

AUTEURES : FREDOU BRAUN ET LARA LALMAN



ETUDE 2014

Naissance respectée ? Naissance d'un mouvement

Merci pour leur soutien à : Nathalie Fouarge, Gaëlle Chapoix,
Paola Hidalgo, Charlotte Ridremont et Pierre Dossin

Nous avons tenté d'insérer au maximum la féminisation des mots, car féminiser les mots et les textes, c'est s'interroger sur la pseudo-neutralité de certains mots, c'est rendre une visibilité aux femmes, devenues invisibles dans le langage commun. Celui-ci perpétue en effet la domination du masculin sur le féminin, mais peut aussi être un outil de déconstruction.

Table des matières

I. CONTEXTE.....	5
II. RETOUR SUR L'HISTOIRE DE LA NAISSANCE EN OCCIDENT.....	8
1. Du foyer à la maternité	9
2. Appropriation du ventre maternel.....	11
3. Le rôle et le statut de sage-femme : un long combat	13
III. LA SANTE REPRODUCTIVE.....	24
1. Perfectionnement des soins pour le meilleur et pour le pire	24
2. Le paradoxe des douleurs de l'accouchement.....	26
a. L'accouchement « sans douleur »	31
b. L'apparition de la péridurale	33
c. Avec ou sans péri : un choix ?.....	35
3. La médicalisation et les nouvelles technologies	41
Quid des recommandations internationales ?	48
4. Surmédicalisation et effets iatrogènes	50
IV. QUI RESPECTER LORS DE LA NAISSANCE ?	64
1. Le bébé est une personne	66
2. La naissance efface-t-elle l'accouchement ?	67
3. Les pères ou les partenaires font aussi partie du processus.....	69
4. Une nouvelle chasse aux sorcières ?	72
5. Remettre les choses à leur place.....	78

V. CHEMINS VERS UNE NAISSANCE RESPECTEE	91
1. Naissance sans violence, respect de la physiologie et critiques de la surmédicalisation	94
2. Les maisons de naissance.....	97
3. « Entre leurs mains » : la naissance respectée en France ?	101
4. Pays emblèmes de l'accouchement à domicile.....	105
5. En Belgique : l'embarras du choix ?	108
6. Alter-NativeS citoyennes.....	116
7. Accompagner la naissance : une transmission entre militance et marché	120
Doula : une profession de plus dans la périnatalité ?	128
VI. QUELQUES CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	133
BIBLIOGRAPHIE	141
Ouvrages	141
Articles	143
Sites web	144
Films	145
ANNEXE 1	147

I. CONTEXTE

En 2014, des professionnel.le.s de la périnatalité se regroupent en Belgique pour créer une plateforme et rédiger un manifeste **pour une naissance respectée**¹. (cf. annexe 1)

Respecter la naissance, c'est-à-dire ? L'expression vient d'un mouvement regroupant citoyen.ne.s et professionnel.le.s de la périnatalité en réaction à la surmédicalisation de l'accouchement apparue avec son suivi hospitalier qui s'est généralisé après la Seconde Guerre mondiale. Ce mouvement est resté assez marginal mais il semble aujourd'hui prendre de l'ampleur, et surtout gagner en visibilité.

Depuis tout temps, l'accouchement est un acte réputé « naturel », mais socialisé par chaque culture, par chaque époque. Les sociétés humaines ont créé des gestes, des rites, des croyances à la venue d'un petit être humain et ont donné ainsi une signification symbolique à la naissance, à la découverte et à la rencontre de cet autre. La médicalisation galopante du XXe siècle a conduit à une véritable révolution culturelle dans le domaine de la procréation. Au point que des voix se sont élevées pour critiquer une trop forte intrusion dans le processus de la

¹ Signé actuellement par plus de 1000 citoyen.ne.s et 16 institutions ([Alter-Natives](#) - [Bruxelles Laïque](#) - [Union Professionnelles des Sages-Femmes Belges](#) - [GAMS](#) - [MDN Namur](#) - [Graciosa asbl](#) - [Femmes et Santé asbl](#) - [CEFA asbl](#) - [Garance asbl](#) - ["Marie accouche là" Blog](#) - [Human Rights in Childbirth](#) - [Association Francophone des Sages-femmes Catholiques](#) - [Fédération des maisons médicales](#) - [Le monde selon les femmes](#) - [l'Arbre de Vie](#) - [Vie Féminine Bruxelles](#)). Plus d'infos : <http://www.naissancerespectee.be/>

grossesse et de l'accouchement, ainsi que dans le corps des femmes. Et le principe de précaution fait place maintenant à celui de sécurisation absolue et d'obligation de résultat.

Si la culture de la naissance est différente d'un pays à l'autre, d'une époque à l'autre, toute pratique n'est donc pas considérée de la même manière. La notion de sécurité, qui reste la question cruciale tant du point de vue parental que professionnel soignant, se situe différemment selon l'idéologie dominante : *« L'état des lieux de la politique de santé d'un pays en matière de périnatalité est un marqueur d'une grande fidélité de son degré de civilisation. Les moyens matériels alloués et les stratégies préventives primaires et secondaires engagées reflètent peu ou prou sa reconnaissance de l'importance de cette période charnière pour les citoyens en devenir et les conditions parentales et soignantes »*². Par contre, force est de constater une tendance à la globalisation qui ne tient pas forcément compte des besoins particuliers, des risques sanitaires réels. Les conséquences, positives ou négatives, tant sur les (futurs) parents que sur l'enfant à naître ou déjà né, ou sur l'équipe soignante, s'expriment dès lors à des degrés divers selon une idéologie de prise en charge sanitaire directement liée à des enjeux économiques aujourd'hui inhérents à toute pratique médicale.

Nous avons rencontré dans le cadre de cette étude, et plus généralement dans d'autres projets en lien avec la maternité que nous menons depuis 2012, des sages-femmes, des militantes et d'autres professionnel.le.s de la périnatalité. Nous nous basons principalement sur leurs témoignages et interpellations pour

² Sylvain Missonnier, *Pour une hospitalité de la périnatalité*, Temps d'arrêt, Yapaka, novembre 2014, p.7

dessiner à gros traits les enjeux de cette revendication : une naissance respectée.

Nous avons préféré le terme d'usagères à celui de patientes tout au long du texte, excepté dans certains cas où cela se justifiait en raison du contexte : en effet parler d'usagers et usagères des soins de santé permet de valoriser la capacité d'agir de chacun.e et de dépasser une certaine dichotomie soignant-soignée/actif-ve -passif-ve.

II. RETOUR SUR L'HISTOIRE DE LA NAISSANCE EN OCCIDENT

« L'attitude d'un peuple vis-à-vis de la naissance est révélatrice des valeurs de cette société. »³

Dans l'Antiquité, la femme qui met au monde un enfant est d'abord une femelle reproductrice au service d'une lignée masculine, de la puissance paternelle. Son passage de l'état d'épouse à celui de mère marque une étape, un accomplissement. L'accouchement en lui-même représente pour les femmes l'équivalent de porter les armes et de partir à la guerre pour les hommes. Le premier enfement est donc une épreuve, une expérience directe, liée à la douleur, à la peur et au risque mortel. Mais aussi dans certains cas à la simplicité. C'est une affaire de femmes, entre femmes : l'activité de sage-femme est en effet *« le plus vieux métier du monde »⁴* !

Dans la période qui entoure la naissance, toutes les cultures humaines, si on jette un regard anthropologique, ont perturbé d'une manière ou d'une autre les processus physiologiques⁵ (manipulations diverses, interférences entre la mère et son bébé, croyance que le colostrum est mauvais, etc.) et ont procédé à différents rites et autres pratiques périnatales. Il est intéressant

³ Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, Paris, 1988

⁴ Titre de la création théâtrale collective initiée par le CEFA dont la première publique a eu lieu le 5 novembre 2014 au Centre culturel d'Ottignies-Louvain-la-Neuve.

⁵ Michel Odent, *L'amour scientifié, Les fondements biologiques de l'amour*, Myriadis, 2014 (2003)

d'établir des liens, quelle que soit l'époque, entre les caractéristiques des différents milieux culturels et les conditions de la naissance.

1. Du foyer à la maternité

Pendant des siècles, l'accouchement est un événement faisant partie intégrante de la vie quotidienne dans les foyers, au sein des familles. *« L'accouchement comme événement social entre femmes était la norme parmi la plupart des sociétés à travers l'histoire et parmi les différentes couches de la société jusqu'à l'avènement de la bourgeoisie et l'apparition des ménages constitués autour de la famille nucléaire »*⁶.

Les taux de mortalité, maternelle et infantile, sont élevés jusqu'à une époque récente, mais ils varient considérablement selon les époques et les régions. Les difficultés de l'accouchement humain sont parfois dues à la forme du bassin maternel et aux dimensions du crâne fœtal, mais bien plus encore à l'importance prise par le mental, aux peurs et aux projections (ceci sera développé plus loin). L'ignorance partielle des sages-femmes pèse moins que les conditions générales de vie des femmes dans les risques de mortalité⁷ : malnutrition, maltraitance, épuisement prématuré, grossesses successives, non désirées, multiples, imposées.

⁶ Paola Hidalgo, « A défaut de pouvoir décider, faut-il se contenter de se laisser accoucher ? Réflexions socio-politiques sur l'accouchement », in *Kairos* n°8, juin-juillet-août 2013

⁷ Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *La Naissance en Occident*, Albin Michel, 2004

L'urbanisation à la fin du Moyen Age fait basculer le fragile équilibre entre les campagnes et les villes. Des femmes alors réduites à la misère, seules et sans abri viennent accoucher dans les hôpitaux des grandes villes européennes. Les premières maternités hospitalières ouvrent leurs portes à partir du XVIIe siècle : terrain de formation privilégié des sages-femmes, puis des médecins. C'est dans ce contexte de misère sociale que naît l'obstétrique moderne. Mais la fièvre puerpérale sévit dans les hôpitaux et la mortalité maternelle est de trois à dix fois supérieure à l'hôpital qu'à domicile⁸. La détérioration médicale des maternités hospitalières se poursuit jusqu'à la fin du XIXe siècle. Et jamais les femmes, aristocrates ou paysannes, jusqu'à la première moitié du XXe siècle, n'auraient souhaité accoucher à l'hôpital, lieu où se concentrent les maladies et les microbes. L'hôpital est donc une réponse sociale à un problème social, et non une réponse sanitaire à une problématique de santé.

Dès la Renaissance, deux voies⁹ se poursuivent, complémentaires et rivales en même temps, celle des sages-femmes, accompagnatrices expérimentées, empiristes par nécessité, et celle des médecins et accoucheurs, à l'époque des Lumières, corps médical qui obtient sa reconnaissance en France en 1895. La deuxième voie masculine s'impose et met en place le dispositif sanitaire du contrôle hospitalier des naissances. Le terrain privilégié d'accès à l'observation clinique, à la connaissance, à l'enseignement devient l'hôpital. C'est le début de l'ère de la médecine expérimentale.

⁸ Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *op.cit.*, p.108

⁹ Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *op.cit.*

La maternité hospitalière devient un instrument d'encadrement sanitaire. Aux obstacles « mécaniques » de la naissance, il y a des réponses chirurgicales qui s'appuient sur une connaissance précise de l'anatomie et de la physiologie. C'est bien là que des énormes progrès médicaux seront réalisés (césarienne, réanimation néonatale, péridurale). Le progrès sanitaire rend-il compte dès lors de la réalité du progrès social ? Les pratiques médicales ont amélioré sans nul doute les conditions de naissance, mais les facteurs socioculturels y ont grandement contribué également.

2. Appropriation du ventre maternel

A partir du XVIII^e siècle, la naissance devient une « affaire publique ». Au XIX^e siècle, la fonction maternelle devient le pilier central, voire unique, de l'identité féminine. La révolution française de 1789 ne reconnaît pas aux femmes la qualité de citoyennes, mais seulement celles de filles, épouses et mères de citoyens. Mères surtout ! L'amour maternel devient la forme suprême du bonheur féminin et une valeur essentielle de la civilisation. Certaines ont bien entendu trouvé une reconnaissance de leur rôle propre, mais c'est bien là que la division traditionnelle du travail entre les sexes s'est retrouvée figée : aux hommes la sphère publique, aux femmes la sphère privée.

Physiquement apte à la maternité, la femme serait dès lors plus capable de tendresse, de compassion, de patience que l'homme. Elle est donc qualifiée pour soigner et consoler. Elle doit être mère, heureuse de l'être, et n'être que cela : la féminité se

réduisant à la maternité¹⁰. C'est le docteur Pierre Roussel dans son ouvrage à succès « *Système physique et moral de la femme* » publié en 1775 qui a édicté ce stéréotype, encore bien vivace aujourd'hui.

Autour du corps des femmes et de la reproduction du pouvoir, une membre d'Alter-NativeS¹¹ nous partage une réflexion, tirée d'un livre d'Elsa Dorlin¹²: par l'intermédiaire de diverses théories et autres traitements, la sexualité féminine a fait l'objet d'un contrôle sans cesse plus étroit exercé par des médecins prétendant détenir le savoir scientifique. La grossesse étant une étape dans la vie sexuelle des femmes, elle est essentielle dans le processus de reproduction sociale. C'est dès lors dans l'utérus des femmes que se reproduit la nation. La société semble prendre conscience à partir du XVIIIe siècle de l'importance des naissances (puis de l'éducation) pour l'évolution globale d'une population. Or, constatant leur relative absence dans la gestion des naissances, les hommes multiplient les tentatives d'appropriation du pouvoir de procréation, du contrôle des grossesses et de la maîtrise de l'instruction.

Les compétences des femmes, et des sages-femmes, sont fondamentalement et insidieusement remises en cause. Elles sont maintenues sous une forme nouvelle de l'oppression des femmes au cœur de ce qui la « justifie » : le contrôle de leur fécondité.

¹⁰ Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *op.cit.*

¹¹ Association de parents désireux de promouvoir le respect et l'écoute des parents et du bébé lors de la naissance : <http://www.alternatives.be/>. Voir plus loin le chapitre Alter-NativeS citoyennes.

¹² Elsa Dorlin, *La Matrice de la race*, La Découverte/Poche, 2009

Le fœtus devient par là objet de sollicitude, ce qui pose la responsabilité des parents lorsque celui-ci ne vient pas à naître (avortement ou fausse couche), ou à mourir en bas âge (infanticide).

3. Le rôle et le statut de sage-femme : un long combat

Le processus de la grossesse et de l'accouchement appelle des femmes à accompagner d'autres femmes. L'étymologie du mot « obstétrique » d'origine latine vient du verbe *Obstare* qui signifie « être à côté, être devant, accompagner », c'est ainsi que la femme qui accompagne la (future) mère est désignée *Obstetrix* « celle qui se tient devant ». Pour exercer cette fonction dans la Rome Antique, il faut avoir enfanté soi-même, avoir atteint la ménopause et être reconnue par la communauté¹³. La formation, la transmission et l'appropriation du savoir est entièrement empirique. Les sages-femmes sont dès lors détentrices d'un savoir secret pour les hommes. Le premier ouvrage « *Gynaecia* », destiné aux sages-femmes, est écrit par Soranos d'Ephèse, médecin grec, considéré comme le père de l'obstétrique. L'art de soigner déjà ne relève pas seulement de l'objectif de soulager les souffrances et de guérir les maladies, mais aussi d'un désir d'influence et d'une forme d'autorité. Le savoir, c'est le pouvoir.

En Occident, les matrones sont des femmes d'expérience et de confiance. La reconnaissance officielle du statut de ces dernières

¹³ Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *op.cit.*

apparaît au XIV^e siècle¹⁴, l'accréditation étant liée à un examen devant des paires reconnues et des représentants municipaux. L'obstétrique est néanmoins considérée comme une « affaire de femmes » et donc dévalorisée. Renvoyées vers des qualités de femme et de mère, les sages-femmes sont jusqu'à aujourd'hui dévalorisées dans leur spécificité féminine, même si la profession ne l'est plus exclusivement. Longtemps suspectes parce qu'elles touchent les parties intimes des corps, mais aussi en raison de leur rôle social (confidente et conseillère) qui déborde largement l'assistance des parturientes, les sages-femmes font également l'objet de nombreuses méfiances.

Du XIV^e au XVII^e siècle, l'Eglise tente d'écarter les sages-femmes du savoir et de contrôler cette puissance de l'intime. La chasse aux sorcières sévit dans tout l'Occident, et vise entre autre des sages-femmes¹⁵ qui montent sur le bûcher. Issues de milieux populaires à une époque de soulèvements du peuple contre le pouvoir en place, elles se transmettent de génération en génération connaissances et savoir-faire sur la reproduction humaine, les effets des plantes, les gestes de guérison. En plus des accouchements, elles interviennent plus largement dans la santé reproductive et sexuelle, y compris pour des avortements, et également dans l'accompagnement des pratiques corporelles autour de la mort. Elles gênent ainsi l'exercice du pouvoir et de la morale ecclésiastique.

¹⁴ « Sage-femme : un métier pour la vie » in *Chronique Féministe* n° 100, Université des Femmes, 2008

¹⁵ Un chapitre entier du *Malleus Maleficarum*, rédigé par deux dominicains en 1486, leur est consacré.

La Révolution a néanmoins considéré l'assistance à domicile avec des sages-femmes comme préférable à l'hospitalisation. Et il arrive que des femmes n'ayant pas de domicile accouchent chez leur sage-femme, peut-être à l'origine des « maisons de naissance » actuelles ?

Basée sur des connaissances empiriques, la pratique des sages-femmes commence à être critiquée par les médecins qui s'approprient progressivement, avec le développement des facultés de médecine par l'Eglise, la gynécologie¹⁶.

- *Pourquoi on nous appelle les sages-femmes ?¹⁷*
- *Nous appartenons à une tradition de femmes qui savaient,*
- *qui avaient une expérience,*
- *qui devaient avoir accouché elles-mêmes.*
- *Au Moyen-Age, nous avons été persécutées par l'inquisition.*
- *Nous étions généralement des femmes issues de milieux populaires.*
- *Nous portions assistance aux paysannes au moment de leur accouchement.*
- *Nous intervenions aussi dans les décès, nous étions les femmes du début et de la fin de la vie. Nous accompagnions les*

¹⁶ Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Les éditions du remue-ménage, 2005 (1973)

¹⁷ Extraits issus du texte de la création théâtrale collective « *Le plus vieux métier du monde* » initiée par le CEFA, qui jalonnent l'ensemble de cette étude de manière illustrative : ces textes sont en effet issus de témoignages de femmes et de sages-femmes, récoltés pendant plusieurs mois en 2013.

passages de la vie à la mort.

- *Nous avons accumulé des connaissances empiriques sur le corps,*
- *les plantes médicinales,*
- *la prévention et la guérison des maladies,*
- *et nous étions considérées comme des sorcières par le pouvoir religieux.*
- *A l'époque où l'Eglise n'offrait pour soulagement au peuple que la prière et la repentance, nos traitements magiques, même bénéfiques, interféraient avec la volonté de Dieu.*
- *Notre métier a survécu à la chasse aux sorcières, mais souvent il est resté empreint de méfiance par une nouvelle classe dirigeante composée de médecins et d'obstétriciens.*
- *Nous sommes les sages-femmes !*
- *« Sage » dérivé du latin « sapiens » : la connaissance, l'expérience, les sources de sagesse.*

A mesure que les villes grandissent et que les hôpitaux se développent, les pouvoirs publics réglementent l'exercice de la profession. Au XVIIe et XVIIIe siècle, la société occidentale ne peut plus laisser la reproduction à la seule responsabilité des femmes : encadrer leur pratique est le moyen le plus sûr pour exercer un contrôle. La gynécologie progresse, les forceps apparaissent. Au niveau du corps, la pratique des médecins est plus directement intrusive que celle des sages-femmes. Une culture masculine savante affronte et supprime une culture féminine traditionnelle. *« La reconnaissance de la chirurgie comme discipline autonome de la médecine, et l'instrumentation nécessaire à son développement aboutissent à la limitation des*

actes médicaux autorisés aux sages-femmes, prélude à leur élimination ou à leur subordination »¹⁸.

Les femmes des classes sociales aisées commencent à faire davantage appel aux nouveaux gynécologues, alors que des formations se mettent en place pour les sages-femmes dès le XVIIIe siècle pour se consolider et devenir obligatoire au XIXe siècle au Nord de l'Europe. Il y a en parallèle tout un travail de sape de la réputation des sages-femmes traditionnelles car il y a un refus de la classe dirigeante de laisser cette pratique aux mains d'une classe populaire et « inculte ».

De nombreux médecins dénoncent l'ignorance des sages-femmes, alors qu'en parallèle ils récupèrent leurs savoirs et leurs compétences. Prenons l'exemple de l'héritage précieux d'Angélique-Marguerite le Boursier du Coudray (1712-1792), maîtresse sage-femme qui, pour enrayer une terrible mortalité périnatale, révolutionne l'art de l'accouchement en formant d'autres sages-femmes pratiquant les accouchements dans les campagnes. La confection d'un mannequin (cf. photo) reproduisant l'anatomie du bassin et du fœtus permet de montrer aux « élèves » le mécanisme physiologique de l'accouchement. Elle sillonne tout le pays avec l'autorisation de Louis XV et met en place des équipes locales de sages-femmes. Mais là où ces équipes ont pris corps, elles sont récupérées et dirigées par des hommes, chirurgiens ou médecins.

¹⁸ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*, p.81



Le terme « obstétrique » s'impose dans la langue française à partir du XIXe siècle pour désigner la part de la médecine entourant la naissance. Les accoucheurs des hôpitaux vont désormais asseoir leur prédominance professionnelle et imposer leur tutelle aux sages-femmes. La science masculine aspire désormais à dominer la pratique féminine. En 1882 est créé en France le corps des médecins accoucheurs. En 1892, la loi française interdit aux sages-femmes d'utiliser des instruments et de prescrire des médicaments : un statut de profession médicale à compétences limitées qui les suivra longtemps.

