, la restitution de paroles et de faits des sages-femmes à domicile radiées en France : il ne s'agit pas de vérifier si elles sont vraiment coupables ou pas, responsables ou pas des accusations dont elles font l'objet. Il s'agit de décrire ce que ces sages-femmes vivent dans la société française contemporaine, les effets d'une vision du domicile comme lieu inauthentique et non sécurisé et la perte de légitimité dont elles sont victimes. Si accoucher chez soi n'est plus une obligation aujourd'hui, accoucher à l'hôpital l'est devenu.
- 47 Les entretiens avec ces professionnelles fourmillent de propos témoignant de leur réflexivité sur leur profession, sur leur relation avec l'Ordre et les hôpitaux, sur leur conception des bonnes pratiques, sur l'autonomie professionnelle. Tout au long de ma

recherche, l'idée d'une « théorie du complot » pour éradiquer l'AAD est souvent ressurgie. Les rouages judiciaires de ces procès sont qualifiés par ces sages-femmes de « chasse aux sorcières » menée par les membres de l'Ordre qu'elles qualifient comme « complices du patriarcat des gynécologues ». Ces sages-femmes affirment l'importance de considérer la naissance comme un événement à replacer au centre du quotidien et non comme une maladie nécessitant de se rendre à l'hôpital. C'est ainsi que l'enfantement peut redevenir pour ces sages-femmes un changement d'état ancré dans le social plus qu'un événement médical.

- 48 Leur inconfort social ne les amène pas pour autant à se penser comme des sujets perdants. Au contraire, elles sont consciemment « *gestantes de sens* », comme le souligne Madame B. La majorité de ces sages-femmes affirment vivre la radiation aussi comme un moment pour réfléchir sur la procréation. C'est ainsi que la parturition est passée de cadre de travail à outil d'analyse qui leur sert à examiner les relations entre le corps, le genre, la parentalité, la société. Leurs discours mettent en lumière la manière dont la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement s'est accompagnée d'une délégation aux médecins et aux personnels de santé de la tâche de structurer cette expérience importante selon des modèles biomédicaux. Ces sages-femmes considèrent le pouvoir reproductif détenu par les femmes comme étant systématiquement soumis à des instances de contrôle social qui définissent les modalités autorisées pour sa représentation et sa gestion. Il leur semble important de souligner que l'assistance sanitaire de la gestation comprend la sphère proprement clinique mais aussi la dimension socio-symbolique. Elles affirment qu'il ne s'agit pas que de nosologie mais avant tout de "prise en charge". Soins et formation prénatale deviennent, pour mes enquêtées, inextricables et sont la base pour chaque parcours d'éducation à la natalité. En France, les cours de préparation à la naissance appelés aujourd'hui « cours de préparation à la parentalité » sont devenus des lieux où on assiste à la (trans)formation du savoir maternel : à travers ces cours « *une voie maîtresse nationale est indiquée aux femmes, elles deviennent les filles de l'armée nationale reproductive* », affirme Madame F. L'AAD est ainsi appréhendé par ces sages-femmes comme l'antagoniste de l'accouchement hospitalier en tant qu'événement associé à la sécurité et à la présence des « expertes ». Les sages-femmes interviewées affirment s'opposer à une obstétrique hospitalière qui ignore le désir des femmes d'exercer un contrôle sur le processus d'accouchement et de préserver la dimension « humaine » de la naissance. Elles affirment également rejeter le fonctionnement « *à la chaîne, typique des hôpitaux* ». Loin de l'idée selon laquelle l'expérience de la maternité serait équivalente pour chaque femme, en fonction d'une supposée universalité naturelle, les discours de ces sages-femmes révèlent autre chose. De ce fait, les sages-femmes radiées, en dépit des difficultés qu'elles rencontrent, ne se voient pas comme des victimes mais plutôt comme des résistantes. Comme affirmé par Madame B que ne se considère pas découragée. En dépit des difficultés qu'elle rencontre pour « *devoir supporter une injustice atroce* » elle a la force de préparer ses valises pour partir à l'étranger sans pour autant oublier qu'il est du droit de toutes les femmes « *de gérer notre propre corps comme on l'entend* ».