L'histoire montre donc la fragilité statutaire de la profession de sage-femme. Les sages-femmes en Belgique commencent à s'associer et à s'organiser en corporations entre 1911 et 1913, à une époque où apparaissent beaucoup de syndicats professionnels. A cette époque, elles assistent encore les

accouchements à domicile. Les sages-femmes perdent toute « rentabilité » face à la « productivité » hospitalière : elles réalisent cinq fois moins d'accouchements à la maison qu'à l'hôpital. A la fin du premier tiers du XXe siècle, elles sont poussées à rejoindre les hôpitaux, les futures mères quittant de plus en plus le foyer familial pour accoucher à l'hôpital. Elles entrent comme salariées dans les hôpitaux et s'y trouvent en position subalterne, soumises aux ordres des médecins et moins disponibles aux parturientes. En 1935, les sages-femmes agréées en France disparaissent. Et les autres sages-femmes rencontrent une concurrence considérable. En général, les gynécologues laissent le soin aux sages-femmes de s'occuper des accouchements eutociques, donc « normaux », et n'interviennent qu'en cas de dystocie¹⁹. En effet, le rôle des sages-femmes est d'être les gardiennes de la physiologie et de la santé des femmes, pour soutenir et aider les femmes à retrouver leurs propres compétences, tandis que la présence des gynécologues-obstétricien.ne.s se justifie devant l'apparition de la pathologie²⁰. L'idéologie du risque domine aujourd'hui le paradigme biomédical et se situe au cœur du partage des compétences entre les deux professions spécialistes de la naissance²¹. Libérées de la prise en charge d'une éventuelle pathologie, les sages-femmes devraient se concentrer dès lors sur le côté relationnel du suivi de la grossesse et de l'accouchement.

¹⁹ Mot savant pour dire qu'un accouchement est rendu difficile par une anomalie se présentant dans la physiologie au niveau de la parturiente ou du fœtus.

²⁰ Selon Bénédicte de Thysebart et Madeleine Timmermans, sages-femmes, dans un atelier dans le cadre de la 11^e RIFS, Bruxelles, septembre 2011

²¹ Béatrice Jacques, *La sociologie de l'accouchement*, PUF, 2007

Mais en 1944, l'assurance maladie pénalise les sages-femmes qui assurent encore des suivis pré et post partum à domicile en remboursant les actes médicaux en fonction du lieu²².

En 1995, en France, l'Ordre national des sages-femmes créé en 1945, jusqu'alors relié à l'Ordre des médecins, devient autonome. Relayée par la loi, cette volonté d'autonomie aurait pu permettre aux sages-femmes de se constituer en groupe de pression influent auprès de l'Etat. Mais les mouvements de grève sont traversés par de fortes divisions à l'intérieur du groupe. Autour des revendications liées aux salaires et à la reconnaissance, c'est la légitimité même de ces professionnelles qui est en cause, c'est-à-dire leur reconnaissance au sein du champ médical, ainsi que vis-à-vis des usager.e.s des services de santé et des pouvoirs publics²³.

Ainsi les sages-femmes se retrouvent-elles de plus en plus limitées, cadrées jusqu'à ce que leur métier se confonde avec celui des infirmières. Encore aujourd'hui, beaucoup de personnes ignorent le métier de sage-femme et les compétences inhérentes, et pensent qu'il s'agit d'infirmières qui assistent le ou la gynécologue. La défense d'une conception traditionnelle ou « naturelle » de la naissance repose sur la menace de voir le métier de sage-femme perdre sa spécificité et devenir interchangeable²⁴, avec l'infirmière par exemple.

²² <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/05/historique-de-IUPSfB.pdf>

²³ Béatrice Jacques, *op.cit.*

²⁴ Béatrice Jacques, *op.cit.*

En 1972, seize ans après le premier congrès international des sages-femmes à Londres, une définition internationale de la sage-femme par l'OMS est adoptée²⁵ : *« Une professionnelle de la santé qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de superviser, surveiller, soigner et conseiller la femme enceinte, pendant la grossesse, l'accouchement et en période postpartum, et de prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise »*. Respectée par la « Belgian Midwife Association » (BMA)²⁶, cette définition est un premier pas pour exister à nouveau dans l'esprit de la population !

Les sages-femmes sont les premières à s'engager dans les courants dits d'humanisation²⁷, voire alternatifs. Les travaux de

²⁵ <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/08/d%C3%A9finition-international-de-la-sage-femme.pdf>

²⁶ <http://www.belgianmidwivesassociation.be/>

²⁷ Béatrice Jacques, *op.cit.*

Frédéric Leboyer ou de Michel Odent (cf. chapitre V « Chemins vers une naissance respectée ») trouvent chez elles une forte résonnance.

Un arrêté royal de 1991 fixe en Belgique le statut des sages-femmes, nommées dans la loi « accoucheuses » jusqu'à la révision de l'arrêté en 2007.

Après la décroissance à la fin du XIXe siècle, le métier de sage-femme attire, à partir des années 1980, de plus en plus de candidates. Une majorité de femmes. Ce métier est effectivement l'une des professions les plus féminisées. Ce n'est d'ailleurs qu'en 1982 en France que les hommes ont accès à la formation de sage-femme. Mais un nombre très limité d'hommes en viennent à se former et à exercer la profession. Pour les nommer, ce sont des hommes sage-femme²⁸. La spécificité d'un tel accompagnement renvoie-t-elle à des qualités stéréotypées exclusivement féminines de l'ordre de l'affectif ? L'expérience personnelle de la maternité confère une légitimité aux professionnelles. Ainsi le sens particulier donné au vécu renvoie à l'image de la matrone, amenée à ne pratiquer des accouchements que lorsque déjà mère. L'identité maternelle

²⁸ En effet, « sage-femme » signifie « expert, habile dans son art auprès des femmes » (« sage » attesté en 1155, au sens de sachant ou de savant, comme pour Charles V le Sage). La profession s'ouvrant aux hommes, on a cru que le mot femme se rapportait à l'agent exerçant la profession, et non à l'objet de cette science, et on a proposé « sage-homme », « matron » (sur le féminin « matrone »), « maïeuticien » (proposé à l'Académie française) ou « maïeutiste » (hellénismes savants), « parturologue », termes finalement tous écartés par l'Académie française au bénéfice de « sage-femme » pour les deux sexes. (Wikipédia)

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Sage-femme>

appartient aujourd'hui à la sphère privée et l'idéologie techniciste de l'hôpital pousse les jeunes générations à mettre en avant leur formation scientifique.

Le 100^e congrès annuel des sages-femmes belges en 2012 s'intitule « *Prendre le temps d'être sage-femme* ». Le temps, une notion essentielle qui revient dans les revendications par rapport à une prise en charge plus « humaine » des êtres humains.

- Nous sommes les sages-femmes

femmes du milieu

femmes de l'entre-deux

femmes du passage

femmes du début

Quand ta maman est là

au plus dépouillé d'elle

au plus nu

au plus épuisé

épuisées nous aussi

mais quand l'enfant arrive

danse d'émotion

le passage est passé

nous aimons nous aimons

oui

être les sages femmes !

III. LA SANTE REPRODUCTIVE

« Pour la grande majorité des femmes, la santé physique et la sensation de bien-être pendant la grossesse n'ont rien à voir avec la fréquence de leurs visites chez le médecin, mais avec les conditions sociales dans lesquelles elles vivent. »²⁹

1. Perfectionnement des soins pour le meilleur et pour le pire

La pratique hospitalière de l'accouchement va faire de celui-ci à la fin du XIXe siècle un acte de nature chirurgicale qui met en avant la nécessité d'asepsie³⁰. S'impose dès lors la conception sécuritaire de l'accouchement relevant d'une liberté surveillée et de la systématisation de l'encadrement médical devenu obligatoire. *« Il ne s'agit plus de réserver les soins médicaux aux malades, mais bien de mettre en place un dispositif sanitaire qui n'est pas seulement préventif, mais qui préjuge des potentialités pathogènes de toute naissance »³¹.*

Des instruments apparaissent et leur pratique s'universalise au point de devenir indispensables au suivi de toute grossesse et de tout accouchement, comme le spéculum qui permet un examen gynécologique plus précis, ou le stéthoscope obstétrical qui transforme la connaissance de la vie fœtale. Remplacé dans les années 70 par l'enregistrement ultrasonique ou électrique de

²⁹ Sheila Kitzinger, traduit de l'anglais à partir du site personnel de l'anthropologue : <http://www.sheilakitzinger.com/>

³⁰ L'asepsie consiste à empêcher la contamination d'une zone par des micro-organismes étrangers.

³¹ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*, p.122

l'activité cardiaque fœtale, le stéthoscope obstétrical est aujourd'hui à nouveau défendu par les sages-femmes comme un moyen simple et respectueux du mécanisme physiologique de l'accouchement.

Les taux de mortalité, maternelle et infantile, reculent nettement et rapidement. Mais il ne faut surtout pas oublier que les conditions de vie s'améliorent et que le contrôle des naissances est un facteur essentiel du recul des mortalités. L'idée que les femmes attendent d'être en bonne santé, physique et morale pour « faire » un bébé et que celui-ci en profite se répand.

La solidarité maternelle autour de la naissance contribue à l'éveil de la conscience politique féminine³². Indignées par les conditions parfois désastreuses de l'enfantement, les sages-femmes, les femmes médecins et les dames d'œuvre soutiennent et revendiquent des mesures de protection (soins, logements, congés de maternité).

Des années 1920 aux années 1970, les femmes prennent l'habitude d'accoucher hors de chez elles. Dans l'entre-deux-guerres, ce ne sont plus seulement les femmes pauvres et les filles mères qui accouchent en maternité, mais des domestiques, des ouvrières, des commerçantes, des employées. Le phénomène s'accélère après la Seconde Guerre mondiale : les maternités en France accueillent 532 pour mille parturientes en 1952, 855 pour mille en 1962, 965 pour mille en 1974³³. Il s'agit d'une extraordinaire transformation des mœurs et des représentations.

³² Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *op.cit.*

³³ Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *op.cit.*, p.138

Curieusement, plusieurs personnes, nées elles-mêmes à la maison, témoignent de leur opposition à l'accouchement à domicile, sans doute pour une question de sécurité, et n'imaginent pas autre chose que l'hôpital pour accueillir leurs enfants, ou leurs petits-enfants. L'intégration des normes socio-culturelles chez les individus en l'espace d'une génération est assez stupéfiante.

A partir de la fin du XIXe siècle, le perfectionnement des soins modifie donc les comportements : l'accouchement en milieu hospitalier devient la règle, la norme. Ce qui a été gagné en efficacité et en sécurité a été le plus souvent perdu en chaleur humaine, pourtant tellement précieuse à l'accueil d'un nouvel être humain, d'une nouvelle famille, d'une femme qui devient mère. Et les pratiques médicales ne sont pas sans effets iatrogènes³⁴ (développés plus loin).

2. Le paradoxe des douleurs de l'accouchement

La question des douleurs est l'un des gros enjeux de l'accouchement et de sa médicalisation.

Les douleurs vécues par les femmes sont de l'ordre de la tempête, de la violence, de l'intensité, de la transcendance. Durant l'accouchement, les contractions régulières et douloureuses permettent au col de l'utérus de s'ouvrir³⁵ et au

³⁴ Conséquences indésirables ou néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte médical ou mesure pratiquée ou prescrite par un.e professionnel.le habilité et qui visait à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

³⁵ Selon Marie-Christine Husquet (sage-femme), c'est l'évolution de la bipédie chez les êtres humains qui font de cette étape de l'accouchement

bébé de progresser en spirale dans le bassin pour franchir les trois détroits (cf. *schémas 1 et 2*). Le « travail » peut durer des heures et place les parturientes dans un état particulier. Le rythme des contractions change dans la fréquence et dans l'intensité pour le passage du bébé à travers le col de l'utérus, le bassin et le périnée.

La résignation face à la douleur (pas seulement liée à l'accouchement) est renforcée historiquement par le christianisme : l'Eglise valorise les souffrances ici-bas comme une manière d'atteindre le salut éternel. Selon le discours judéo-chrétien, la douleur est donc un sacrifice. Cette attitude d'acceptation et de résignation est générale jusqu'au début du XIXe siècle. L'enfantement doit être douloureux pour être heureux. Le poids de l'Eglise, à travers le « *Tu enfanteras dans*

une expérience douloureuse, car le col est strictement fermé pendant la durée de la grossesse, alors que les mammifères à quatre pattes possèdent un col beaucoup plus mou et donc plus rapidement ouvert pour l'expulsion.

Schéma 1 : Blandine CALAIS-GERMAIN, *Le périnée féminin et l'accouchement*, Editions Désiris, 2006 (1996)

Comment le périnée s'étire lors de l'accouchement : (dans la phase dite d'expulsion)

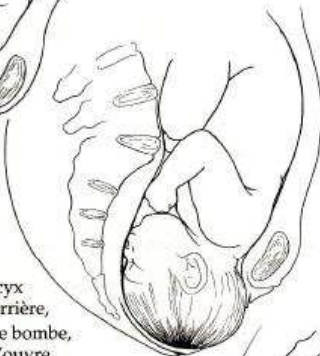
Dans un premier temps, la présentation descend



en suivant la direction du sacrum,
oblique vers l'arrière.

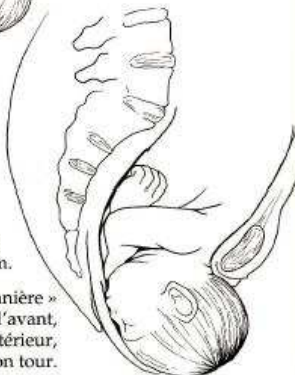
Elle arrive sur le coccyx
qu'elle repousse vers l'arrière,
la région anale se bombe,
l'orifice anal s'ouvre,
c'est l'ampliation du périnée postérieur.

Mais la rétropulsion du coccyx est vite limitée.
Suit alors un deuxième temps :
l'ampliation du périnée antérieur.



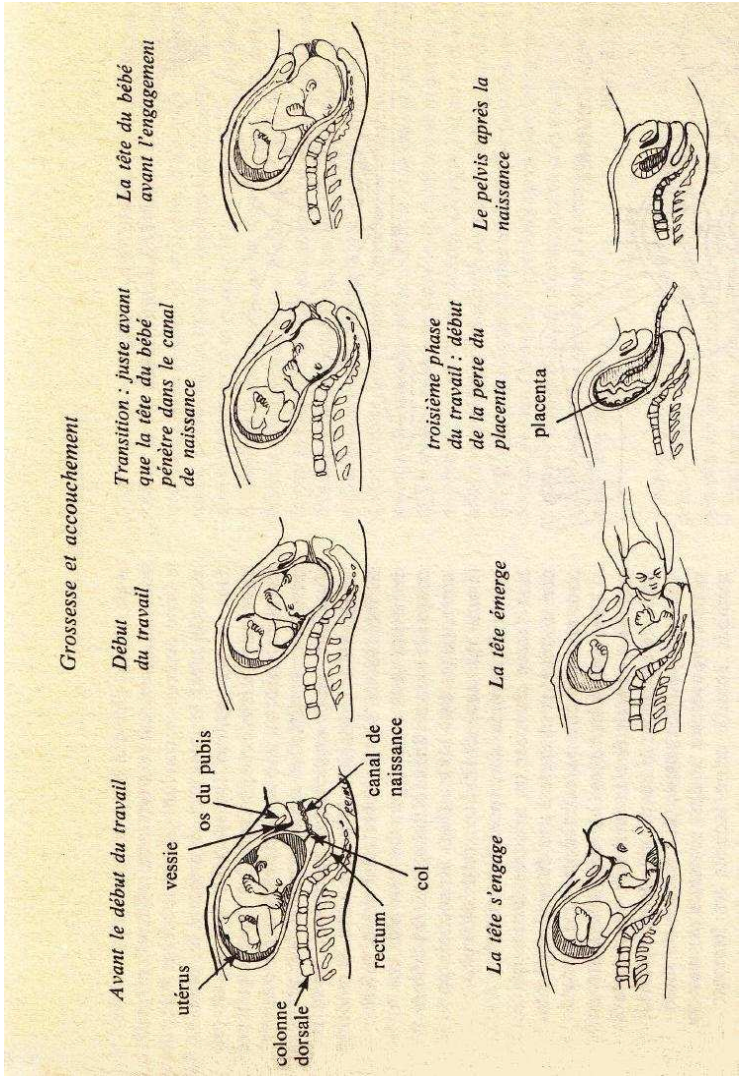
La présentation est poussée vers l'avant,
vu la forme concave de l'avant du sacrum.

Elle franchit la « boutonnière »
formée par les muscles releveurs à l'avant,
et distend le périnée antérieur,
qui bombe à son tour.



La distance entre l'anus et la vulve passe, lors de cette ampliation, de 3 à 8 cm.

Schéma 2 : (Le) Collectif de Boston pour la santé des femmes, *Notre corps, nous-mêmes* (adaptation française de *Our bodies, ourselves*), Albin Michel, 1977.



la douleur » de la Genèse, pèse sur les femmes pendant des siècles et fait de chaque naissance l'expiation indéfiniment renouvelée de la faute originelle de la première femme. Les parturientes d'autrefois ont semble-t-il totalement intégré le caractère inévitable et rédempteur des douleurs. Heureusement, l'idée commune veut que les douleurs disparaissent aussitôt la mise au monde, grâce aux pouvoirs des hormones, et s'oublie vite : « *Le mal-joli, dès qu'il est passé, on en rit* ».

Cependant, à travers les époques, les douleurs lancinantes persistent, et avec elles, une question : sont-elles inévitables ? De tout temps, les sociétés humaines ont recours à des plantes, des euphorisants, des sédatifs, voire de l'alcool et des drogues. La médecine vient jusqu'à bouleverser la conception biblique. Apparaissent des produits anesthésiants (protoxyde d'azote, éther, chloroforme) au XIX^e siècle. Mais leur influence néfaste sur les contractions, et sur la santé de la mère et de l'enfant, est redoutée. L'annihilation de la conscience n'est pas non plus appréhendée positivement. Cependant, sous la pression active des femmes³⁶, en particulier dans les pays anglo-saxons, les médecins sont parfois obligés de les utiliser. A partir de cette époque-là, la fatalité des souffrances de l'accouchement est ébranlée.

Le rapport à la douleur connaît un bouleversement dans les sociétés occidentales. A des époques anciennes, les populations étaient exposées par leurs modes de vie souvent rudimentaires à de multiples causes de douleurs et de maladies. Et dans les sociétés traditionnelles, encore aujourd'hui, où les conditions de

³⁶ Marie-France Morel, *Histoire de la douleur dans l'accouchement* : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>

vie sont parfois difficiles, les individus acquièrent plus facilement une résistance à la douleur, alors que dans les sociétés occidentales où le confort devient primordial, n'importe quel malaise peut être éliminé par les médicaments. Le marketing des firmes pharmaceutiques y a gagné également son marché. Comment les femmes peuvent-elles dès lors supporter, dépasser de telles douleurs ? Nous vivons dans une ère antidoloriste, où les produits antalgiques sont banalisés, où le soulagement doit être rapide et efficace, et où la douleur a acquis une dimension de maladie à traiter, car jugée inutile en toutes circonstances.

a. L'accouchement « sans douleur »

En 1951, au cours d'un voyage en URSS, Fernand Lamaze, médecin accoucheur, découvre la méthode de l'accouchement sans douleur mis en place par le professeur Nicolaïev. Fondée sur la théorie d'Ivan Pavlov, cette méthode repose sur l'idée que les douleurs ne sont pas inhérentes à la nature des femmes et qu'une action pédagogique permet d'éliminer les peurs de l'accouchement, les peurs étant liées étroitement aux douleurs³⁷. A Paris, Lamaze inscrit cette nouvelle préparation à la naissance à la clinique des Bluets et propose aux femmes des années 50 une nouvelle approche pour un accouchement « sans douleur » : mieux connaître son corps et comprendre les phases d'accouchement, fixer son esprit sur la détente et l'apprentissage des respirations. La méthode propose aux femmes de se dissocier de la douleur pour la laisser passer. De nombreux établissements hospitaliers mettent en place ces cours de

³⁷ Pour plus d'infos, lire : Maïtie Trélaün, *J'accouche bientôt, que faire de la douleur ?*, Le Souffle d'Or, 2012

psychoprophylaxie obstétricale, ou de préparation à la naissance, dans toute la France et en dehors des frontières.

Fortes des acquis scientifiques et libérées des peurs ancestrales, les femmes seraient prêtes à « maîtriser »³⁸ leur corps, à donner la vie en toute conscience et donc sans douleur. Mais les limites, les critiques et les contestations de cette préparation à la naissance apparaissent³⁹. En effet, au lieu de protéger les femmes en travail contre les stimulations néocorticales inutiles, la stratégie de reconditionnement a souvent eu au contraire pour effet de renforcer l'activité du néocortex⁴⁰. Quoi qu'il en soit, il était difficile de donner aux femmes la garantie d'un accouchement sans douleur, le déroulement de celui-ci dépendant de l'histoire de chacune et de l'enfant à naître.

Dans les années 70, le courant appelé d'humanisation remet en cause cette préparation, en ce compris la pratique des respirations artificielles. En 1982, 58% des femmes se préparent encore de cette manière à accoucher⁴¹. Les recherches se déplacent des méthodes de conditionnement psychologique vers des techniques propres à la médecine et déjà l'analgésie péridurale, introduite en France dans les années 70, gagne en succès auprès des femmes.

³⁸ Contrairement à l'accouchement physiologique que l'on prône aujourd'hui qui nécessite un lâcher-prise

³⁹ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*, p.149

⁴⁰ Michel Odent, *op.cit.*

⁴¹ Béatrice Jacques, *op.cit.*

b. L'apparition de la péridurale

L'anesthésie loco-régionale⁴² est une méthode qui permet de soulager les douleurs de l'accouchement : associer une analgésie efficace à un maintien de la conscience. Pratiquée à partir de la fin du XIXe siècle en chirurgie, la péridurale se répand lentement⁴³ jusqu'à son entrée en obstétrique dans les années 70 pour en devenir une pratique courante à partir des années 90. La mutuelle en Belgique octroie son remboursement depuis 1984.

La péridurale entraîne une obligatoire paraplégie transitoire, immobilisant totalement l'accouchée durant des heures. Même s'il y a un progrès dans la possibilité d'autorégulation de l'analgésie, le réflexe de la poussée disparaît et l'accompagnement technologique (monitoring, forceps, ventouse, etc.) devient plus souvent nécessaire, voire indispensable.

Au nom du bien être des femmes, il s'agit d'un bouleversement induit par des techniques, en particulier par la péridurale, sur les pratiques professionnelles⁴⁴. L'accompagnement est devenu de type technologique et le relationnel est placé à un niveau secondaire. L'éradication de la douleur éloigne la sage-femme des futurs parents et change la nature même du travail de

⁴² La péridurale consiste à introduire un cathéter dans l'espace péridural qui entoure la dure-mère et permet la diffusion d'un produit actif de type analgésique ou anesthésique. L'utilisation la plus courante est l'analgésie péridurale lombaire lors de l'accouchement par voie basse. Lors d'une césarienne, elle peut être transformée en anesthésie péridurale.

⁴³ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*, p.150

⁴⁴ Béatrice Jacques, *op.cit.*

l'équipe médicale. Du soutien affectif à l'efficacité technique, les nouvelles pratiques remettent en cause directement les fondements du métier de sage-femme, ainsi que la nécessité pour les femmes de se préparer à la naissance.

L'un des pionniers de la péridurale en France, l'obstétricien René Frydman⁴⁵ est conscient que la femme qui accouche sous anesthésie ne vit pas, profondément dans sa chair, le passage « douloureux » de son enfant, et que l'événement peut être vécu comme une distanciation. Mais une femme peut aussi positiver cette absence de douleur et s'approprier ce passage. Il insiste sur le fait que chaque histoire est personnelle, familiale, et sûrement pas linéaire. Le progrès se situe alors dans l'exercice de la liberté⁴⁶ : avoir le choix entre différentes approches qui permettent d'intégrer les phénomènes naturels et les progrès techniques. Et un choix éclairé peut se faire moyennant des informations, y compris celles concernant la Loi relative aux « droits du patient »⁴⁷.

Si la péridurale est un objet propre à la médicalisation, elle prend la forme, dans le discours des obstétriciens, d'un élément qui a favorisé l'humanisation de la naissance, alors même que le courant alternatif de l'humanisation dénonce l'anesthésie

⁴⁵ Gynécologue et obstétricien français, spécialiste de la PMA (procréation médicalement assistée) et « père » du premier bébé éprouvette français.

⁴⁶ Patrice Van Eersel, *Mettre au monde, Enquête sur les mystères de la naissance*, Albin Michel (Poche), 2008

⁴⁷ La loi belge relative aux droits du patient date du 22 août 2002. Voir www.patientsrights.be et http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?language=fr&caller=list&cn=2002082245&la=f&fromtab=loi&sql=dt=%27loi%27&tri=dd+as+rank&rech=1&numero=1

comme technique supplémentaire de soumission de la femme, la rendant passive et « spectatrice » de son propre accouchement⁴⁸. La société moderne est par conséquent caractérisée par une domestication de l'animalité de l'individu, qui a rendu les cris et le non-contrôle du corps intolérables lors de la mise au monde. Alors que de nombreux accoucheurs affirmaient⁴⁹, à travers les époques, qu'il était aisé de suivre le travail par l'allure et les cris déchirants, puis sourds et gutturaux, d'une parturiente, en fonction de l'état d'avancement de l'accouchement. Aujourd'hui, les médecins prennent la douleur comme responsable de pathologies éventuelles. La lutte contre la douleur devient dès lors un acte médical, ce qui les oblige à proposer une réponse technique. Souffrir à l'heure actuelle peut être perçu comme totalement archaïque. Il est vrai que dans certains cas, l'angoisse des futures mères devant la douleur peut bloquer le travail. La péridurale est donc un outil, s'il est utilisé à bon escient, qui peut participer à la sécurité de la mère et de l'enfant à naître.

c. Avec ou sans péri : un choix ?

Pour le Dr Michel Odent⁵⁰, si une femme en train d'accoucher est laissée libre de ses mouvements, elle éteint spontanément les

⁴⁸ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁴⁹ Marie-France Morel, *Histoire de la douleur dans l'accouchement* : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>

⁵⁰ Pionnier reconnu, Michel Odent fut responsable du service de chirurgie de l'hôpital public de Pithiviers (France) où il développa des recherches originales en vue d'une maternité différente, y compris les premières naissances dans l'eau. Ces expériences conçues à l'origine pour réduire le nombre des césariennes firent de Pithiviers et de Michel Odent les références internationales de ceux et celles qui remettaient en cause les

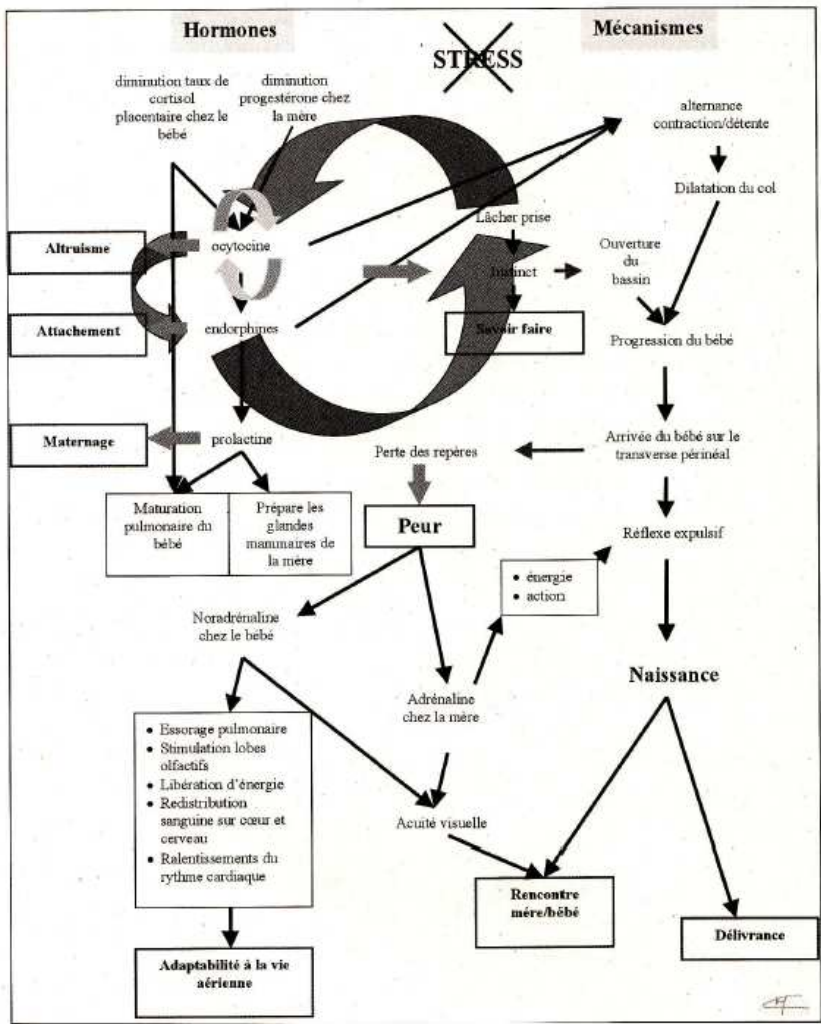
signaux de son néo-cortex et retrouve l'intelligence instinctive de son cerveau « reptilien ». L'être humain étant sans doute le seul être à posséder le pouvoir de court-circuiter ses instincts par son intelligence, la parturiente entre dans un état de conscience modifiée apte à lui faire traverser la bourrasque. La suractivité du cortex archaïque constitue un processus complexe et fragile, lequel peut être perturbé, voire interrompu, par des interventions extérieures (langage, bruits, lumière). Le besoin d'intimité, de sécurité, en ce compris le fait de ne pas se sentir observée, est donc extrêmement important dans le processus d'enfantement⁵¹. (cf. schéma 3)

*- Tu vois, tu sais, tu sais, mais tu avais oublié que tu savais.
Allez, maintenant, vas-y, fais-le !*

modalités de l'accouchement dans les pays industrialisés. Depuis plus de 20 ans, Michel Odent est installé à Londres où il est devenu « sage-femme », assistant à des naissances à domicile, notamment pour en savoir plus sur l'influence de l'environnement dans la période qui entoure l'accouchement. Il est également un avocat inlassable, à travers ses multiples conférences et ateliers, de la cause de la naissance respectée. La portée de ses travaux et nombreux ouvrages est, paradoxalement, plus reconnue à l'étranger que dans son propre pays.

⁵¹ Michel Odent, *L'amour scientifique, op.cit.*

Schéma 3 : TRELAUN Maïtie, *J'accouche bientôt, que faire de la douleur ?*,
Le Souffle d'Or, 2012



la physiologie de l'enfantement

Les femmes ne sont pas égales devant la douleur, c'est en fonction de l'histoire de chacune. La douleur est toujours une expérience individuelle déterminée par nos expériences antérieures. « *Seule existe la douleur vécue, dans une situation donnée, à un moment déterminé et d'une durée variable, par un individu particulier* »⁵². Entre le refus de la douleur et l'apologie de celle-ci comme un passage obligé, l'épreuve de la douleur serait porteuse de sens. Sauf lorsque le seuil de douleur (ou de fatigue) est dépassé, alors la péridurale peut sauver une femme d'un naufrage. Par contre, le bébé resté seul dans la tempête trouve plus difficilement ses appuis avec le relâchement des muscles entraîné par la péridurale.

Les sages-femmes encouragent les femmes à se laisser emporter par la douleur, à faire corps avec elle dans la confiance. Vivre en conscience le passage de son bébé est telle une épreuve initiatique.

La douleur a d'ailleurs souvent tenu une place centrale dans les rites de nombreuses sociétés. Elle n'est pas forcément nécessaire au bon déroulement de l'accouchement, même si elle sert de guide, permettant d'identifier les étapes du travail, mais elle participe au processus de transformation de celle qui accouche: l'accouchement peut être vu comme une double naissance, celle de l'enfant et celle de la mère. Les sages-femmes font d'ailleurs la différence entre la douleur physique et la souffrance psychique.

⁵² Marilène Vuille, *Accouchement et douleur*, Antipodes, Lausanne, 1998, p.28

- *Tout va bien, c'est beau ce que tu fais ! Ta douleur t'indique que tout va bien ! Si tu ne peux pas faire autrement, tu dis oui pour la péridurale et tout ça, mais tu peux, tu peux peut-être faire autrement...*
- *Oui oui ! Dis oui plutôt que d'être dans la résistance ! Allez, va, va dans le oui !*
- *Allez, les contractions sont tes amies !*
- *Chaque contraction te rapproche de ton bébé, t'ouvre un peu plus le col !*
- *Les contractions sont comme des vagues, elles montent elles montent, accueille la vague, laisse-la monter, elle est très forte, très très forte, mais elle va s'en aller, comme les vagues. Prépare-toi à son départ.*
- *Oui, accueille la vague et laisse-la passer, prépare-toi à son départ*
- *Tu peux crier que tu as mal, vas-y crie !*

Après un accouchement sous péridurale, certaines femmes se disent frustrées et déçues, comme si on leur avait « volé » leur accouchement. En effet, le processus de l'enfantement est intégré psychiquement chez les femmes en passant par des phases conscientes et inconscientes, comme celle de l'accouchement. Anesthésier la douleur de cet épisode n'est pas anodin et dénué de conséquences⁵³ (sur le déroulement de l'accouchement, sur le système nerveux de la mère et de l'enfant, etc.). A un niveau anthropologique, on ne peut pas effacer une telle tempête, vieille des premiers âges de

⁵³ Pour plus de détails sur les répercussions de la péridurale : lire Maïtie Trélaün, *op.cit.*

l'humanité, sans ébranler les structures profondes. Or, maintenant que l'anesthésie existe, la plupart des femmes n'envisagent plus de ne pas avoir recours à la péridurale. Elles reprennent les arguments de confort et de sécurité émis par les médecins. La douleur est désormais indépendante de l'accouchement. Elle n'est plus liée « culturellement » à la mise au monde. Cependant, les femmes expriment parfois de la souffrance sous analgésie. Dans certains cas, l'effet de l'anesthésie ne marche qu'en partie, certaines douleurs apparaissent quand même. Dans d'autres cas, les douleurs persistent, car on assiste à la mise en place de stratégies cognitives qui permettent de sauvegarder les représentations et les croyances⁵⁴, en intégrant les nouvelles techniques. La représentation et le vécu de l'accouchement reste dès lors un acte douloureux, malgré l'intervention médicale, de manière à surmonter la tension morale créée par la pose de la péridurale. Ainsi anciennes et nouvelles représentations de la naissance peuvent coexister et s'articuler. Sans doute la péridurale est-elle socialement acceptable pour ces femmes si la douleur reste présente, au moins sous une forme symbolique.

Si certaines femmes ont pu vivre leur accouchement plus sereinement grâce à la péridurale, d'autres femmes aujourd'hui sont satisfaites de ne pas avoir eu recours à la péridurale, soit pour raisons médicales, soit parce que l'accouchement s'est déroulé très vite. Et aussi par choix, par idéologie, par identification à leurs mères et grands-mères. Comment les femmes ont-elles fait pendant des millénaires ? Pourquoi ne plus y arriver aujourd'hui ? Mais à l'hôpital, sous le poids des contraintes médicales et organisationnelles, et aussi face à la

⁵⁴ Béatrice Jacques, *op.cit.*

réalité de la douleur, les femmes ont parfois du mal à assumer leur choix de départ, celui de ne pas demander la péridurale.

Par ailleurs, délivrées de la peur d'un accouchement douloureux, les femmes peuvent se dessaisir d'une part de leur grossesse, et donc de la nécessité de se préparer à l'accouchement, qu'elles confient au monde médical. Dans ce cas s'observe une déresponsabilisation de la personne, alors que la naissance constitue une étape initiatique et fondatrice. Une préparation signifie acquérir une confiance en la capacité qu'a le corps d'accoucher et cela passe par la réappropriation de savoirs et de compétences liées à la physiologie. Cela représente dès lors un processus d'autonomisation qui permettra à certaines femmes d'avoir suffisamment confiance en elles pour ne considérer la péridurale que comme un filet de sécurité à utiliser ... ou pas le jour J.

- Une occasion de changement, de dialogue, d'entraide, de lâcher prise...

3. La médicalisation et les nouvelles technologies

Au début du XXe siècle, la procréation dépendait des rapports sexuels (et vice-versa), la maîtrise de la fécondité restait aléatoire, la stérilité restait sans recours, et les risques de mortalité à la naissance restaient élevés. A la fin du XXe siècle, la sexualité et la reproduction peuvent être dissociées, la fécondité apparaît comme un choix, la stérilité n'empêche plus les naissances, et la menace de mort est presque entièrement

écartée. Il s'agit d'une transformation sociale, culturelle et familiale radicale⁵⁵.

Le processus de technologisation du système de santé, l'idéologie du progrès et la maîtrise de la « nature » imposent des valeurs qui mettent en avant les connaissances scientifiques. Les techniques entourant la grossesse et l'accouchement sont de plus en plus complexes et sophistiquées, même en cas de grossesse physiologique. Des conditions sociales particulièrement favorables expliquent le démarrage de la médicalisation au XXe siècle, et c'est durant la seconde moitié du siècle que le pouvoir du corps médical s'impose à toutes et à tous, avec la pratique systématique des examens en tous genres et le développement des échographies.

Inspirés par la phobie des microbes et par l'héritage de Pasteur, les médecins imposent les règles d'hygiène au détriment des souhaits et de la pudeur des femmes qui sont déshabillées, rasées, obligées de porter une blouse blanche de l'hôpital, et qui subissent un lavement intestinal et un toucher vaginal à intervalles réguliers. Elles accouchent immobilisées, couchées sur le dos, les pieds dans des étriers, jambes en l'air et écartées. Le bébé est le plus souvent éloigné, soigné et trituré par l'équipe soignante, et ensuite apporté à la mère toutes les trois heures, peu importe s'il pleure avant ou pas, pour une tétée d'un quart d'heure.

⁵⁵ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*

- *Parfois les femmes ont une perf dans le bras, un tuyau dans le dos pour la péri, le tensiomètre sur l'autre bras, la saturation sur un des doigts de la maman*
- *Le monitoring autour du ventre pour mesurer les contractions et un autre pour mesurer le cœur du bébé*
- *Parfois en plus, un fil qui passe dans le vagin qui est mis sur la tête du bébé, l'électrode interne pour mesurer la saturation en oxygène du bébé*
- *Et l'autre machine, là, le stan, c'est tout en un : il te dit comment va le bébé, mais il te dit même comment ira le bébé dans une heure, il te dit s'il faut faire une césarienne ou pas...*
- *Et il te dit ce que le bébé va faire dans 20 ans et l'âge du capitaine ? Comment tu veux accoucher avec tout ça ?*

En ce qui concerne les positions (*cf. schéma 4*), il en existe évidemment plusieurs, tant pour le travail que pour la poussée proprement dite : assise, accroupie, debout, à genoux, à quatre pattes, couchée sur le côté... Chaque société, chaque culture en privilégie certaines qui se transmettent de génération en génération⁵⁶. La recherche d'un confort relatif, l'instinct probable pour la bonne évolution du processus, l'état de transe dans lequel se trouve une femme en plein « travail », amène les parturientes à prendre des positions

⁵⁶ *Naissances, gestes, objets et rituels*, L'album de l'exposition, Museum national d'Histoire naturelle, Paris, 2005

Quelques exemples de positions et attitudes pour le jour de l'accouchement et pour le travail du plancher pelvien

Les postures et attitudes présentées ici sont intéressantes à divers titres pour le jour de l'accouchement. Elles le sont aussi pour le travail du périnée, quand sont acquis les exercices des pages pratiques, pour varier les situations. Pour chacune de ces positions, l'analyse porte sur plusieurs points d'observation, auxquels la réponse est formulée par un mot.

Le bassin est-il entraîné en **antéversion**, en **rétroversion** ?

Est-il libre de bouger entre **anté/rétroversion** ?

Les os du bassin sont-ils entraînés en **nutaton**, **contre-nutaton** ?

Sont-ils libres de bouger entre **nutaton/contre-nutaton** ?

La pesanteur agit-elle, lors de l'accouchement, dans le sens de la descente et de l'expulsion fœtale ? Et lors du travail périnéal, dans le sens d'une augmentation de pression sur le périnée ? (**Pesanteur +**) Agit-elle dans le sens inverse ? (**Pesanteur -**)

Positions allongées

sur le dos (pesanteur -)



- hanches hyperfléchies :
rétroversion
nutaton



- hanches 1/2 fléchies :
anté/rétroversion

sur le côté (pesanteur -)

- hanches 1/2 fléchies :
anté/rétroversion
nutaton/contre-nutaton



À quatre pattes
dos penché en avant
(pesanteur - -)

rétroversion
nutaton



dos horizontal (pesanteur -)
anté/rétroversion
nutaton/contre-nutaton



Positions assises (pesanteur +)
appuyée en avant ou en arrière

- hanches 1/2 fléchies :
anté/rétroversion
nutaton/contre-nutation

- hanches hyperfléchies :
rétroversion
nutation



Position accroupie
ici, soutenue (pesanteur +)
rétroversion
nutation



Positions debout (pesanteur +)

- hanches en 1/2 flexion :
anté-rétroversion
nutaton/contre-nutation



- hanches en extension :
antéversion
contre-nutation



Il est profitable de connaître ces positions,

- en les expérimentant dans son propre corps (pendant la grossesse, au cours des exercices périnéaux),

- en connaissant leurs répercussions anatomiques sur le bassin, les viscères.

Ceci permet de choisir, par la suite, telle ou telle position qui convient le mieux pour les différents temps de l'accouchement, ou le travail du périnée.

qui diffèrent d'une femme à l'autre, d'une région à l'autre. La position allongée sur le dos, les pieds dans les étriers sur une table gynécologique est une innovation technique du XVIII^e siècle et qui fut imposée progressivement à toute femme dans le monde entier venant accoucher en milieu médical. Cette position ne facilite absolument pas l'arrivée du bébé, car elle empêche l'importante mobilité du sacrum et fait jouer la pesanteur contre le bébé, ce qui conduit parfois à des actes médicaux qui auraient pu être évités. Spontanément, les femmes n'accouchent pas sur le dos, à moins d'être soumises encore à des croyances. Pourquoi alors une telle prise de pouvoir sur les femmes ? Uniquement pour le confort des médecins ? Heureusement, cette uniformité est contestée depuis quelques dizaines d'années dans certains milieux. A domicile et en maison de naissance, les femmes ont la liberté de se mouvoir comme elles l'entendent. Et dans certains hôpitaux, une place plus grande est faite au choix et à une plus grande variété de postures.

- J'ai travaillé en Afrique, là-bas j'ai découvert d'autres façons d'accoucher : les femmes, toutes dans la pièce, elles dansent, elles font des sons, elles chantent, elles bougent, toutes les femmes qui accouchent ensemble et sont accompagnée par une femme, une sœur. Et moi, tout ce que j'avais vu, c'était allongé sur un lit. Quand tu les laisses faire, c'est magnifique à voir !

A mesure que les menaces ancestrales sont éliminées, les médecins et biologistes en suscitent de nouvelles, parfois inquiétantes. A la fin de la Seconde Guerre mondiale, les accouchements à la maison disparaissent presque totalement, même s'il y a toujours eu quelques « marginales » qui ont choisi

d'accoucher à la maison⁵⁷, jusque dans les années 70. Cette « *disparition apparaît non seulement comme un triomphe de la médicalisation de l'accouchement, mais encore comme son approbation plébiscitée par les femmes et la population en général. Cette analyse, pour le moins réductrice de la réalité, reste dominante jusqu'au début du XXI^e siècle et constitue la grille de lecture utilisée pour justifier la systématisation du diagnostic prénatal, de la péridurale, de l'élévation sans réserve du taux de déclenchement de césarienne et autres pratiques généralisées malgré de nombreuses recommandations internationales contraires* »⁵⁸. La périnatalité est une préoccupation politique. Dès les années 70, des fonds sont alloués au secteur de l'obstétrique pour équiper les maternités en techniques de pointe, en matériel échographique, accédant ainsi à une position centrale dans les questions de santé publique.