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ALCOFF L. et POTTER E. (eds), 1993. *Feminist Epistemologies*, New York, Routledge.
- APFEL A., 2017. *Donner Naissance. Doulas, sages-femmes et justice reproductive*, Paris, Cambourakis.
- ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP, 1993. « Routine vs Selective Episiotomy : A Randomised Controlled Trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group », *The Lancet*, 342, 8886-8887, 1517-1518.
- BADINTER E., 2010. *Le conflit. La femme et la mère*. Paris, Flammarion.
- BARBOT J., 2008, « Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale », *Revue française de science politique*, 58 : 985-1014.
- BARBOT J. et FILLION E., 2006. « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences Sociales et Santé*, 24 : 5-33.
- BERTAUX D., 2010. *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes* (3e édition), Paris, Armand Colin.
- BUTLER J., 2012. *Défaire le genre*, Paris, Amsterdam.
- CAMUS J. et ORIA N., 2011. « Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs », *Revue française de pédagogie*, 176 : 73-82
- CARRICABURU D., 1992. « La profession de sage-femme : une autonomie en question », In FASSIN D. et AÏACH P. (dir.), *Sociologie des Professions de santé*, Éditions de l'Espace Européen, 281-308.
- CHENEY M., 2008. « Homebirth as Systems-Challenging Praxis : Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace », *Qualitative Health Research*, 18, 2 : 254-67.
- CRAVEN C., 2007. « A 'Consumer's Right' to Choose a Midwife : Shifting Meanings for Reproductive Rights under Neoliberalism », *American Anthropologist*, 109, 4 : 701-712.
- DAVIS-FLOYD R. et DAVIS E., 1996. « Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth », *Medical Anthropology Quarterly*, 10, 2 : 237-269.
- DAVIS-FLOYD R. 2003. *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press.
- DODDS S., 2008. « Inclusion and Exclusion in Women's Access to Health and Medicine », *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2 : 58-79.
- DUDEN B., 2002. *I geni in testa e il feto nel grembo*. Torino, Bollati Boringhieri.
- FEDERICI S., 2014. *Caliban et la Sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*. Edition Entremonde (Genève-Paris) et Senonevero (Marseille).
- GÉLIS J., 1988. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Éditions Fayard.
- GILLIGAN C., 1987. *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*. Milano, Feltrinelli.
- GOJARD S., 2010. *Le métier de mère*, La Dispute, Paris.
- HARAWAY D., 2007. *Manifeste cyborg et autres essais*. Anthologie établie par Laurence Allard, Delphine Gardéy et Nathalie Magnan, Paris, Exils.
- HARTSOCK N. C.M., 1983. « The Feminist Standpoint : Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism ». In HARDING S., HINTIKKA M. B. (eds), *Discovering Reality* :

*Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science*, Dordrecht & Boston, D. Reidel.

HUNTER L., 2006. « Women give birth and pizzas are delivered : language and Western childbirth paradigms », *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51 : 119-124

JACQUES B., 2007. *Sociologie de l'accouchement*. Paris, Presses Universitaires de France.

JANSSEN P., SAXEL L., PAGE L.A., KLEIN M.C., LISTON R.M. et LEE SK., 2009. « Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. », *Canadian Medical Association Journal*, 181 : 6-7.

KNIBIEHLER Y., 2007. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*, Rennes, Éditions de l'école nationale de la santé publique.

LUPTON D., 1995. *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, London, Sage.

MAFFI I., 2010. « Introduzione » *Antropologia*. vol. 12 : Nascita. A cura di Irene Maffi, 12 : 5-17 Ledizioni.

MAFFI I., 2014. « Les cours de préparation à la naissance dans une maternité suisse. Entre logiques institutionnelles, postures des sages-femmes et autonomie des couples », In BURTON-JEANGROS C., HAMMER R. et MAFFI I. (dir.) *Accompagner la naissance*, BSN Press « A contrario Campus » : 175-198.

MATHIEU N.C., 1991. *L'anatomie politique, Catégorisations et idéologies du sexe*, Éditions côté-femmes.

McCALLUM C., 2005. « Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil », *Sociology of Health and Illness*, 27, 2 : 215-242.

MEMMI D., 2004. « Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort », In FASSIN D. et MEMMI D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'EHESS, Paris : 135-154.

OAKLEY A., 1985. *Le culture del parto*, Milano, Feltrinelli.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant.

PERRENOUD P., 2014. « Naissance et évolution des pratiques : entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition », In BURTON-JEANGROS C., HAMMER R. et MAFFI I. (dir.) *Accompagner la naissance*, BSN Press « A contrario Campus », p. 133-154.

PRUVOST G., 2008. « La production d'un récit maîtrisé : les effets de la prise en note des entretiens et de la socialisation professionnelle. Le cas d'une enquête dans la police », *Langage et société*, 1, 123 : 73-86.

PRUVOST G., 2016, « Qui accouche qui ? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société* [En ligne], URL : <http://gss.revues.org/3849> ; DOI : 10.4000/gss.3849.