En ce sens, les politiques de santé publique ont pour objectif général de prévenir, non pas seulement de s'opposer à l'arrivée de maladies, mais plus largement d'anticiper sur les événements pathologiques prévisibles. Aux médecins de soigner la pathologie (risque), mais aussi d'empêcher sa survenue (anticipation du risque). Ces deux logiques du risque s'articulent et s'entremêlent dans une situation instable. Il est possible de passer rapidement de la prévention et de la simple surveillance à l'urgence. Les obstétriciens deviennent donc des gestionnaires du risque. Ce mode de pensée homogène s'explique en partie par la formation médicale reçue. Le sentiment d'insécurité est omniprésent et repose par conséquent sur l'idée de la nécessité

⁵⁷ Selon les propos d'Evelyne Mathieu, sage-femme libérale

⁵⁸ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*, p.120

de se concentrer sur la recherche de pathologie, plus que sur la surveillance d'un processus physiologique. La gestion des risques par l'établissement des normes, et tout écart à la norme, devient potentiellement pathologique. La double conception du risque anticipé⁵⁹ et du risque non prévisible semble servir à justifier le suivi surmédicalisé de la grossesse et de l'accouchement avec une série d'examens cliniques, biologiques et radiographiques.

Un double système idéologique et normatif est en marche avec une surmédicalisation et un excès du psychologisant, lequel a imposé des schèmes de pensées qui doivent être suivis pour être une bonne mère et un bon père, en respectant bien sûr les prescriptions du médecin pour le bien être de l'enfant. Mais un choix autonome et soutenu de la part des femmes et des couples pourrait avoir une fonction culturelle essentielle dans la société et accompagner la résistance à l'industrialisation des naissances.

Quid des recommandations internationales ?

Au niveau des pratiques, il existe des études qui donnent lieu à des recommandations au niveau international (OMS) et national (KCE⁶⁰ pour la Belgique) et qui sont là pour guider une pratique au service du bien-être humain⁶¹ pour autant que les praticien.ne.s puissent s'affranchir à la fois de leurs habitudes,

⁵⁹ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁶⁰ <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/recommandation-de-bonne-pratique-pour-l%E2%80%99accouchement-%C3%A0-bas-risque#.VQqsAY443Yg>

⁶¹ « Le savoir au service de la vie et non la vie au service de la technologie », nous disait Bénédicte de Thysebaert lors de la table-ronde « *Maternité : entre norme naturalisée et nature normalisée* » organisée par le CEFA le 18 avril 2013

des normes intégrées, aussi rassurantes et confortables soient-elles, et des enjeux économiques autour de la santé.

Parce qu'un accouchement physiologique peut être vécu sans intrusion médicale, un rapport de l'OMS, publié en 1997, sur « *les soins liés à un accouchement normal : guide pratique* »⁶² recense les pratiques les plus courantes utilisées, en quatre catégories, dans la conduite d'un accouchement normal selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

En 2009, dans le cadre de la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, l'OMS publie « *Les soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles* »⁶³.

En 2014, l'OMS va un pas plus loin et publie une déclaration⁶⁴ concernant: « *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins* », laquelle a été signée par plus de 60 ONG et autres institutions qui défendent que « *chaque femme a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité* ».

⁶² http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/

⁶³ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/fr/

⁶⁴ http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/

4. Surmédicalisation et effets iatrogènes

Dans le langage courant, il est un fait que le verbe « accoucher » est souvent utilisé à la forme passive. On entend le plus souvent, non pas « j'ai accouché » mais la sage-femme ou le gynécologue qui « m'a accouchée ». *« Cette tournure n'est que le reflet de la réalité, l'image de ce processus qui conduit le monde médical à réduire les femmes à la passivité tandis qu'une personne, souvent un homme, s'active pour faire naître le bébé. Le souci est que contraindre une femme à la passivité pendant son accouchement exige d'user de violence extrême à son égard »*⁶⁵.

En milieu hospitalier et durant le processus de l'accouchement, les violences et les abus vécus par de nombreuses femmes commencent à être dénoncés : les césariennes programmées, les épisiotomies injustifiées, les accouchements provoqués ou précipités pour la commodité des accoucheurs. *« Évoquer ce qui se passe réellement derrière la porte close de la salle d'accouchement revient à transgresser un véritable tabou »*⁶⁶.

Un article dans Le Monde souligne que la question de l'accouchement apparaît petit à petit parmi les violences faites aux femmes. *« La voici citée dans le premier Atlas mondial des femmes : autre exemple, la médicalisation de l'accouchement, un progrès incontestable, aboutit parfois à une surmédicalisation préjudiciable à la santé des femmes. Lorsque plus de 30 % des accouchements, par exemple, se font par césarienne, celle-ci, qu'il faut rendre accessible à toutes les femmes qui en ont besoin*

⁶⁵ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/12/04/ces-femmes-passives-qui-sont-accouchees/#more-425>

⁶⁶ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/01/26/les-violences-obstetricales-et-la-parole-confisquee/>

(ce qui n'est pas encore le cas), peut ne plus être perçue comme un progrès et même être considérée comme "une violence" »⁶⁷.

L'idéologie du risque⁶⁸ très présente tout au long de la grossesse, à travers la série des examens réalisés, trouve son expression paroxystique au moment de l'accouchement et plus précisément de l'expulsion. L'itinéraire thérapeutique repose sur l'idée des risques liés à l'accouchement et conduit à une expérience standardisée de l'enfantement entièrement orientée par la logique du système biomédical. L'organisation hospitalière consiste à effectuer sur la femme qui accouche une série de gestes médicaux standardisés, visant à faire naître le bébé selon des protocoles qui énumèrent les positions autorisées, les durées maximales des différentes phases ainsi que le rythme des contrôles effectués par les sages-femmes et autres instruments techniques.

Au niveau de la communication, les usagères sont obligées de respecter les normes de l'organisation hospitalière. Au nom de la qualité des soins, un défaut d'organisation ou un malentendu est mal vécu pour les unes, mais peut être légitimé pour les autres. Le manque d'information, une mauvaise compréhension, l'attitude des praticien.ne.s, le recours à un vocabulaire purement médical, ou pire une phrase légèrement ambiguë, tout cela peut être interprété de façon différente par les usagères. Mais il est un fait que la plupart des femmes insiste sur la pauvreté du dialogue et de la relation de confiance. Certaines se sentent dévalorisées et non reconnues, renvoyées vers leur méconnaissance. La froideur et l'insensibilité apparente de

⁶⁷ <http://www.lemonde.fr/.../une-marche-paradoxe-vers-l-emanci...>

⁶⁸ Béatrice Jacques, *op.cit.*

certain.e.s professionnel.le.s sont ressenties par quelques femmes comme une forme de « violence symbolique »⁶⁹.

Au niveau corporel, les femmes doutent généralement des capacités de leurs corps. L'effort physique, intense, la douleur, même sous péridurale, sont des sensations communes à la maladie, d'où la mise au monde vécue comme un moment entre la vie et la mort, même lors d'un accouchement purement physiologique. En milieu hospitalier, les propos et les ressentis des femmes sont parfois discrédités, leurs savoirs sur le corps sont parfois niés⁷⁰. Par exemple dans la situation où des femmes arrivent à l'hôpital, pensant que le travail s'est déclenché naturellement, et se voient renvoyer chez elles par le personnel médical justifiant leur positionnement par l'habitude des femmes qui viennent « trop tôt ou pour rien ».

Quant à la violence des touchers vaginaux, souvent systématiques pendant la grossesse et durant le travail, peu de médecins tiennent compte des actes qu'ils ou elles posent sur le corps des femmes. Comme tout acte médical, le toucher vaginal doit faire l'objet d'un consentement préalable de la patiente, ce qui n'est pas toujours le cas.

En situation d'urgence, il est vrai que la peur annule toute possibilité de revendication, notamment en ce qui concerne la dimension relationnelle qui devient secondaire. Ainsi des situations qui auraient pu être vécues comme humiliantes et violentes sont pleinement acceptées et rationalisées au nom de la garantie de la bonne santé de l'enfant. Mais la conception

⁶⁹ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁷⁰ Béatrice Jacques, *op.cit.*

même de l'urgence est parfois différente selon que l'on se trouve du côté usagères ou du côté médecins.

Le corps doit donc s'adapter à l'idéologie du risque, mais aussi à l'organisation du service hospitalier. Le déclenchement artificiel est un premier moyen de rationaliser le travail. Utilisé au départ pour anticiper la sortie du fœtus en danger, le déclenchement est de plus en plus réalisé par convenance (de la femme, du couple et/ou du médecin). *« En Wallonie, 33% des accouchements ont été induits en 2010. Si on y ajoute les 10,4% de césariennes pratiquées avant le travail, seulement 56,6% des femmes enceintes ont commencé leur travail naturellement »*⁷¹. L'induction d'un accouchement provoque artificiellement des contractions – plus intenses, et donc moins supportables pour la mère – et entraîne un recours quasi-systématique à la péridurale.

Les médecins semblent proposer facilement le déclenchement, comme un nouveau mode d'accouchement, comme le moyen idéal pour coordonner l'ensemble des intervenant.e.s et réunir les meilleures conditions médicales et psychologiques. On arrive ainsi à la situation paradoxale où la femme qui vient accoucher spontanément trouble l'organisation rationnelle du travail hospitalier. Même si elles n'ont pas envisagé la programmation de leur accouchement, les femmes s'approprient généralement la proposition de leur médecin. Les sages-femmes sont plus critiques en général à l'égard de cette technique car le déclenchement artificiel du travail induit des effets iatrogènes et

⁷¹ Argumentaire du manifeste, Plateforme pour une naissance respectée, 2014 <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/01/Argumentaire4RevendicationsFINALE1.pdf>

éventuellement d'autres interventions : plus de péridurales et plus de césariennes.

« Si les taux d'induction sont connus, une autre pratique courante est moins visible dans les statistiques hospitalières, c'est « l'optimisation » de l'accouchement »⁷². En effet, la perfusion d'ocytocine de synthèse est presque devenue un acte faisant partie du protocole de la prise en charge de l'accouchement. Utilisée uniquement par le passé dans les cas de souffrance fœtale, elle est aujourd'hui injectée aux parturientes, souvent sans leur consentement éclairé par l'information, pour mieux contrôler le travail du col et surtout l'accélérer, de manière à normaliser le temps de « travail ». Or, les sages-femmes dénoncent la systématisation du syntocinon⁷³. « L'accélération de la dilation du col serait presque devenue un rituel dont le sens a été perdu. C'est la croyance collective en l'efficacité symbolique du geste qui continue à fonctionner, l'accouchement étant présenté comme un moment difficile, long, qu'il faut chercher à écourter »⁷⁴. Et pourtant, dès 1997, l'OMS a classé l'accélération de l'accouchement par l'ocytocine comme une pratique fréquemment utilisée à tort. Aujourd'hui, en France, quinze ans après la publication des recommandations de l'OMS, plus de 60% des femmes se voient encore injecter de l'ocytocine pendant le travail⁷⁵. Alors qu'une telle intervention peut entraîner d'autres conséquences, comme le démontre une étude⁷⁶ française, car l'utilisation de l'ocytocine pendant le travail augmente le risque

⁷² Argumentaire du manifeste, *op.cit.*

⁷³ Nom du médicament dont l'ocytocine artificielle est le principe actif

⁷⁴ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁷⁵ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/12/04/ces-femmes-passives-qui-sont-accouchees/>

⁷⁶ <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514.full.pdf+html>

d'hémorragie grave du post-partum (et ceci proportionnellement à la dose reçue).

Le temps serait-il un facteur de risques ? Du point de vue médical, les femmes doivent accoucher en huit heures au plus. Aussi la rupture artificielle de la poche des eaux est une pratique courante pour espérer mieux contrôler la durée de l'accouchement, alors que les douleurs s'intensifient.

Au moment de l'expulsion, l'épisiotomie⁷⁷ (cf. illustration) est une pratique, recommandée depuis le XVIIIe siècle, utilisée fréquemment par la plupart des gynécologues, mais ses trois indications (élimination des déchirures périnéales, prévention des incontinences urinaires et des prolapsus génitaux, réduction du temps d'expulsion) sont très sérieusement remises en cause par les études et enquêtes⁷⁸ les plus récentes. En Belgique, les taux élevés d'épisiotomie⁷⁹ ne sont effectivement pas justifiés. « *L'accomplissement d'un geste aussi chargé symboliquement, lors d'un acte aussi simplement considérable, justifie pour le moins de fortes et permanentes réflexions critiques sur le bien-fondé de ses indications* »⁸⁰. Inutile dans la plupart des cas, voire nocive, l'épisiotomie peut laisser une cicatrice, dont la douleur chez les femmes peut avoir un impact négatif pour leur santé sexuelle. « *Diminuer les épisiotomies est un moyen de préserver*

⁷⁷ Incision chirurgicale de la vulve des femmes par les gynécologues

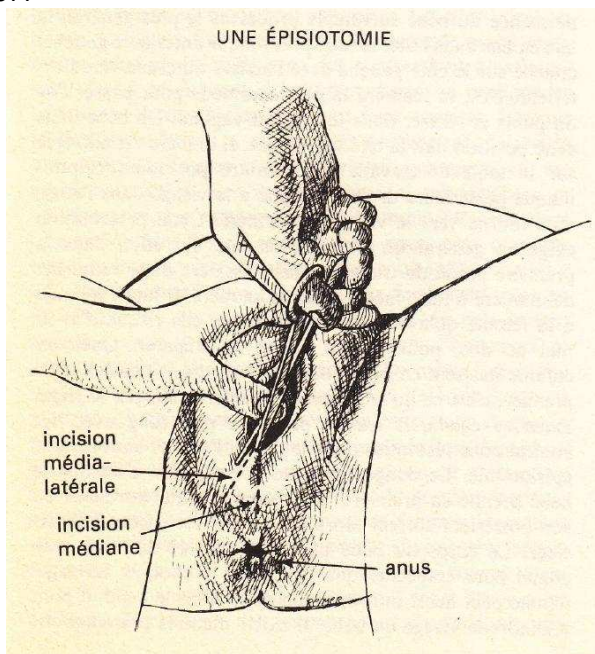
⁷⁸ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*, p.143

⁷⁹ 54% en Flandres, 45,4% en Wallonie, 36,1% à Bruxelles

⁸⁰ Paul Cesbron, *De la nécessité de couper les femmes lors de la mise au monde des enfants* : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article58>

le droit des femmes à une vie sexuelle satisfaisante une fois qu'elles deviennent mères »⁸¹.

Illustration : (Le) Collectif de Boston pour la santé des femmes, *Notre corps, nous-mêmes* (adaptation française de *Our bodies, ourselves*), Albin Michel, 1977



Autre forme de violence progressivement abandonnée : l'expression abdominale. Pratique qui consiste pour le personnel hospitalier à exercer une pression sur le fond de l'utérus avec l'intention d'accélérer la naissance. En 2007, la Haute autorité pour la Santé a reconnu qu'il n'existait pas d'indication médicale justifiant l'expression abdominale, et qu'au vu du vécu traumatique et des complications graves qu'elle produit, il y avait

⁸¹ Argumentaire du manifeste, *op.cit.*

lieu d'abandonner cette pratique. Néanmoins, en 2013, 22% des femmes qui ont accouché en France ont encore été victimes de cette violence obstétricale⁸².

Enfin, la péridurale est devenue la norme dans les pratiques entourant l'accouchement. La question de la douleur se pose forcément dans la tête des femmes à un moment donné de leur grossesse (cf. chapitre III.2. Le paradoxe des douleurs de l'accouchement). La lutte médicamenteuse contre la douleur a eu pour effet pervers de diminuer fortement le temps que les soignant.e.s passent auprès de leurs patient.e.s, alors que l'écoute et la disponibilité sont des éléments importants à prendre en compte dans l'expression de la douleur. De ce fait, les sages-femmes à l'hôpital orientent souvent les femmes vers le choix de la péridurale pour des raisons d'ordre organisationnel ou sécuritaire. Donc, certaines femmes reçoivent, voire subissent, la péridurale, alors qu'elles ne la souhaitaient pas au départ. Cependant, la plupart des femmes se déclarent en général satisfaites⁸³ de la prise en charge médicale. Il est à souligner quand même que début 2006, 88% des accouchements français se faisaient sous péridurale, sans que la moindre « clause de sécurité » n'ait été imposée⁸⁴.

Cela nous renvoie à la question du temps et de la liberté de choix et au fait que les patientes rationalisent a posteriori un non choix, comme un acte médical nécessaire, en se l'appropriant et

⁸² <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/12/04/ces-femmes-passives-qui-sont-accouchees/>

⁸³ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁸⁴ Patrice Van Eersel, *op.cit.*

en l'incluant positivement dans leur trajectoire⁸⁵. Une conséquence directe de la systématisation du protocole du déroulement de l'accouchement (procédures techniques, pharmaceutiques, cliniques), à l'origine réservé aux patientes « à risques », est une prise en charge standardisée, commune aux cas normaux et pathologiques. L'accouchement dirigé aujourd'hui sous péridurale a généré ses « normes » obstétricales. Des gestes médicaux sont posés pour que le processus reste calé dans le cadre protocolaire. Ainsi les femmes sont reliées à un monitoring contrôlant la fréquence et l'intensité des contractions, subissent des touchers vaginaux réguliers pour observer si la dilatation du col suit la courbe d'un centimètre par heure et reçoivent des injections d'ocytocine pour augmenter l'activité de leur utérus. Si la naissance présente certaines lenteurs, l'enfant est extrait sans ménagement par l'action des mains du gynécologue, de la ventouse ou des forceps, voire par césarienne.

Le taux de césariennes⁸⁶, dont le taux « raisonnable » fixé par l'OMS est de 15%, a été dépassé dans la plupart des maternités françaises. En Belgique, le taux est de 18,95%, c'est-à-dire presque un enfant sur cinq naît de cette manière.

Quant à la césarienne programmée, elle reste pour la mère et plus encore pour le bébé un acte de violence, une agression. Même si la péridurale permet la continuité de la relation consciente mère-fœtus, la césarienne remet en question tous les mécanismes complexes et naturels de l'accouchement. Elle

⁸⁵ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁸⁶ Annick Faniel, *La naissance : une approche plus humaine et un libre choix du lieu d'accouchement*, CERE asbl, 2013

devrait être réservée à des indications purement médicales et systématiquement faire l'objet d'une préparation. La rupture entre la vie amniotique et la vie aérienne est si soudaine que ce n'est pas sans conséquences sur la relation mère-bébé.

L'ambiance anxiogène des hôpitaux et les routines médicales non respectueuses de la mécanique fine du corps de la femme en train d'accoucher peuvent être source de stress et de peur, et ainsi provoquer une hausse d'adrénaline dommageable au bon déroulement de l'accouchement. Car, selon l'obstétricien Michel Odent, les conditions idéales pour libérer chez une parturiente le bon cocktail hormonal est de se trouver dans un lieu où il fait chaud, dans la pénombre, où règne le silence ou une musique douce, où elle se sent en sécurité, en sachant qu'elle ne sera pas dérangée, ni observée, et où elle sera libre de bouger comme elle le souhaite et émettre tous les sons et cris qu'elle veut. *« En d'autres termes, les femmes doivent pouvoir accoucher exactement dans les mêmes conditions que pour avoir une relation sexuelle. De plus, l'ocytocine et l'endorphine étant produit dans l'hypothalamus (le « cerveau reptilien »), il est important que leur néocortex (le cerveau du langage et de la raison) soit mis en veille. La stimulation du néocortex par le langage, les questions et les demandes faisant appel à l'intellect perturbent le fonctionnement reptilien du corps »*⁸⁷.

Quelles sont dès lors les limites, les effets pervers des technologies de pointe ? Accoucher à l'hôpital présente semblait-il plus de risques de complications qu'à la maison. En effet, *« chaque geste médical est assorti d'une liste d'effets secondaires*

⁸⁷ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2013/10/02/la-mere-et-la-putain-dans-la-salle-daccouchement/>

qui en entraînent d'autres, se transformant en une cascade d'actes pouvant aboutir à des complications qui n'auraient jamais lieu lors d'une naissance respectée »⁸⁸. Le déterminisme interne des techniques conduit à un morcellement du corps, à une évacuation du sujet. On oublie trop souvent que les éléments sont en relation les uns avec les autres. En effet, le recours à une technique entraîne inévitablement la présence d'une autre. Par exemple : un tri-test positif entraîne la réalisation d'une amniocentèse ; le déclenchement artificiel du travail favorise le recours à une péridurale qui elle-même induit souvent la pratique d'une épisiotomie. Chaque technique s'inscrit en continuité logique de la précédente. C'est un engrenage duquel on ne peut plus s'échapper. Le problème, c'est que les femmes ignorent le plus souvent qu'elles entrent dans un protocole à plusieurs étapes. Un des principaux effets pervers dénoncés⁸⁹ par les femmes elles-mêmes est l'utilisation de la technique par les médecins à des fins qui leur échappent. Alors qu'elles sont venues chercher un dispositif technique d'encadrement, l'idée que celui-ci pourrait être utilisé comme instrument qu'elles ne maîtrisent plus, voire qui se retourne contre elles, est inacceptable, et peut conduire à des angoisses.

Cette différence d'approche entre la naissance à l'hôpital et à domicile permet de relativiser le mythe de l'accouchement qui dérape en quelques secondes⁹⁰. L'accouchement à domicile n'offre pas plus de risques qu'à l'hôpital pour les femmes en

⁸⁸ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/03/18/le-mythe-de-laccouchement-qui-derape-en-quelques-secondes/>

⁸⁹ Béatrice Jacques, *op.cit.*

⁹⁰ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/03/18/le-mythe-de-laccouchement-qui-derape-en-quelques-secondes/>

bonne santé lorsqu'elles sont accompagnées par une sage-femme, ce qui permet de leur éviter bon nombre d'actes médicaux inutiles et toutes les séquelles qui en découlent. Depuis décembre 2014, la plus haute autorité de la santé britannique (NICE) recommande d'ailleurs aux femmes à bas risque d'accoucher à domicile ou en maison de naissance plutôt qu'à l'hôpital⁹¹.