ROUVIÈRE C., 2015. *Retourner à la terre. L'utopie néo-rurale en Ardèche depuis les années 1960*, Presses Universitaires de Rennes.

ROZENBERGER J.J., 2006. « L'individualité bio-psychologique de l'embryon. Le débat éthique concernant la création d'embryons sans finalité procréative », *Cités*, 28 : .29-43.

SAXELL L., 2004 [2000]. « Risque : théorique ou réel ? », In PAGE L.A. (éd.), *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*, Paris, Elsevier Masson : 85-103.

- SESTITO R., 2014. « Accoucher chez soi : choix ou obligation ? Ethnographie d'un cabinet de sages-femmes à domicile », mémoire de Master 2 en anthropologie sociale, Université de Toulouse- Jean Jaurès.
- SESTITO R., 2017. « Être radiée par ses propres paires. Enquête sur les radiations des sages-femmes à domicile en France », mémoire de Master 2 en Sociologie, Genre, politique et sexualité, EHESS, Paris.
- SHERVIN S., 1992. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia, Temple University Press.
- SINGER M., 2004. « The social origins and expressions of illness », *British Medical Bulletin*, 69 : 9-19
- SINGER M., 1995. « Beyond the Ivory Tower : Critical Praxis in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 9, 1 : 80-106.
- TABET P., 2004a. *La grande beffa*. Cosenza, Rubbettino Editore.
- TABET P 2004b. *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, Paris, Epel.
- THOMAS C., 2014. « Accoucher naturellement : un choix écolo », *Femmes et écologie*, 14 [en ligne : <http://www.revue-emulations.net/archives/n14-femmes-et-ecologie/accoucher-naturellement--un-choix-ecolo>] (page consultée le 05/10/2016).
- VOZARI A.S., 2015. « « Si maman va bien, bébé va bien. ». La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, 12 :153-163.
- WAGNER M., 1995. « A global witch-hunt », *The Lancet*, 346, 8981 : 1020-22.

## NOTES

1. DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
2. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/> (page consultée le 29/03/2017)
3. [www.insee.fr](http://www.insee.fr) (page consultée le 10/11/2016)
4. [www.ciane.net](http://www.ciane.net)
5. L'ocytocine est l'hormone qui permet à l'utérus de se contracter. L'injection de ce produit permet parfois la progression plus rapide du travail d'accouchement.
6. Forceps, ventouse, spatules sont des instruments d'extraction du fœtus.
7. L'épisiotomie est un acte chirurgical consistant à ouvrir avec des ciseaux les muscles du périnée au moment de l'accouchement pour laisser passer l'enfant. C'est un acte très courant depuis que les femmes accouchent dans la position lithotomique, allongées sur le dos les jambes dans les étriers. Les bénéfices supposés de l'épisiotomie (réduction du risque de déchirure grave et complexe du périnée) sont démentis par les recherches scientifiques depuis plusieurs décennies (Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993 ; Perrenoud, 2014).
8. [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it)
9. [www.ciane.net](http://www.ciane.net)
10. Depuis août 2013, huit sages-femmes ont été jugées par la chambre disciplinaire de première instance et ont reçu une interdiction d'exercer. Aucun dépôt de plainte de la part des parents n'est à signaler.
11. UNSSF, Union Nationale et Syndicale de Sages-femmes
12. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)
13. Données disponibles sur : [www.ansfl.fr](http://www.ansfl.fr)
14. Elles le nomment ainsi.