Mais au cœur des choix à poser, il arrive fréquemment que la future mère n'ait pas le choix (positions, techniques). Une membre d'Alter-NativeS nous confie⁹² que l'accouchement qui ne se déroule pas comme le voudrait la femme, non seulement ce n'est pas dicible, mais c'est normal. Et affirmer que tout s'est bien passé, n'est-ce pas encore plus violent ? Comme Marie-Hélène Lahaye dénonce les non-dits sur son blog⁹³ « Marie accouche là » : « *La bienséance veut que lorsqu'une femme parle de son accouchement, elle n'évoque que certains faits précis, selon un schéma standardisé, de préférence dans la neutralité du langage médical (...) De l'accouchement, l'entourage ne s'enquiert poliment que des éléments factuels n'appelant aucun débat, et jette un voile pudique sur toutes les atteintes au corps endurées par la jeune mère, étant entendu que, quelles que soient les souffrances infligées, elle ne peut être qu'heureuse à la vue de son bébé en bonne santé* »⁹⁴.

⁹¹ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/03/18/le-mythe-de-laccouchement-qui-derape-en-quelques-secondes/>

⁹² Entretien collectif avec quatre membres actives de l'association Alter-NativeS en avril 2014

⁹³ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/>

⁹⁴ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/01/26/les-violences-obstetricales-et-la-parole-confisquee/>

Les interventions médicales non validées scientifiquement et pratiquées sans le consentement éclairé des femmes durant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des violences obstétricales. Le nouveau-né peut aussi être sujet à des gestes routiniers non validés scientifiquement (clampage précoce du cordon ombilical, aspiration systématique par le nez et la bouche, pommade ou gouttes oculaires, nettoyage du vernix, non respect du « peau à peau », etc.). Ces pratiques sont une violation des droits des femmes à disposer de leur corps et à choisir le mieux pour elles et leur enfant.

Comment dès lors briser le silence ? *« Comme pour toutes les violences faites aux femmes, de puissants mécanismes de réduction au silence œuvrent pour faire taire les victimes et maintenir en place un système de domination masculine. A l'instar du viol, la dénonciation des violences obstétricales conduit à un renversement des responsabilités, en transformant la victime en coupable et l'agresseur en victime »*⁹⁵.

Suite à une socialisation des femmes à la docilité et à la soumission qui commence dès la première consultation gynécologique, les obstacles principaux pour revendiquer un autre traitement sont : la honte et la culpabilité que les femmes ressentent à l'idée d'évoquer les atteintes à leur corps et à leur sexe ; l'incompréhension et le déni de l'entourage ; les reproches vis-à-vis de leur ingratitude.

« Pourtant, l'ampleur et la variété des atteintes aux droits humains dans les maternités ne pourront être prises en compte

⁹⁵ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/01/26/les-violences-obstetricales-et-la-parole-confisquee/>

que si les mères se mettent à parler de leur accouchement, y compris en transgressant les règles de bienséance et de pudeur qui les emprisonnent dans le silence »⁹⁶. De nombreux témoignages sont publiés sur des sites web⁹⁷ et des soirées de rencontres et d'échanges sont organisées depuis une dizaine d'années dans toute la Belgique francophone par l'association Alter-NativeS.

Puisque Amnesty International est sensible aux questions de violence lors de l'accouchement dans différents pays du monde, notamment en Uruguay⁹⁸ et dans plusieurs pays africains, une membre de l'association Alter-NativeS nous confie que l'ONG, interpellée sur les violences obstétricales existantes en Europe, a répondu en niant qu'elles étaient du même ordre ! Cependant, nous l'avons vu, *« il est bien inutile de chercher au bout du monde des exemples de mauvais traitements dans les maternités : nombre de femmes (européennes) reconnaîtront sans peine les conditions de leur propre accouchement »⁹⁹.*

⁹⁶ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/01/26/les-violences-obstetricales-et-la-parole-confisquee/>

⁹⁷ Voir par exemple : <http://www.improvingbirth.org/2014/08/vid/> et <http://www.improvingbirth.org/2014/08/vid/>

⁹⁸ Une campagne a été menée en 2012 contre les violences lors de l'accouchement en Uruguay.

⁹⁹ <http://www.editions-instant-present.com/blog/index.php/2012/06/26/violence-lors-de-laccouchement-campagne-damnesty-internation/>

IV. QUI RESPECTER LORS DE LA NAISSANCE ?

« Après avoir vécu 10 ans avec la formule « humanisation de la naissance », nous abordons un virage citoyen qui veut impliquer tous les acteurs. Et la naissance respectée, cela doit être pour tout le monde : les mères, les pères, les bébés et ceux qui travaillent autour et qui sont soumis à des impératifs qui ne sont pas nécessairement évidents pour les familles »¹⁰⁰.

Lors d'une rencontre avec une sage-femme, celle-ci pointait avec justesse l'appellation « *Hôpital Ami des Bébés* » comme démarche incomplète.

Ce label international (IHAB¹⁰¹) a en effet été créé par l'OMS pour promouvoir l'allaitement maternel¹⁰², et par là le bien-être du bébé et de sa mère. Mais quid des mères qui se sentent poussées à allaiter malgré elles ? Une porte d'entrée sans doute, mais insuffisante et excluante.

¹⁰⁰ Extrait de l'intervention de Caroline Lévesque, présidente d'Alter-NativeS, lors du colloque annuel de l'Union professionnelle des sages-femmes de Belgique (septembre 2012) pour fêter les 10 ans de l'association Alter-NativeS.

¹⁰¹ Initiative Hôpital Ami des Bébés

¹⁰² Voir : <http://www.infor-allaitement.be/pages/initiatives.php>

“Hôpital Ami des Bébés”



Label international IHAB de l'UNICEF et l'OMS

Le 16 décembre 2010

les services de la maternité de cet établissement hospitalier ont reçu le label « Hôpital Ami des Bébés » pour la qualité de l'information et de l'accompagnement offerts aux parents dans l'accueil, les soins, le bien-être et l'allaitement de leur enfant.

Réévaluation en 2014



« A quand les hôpitaux amis des mères, des pères et des sages-femmes » ... et des frères et sœurs, etc... ? Ou des hôpitaux tout simplement centrés sur les besoins des usager.e.s et des soignant.e.s ?

1. Le bébé est une personne

Ce n'était pas une évidence dans notre civilisation jusqu'à récemment. Des nouveau/nouvelle-né.e.s ont été opérés sans anesthésie¹⁰³, sous prétexte qu'ils et elles ne souffraient pas, n'ayant pas encore développé leur conscience et leur système nerveux. Lorsque le Dr Leboyer rédige son plaidoyer¹⁰⁴ en 1974 (voir plus loin), c'est en constatant toute une série de gestes, dans le protocole médical hospitalier, relativement maltraitants pour le ou la nouveau/nouvelle-né.e en regard des connaissances contemporaines sur son développement tant psycho-émotionnel que physique.

- Les premiers touchers de la maman, on les met en peau à peau. Une maman s'y accroche, une autre qui effleure, une autre caresse du bout des doigts... pudeur... respect de cette petite vie qui arrive...

Dans la lignée des progrès médicaux, les parents exigent aujourd'hui de la part des médecins la garantie d'une bonne santé pour leur bébé, et les médecins en retour demandent aux parents de se soumettre aux pratiques médicales « dans l'intérêt du bébé ».

¹⁰³ Pour plus de détails, lire Didier Cohen-Salmon, *Le problème de la douleur des enfants* : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article48>

¹⁰⁴ Frédéric Leboyer, *Pour une naissance sans violence*, Points Essais, 1974

2. La naissance efface-t-elle l'accouchement ?

A force de se centrer sur le bien-être du/de la nouveau/nouvelle-né.e, il y a une tendance actuelle à oublier le vécu de l'accouchement. Leboyer lui-même affirme que « *ce n'est pas la femme qui accouche, c'est l'enfant qui naît* »¹⁰⁵. En témoignant dans son film¹⁰⁶ du décalage entre son vécu en tant que mère et la naissance proprement dite du bébé prise en compte par la société, les médecins et l'entourage, Sandrine Dryvers¹⁰⁷ dit s'être sentie dépossédée de son expérience : « *Je ne faisais pas partie de la naissance* ».

- Il y a deux expériences, celle de l'accouchement et celle de la naissance... Ce n'est pas le même timing pour le bébé et la maman.

S'il s'agit d'un seul événement, celui-ci n'est pas vécu de la même manière par la femme ou par le bébé. Même si l'accouchement démarre avec une sécrétion hormonale qui vient de l'enfant, la femme y contribue forcément. C'est bien une aventure à deux. Mais l'importance accordée à l'un.e et à l'autre, leur place à chacun.e, sont tributaires des représentations culturelles d'une société donnée, comme nous le rappelle l'anthropologue Paola Hidalgo¹⁰⁸ : « *La majorité d'entre nous a été élevée dans l'idée que la grossesse et l'accouchement sont des processus dont la nature et la complexité requièrent des*

¹⁰⁵ Frédéric Leboyer, *op.cit.*

¹⁰⁶ *Naissance, lettre filmée à ma fille*, film réalisé par Sandrine Dryvers, 2010

¹⁰⁷ Invitée par le CEFA en mars 2013 pour présenter son film

¹⁰⁸ Déléguée à la communication sociopolitique à Bruxelles Laïque

connaissances réservées à une élite médicale, seule dépositaire des habilités techniques les rendant sûrs »¹⁰⁹.

A la suite des interventions médicales, dépossession et incompétence sont des impressions trop souvent imprimées chez les femmes et les couples devenus parents. « *Comme si la naissance effaçait l'accouchement, comme si on se résignait à vivre mal une expérience unique*¹¹⁰ ».

Accoucher ou se laisser accoucher ? Si la plupart des femmes accouchent à l'hôpital, s'en remettant au ou à la gynécologue et à l'équipe médicale par mesure de sécurité, il y a un vent contraire¹¹¹ qui souffle pour rappeler que ce sont les femmes qui accouchent, pas les médecins. Pour certaines mères, cela peut être rectifié d'une naissance à l'autre lorsqu'elles passent de la soumission au corps médical, souvent par manque d'information, au choix de leur projet de naissance et de l'accompagnement qu'elles souhaitent, lorsqu'elles prennent conscience de leurs compétences et de leur puissance.

Mais il arrive parfois que ces femmes essuient les reproches de leur entourage comme quoi elles pensent uniquement à leurs propres intérêts au détriment de la santé et de la sécurité de leurs bébés ! Pourquoi l'intérêt présumé de l'enfant devrait-il primer sur celui de sa mère ? Pourquoi les opposer ? Marie-

¹⁰⁹ Paola Hidalgo, *op.cit.*

¹¹⁰ Propos dans le film de Sandrine Dryvers, voir aussi l'analyse du CEFA : Lara Lalman, *Maternité, entre norme naturalisée et nature normalisée*, 2013

¹¹¹ Voir par exemple :

<http://moncorpsmonbebe.monaccouchement.wordpress.com/naissancespectee/>

Hélène Lahaye dénonce « *le mythe de l'accouchement qui dérape en quelques secondes* »¹¹² lorsque l'idée d'accoucher en dehors de l'hôpital est évoquée, « *une armée de médecins s'élève en brandissant les innombrables risques de cette entreprise (...) Qu'importe si cet argument est irrationnel et en contradiction avec les données scientifiques, la terreur est la meilleure arme pour dissuader les femmes de toute aspiration à la liberté et les maintenir dans une soumission la plus absolue au pouvoir médical* ».

A travers les rencontres entre (futures) mamans, par contre, c'est plutôt l'accouchement qui est l'événement, selon les membres d'Alter-NativeS interrogées. En effet, c'est le sujet de prédilection autour duquel les mamans vont partager leurs vécus, leurs souhaits, leurs conseils. Sans oublier bien sûr la finalité de l'accouchement, les femmes privilégient l'expérience concrète d'un tel événement vécu à travers leur corps, un peu comme si le bébé ne vivait pas vraiment le tourbillon de sa propre naissance.

3. Les pères ou les partenaires font aussi partie du processus

La grossesse, l'accouchement et les soins au bébé sont des étapes pour lesquelles les pères ou partenaires sont partie prenante aujourd'hui. Les portes des salles d'accouchement s'ouvrent aux pères dans le dernier quart du XXe siècle¹¹³. Jusqu'alors l'accouchement était une affaire de femmes, ici

¹¹² <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/03/18/le-mythe-de-laccouchement-qui-derape-en-quelques-secondes/>

¹¹³ Paul Cesbron et Yvonne Knibielher, *op.cit.*

comme ailleurs... et de soignant.e.s. C'est dès lors une transformation bouleversante dans l'histoire occidentale du couple humain. Est-ce la neutralité sans affect de l'hôpital qui a conduit le futur père à accompagner sa femme dans l'intensité de ce moment riche d'humanité ? La relation d'égalité homme-femme vers laquelle nous tendons à notre époque a également rendu possible et même souhaitable la présence du compagnon de la parturiente. Même si la grossesse et l'accouchement sont sacralisés comme des événements typiquement féminins, les pères sont incités à devenir acteurs à part entière et à participer à la grossesse, à l'accouchement et aux soins du bébé. A la naissance, couper le cordon et donner le premier bain au bébé ont été les deux tâches concrètes et symboliques demandées aux pères. Les futurs parents ont donc parfaitement intégré l'idée de la présence du père à l'accouchement, au point d'en faire une nouvelle norme culturelle. Sans doute certains pères s'y retrouvent-ils, tandis que d'autres ont encore du mal à trouver leur juste place. Respecter leurs choix est d'autant plus important et ce, sans précipiter l'attachement papa-bébé qui traditionnellement est un processus lent et progressif.

Il est évident que, selon un angle physiologique, la femme et l'homme ne vivent pas la grossesse et l'accouchement de la même manière, mais tous les deux appréhendent l'arrivée d'un enfant « psychiquement », ce qui leur permet d'investir leur rôle et d'entrer dans la parentalité. De même dans un couple homosexuel, il s'agit de la partenaire qui prendra non pas une place de père, mais une place affective à inventer, à créer dans ce nouveau cercle familial. Dans tous les cas (père ou partenaire non géniteur/rice), s'opère également la naissance d'un.e parent.e, symboliquement, psychiquement et ensuite très concrètement dans le quotidien.

- Une maman qui s'est mise en travail, son mari était au Maroc, il allait rentrer dans les jours qui suivaient, elle l'a appelé pour lui dire que le bébé allait venir pendant la nuit, c'était à domicile, il lui a répondu "jusqu'à ce que tu me rappelles pour me dire que le bébé est né, chaque minute chaque seconde je suis avec toi". Et donc, à aucun moment elle ne s'est sentie seule, elle sentait qu'il était vraiment avec elle pendant tout le temps de son travail.

Des troubles psychiques ou des manifestations corporelles ont pu être observés chez les futurs pères. Mais la manifestation symbolique d'une paternité n'est pas reconnue socialement chez nous, c'est sur le ton de l'humour que l'entourage l'évoquera.

Ce qui n'est pas le cas partout, l'exemple de la couvade que plusieurs anthropologues ont observé montre la place symbolique donnée aux pères. La couvade est un rite ancien¹¹⁴ pratiqué chez de nombreux peuples traditionnels, des montagnards basques aux Indiens de la forêt amazonienne, dans lequel le futur père mime l'accouchement, tandis que sa femme enfante ailleurs, souvent seule. Dans les suites de couches, c'est le père qui est entouré des soins familiaux et amicaux, contraint à des régimes spécifiques et soumis à des pratiques parfois violentes. Sans pour autant prendre la place de la parturiente, l'homme est néanmoins tenu à de grandes précautions, car les résonnances entre les activités du futur père et le sort du fœtus sont réputées nombreuses. La couvade serait une façon de prévenir une forme de dépression post-partum chez les hommes,

¹¹⁴ Voir par exemple : Pascal Dibie, *Ethnologie de la chambre à coucher*, Editions Métailié, Paris, 2000 (1987)

en la devançant par des formes spectaculaires au sein d'un rite guidé et orchestré.

De leur entrée dans le monde de l'enfantement, les « nouveaux pères » commencent aujourd'hui à adopter une autre place dans la famille, un comportement différent, entre autre dans l'éducation des enfants, et ce par rapport à leurs aînés, même si le retour au travail après le court congé légal qui leur est attribué en Belgique par exemple, contribue pour la plupart à creuser à nouveau le fossé des inégalités.

En l'absence d'un père ou partenaire de vie (pas forcément géniteur), l'idée pour une future mère d'être accompagnée fait son chemin et l'espace d'accouchement s'ouvre aussi, notamment en maison de naissance, à une mère, une sœur, une amie... Si l'accompagnement est ainsi diversifié – quoi que cette diversité soit peu visibilisée – le triangle équipe médicale-parturiente-accompagnant.e est bien la norme aujourd'hui par rapport à un accompagnement plus collectif dans la logique de la préservation de l'intimité telle que nous la concevons aujourd'hui.

4. Une nouvelle chasse aux sorcières ?

Depuis le XVIII^e siècle, l'accouchement est déterminé comme un acte médical, la médecine se définissant comme l'art de guérir. Or, c'est la femme qui accouche, pas le médecin. La grossesse n'étant pas une maladie, la femme devient-elle une « hors la loi » si elle accouche sans assistance médicale ? Il est temps de

recadrer les choses aujourd'hui¹¹⁵: accoucher n'est pas un acte médical ! La place du corps médical est d'assister un accouchement, de venir en aide si besoin. Moins de 10 % des accouchements peuvent être qualifiés de médicaux au sens strict du terme. L'accouchement est un vécu, il fait partie de la vie privée.

Accueillir la vie fait peur. Et la peur remonte à des époques où la naissance et la mort s'entremêlaient. En effet, il y a environ 150 ans, une femme sur dix mourait en couches pendant la période industrielle, dans les conditions les plus mauvaises.

A chacune aujourd'hui de trouver là où elle se sent en sécurité, d'où l'importance de la personne présente, qui accompagne, et de l'environnement. Accoucher là où on en a envie. La sécurité est évidemment le premier argument pour l'hôpital: si une intervention est nécessaire, c'est plus pratique. Pour des raisons déontologiques, l'équipe soignante ne pourrait pas laisser une femme sans accompagnement. L'accouchement à domicile, accompagné par une sage-femme, est une alternative sur le plan sanitaire, maintenant que les sages-femmes ont les connaissances et les outils pour parer à une éventuelle urgence. D'autant plus que les sages-femmes raniment moins d'enfants à la maison qu'à l'hôpital¹¹⁶ ! A la maison, au milieu des « microbes » familiaux, maintenant que notre société connaît un tel niveau d'hygiène, il y a nettement moins de risques pour la mère et pour l'enfant que dans un hôpital aseptisé. Il est urgent selon Michel Odent de « *réaliser que venir au monde, c'est entrer*

¹¹⁵ Témoignage de Rikke Qvist, sage-femme, lors d'un débat organisé par le CEFA suite à la projection du film « *Accoucher libres* » le 29 novembre 2013

¹¹⁶ Témoignage de Rikke Qvist

dans le monde des microbes et que le microbiome humain est dans une grande mesure établi dans une courte période qui suit immédiatement la naissance »¹¹⁷. D'un point de vue bactériologique, le nouveau ou la nouvelle-né.e n'a qu'un seul besoin, celui d'entrer en contact avec sa mère et de consommer le colostrum pour établir une bonne flore intestinale, dont dépendra son système immunitaire, lequel sera affaibli ou renforcé en fonction du lieu de naissance.

- Souvent, on éloigne le bébé quand il y a un souci à la naissance.

- Alors que remis près de ses parents, il reprend toute sa force !.

Rikke Qvist nous raconte qu'au Danemark les femmes sont suivies pendant la grossesse par une sage-femme qui ne sera pas (forcément) la même pour l'accouchement. Un projet pilote a dès lors été mis en place¹¹⁸ pour permettre aux sages-femmes de suivre une même femme pendant sa grossesse et de l'accompagner lors de l'accouchement. Les femmes et les couples se sentent évidemment plus à l'aise à l'accouchement avec une sage-femme rencontrée (au moins une fois) pendant la grossesse. La médicalisation et ses spécialisations ont en effet saucissonné, cloisonné les soins. L'idée de prise en charge plus globale commence à peine à émerger.

En milieu hospitalier, les sages-femmes ne savent plus où donner de la tête, comment « gérer » plusieurs accouchements en même temps. En se coupant de leurs émotions sans doute, et en

¹¹⁷ Michel Odent, *op.cit.*

¹¹⁸ Et suspendu ensuite pour des raisons financières

adhérant aux protocoles à la fois par crainte des représailles et par manque de temps: autant dire que la pression qui pèse sur elles est forte. *« La nuit, parfois, nous laissons les femmes accoucher comme elles veulent, c'est plus facile : nous n'avons pas les gynécologues sur le dos »* nous confie l'une d'elles.

- A l'hôpital, on rigole parfois en disant "elles viennent en car". Tu peux avoir 4 personnes et parfois tu ne sais plus où les mettre. Tu arrives, il n'y a personne, et puis une deux trois quatre...

Quant aux mères et aux parents, responsables de la santé de leur bébé, on induit parfois chez elles/eux des inquiétudes et un sentiment de culpabilité si leurs gestes ne correspondent pas tout à fait aux injonctions médicales.

La condamnation médiatisée de la sage-femme hongroise Agnès Gereb (voir plus loin) pour l'accompagnement d'accouchements à domicile, pourrait concerner n'importe quelle sage-femme même là où l'accouchement à domicile est légal, car une erreur peut vite lui être imputée du fait même d'accompagner le choix d'une femme d'accoucher à domicile. Rikke Qvist ne mâche pas ses mots et dénonce une chasse aux sorcières, contre les sages-femmes ici et ailleurs. Un accouchement naturel où le bébé arrive tout seul et très vite ne pose pas question à l'équipe médicale, par contre si c'est un choix, l'accueil à la maternité, en cas de problèmes, ne sera pas le même.

Un enjeu majeur reste aujourd'hui la reconnaissance des sages-femmes, confondues à l'hôpital avec les infirmières d'une part, et méconnues dans leurs compétences particulières en dehors de la

salle d'accouchement d'autre part. Un enjeu complémentaire est de protéger la profession de l'amalgame dans les esprits entre recours à une sage-femme et risques encourus, d'autant plus que derrière la méfiance se dresse toute une série d'enjeux économiques, de conflits de territoires entre professions périnatales. La peur conduit toujours à une forme de paralysie, voire de répression. A Huy¹¹⁹, à la suite d'une préparation à la naissance, une sage-femme s'est rendue à domicile pour diagnostiquer si sa patiente était en travail avant le départ à l'hôpital, mais le bébé est arrivé plus vite que prévu. Elle a appelé alors une autre sage-femme et le bébé est né à la maison. Cette sage-femme a été licenciée de l'hôpital pour faute grave, c'est-à-dire détournement de patiente. Et la deuxième sage-femme a été suspectée, surveillée, sur écoute pendant quelques temps. Après avoir cessé toute collaboration avec elles, l'ONE a émis une lettre mettant en garde par rapport aux sages-femmes indépendantes.

L'exemple¹²⁰ d'un hôpital à Bruxelles ouvrant le plateau technique aux sages-femmes indépendantes épingle un paradoxe. Les gynécologues souhaiteraient arrêter la collaboration avec ces sages-femmes, et ce pour simplifier leur organisation. Mais la direction protège les sages-femmes car leurs accouchements représentent les 10% nécessaires pour atteindre les 1000 qui préviennent le risque de fermeture de l'institution, d'autant plus que les usagères assurées ramènent des sous.

¹¹⁹ Selon le témoignage de Rikke Qvist

¹²⁰ Idem

Il y a donc une épée de Damoclès au-dessus de la tête des sages-femmes libérales. Elles sont dans un combat permanent contre l'ordre médical établi, une lutte incessante pour obtenir un accès au plateau technique d'un hôpital, tout simplement pour accompagner des parents dans leur choix en toute quiétude. Comme le montrent les témoignages du film « *Entre leurs mains* »¹²¹, les sages-femmes indépendantes ont parfois envie de tout arrêter. Et pour les parents, ce n'est pas toujours simple non plus, selon des membres d'Alter-NativeS, car ceux qui ont fait le choix de l'accouchement à domicile et qui veulent du « naturel » ne sont pas toujours prêts à accepter les risques, naturels eux aussi. Heureusement, la plupart des parents qui ont été suivis par une sage-femme libérale lui sont reconnaissants à vie pour son écoute, sa bienveillance, son professionnalisme.

Dans les quelques jours qui suivent une naissance à domicile, dans certaines communes belges, à Bruxelles et dans le Brabant Wallon, un.e médecin légiste vient à domicile vérifier le sexe du bébé (en demandant que le lange soit enlevé) et que la femme a bien accouché (en palpant son ventre). Méfiance envers la sage-femme qui signe le document officiel attestant la naissance ?

On assiste à une judiciarisation de la société, c'est-à-dire le recours de plus en plus systématique à des instances juridictionnelles pour le traitement de questions ou de difficultés qui, récemment encore, y échappaient presque totalement. En effet, de nombreuses attaques viennent des usager.e.s mêmes. La question de la responsabilité médicale au niveau juridique est mise sur le tapis: les médecins sont responsables de toute action

¹²¹ Film réalisé en 2013 par Céline Darmayan. Voir plus loin le chapitre « Entre leurs mains : la naissance respectée en France ? »

de diagnostic et de soins entreprise sur les usager.e.s, lequel.le.s peuvent donc se retourner contre les professionnel.le.s de santé. Une croyance forte dans les possibilités techniques que le médecin représente rend inacceptable l'erreur ou la faute médicale individuelle. La peur du procès intervient alors directement sur les pratiques médicales, d'où l'importance de la relation de confiance qui s'établit, non plus directement avec un individu mais avec le système qu'il représente¹²².

Mais la chasse aux sorcières est avant tout signée par les compagnies d'assurances, comme le souligne une membre d'Alter-NativeS, qui cherchent à avoir une main mise sur le système global de la santé.

5. Remettre les choses à leur place

Au sein de l'enjeu autour de la naissance respectée, remarquons avec lucidité et vigilance le jeu de pouvoir qui se situe dans le triangle où le bourreau serait le gynéco, la victime, l'usagère (dite patiente) et la sauveuse, la sage-femme. Les sages-femmes ont autant de compétences que les médecins, tant que le processus est physiologique, et ont les moyens, comme on l'a dit, de prévenir les risques et les outils pour parer aux urgences. Comment dès lors les deux paradigmes de soin (les médecins et les sages-femmes, le scientifique et le relationnel) viennent-ils structurer la trajectoire des femmes enceintes et parturientes ? De quelle façon, les professionnel.le.s rencontré.e.s peuvent-ils influencer l'expérience des femmes ?

¹²² Béatrice Jacques, *op.cit.*

Le pouvoir social des médecins, leurs compétences techniques et leur capacité à intervenir leur confèrent une autorité incontestable. Si le pouvoir médical est soumis à la pression de la demande sociale, les médecins se trouvent également en première ligne pour observer l'évolution des mœurs, pour recevoir les confidences. « *Beaucoup racontent comment les femmes viennent chercher leur aval avant de prendre la décision d'une (nouvelle) grossesse* »¹²³.

La maîtrise de la fécondité vient bouleverser la demande sociale. Identifiés comme véhicules privilégiés des valeurs collectives et des normes sociales de santé, les médecins sont amenés selon leur tempérament et leurs valeurs à porter des jugements sur ce qui est bon ou mauvais et projettent une façon de voir le monde. Face aux interpellations, la profession médicale doit être capable néanmoins de répondre et d'intégrer des nouveaux éléments dans leur pratique pour conserver autonomie et autorité : « *Les gynécologues ont bien compris que de leur adaptation aux changements sociaux dépendait la survie de la profession et de sa marge de liberté* »¹²⁴.

La pression des usager.e.s représente une forme de contre-pouvoir et permet de faire évoluer les pratiques hospitalières, en opposition avec certains soignant.e.s, mais en alliance avec d'autres qui se questionnent ou se trouvent en désaccord avec les premier.e.s. L'augmentation des projets de naissance personnalisés (voir plus loin) montre que les parents posent une réflexion et se responsabilisent. Celles-ci ont néanmoins besoin d'être rassurés et sont donc encore majoritairement favorables

¹²³ Béatrice Jacques, *op.cit.*

¹²⁴ Béatrice Jacques, *op.cit.*

au recours à la technologie, bien que celle-ci puisse amener des effets anxiogènes également. Il existe une certaine vulnérabilité dans les rapports de confiance au corps médical, lesquels peuvent basculer à tout moment. La relation aux médecins est de plus en plus basée sur la lecture des résultats des examens réalisés. Et c'est à partir de ceux-ci que se construit l'espace de dialogue, en réduisant les autres sujets d'échanges potentiels. Cependant, ce type d'interaction rassure¹²⁵ et confirme la poursuite du même objectif, tant du côté médecin que du côté usagère : le bon développement de la grossesse et du fœtus. Influencées par l'idéologie du risque à laquelle elles ont été soumises, et gouvernées par l'objectif d'un enfant en bonne santé, les femmes (et leurs partenaires) sont en général attirées et rassurées par des structures qui offrent des garanties technologiques.

Les neuf mois de grossesse sont dès lors jalonnés d'examens divers, d'autant plus nombreux que la femme est âgée. « *Autant de moments qui soulèvent la question de la normalité du bébé à naître et qui peuvent perturber ou interrompre, le temps de l'attente de résultats, le processus de l'enfant rêvé à travers lequel doucement se tisse l'attachement parental* »¹²⁶. En cela, l'examen technologique du corps a tendance à déplacer le regard du corps réel vers le corps ou l'organe représenté, voire imagé, surtout avec l'utilisation des échographies et du monitoring. Le corps de la femme sert d'intermédiaire pour vérifier l'état du fœtus, l'utérus devient donc un objet au service de la technologie. En vient-on à demander aux usagères d'accepter

¹²⁵ Béatrice Jacques, *op.cit.*

¹²⁶ Gaëlle Chapiro, *Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance*, Santé conjugée, octobre 2012, n°62

d'être niées en tant que personnes au nom des normes de surveillance du fœtus définies par la science ? Peut-être plus que tout autre, l'examen échographique suppose effectivement une grande distance entre les savoirs de l'expert.e et ceux des femmes enceintes. Les technicien.ne.s sont les seul.e.s qui disposent du pouvoir de traduire l'image en sens, et cette compétence spécifique leur permet de dominer la situation. Les femmes sont parfois rassurées, parfois inquiétées, mais toujours plus ou moins dépossédées. Les techniques donneraient donc aux médecins et aux technicien.ne.s un sentiment de contrôle et de légitimité. Même si une erreur de diagnostic est toujours possible, la question de la technologie renvoie à l'enfant normal, voire parfait, recherché. La technologie risque donc de réduire la grossesse au biologique et d'évacuer les autres dimensions de la maternité¹²⁷.

- *On a dit à tes parents que ce n'était pas sûr que tu respirerais à ta naissance.*
- *et tout de suite on t'a emmené aux soins intensifs*
- *avec ton petit cœur pas formé comme il faut*
- *formé autrement ...*
- *et te voilà, là, entre la vie et la mort.*
- *Et ta maman ?*
- *Elle savait qu'elle ne te serrerait pas tout de suite contre elle.*
- *Mais tu sais, là elle pense à toi très fort.*
- *Elle se relie à toi par la force de sa pensée, très fort, très très*

¹²⁷ Béatrice Jacques, *op.cit.*

fort.

- *elle reste en lien avec toi, très très fort.*
- *C'est un lien ça tu sais la pensée entre ta maman et toi qui vient juste de sortir.*

C'est alors que « *paradoxalement, l'amélioration de la sécurité à la naissance s'accompagne d'une montée en puissance de l'inquiétude des femmes enceintes. La médecine, à un moment ou à un autre de la grossesse, va remettre en cause la capacité spontanée qu'ont les femmes à fabriquer leur bébé, à signifier que tout va bien ou que, au contraire, quelque chose les inquiète. Parce qu'elles sont décentrées, ou plutôt dans leur bulle, centrées sur leur ventre, certains les disent diminuées. Alors le corps médical les infantilise. Le bébé fantasmé devient la proie de l'objectivation médicale, au risque de brouiller les cartes de la relation des parents à leur fœtus* »¹²⁸. De l'attention portée au soin et à la protection, à l'infantilisation et à un certain paternalisme, le pas est vite franchi sous la pression à l'infailibilité des compétences techniques : le droit à l'erreur est un enjeu dans les rapports de force entre corps médical et usager.e.s, entre impunité et tolérance zéro. Cela pose la question des limites de responsabilité tant sur le plan technique qu'éthique.

- *A cette époque de la contraception pour toutes sans tabou, de l'avortement dépénalisé, des fécondations in vitro... on doit*

¹²⁸ Myriam Szejer, *Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*, Informations sociales 4/2006 (n° 132), p.54-63. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-54.htm>

pouvoir accepter qu'on ne maîtrise pas toujours !

La plupart des femmes aujourd'hui ne pourraient pas imaginer un retour en arrière, une grossesse sans recours aux machines. Pour le bien-être de l'enfant à naître, elles acceptent tout, ou presque. Elles préfèrent parfois l'obligation à la culpabilisation éventuelle. *« Ainsi, les femmes ne sont plus représentées et ne se représentent plus elles-mêmes comme espace de sécurité et de protection pour leur bébé. Elles font elles-mêmes partie des risques pour l'enfant. Un cercle vicieux s'enclenche alors, accentué par les exigences techniques grandissantes exprimées par les patients eux-mêmes »*¹²⁹. Face aux risques, l'idée de négociation paraît souvent inconcevable, même si elles réagissent aux propositions de dépistage de manière variable. Par ailleurs, les femmes demandent souvent des échographies supplémentaires aux trois échographies remboursées par la sécurité sociale¹³⁰, pour se rassurer ou se faire plaisir. D'autres techniques parfois, présentant plus de risques, sont exigées par des patientes, telles que l'amniocentèse. De même que la césarienne, vue comme un nouveau mode d'accouchement, plus sécurisant et moins douloureux. Même si chaque technique entraîne inévitablement son lot de dépersonnalisation du lien femme-médecin, *« les femmes se sont emparées de l'idée, fortement présente dans le discours médical, que les risques sont diminués lorsque l'accouchement peut être programmé et permettre ainsi à tout le personnel d'être disponible. Poussant le raisonnement jusqu'au bout, elles veulent s'assurer que l'enfant va naître dans les meilleures conditions de sécurité existantes. Le*

¹²⁹ Gaëlle Chapoix, *op.cit.*

¹³⁰ Ces échographies ne sont en effet pas obligatoires légalement mais encouragées par le remboursement

désir omniprésent d'enfant parfait et l'obsession sécuritaire les amènent donc à reprendre la technicisation à leur compte pour en repousser les limites »¹³¹.

Les professionnel.le.s de la santé réagissent sous deux formes d'attitudes. La première réponse à la demande sociale repose sur une logique « libérale ». Les médecins, en tant que prestataires de service, répondent aux attentes des usagères, sans jugements. C'est une « médecine du désir » qui se fonde sur l'idée que les progrès technologiques doivent pouvoir s'adapter aux « exigences » de chaque femme. Une deuxième attitude de la part des médecins est plus moraliste. La demande est alors régulée par des normes qui s'appuient sur la défense de l'intérêt général. L'autorité du médecin peut évidemment jouer dans les deux sens : il peut refuser une demande de technique, mais il peut aussi l'imposer, même contre l'avis de l'usagère. En tout cas, le corps médical doit s'adapter à de nouveaux types de logique individuelle de la part d'usagères de mieux en mieux informées sur les avancées scientifiques¹³².

Est-ce la peur de l'accouchement, la puissance, voire la violence, que ce passage dégage qui provoque certains comportements, tant du côté médical que du côté parental ? Jusqu'aux derniers instants de leur accouchement, les femmes se doivent de rester passives, le plus souvent. Lorsque le bébé est engagé dans le vagin, se produit un réflexe d'expulsion donnant à la future mère une indomptable envie de pousser. Alors que jusque-là l'équipe médicale incitait à accélérer l'accouchement au moyen des diverses techniques parfois violentes, « *il arrive qu'à cet instant*

¹³¹ Béatrice Jacques, *op.cit.*, p.119

¹³² Béatrice Jacques, *op.cit.*

précis, tandis que chaque cellule du corps de la femme lui hurle d'éjecter son enfant et que son anatomie toute entière se charge de la puissance nécessaire pour atteindre victorieusement la ligne d'arrivée, les sages-femmes besogneuses lui intiment l'ordre de se retenir »¹³³. Et les femmes de se voir accusées de ne pas être « collaborantes », insécurisées, voire menacées.

Grossesses et accouchements aujourd'hui se doivent d'être « réussis » : les femmes cherchent des garanties pour que tout se passe bien, sans risque pour le bébé et sans douleur pour elles. Face à l'idée que les femmes sont dépossédées du vécu de leur accouchement et aliénées par le pouvoir médical et par les technologies de pointe, on remarque aussi, à travers les enquêtes et les témoignages des femmes¹³⁴, comment elles s'approprient la surmédicalisation. Les femmes devenues usagères et les professionnel.le.s de la santé se mettent d'accord (ou non) sur le sens qu'ils et elles donnent au phénomène de la naissance et aux risques qui y sont associés.

Même en maison de naissance et à domicile, la recherche de légitimité, de protection de la profession de sage-femme libérale conjoints du souci de sécurité, pousse aux protocoles. Des conventions sont signées avec une imposition d'un minimum d'exams, de consultations... Des femmes peuvent se retrouver exclues du processus en maison de naissance pour non respect de certaines injonctions concernant la prise en charge de leur santé, de leur alimentation.

¹³³ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/12/04/ces-femmes-passives-qui-sont-accouchees/#more-425>

¹³⁴ Béatrice Jacques, *op.cit.*

Comment donc remettre le médical à sa juste place, lui rendre sa juste valeur ? Le travail des gynécologues et des sages-femmes doit se faire dans le respect des compétences de chacun.e et du bien-être des usagères. Dans l'intérêt des futurs parents et de leurs enfants, la coopération et la reconnaissance mutuelle doivent être améliorées. L'accouchement physiologique doit rester la référence parmi les femmes en bonne santé, c'est-à-dire dont la grossesse et le travail ne montrent pas d'indicateurs exigeant une intervention. Les sages-femmes connaissent l'art d'un accouchement physiologique: aux compétences techniques s'ajoutent la patience, l'intimité, l'écoute. L'aventure peut commencer lorsque la femme et le bébé sont prêts. « *Ainsi pendant l'accouchement, la mère et le bébé atteignent en même temps des équilibres hormonaux spécifiques et les hormones libérées par l'un et par l'autre ont un rôle à jouer dans l'heure qui suit la naissance avant d'être éliminées.* »¹³⁵ Mais pas dans un brouhaha de 2000 accouchements par an ! Le contexte est favorisant, sécurisant, ou ne l'est pas. Durant le processus de l'accouchement, si le bébé reste haut pendant un certain laps de temps, l'équipe médicale proposera rapidement une césarienne, alors que des sages-femmes expérimentées conseillent seulement d'attendre. Dans la sécurité, dans la confiance. Plus que les gynécologues, les sages-femmes sont habituées et habilitées de par leur pratique, plus encore que par leur formation, à surveiller le moindre indice, le moindre mouvement qui permet de détecter une défaillance, ou à l'inverse de les conforter dans le processus physiologique.

¹³⁵ Michel Odent, *op.cit.*

Au niveau de la formation même des médecins, on observe une méconnaissance physiologique¹³⁶ chez les gynécologues, d'où une impression de prise de risque alors que le processus de l'enfantement suit son cours. « *L'incompréhension à l'échelle culturelle de la physiologie de l'accouchement est perceptible dans les livres destinés aux professionnels de la santé, et en particulier aux étudiants médecins et aux sages-femmes.* »¹³⁷ En effet, la différence entre une lumière tamisée ou une lumière violente n'est même pas un sujet de discussion. Même constat pour la phase de latence¹³⁸, période de repos et de ralentissement pendant l'accouchement juste avant l'expulsion, bénéfique au processus, alors que gynécologues veulent le plus souvent « provoquer » le mouvement avec des hormones artificielles pour que ça aille plus vite. De fait, « *la plupart des gynécologues belges n'ont pas assisté à des naissances physiologiques au cours de leurs études car ils n'ont fait leur stage qu'en milieu hospitalier où le recours à l'ocytocine est banalisé pendant le travail.* »¹³⁹. Ce genre de comportement introduit des croyances erronées tant chez l'équipe médicale que chez les usagères, et par conséquent des effets iatrogènes.

Dans leur formation, même les sages-femmes n'ont parfois jamais vu d'accouchement physiologique selon le lieu et l'équipe avec laquelle elles ont effectué leurs stages. Elles sont mises sur les rails des protocoles, cassées dans leurs initiatives, tout comme les autres professionnel.le.s de la santé : rentrer dans un moule facilite la tâche.

¹³⁶ Michel Odent, *op.cit.*

¹³⁷ Michel Odent, *op.cit.*

¹³⁸ Selon le témoignage de Rikke Qvist

¹³⁹ Argumentaire du manifeste, *op.cit.*

Dans le cadre de la naissance respectée, il s'agirait au contraire de renforcer les compétences des praticien.ne.s pour le respect de la physiologie de la naissance.

Les discours écologistes dénoncent la perte de sens de l'accouchement médicalisé et une déritualisation de l'événement. Les rites anciens entourant la naissance ont été remplacés par les soins et les pratiques que la médicalisation a progressivement mis en place. Les rites sont réalisés dans l'objectif de transformer un individu, de passer à une autre étape. Comme le souligne Jean-Michel Longneaux¹⁴⁰, la médecine a la possibilité de transformer un individu en « malade ». Le pouvoir médical nous impose dès lors des nouveaux rites, éludant la question du choix et apportant des violences (comme dans les rites de passage traditionnels).

Il est effectivement possible de dégager trois phases¹⁴¹ du rite de passage que constitue l'accouchement :

- La séparation, l'isolement : l'attente dans la salle de pré-travail durant la phase de travail et d'effacement du col, la descente du bébé dans le bassin.
- La réclusion, la marge : la position gynécologique dans la salle de travail, l'expulsion et la naissance proprement dite qui conduit au passage de l'état de femme à l'état de mère.

¹⁴⁰ Dans le cadre de la préparation de sa conférence « *Qui est né doit mourir* », organisée dans le cycle « *Se naître au monde* » (2014), un projet de la Commission Education permanente du Centre culturel d'Ottignies-LLN, en partenariat avec le CEFA asbl et la Maison du Développement durable.

¹⁴¹ Béatrice Jacques, *op.cit.*

- L'agrégation : le retour de la mère avec son bébé, accompagnée par le père et l'entourage éventuel.

Les futurs parents souhaitent parfois préparer de nouvelles célébrations et des gestes ritualisés à leur sauce pendant la grossesse ou après la naissance (comme par exemple le geste d'enterrer le placenta).

- *Eh tu vois ! L'arbre là dans le jardin, il pousse sur le placenta de mon enfant.*
- *Oui, le placenta, vous savez, c'est le double du bébé, ça se développe en même temps.*
- *C'est l'enveloppe de l'enfant qui va naître, et qui a grandi avec lui.*
- *Alors tu le mets en terre, tu l'enterres?*
- *Oui oui, moi j'ai enterré les placentas de tous mes bébés.*
- *J'ai ramené des pommes du pommier qui a poussé sur le placenta de mon premier enfant. Elles sont bonnes! Goûtez !*

Un exemple, le « *blessing way* »¹⁴² est une fête intime, entre femmes, autour du septième mois de grossesse, dont l'origine remonte aux traditions des Amérindiens de la tribu Navajo. Elle rencontre un succès croissant aux Etats-Unis et a traversé l'Atlantique, notamment à travers le développement de l'activité des doulas qui la préfèrent à la « *baby shower* » traditionnelle et commerciale. A une époque où les grandes étapes de la vie se déroulent de façon individualiste, avec une forte valorisation de

¹⁴² Littéralement « Chemin de la bénédiction »

la sphère intime (individu/couple/famille nucléaire) au détriment de l'entourage communautaire, le *blessing way* offre quelques pistes pour célébrer la femme qui porte la vie, pour entourer la future maman.

Selon les témoignages de sages-femmes, les femmes et les couples rencontré.e.s dans leur parcours professionnel leur enseignent la vie, ce sont des échanges qui les nourrissent : revenir à la naissance comme un moment intense, violent, mais aussi amusant, vivifiant !