15. Le tarif conventionnel pour un accompagnement à domicile est de 313,60 euros. La sage-femme reste de garde pendant trois semaines avant l'accouchement et doit se rendre au domicile de la parturiente pendant au moins une semaine après celui-ci (UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-femmes).
16. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/> (page consultée le 15/03/2017).
17. [www.naitre-chez-soi.info](http://www.naitre-chez-soi.info) (page consultée le 15/03/2017).
18. La question du consentement a été mise en évidence par « Je n'ai pas consenti », réseau social lancé par Tumblr, plate-forme de « micro-blogging » participatif (<http://jenaipasconsenti.tumblr.com/>).
19. Le 21 mars 2014, une sage-femme dénonce sur un blog ce geste enseigné dans certaines écoles de sages-femmes, consistant à recoudre une épisiotomie avec quelques points supplémentaires pour « resserrer » le vagin des femmes, dans le but supposé d'un plaisir masculin accru lors d'une pénétration. La chroniqueuse de radio Isabelle Alonso reproduit sur son blog un texte de cette sage-femme libérale et de l'auteure Agnès Ledig : <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
20. Voir : <http://www.metronews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital> (page consultée le 15/02/2017).
21. Concept qui s'est imposé aux États-Unis : « pour désigner une nouvelle forme d'exercice de la médecine » et qu'il a été remis en question par des auteur.e.s comme Janine Barbot et Emmanuelle Fillion (Barbot & Fillion, 2006).
22. *L'Evidence-based medicine* (EBM) désigne la médecine fondée sur des preuves. Aujourd'hui, surtout en obstétrique, un débat est en cours sur l'utilisation de l'EBM sans tenir compte des différentes réponses que le corps met en place au moment de la grossesse et de l'accouchement.
23. Il s'agit d'un appareil électronique qui enregistre en continu le rythme des battements cardiaques du fœtus.
24. Pour cet article j'ai décidé de présenter en particulier une des histoires qui m'ont été racontées.
25. Toutes les interviewées parlent d'accouchement naturel pour désigner une naissance physiologique.
26. Pour la HAS en France, l'accouchement à domicile est envisageable pour un enfant qui se présente spontanément en position céphalique du sommet entre les 37<sup>ème</sup> et 42<sup>ème</sup> semaines de gestation.
27. Si la grossesse se prolonge au-delà de 42 semaines d'aménorrhée. Les accouchements après terme pourraient augmenter les anomalies du rythme cardiaque fœtal, le risque d'asphyxie du fœtus in utero et le syndrome d'inhalation méconiale. En 2001 le risque de décès in utero pour le dépassement de terme était estimée entre 1,6 et 3,5 ‰ ([http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_gr\\_prolongee\\_2011.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_gr_prolongee_2011.pdf))
28. A ce propos, voir le livre *Caliban et la sorcière* (2014) de Silvia Federici.
29. C'est-à-dire ne présentant pas de problèmes la faisant sortir du cadre physiologique.
30. L'étude de Janssen et al. (2009) montre que les taux de mortalité périnatale sont superposables et que les accouchements suivis par une sage-femme, à domicile et à l'hôpital, comportent une forte réduction des interventions obstétricales.
31. Dans une maternité publique, la sécurité sociale verse 1586,50 euros pour un accouchement avec sortie dans les 24h et la femme ne doit rien déboursier (ou très peu). Pour un accouchement à domicile, la sécurité sociale verse à la sage-femme libérale 312,70 euros (<https://ciane.net/2012/06/discrimination-economique-a-lencontre-des-lieux-daccouchement>, page consultée le 15/03/2017).
32. Le Plan de Périnatalité française 2005-2007, qui évoque l'expérimentation des maisons de naissance et leur fonctionnement comme une priorité en a donné la définition suivante : « Lieu

d'accueil des femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente a priori normal ». Disponible en ligne : ([http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)) . Je souligne aussi que dans d'autres pays comme la Suisse, les maisons de naissance sont physiquement indépendantes des hôpitaux alors qu'en France, elles sont intra-hospitalières puisque dotées d'un accès direct à un bloc obstétrical.

---

## RÉSUMÉS

En France, même si la majorité des accouchements se déroule à l'hôpital, certaines femmes demandent à accoucher à domicile avec une sage-femme, comme autrefois. Toutefois, depuis quelques années, de nombreuses sages-femmes travaillant à domicile sont radiées par leurs pairs siégeant à l'Ordre National des Sages-Femmes. À partir d'une enquête sociologique menée en France entre 2015 et 2016 sur les plaintes conduisant à ces radiations et à une interdiction à vie de pratiquer l'accouchement, l'article présente les réflexions de certaines d'entre elles autour de la technicisation de la naissance. Il analyse leurs discours dans lesquels les relations de pouvoir entre elles et le monde médical, l'antagonisme entre modèles d'accompagnement différents et les prises de position féministes et écologistes occupent une place centrale.

In France, although the majority of deliveries take place in hospitals, some women request to give birth at home with a midwife. However, in recent years, many midwives practicing home births have seen their license revoked by their colleagues in the National Council of Midwives. Based on a sociological survey carried out in France between 2015 and 2016 on the complaints that lead to their exclusion and the prohibition to practice, this article presents their reflections about the technicization of childbirth. The article analyses their discourses, in which the power relationships between them and the medical establishment, the antagonism between different models of perinatal care and feminist and ecologist stances play a central role.

## INDEX

**Keywords :** home birth, midwife, license revocation, medicalization, medical risk

**Mots-clés :** accouchement à domicile, sage-femme, radiation, médicalisation, risque médical

## AUTEUR

### ROSANNA SESTITO

Doctorante en anthropologie, Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse, [rosanna.sestito@unil.ch](mailto:rosanna.sestito@unil.ch)