- *Les bébés sont des vitamines !*

V. Chemins vers une naissance respectée

« *Accoucher libres* » ! C'est le titre français du film de propagande « *Freedom for birth*¹⁴³ » réalisé dans l'objectif de dénoncer les violences subies par les femmes autour de la naissance à travers le monde, la privation de leurs droits, et la persécution des sages-femmes. Ce film part du procès d'Agnès Gereb, sage-femme inculpée en Hongrie, ayant pratiqué des accouchements à domicile, alors que celui-ci y est purement et simplement interdit. Il s'agit donc bien de droits humains. En 2010, la Cour européenne des droits de l'homme à Strasbourg a été saisie par une mère qu'Agnès Gereb avait accompagnée à la maison, et a statué dans le cas « *Ternovszky* » en faveur de la sage-femme et contre la Hongrie, au vu que « *les circonstances de l'accouchement constituent sans conteste partie de la vie privée* »¹⁴⁴. Ce qui légitime légalement en Europe le droit des femmes de choisir les conditions de leur accouchement. Malheureusement, encore beaucoup d'états européens ont un système de soins liés à l'accouchement qui violent systématiquement l'autonomie physique des femmes et leurs choix sont rigidelement contrôlés.

Le film présente ce procès comme un exemple et un premier pas dans une révolution en marche pour la reconnaissance de ce droit à travers le monde. Le couple de réalisateurs a poursuivi

¹⁴³ Toni Harman et Alex Wakeford, USA, 2012

¹⁴⁴ Pétition en ligne à l'intention du Parlement européen pour examiner de manière critique les pratiques liées à l'accouchement dans ses états membres : <https://www.change.org/p/violations-des-droits-des-femmes-au-sein-des-services-de-maternit%C3%A9-%C3%A9urop%C3%A9ens>

son projet avec deux autres films en 2014 : « *One world birth* », sorte de suite du premier, et un autre documentaire sur les dernières avancées scientifiques concernant la naissance. Ces dernières années ont vu fleurir une série de films sur le sujet : « *The face of birth* »¹⁴⁵ qui explore les liens entre la liberté de choix et la sécurité, « *Birth story* »¹⁴⁶ sur la « chasse aux sorcières » concernant les sages-femmes et le combat spécifique de Ina May Gaskin¹⁴⁷, « *Nacer – Diario de maternidad* »¹⁴⁸ sur les maternités publiques en Colombie, « *L'arbre et le nid* »¹⁴⁹ qui pose la réflexion avec poésie autour de la naissance respectée, « *La naissance, une révolution* »¹⁵⁰ sur l'évolution en France depuis l'accouchement « sans douleur » et les travaux de Leboyer, « *Loba* »¹⁵¹ qui nous emmène en France, en Catalogne, au Mexique et à Cuba sur le vécu de l'accouchement aujourd'hui...

A l'occasion de sa visite en Belgique¹⁵², Isabelle Brabant¹⁵³ affirme que la naissance est une question politique : sa prise en

¹⁴⁵ Gavin Banks et Kate Gorman, Australie, 2012

¹⁴⁶ Sara Lamm, USA, 2012

¹⁴⁷ Ina May Gaskin, *Le guide de la naissance naturelle, Retrouver le pouvoir de son corps*, Mamaéditions, 2012

¹⁴⁸ Jorge Caballero, Colombie, 2011

¹⁴⁹ Valérie Pouyanne et Roger Boire, Québec, 2013 : <http://www.arbre-et-nid.com/>

¹⁵⁰ Franck Cuvelier, France, 2014

¹⁵¹ Catherine Béchard, France, sortie prévue en 2015 : <http://lobafilm.com/fr/>

¹⁵² En avril 2014, Isabelle Brabant a été accueillie en Belgique par les sages-femmes de la Maison de Naissance de Namur pour participer à une série de rencontres et de conférences.

charge est ce qui façonne notre société de demain. Cela relève d'un débat sociétal avec un enjeu écologique. Or l'intérêt de la transmission se limite aux jeunes parents, alors que tout le monde, y compris les professionnels bien sûr, devrait se sentir concerné. Dans les hôpitaux au Canada, les protocoles médicaux n'évoluent pas sensiblement. Le taux de césariennes a augmenté de 1%. Si le progrès médical est une bonne chose, il est aujourd'hui incompressible : on ne peut pas sauver plus de vies ! Par contre, la question se situe au niveau de la santé mentale. Les personnes qui cherchent une autre manière de vivre la naissance renoncent à l'hôpital. Des compagnies d'assurances ont eu l'initiative d'interroger les relations hiérarchiques des équipes médicales à travers une formation interactive qui travaille sur le fonctionnement d'équipe et de ce fait, la dynamique peut faire évoluer la prise en charge.

Ce mouvement pour sortir de la surmédicalisation, respecter les droits des parturientes et choisir les conditions de son accouchement, émerge à différents endroits de la planète selon la situation. Comme pour beaucoup de mouvements citoyens, notamment en lien avec le corps, la contestation s'organise à partir des années 70. Mais les années 2000, surtout depuis 2010, voient des structures, des plates-formes s'organiser tant dans la revendication que dans les changements de pratiques et d'information citoyenne. Nous nous attarderons sur les pays culturellement proches de la Belgique qui contribuent à la culture du mouvement chez nous.

¹⁵³ Sage-femme Québécoise, auteure du célèbre ouvrage : *Vivre sa grossesse et son accouchement : Une naissance heureuse*, Montréal, éd. Saint-Martin, 2001 (1991)

1. Naissance sans violence, respect de la physiologie et critiques de la surmédicalisation

La contestation soixante-huitarde n'a pas épargné les obstétriciens. Ce sont les propos du Docteur Frédéric Leboyer¹⁵⁴ qui bouleversent le discours dominant. L'auteur cherche à traduire la souffrance de l'enfant qui naît. Durant l'accouchement, il préconise la pénombre, l'intimité, les caresses, le silence... Les mères sont largement ignorées, cependant la poésie de Leboyer les touche parce que la violence de la naissance est soulevée, violence dont elles souffrent. La naissance sans violence prolonge la méthode de l'accouchement sans douleur. La relation entre le nouveau-né et ses parents commence à être largement étudiée. La naissance devient alors l'affaire de tou.te.s.

Des médecins accoucheurs poursuivent la voie de l'« humanisation de la naissance ». Michel Odent, cité précédemment, est l'un d'eux et se positionne contre la récente invasion des techniques et pour le respect de la physiologie qui ne doit pas être confondu avec un retour à la nature, mais au contraire comme un positionnement culturel. C'est aussi l'occasion pour les sages-femmes de repenser leur rôle et leur pratique.

Pour analyser le processus physiologique de la naissance, la théorie de l'amour scientifique¹⁵⁵ de Michel Odent repose sur le rôle de l'ocytocine et des autres hormones dans l'accouplement, l'accouchement et la lactation. En effet, l'ocytocine, qualifiée

¹⁵⁴ Frédéric Leboyer, *op.cit.*

¹⁵⁵ Michel Odent, *op.cit.*

d'hormone de l'amour¹⁵⁶, est impliquée dans les différents aspects de la sexualité, et en particulier lors de l'accouchement : « *une femme ne sécrète jamais autant d'hormones de l'amour qu'immédiatement après la naissance d'un bébé, dans la mesure, où cette naissance fait suite à un accouchement non perturbé* »¹⁵⁷. La libération de l'ocytocine permet d'induire un comportement maternel dans l'heure qui suit la naissance. D'autres hormones (œstrogènes, prolactine, endorphines) entrent en action bien sûr, y compris une certaine dose d'adrénaline pendant les dernières contractions qui précèdent la naissance, et ce cocktail hormonal en équilibre, sécrété par la mère et par le nouveau ou la nouvelle-né.e, pendant l'accouchement est encore présent après la naissance, chaque hormone jouant un rôle spécifique dans l'interaction maman-bébé. Il semblerait que le taux d'ocytocine augmente aussi chez le père ou partenaire qui participe à une naissance physiologique.

- *Les hormones à l'œuvre sont les mêmes que lorsqu'on fait l'amour !*
- *On aime faire l'amour dans un endroit intime, doux et chaleureux, je crois que l'enfant aime venir au monde dans un endroit chaud et doux, comme le lit de l'amour...*

Dans les sociétés préagricoles, c'est-à-dire celles des chasseurs-cueilleurs¹⁵⁸, dont la stratégie était de vivre en harmonie avec l'écosystème, il semble que le déroulement physiologique de la

¹⁵⁶ C'est Niles Newton qui est le premier scientifique à avoir qualifié l'ocytocine d'« hormone de l'amour »

¹⁵⁷ Michel Odent, *op.cit.*

¹⁵⁸ Michel Odent cite l'exemple des Efe Pygmées de la forêt Ituri du Zaïre

naissance était respecté, « *sans croyances ni rituels susceptibles de perturber l'accouchement ou le premier contact mère-bébé* »¹⁵⁹. Selon Michel Odent, plus grand est le besoin pour une société donnée de développer ses capacités d'agressivité, plus agressifs sont les rituels et les croyances dans la période qui entoure la naissance.

Les femmes sont généralement séduites par cette nouvelle approche parce qu'elles échappent aux contraintes et que leurs libertés sont respectées. Ainsi, l'évolution des mœurs et les questionnements contestataires soixante-huitards imposent quelques aménagements dans les maternités, mais les souhaits des femmes et des couples ne sont pris en compte généralement que par le biais du pouvoir et du contrôle médical, dans une société qui demande toujours plus de sécurité, toujours plus de confort.

Avec l'apparition des techniques de pointe, y compris le développement des échographies, des femmes émettent les premières critiques, à partir des années 70, face à la surmédicalisation, lesquelles coïncident avec l'arrivée et le succès des médecines parallèles.

Sous l'impulsion des courants féministes et écologistes, des femmes et certain.e.s praticien.ne.s dénoncent la perte de sens de l'enfantement induit par les pratiques médicales, ce qui conduit à un nouveau système de représentations de la naissance opposé au système biomédical.

¹⁵⁹ Michel Odent, *op.cit.*

En effet, le recul de l'accouchement pas, ou peu, médicalisé est un phénomène mondial. Alors qu'en parallèle « *les taux de césarienne augmentent de manière constante depuis les années 1960 sur tous les continents, atteignant aujourd'hui des proportions de 90%, voire 95%, des naissances dans certaines cliniques privées du continent américain*¹⁶⁰ ».

2. Les maisons de naissance

La maison de naissance, que ce soit en réaction à la surmédicalisation ou pour revaloriser le métier de sage-femme, est un produit phare du mouvement pour une naissance respectée. Aux Etats-Unis, la première maison de naissance ouvre ses portes en 1975. En Allemagne en 1987, au Canada en 1994 et en Belgique en 2005. La France attend toujours une reconnaissance juridique.

Il s'agit d'un lieu en quelque sorte intermédiaire entre le domicile et l'hôpital où le suivi de grossesse et l'accouchement ont lieu dans le cadre d'un partenariat entre professionnel.le.s de la périnatalité, sages-femmes essentiellement, et futurs parents. La médicalisation y est strictement limitée pour redonner à l'événement, comme à domicile, un caractère intime et familial. 80% des femmes pourraient y accoucher de manière physiologique.

Selon le NETZWERK (réseau européen des maisons de naissance) né en 1993, la définition¹⁶¹ adoptée par plusieurs pays européens

¹⁶⁰ Paola Hidalgo, *op.cit.*

¹⁶¹ http://www.libre-choix-naissance.com/pages/Quest_quune_Maison_de_Naissance_-455224.html

est la suivante : « *La maison de Naissance est une institution de santé primaire dans laquelle les femmes sont considérées comme responsables et libres de leurs décisions. Elle fonctionne en réseau avec l'ensemble du système de santé. C'est un établissement ayant accès aux services obstétricaux, pédiatriques, et néonataux d'un hôpital ou d'une clinique. La maison de Naissance est une institution autonome, indépendante des institutions hospitalières ou cliniques, dans la mesure où une assistance à la naissance adaptée aux femmes y est pratiquée par des sages-femmes, dans le cadre de leurs compétences. La direction obstétricale de la maison de Naissance est sous la responsabilité exclusive des sages-femmes* ».

Au Québec, il y en a douze, et d'autres sont en projet. Mais le pays manque de sages-femmes. Leur formation étant basée en partie sur le compagnonnage, il n'est pas possible d'en diplômer un grand nombre par an. Les médecins de famille occupent encore une place importante dans la naissance. A Montréal, 80 % des accouchements sont assistés par un obstétricien et 20 % par un médecin de famille. Dans le reste du Québec, la proportion est inversée. Depuis la fin des années 90, les sages-femmes sont réapparues, dans une pratique qui correspond à ce qu'on appelle en Europe le suivi global de naissance, que ce soit en vue d'un accouchement à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital. Au Québec, 3 à 4 % des naissances ont lieu avec une sage-femme. L'Ontario, qui a légalisé la pratique des sages-femmes dix ans plus tôt, en compte 13 à 14 %.

En Belgique, les sages-femmes libérales peuvent être accueillies, au sein d'un hôpital, pour travailler en plateau technique, c'est-à-dire pour offrir aux futurs parents un accompagnement autonome et personnalisé tant que l'accouchement se déroule

physiologiquement. Quant aux maisons de naissance, elles peuvent être totalement indépendantes, comme l'Arche de Noé¹⁶² (la maison de naissance de Namur) ou attenantes à un plateau technique d'un hôpital, comme c'est le cas du Cocon¹⁶³ créé récemment à l'hôpital Erasme de Bruxelles. Elles peuvent ouvrir leurs portes tant que les normes urbanistiques sont respectées, tel un cabinet médical. Le corps médical jouit d'une certaine liberté thérapeutique, contrairement à certains autres pays européens. Mais la tendance en Belgique, aux dires de Rikke Qvist¹⁶⁴, sage-femme libérale, est plutôt de restreindre cette liberté thérapeutique. Heureusement en Belgique, tant que ce n'est pas interdit, on peut le faire. La loi est claire par rapport aux lieux d'accouchement: le lieu n'est jamais nommé ! La commune de naissance est le seul indicateur qui permet de savoir éventuellement s'il y a ou non un hôpital.

Les services offerts aux futurs parents qui optent pour accoucher en maison de naissance, ou à domicile, sont: le suivi médical, l'accompagnement relationnel, l'apport de matériel, les soins post-nataux, etc. L'accouchement se déroulera effectivement hors cadre hospitalier sous certaines conditions, comme celle de l'arrivée du bébé à terme (entre 37 et 42 semaines), de jumeaux ou d'un bébé en siège (c'est-à-dire qui présente les pieds en avant). Certaines contre-indications médicales peuvent apparaître en cours de grossesse et empêcher également un accouchement à domicile (ou en maison de naissance), telles que l'hypertension, le retard de croissance intra-utérine, la pré-

¹⁶² <http://www.maison-de-naissance.be/>

¹⁶³ Lire : « *Des bébés nés sous cocon* », in Le Soir, 25 mars 2014

¹⁶⁴ Lors d'un débat organisé par le CEFA suite à la projection du film « *Accoucher libres* » le 29 novembre 2013

éclampsie, le placenta prævia (qui bouche l'ouverture du col), le diabète de grossesse, etc.

L'accompagnement d'une sage-femme est de préserver avant tout la physiologie, d'assurer à la parturiente un confort maximal et de réunir toutes les conditions, matérielles et affectives, lui permettant de mettre son enfant au monde. Le suivi de la grossesse au fil des mois permet à la sage-femme de connaître la future mère et son entourage de manière intime, voire subtile. Présente auprès d'elle et observatrice constante et discrète tout au long du processus, la sage-femme veille à une naissance la plus naturelle possible, en ne posant de geste médical que s'il est indispensable et avec la volonté de retourner au plus vite vers le fonctionnement physiologique du corps.

- J'ai appris à pratiquer des protocoles, à travailler d'une certaine manière, mais plus j'avais, plus j'étais mal à l'aise. Ça ne sonnait pas juste. Les femmes, les bébés me montraient autre chose : réapprendre à aller avec les éléments, s'appuyer sur eux, travailler avec ce qui a été mis en place par l'évolution au cours de centaines de milliers d'années, quelque chose qui existe et avec lequel il ne faut pas interférer. Mettre en place les conditions pour qu'une femme se sente en sécurité, les mêmes conditions d'intimité, de chaleur, de confiance, de respect qu'il faut pour pouvoir faire l'amour, en se lâchant ...

Des complications peuvent malheureusement se produire en dehors de toute médicalisation. Il est néanmoins possible pour la sage-femme de les anticiper, ou d'identifier les signes précurseurs de potentielles complications. Pour un défaut de

progression du travail, une rupture utérine ou une souffrance fœtale, les indices sont parfois très ténus, mais ils apparaissent au cours de l'accouchement et l'observation fine permet de prendre des dispositions bien avant que l'extrême urgence ne soit déclarée. Disposant d'un grand nombre d'indices présageant une difficulté, la sage-femme est à même d'utiliser certains outils pour parer aux urgences éventuelles et organise, au moindre doute, un transfert vers un hôpital dans de bonnes conditions.

3. « Entre leurs mains » : la naissance respectée en France ?

Chez nos voisin.es français.e.s, en juillet 2003, à la suite de l'organisation des Etats généraux de la Naissance en juin de la même année, se constitue le CIANE¹⁶⁵, collectif inter-associatif autour de la naissance, dans l'objectif de représenter les usagers et usagères des soins de santé périnataux.

En France circule une littérature bien diffusée, y compris en dehors des frontières de l'hexagone, après les ouvrages de Leboyer: on voit apparaître Michel Odent, Blandine Calais-Germain, Bernadette de Gasquet, Martine Texier... pour ne citer que quelques auteur.e.s phares de best-sellers pour des femmes et des parents en recherche. Sûrement ancrés dans une mouvance écologique, ces jeunes parents sont-ils des « bobos » nantis ? Leur profil est-il particulier ? Sans rentrer dans un schéma réducteur, des membres d'Alter-NativeS nous confient que ces jeunes parents possèdent un capital culturel, que leur démarche personnelle n'est pas le fruit du hasard, que leur refus d'un accouchement en milieu hospitalier s'insère dans

¹⁶⁵ <http://ciane.net/blog/>

un système de pensée construit et rationalisé, celui de rendre les femmes maîtresses de leur grossesse et de leur accouchement, et les couples de leur projet de naissance, dans le respect de l'enfant à naître.

Les critiques à l'égard des chercheur.e.s et autres défenseur.e.s de la naissance respectée est de suggérer un retour en arrière, un retour à la nature, face à la marche continue du progrès scientifique (sous-entendu technologique), alors que Michel Odent est le premier à affirmer que c'est la science qui fera évoluer les conditions d'accouchement. Or *« la plupart des gestes et des actes pratiqués aujourd'hui lors de la naissance reposent sur des croyances. La recherche scientifique démontre pourtant que les femmes sont capables d'accoucher par elles-mêmes. Aujourd'hui, la difficulté n'est plus l'accès à la connaissance. La difficulté est la digestion des connaissances (de la part des médecins et des parents) qui contredisent les traditions »*¹⁶⁶, aussi médicalisées soient-elles. En effet, il y a des médecins convaincus par les résultats scientifiques, mais qui ne parviennent pas à se libérer du poids culturel des croyances, ou qui n'ont tout simplement pas appris à faire autrement dans leur formation. Par contre, les militant.e.s pour une naissance naturelle prennent parfois des risques de par leur ignorance et leur refus de toute logique scientifique.

De nombreux témoignages de parents, réunis sur des sites web¹⁶⁷, partageant leur expérience d'un accouchement

¹⁶⁶ <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/09/03/michel-odent-cest-la-science-qui-fera-evoluer-les-conditions-daccouchement/>

¹⁶⁷ Ici par exemple :

<https://moncorpsmonbebebonaccouchement.wordpress.com/>

satisfaisant et respecté (ou au contraire non respecté) permettent de sensibiliser aux conditions d'accompagnement de la naissance et de l'accouchement, tout en redonnant confiance aux parents sur leurs capacités de vivre l'accouchement comme ils et elles le souhaitent.

Un outil innovant, c'est « le projet de naissance » mis à la disposition des futurs parents pour se réapproprier l'étape de l'accouchement et en choisir les conditions, en tout cas pour redevenir les actrices et acteurs principaux de l'événement. Le projet de naissance fait l'objet d'un ouvrage de Sophie Gamelin-Lavois¹⁶⁸. Il s'agit d'un droit pour les parents de remettre à l'équipe médicale un document dans lequel ceux-ci consignent leurs souhaits¹⁶⁹.

Sur le site d'*Accoucher librement*¹⁷⁰, il est proposé un modèle de ce document en ligne : on y découvre qu'il s'agit d'un cadrage destiné à prévenir la surmédicalisation, arguments à l'appui (y compris les annexes concernant les recommandations internationales). Il est également intéressant d'y voir proposée une décharge concernant l'épisiotomie: il arrive couramment que lorsqu'une femme s'oppose à l'avis médical pour une intervention ou une sortie de l'hôpital par exemple, l'hôpital fasse pression en demandant de signer effectivement une décharge. Evidemment, on retrouve ici la prégnance de la notion de risque et de sécurité qui touche davantage le corps médical.

¹⁶⁸ Sophie Gamelin-Lavois, *La naissance autrement : Réaliser son projet de naissance*, Editions Jouvence, 2014

¹⁶⁹ <http://www.projetdenaissance.com/>

¹⁷⁰ <http://www.accoucherlibrement.fr/>

En 2010, la même association¹⁷¹ décide de mettre en scène les récits d'une centaine de femmes dans le spectacle « *Naissance*¹⁷² ».

En 2013, sort le film « *Entre leurs mains* »¹⁷³ qui dépeint la situation dans laquelle se trouvent actuellement les sages-femmes libérales en France : elles ne peuvent plus payer les assurances qui leur sont imposées pour les accompagnements à domicile. C'est l'impasse ! Certes, le problème pour les sages-femmes libérales en France, et en Allemagne aussi, d'accéder à ces assurances professionnelles se posait déjà, mais certaines décidaient de prendre le risque d'exercer en milieu extra-hospitalier pour répondre à la demande des femmes et des couples, en les informant qu'elles n'étaient pas couvertes en cas d'incident. Arrangement précaire, parfois impossible. D'autres sages-femmes n'osent pas, ou plus. La volonté politique est-elle dès lors de faire disparaître l'accouchement à domicile ? En effet, les sages-femmes libérales sont illégalement poursuivies par le Conseil de l'Ordre des sages-femmes et rend compte des obstacles posés par l'Etat français à l'exercice de leur profession. Or, ces sages-femmes sont les défenseuses du droit des femmes d'accoucher où et avec qui elles veulent (selon l'affaire « *Ternovszky contre la Hongrie* » à la CEDH, 2010).

Des mouvements sont nés, avec leur lot de manifestations et de grèves, ainsi que des pétitions. Est né par exemple le Collectif de défense de l'accouchement à domicile¹⁷⁴.

¹⁷¹ <http://www.accoucherlibrement.fr/>

¹⁷² D'après « Birth » de Karen Brody

¹⁷³ Film réalisé en 2013 par Céline Darmayan

¹⁷⁴ <http://cdaad.org/>

4. Pays emblèmes de l'accouchement à domicile

Les Pays-Bas sont souvent cités comme exemple d'un haut taux d'accouchements accompagnés à domicile (AAD) ne présentant pas plus de risques sanitaires que dans des pays où l'accouchement à l'hôpital est beaucoup plus plébiscité. La sage-femme est la professionnelle de première ligne, y compris à l'hôpital. L'Etat protège particulièrement la profession : toute femme enceinte sans antécédent doit se présenter d'abord à une sage-femme.

L'efficacité du système hollandais¹⁷⁵ repose en partie sur une institutionnalisation des procédures distinguant précisément la physiologie et la pathologie. A trois niveaux de risques correspondent un lieu et un type de professionnel.le : pour une grossesse à bas risque, c'est la sage-femme ou le médecin généraliste qui assure le suivi et l'accouchement à domicile ; pour une grossesse à risque moyen, le suivi est réalisé par le gynécologue-obstétricien et l'accouchement se fait à l'hôpital ; pour une grossesse à haut risque, le gynécologue intervient dans un hôpital disposant d'un service de néonatalogie. S'ajoutent à ce système des contraintes financières, tous les soins donnés par un obstétricien ne sont remboursés qu'en cas d'indication médicale.

Tout accouchement est considéré a priori comme normal. Les risques ne sont pas plus élevés à la maison qu'à l'hôpital. C'est la conception culturelle même de l'enfantement aux Pays-Bas qui a favorisé l'accouchement à domicile. A souligner également que les Pays-Bas ont développé, au niveau régional, un réseau de

¹⁷⁵ Béatrice Jacques, *op.cit.*, p.183

services de santé qui permet à chaque zone isolée d'être située à proximité d'une structure hospitalière. La décentralisation est donc l'une des conditions de l'AAD.

Néanmoins, le taux des AAD diminue aux Pays-Bas : de 60% dans les années 60¹⁷⁶ à 30% dans les années 2000¹⁷⁷, il chute à 17% en 2010 et à un peu plus de 15% en 2013¹⁷⁸! En 11 ans, de 1999 à 2010, les taux d'accouchements hospitaliers ont eux augmenté de 26%¹⁷⁹. L'explication de tels chiffres repose, côté médical, sur l'augmentation des raisons médicales (en lien parfois avec l'augmentation de l'âge maternel à la naissance du premier bébé et avec le tabagisme) pour lesquelles un accouchement à l'hôpital est obligatoire, et côté parents, sur les demandes de péridurales et de déclenchements.

L'Allemagne et les Etats-Unis sont également régulièrement cités quant à leur taux important d'AAD. En Angleterre, le choix des conditions d'accouchement sont au cœur du système de soins de santé. Les hôpitaux sont même légalement tenus de déléguer une sage-femme de leurs services pour accompagner les AAD. Il reste à savoir que dans le reste du monde, principalement dans les zones rurales, c'est 90% des accouchements qui se déroulent à domicile: ce sont les sages-femmes qui se déplacent plutôt que les parturientes. En Europe, depuis le recul remarquable de l'AAD après la Seconde Guerre mondiale, ce sont les pays du Nord qui y restent les plus favorables.

¹⁷⁶ Paola Hidalgo, *op.cit.*

¹⁷⁷ <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/05.htm>

¹⁷⁸ Intervention de Paul De Reu, sage-femme (Boxtel, Pays-Bas) le 23 septembre 2013 à Châteauroux (France).

¹⁷⁹ Idem

Les systèmes de soins, très différents selon les pays, déterminent la façon dont les femmes se représentent la mise au monde et entrent en relation avec les différents acteurs entourant cet événement précis. Les risques sanitaires sont en corrélation avec les conditions de vie. Il y a un grand intérêt d'intégrer les pratiques et les savoirs traditionnels aux progrès médicaux pour une prise en charge globale et respectueuse de la personne.

Les Achuars de la forêt amazonienne¹⁸⁰ par exemple continuent à notre époque à prendre en charge collectivement et non-professionnellement les accouchements, traditionnellement à l'extérieur de leurs habitations. C'est seulement depuis récemment, avec des projets d'ONG internationales et des autorités sanitaires équatoriennes, que les femmes sont encouragées à accoucher à l'intérieur d'une maison afin de faciliter une prise en charge d'éventuelles complications. Point de sage-femme traditionnelle. *« Ainsi, les démarches qui visent à améliorer la santé périnatale et maternelle dans ces communautés s'organisent autour de la transmission de compétences en matière de santé reproductive à l'ensemble de la population. Cette démarche diffère du travail au sein d'autres communautés où la figure de la sage-femme traditionnelle est forte et bien identifiée. Dans ces communautés-là, ce sont les sages-femmes qui vont être la cible des projets en santé maternelle et néonatale »*¹⁸¹. Comme ce fut le cas chez les Touaregs dans le désert du Sahara au Mali, où l'ONG « Médecins du Monde » a mis sur pied une formation visant à renforcer le

¹⁸⁰ Paola Hidalgo, *op.cit.*

¹⁸¹ Paola Hidalgo, *op.cit.*

savoir ancestral des sages-femmes traditionnelles¹⁸² afin de diminuer un taux de mortalité élevé. La difficulté est de créer des ponts entre les pratiques traditionnelles nomades et les pratiques médicales citadines. L'apprentissage d'une hygiène minimale est utile et nécessaire. Par contre, ce qui est plus choquant, c'est que les formateurs/rices ont enseigné aux sages-femmes traditionnelles des positions pour accoucher « à l'occidentale », c'est-à-dire couchée sur le dos. Alors que jamais une femme de là-bas ne prendrait « naturellement » cette position, ne fut-ce que pour une question de pudeur. Est-ce de cette manière que l'on va renforcer le savoir-faire des sages-femmes et des parturientes ? En effet, *« ces sages-femmes empiriques qui subsistent encore à notre époque sont le plus souvent instrumentalisées pour introduire des pratiques jugées plus sûres par les autorités sanitaires »*¹⁸³.

5. En Belgique : l'embarras du choix ?

A Bruxelles et en Wallonie, les futurs parents ont la possibilité de choisir le/la praticien.ne qu'ils souhaitent pour un suivi de grossesse et le lieu d'accouchement: à l'hôpital, en maison de naissance ou à domicile.

- En Mauritanie, l'objectif est d'encourager les femmes à aller à l'hôpital pour accoucher, et c'est extraordinaire quand c'est possible ! Elles vont faire plusieurs kilomètres à pieds pour

¹⁸² Un film documentaire « *Accoucheuses nomades, racines du désert* » de Nicolas Meulders et Dominique Thibaut, réalisé en 2007, retraçant le projet de Médecins du Monde, a été projeté le 27 novembre 2014 dans le cadre du cycle « *Se naître au monde* ».

¹⁸³ Paola Hidalgo, *op.cit.*

venir faire vacciner leurs enfants, écouter une séance de sensibilisation ou faire une consultation prénatale.

- En Belgique, on a le choix : domicile, maison de naissance ou hôpital

- Mais encore faut-il avoir accès à ce choix ! Certaines familles ne savent pas que ça existe...

Seulement 2 à 4% des femmes ont accès aux sages-femmes libérales. Il y a des hauts et des creux depuis 35 ans. Les gynécologues restent les premiers prestataires en matière d'accouchement. A la maison de naissance de Namur¹⁸⁴, les sages-femmes ne rencontrent que des personnes en réflexion... mais c'est marginal à l'échelle de la société. Les suivis extrahospitaliers représentent 6% dans le système de santé. Les naissances à domicile concernent environ entre 1% et 2% des femmes.

Une véritable liberté de choix ? On remarque le plus souvent une certaine passivité face aux événements extérieurs qui viennent imposer aux femmes l'orientation de leur trajectoire¹⁸⁵. Le choix dépend de l'articulation entre la référence médicale et le réseau relationnel pour orienter la décision. La maîtrise de la trajectoire dépend fortement des ressources mobilisables par les femmes elles-mêmes et leur partenaire et/ou entourage direct, et de la façon dont elles vont les hiérarchiser en fonction de la sécurité, de la confiance, de la proximité. Les demandes extra-hospitalières proviennent soit de personnes qui se prennent en charge elles-mêmes et qui cherchent un.e professionnel.le pour

¹⁸⁴ Entretien avec les sages-femmes, avril 2014

¹⁸⁵ Béatrice Jacques, *op.cit.*

leur apporter le soutien qu'elles veulent, soit de personnes qui souhaitent autre chose mais qui demandent une réelle prise en charge. Toutes les demandes ne sont donc pas dans la proactivité¹⁸⁶. Certaines femmes ont été déçues par un premier accouchement médicalisé et le jugement qu'elles portent sur cette expérience précédente peut donner un sens nouveau à la trajectoire dans laquelle elles décident de s'engager pour mettre les choses en place autrement pour un deuxième accouchement. Rien ne peut remplacer en effet la confrontation personnelle à l'institution. L'expertise professionnelle semble déterminante pour les primipares¹⁸⁷. Le choix des professionnel.le.s (gynéco, sage-femme, accompagnant.e.s) et de la structure (hôpital, maison de naissance, domicile) qui prendront en charge le suivi de la grossesse et l'accouchement est effectivement déterminant dans l'orientation de la trajectoire, médicale ou non, et donc de l'expérience personnelle de la future mère.

- Ma mère a accouché de ma soeur à la maison. Là, j'avais 10 ans. On s'est réveillées le matin, mon frère, ma soeur et moi, mon père a dit "le bébé va sûrement naître aujourd'hui". Nous, on a continué à jouer et puis il est revenu et il a dit: "venez venez vite il arrive". On a vu le bébé sortir. Les yeux d'enfant ne voient pas du tout la même chose. Je ne me rappelle plus du sang, ni de la douleur de ma mère. J'ai coupé le cordon, je m'en souviens. Sûrement que d'avoir vu ma mère accoucher, ça m'a énormément marquée et cela a joué un rôle quand je suis devenue mère de ma première fille. Ce processus est inscrit en moi, transmis depuis la nuit des temps. Et puis, quand ma

¹⁸⁶ Selon les témoignages des sages-femmes de la Maison de Naissance de Namur, avril 2014

¹⁸⁷ Femmes qui accouchent pour la première fois

deuxième est venue au monde, aussi à la maison, ma fille aînée est arrivée avec son doudou comme tous les matins dans notre chambre, elle a soulevé la couette et je n'oublierai jamais son regard, le bébé était tout nu, je ne l'avais pas encore habillée, et elle l'a prise contre elle et a dit : "Maman c'est notre secret, on va le dire à personne". Elle avait l'impression d'être la première à découvrir ce qui s'était passé pendant la nuit.

Au sein des hôpitaux, si les pratiques médicales changent progressivement, il n'y a pas encore une attention particulière à la sécurité affective. Il y a plus de respect pour l'accueil du bébé (label IHAB¹⁸⁸) mais pas encore de grands pas pour l'accompagnement des mamans. Le côté humain à réintroduire dans le processus de la naissance dans les hôpitaux ne peut pas s'arrêter à peindre des murs en rose !

Pour les femmes en demande de sécurité médicale, les plateaux techniques, réservés aux sages-femmes, dans les structures mêmes des hôpitaux connaissent un certain succès. La création du Cocon¹⁸⁹ à l'hôpital Erasme à Bruxelles va encore un pas plus loin : c'est une véritable « maison de naissance » au sein de l'hôpital avec un mobilier comme chez soi, un lit à deux places, des couleurs pastel, une lumière tamisée.

Les femmes en demande d'être respectées dans leur corps et leurs besoins sont de plus en plus nombreuses, mais pas encore assez¹⁹⁰ : elles doivent souvent se trouver dans un courant

¹⁸⁸ Initiative Hôpital Amis des Bébé

¹⁸⁹ Lire : « *Des bébés nés sous cocon* », in Le Soir, 25 mars 2014

¹⁹⁰ Selon Rikke Qvist

parallèle, alors que n'importe quelle femme devrait pouvoir trouver un accompagnement respectueux dans n'importe quel hôpital ! Si l'accouchement à la maison retrouve de l'intérêt, c'est parce que c'est le seul endroit où certaines femmes se sentent en sécurité dans leur choix car les sages-femmes libérales essaient de préserver ce climat de liberté, d'intimité et de respect. La satisfaction des femmes est un facteur important qui pèse dans la balance. Or peu de femmes et de couples connaissent leurs droits.

Les droits du patient¹⁹¹ comprennent la qualité du service, le choix du/de la praticien.ne, le droit à l'information, le consentement, le suivi du dossier médical, la protection de la vie privée, le recours à la médiation. Connaître ses droits permet évidemment de se réapproprier ce qui est vécu, de pouvoir s'affirmer et d'ainsi créer un réel partenariat avec les équipes soignantes.

Le plus grand frein au choix libre est certainement d'abord celui d'être informé.e sur ses droits en tant qu'usagère, les conditions possibles de suivi de grossesse et d'accouchement, sur la physiologie, sur les protocoles, souvent différents d'une institution à l'autre, sur les coûts et les interventions financières de l'INAMI et des mutuelles, sur les rôles et compétences de chacun.e, gynécologue, sage-femme, etc. En effet, accoucher en maison de naissance ou à domicile est tout à fait accessible financièrement. De nombreuses mutuelles interviennent forfaitairement et les prestations des sages-femmes sont remboursées.

¹⁹¹ Voir : www.patientrights.be

Le respect de la culture de l'autre est également un facteur important dans l'évolution de l'interaction de la part des équipes médicales vis-à-vis des futurs parents, pas seulement des familles migrantes¹⁹², voire précarisées, mais aussi de chaque culture familiale, conjugale. A l'inverse, en allant accoucher hors de chez eux, les futurs parents vont à la rencontre d'une culture particulière, celle des soignant.e.s, des sages-femmes, du secteur hospitalier. Cependant, les familles sont de plus en plus exigeantes quant aux progrès de la médecine qui permettent des innovations performantes, certes onéreuses, d'autant plus que les coûts des soins sont remboursés en grande partie par la sécurité sociale.

Un exemple spectaculaire en Belgique: l'hôpital public Henri Serruys, dont la maternité est la principale de la ville d'Ostende, propose aux femmes une approche physiologique, et à celles qui le souhaitent, un accouchement et une naissance dans l'eau. Depuis une trentaine d'années, le gynécologue et obstétricien belge flamand Herman Ponette voit arriver des femmes de toute l'Europe pour accoucher - et les sages-femmes pour se former - dans la maternité qu'il a métamorphosée et où sont déjà nés plus de cinq mille bébés dans l'eau¹⁹³, y compris un nombre non négligeable de jumeaux et de sièges. Les statistiques¹⁹⁴ se révèlent à son avantage: en effet, l'équipe médicale a vu chuter le nombre de césariennes (8,6% contre 14,6% en moyenne dans les autres maternités flamandes), les épisiotomies ont également

¹⁹² En 2011, à Bruxelles, 65% des femmes ayant accouché en milieu hospitalier étaient d'origine étrangère. Voir : Argumentaire du manifeste, *op.cit.*

¹⁹³ <http://www.cles.com/enquetes/article/ostende-les-bebes-naissent-sous-l-eau>

¹⁹⁴ Patrice Van Eersel, *op.cit.*

chuté de 70%, et l'utilisation de la péridurale est passée de 20% à 2%.

Plus de 80% des femmes peuvent accoucher de manière purement physiologique. Le bon sens ne serait-il donc pas de ne pas intervenir ? Les protocoles d'intervention médicale sont pourtant mis en place comme si une femme n'était pas capable de sentir ce dont elle a besoin: c'est devenu un problème de diagnostic médical. Les sages-femmes indépendantes remettent par contre les femmes au centre de leur projet, proches de leurs responsabilités, en mettant les connaissances à leur profit, mais pas pour faire le travail à leur place, pas pour les prendre en charge, seulement pour les accompagner comme des partenaires.

Les sages-femmes possèdent des compétences précises. En effet, dans l'Arrêté Royal belge du 1^{er} février 1991¹⁹⁵ relatif à l'exercice de la profession de sage-femme, les compétences de la sage-femme sont décrites, actualisées et élargies. Tout comme le gynécologue, la sage-femme est compétente pour assurer le suivi médical de la grossesse. En Belgique, actuellement, elle ne peut toutefois pas administrer une péridurale ou effectuer une échographie. Dès lors, l'Union Professionnelle des Sages-femmes belges (UPSfB)¹⁹⁶ et la *Belgian Midwife Association* (BMA)¹⁹⁷ continuent de revendiquer plus de compétences, et mettent l'accent sur le libre-choix de la femme de choisir ses

¹⁹⁵ <http://www.hrzkmo.fgov.be/Portals/hrzkmo/fr/Legislation/Prof%20intellectuelles/Accoucheuse.pdf>

¹⁹⁶ <http://www.sage-femme.be/>

¹⁹⁷ <http://www.internationalmidwives.org/>

accompagnant.e.s professionnel.le.s pour le suivi de grossesse et le lieu d'accouchement.

Les sages-femmes ont maintenant enfin l'autorisation¹⁹⁸ de prescrire certains médicaments. C'était un non-sens en effet de permettre aux sages-femmes de travailler de manière autonome, mais pas de prescrire. *« Ce changement de statut est un mieux pour les sages-femmes qui font à la fois de la surveillance de grossesse, des accouchements et des suivis. La Belgique était d'ailleurs un des rares pays où les sages-femmes ne pouvaient pas prescrire. Enfin, une vraie différence est marquée entre les sages-femmes et les infirmières »*¹⁹⁹.

Paradoxalement, une étudiante sage-femme témoignait²⁰⁰ de son étonnement face à des familles qui ne partagent pas les mêmes valeurs qu'elle: les femmes en effet ne sont pas toujours convaincues par l'accouchement physiologique. Peut-être devrons-nous passer dans la société par quelques dizaines d'années de péridurales avant de revenir au physiologique ? Car si les sages-femmes savent ce qui peut être bon pour les femmes, elles ne peuvent pas décider à leur place, par contre elles peuvent être disponibles pour celles qui veulent. Selon Rikke Qvist, c'est prendre des risques que de confronter les individus à leurs peurs, même entre collègues.

¹⁹⁸ Selon l'arrêté royal du 15 décembre 2013 : <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/05/liste-des-m%C3%A9dicaments.pdf>

¹⁹⁹ Pauline Lemen, *Sages-femmes et gynécologues : les meilleurs ennemis ?*, Gyneco, octobre-décembre 2014

²⁰⁰ Lors du débat avec Rikke Qvist le 29 novembre 2013

6. Alter-NativeS citoyennes

A l'instar d'autres pays européens où, dans les années 2000, les mouvements des usager.e.s se multiplient, la Belgique francophone voit la naissance de l'association Alter-NativeS qui cherche à informer les parents et qui milite pour leurs droits. Sans jamais chercher à définir ce qui est juste ou non de faire, ou de ne pas faire, l'association offre des outils d'information (via leur site²⁰¹) et organise des conférences, des événements spéciaux et principalement des soirées de rencontres et d'échanges entre parents et futurs parents. Les expériences des uns éclairent les parcours des autres. Cela donne des idées et ouvre parfois à des possibilités insoupçonnées.

La naissance de cette association est à l'image d'un conte relaté par Caroline Lévesque²⁰², présidente d'Alter-NativeS (2002-2012): *« Il était une fois trois sages-femmes libérales qui avaient choisi de s'unir pour travailler dans la sécurité, dans le partage et avec une plus grande facilité. Au bout de leur première année de collaboration, l'expérience était si concluante qu'elles ont eu envie de réunir les femmes qu'elles avaient suivies et leur famille. Ça a été une très belle fête qui a fait écho aux moments magiques de l'année écoulée. Tous ces parents sentaient qu'ils avaient eu la chance d'être soutenus avec humanité. Ils avaient vécu quelque chose de très précieux. Ces naissances sous le signe de l'ouverture et du partage ont fait naître le désir de faire savoir au plus grand nombre la richesse de cet accompagnement. Alors, comment faire ? Les trois bonnes fées, Evelyne Matthieu, Michèle*

²⁰¹ <http://www.alternatives.be/>

²⁰² Intervention lors du colloque annuel de l'Union professionnelle des sages-femmes de Belgique (septembre 2012) pour fêter les 10 ans de l'association Alter-NativeS

Roels et Madeleine Timmermans nous ont proposé de laisser nos coordonnées. Elles les ont réunies, photocopiées et envoyées à chaque famille. Maintenant, la balle était dans notre camp. J'avais eu l'audace de proposer mon aide ce jour-là et Evelyne m'avait dit que les sages-femmes ne faisaient que passer le relais. Il était clair pour elles trois que, s'il devait y avoir des changements ou une ouverture vers plus d'humanisation, cela devait aussi passer par les parents, les utilisateurs des services. C'est ainsi qu'un peu après, nous avons reçu un courrier expliquant que chacun recevait toutes les adresses, et que Caroline Lévesque voulait bien coordonner. Vous imaginez ma surprise !!! Les sages-femmes ont eu la bonne idée de me mettre en contact vers Sylvie Francotte, quelqu'un qui avait déjà entrepris de parler de la naissance de ses enfants sur Internet et qui était prête à faire quelque chose. C'était le bon ange qu'il fallait. Toutes deux, nous avons choisi une date, un lieu et nous avons lancé une invitation pour commencer à mettre sur pied un regroupement de parents. C'était en novembre 2001. Le soir de cette fameuse première réunion, nous étions plus de 40 personnes. Après un mot d'accueil, nous avons lancé un tour de table sur la question : « Comment imaginez-vous une association de parents, ses projets, ses objectifs ? ». Et là, tout le monde, vraiment tous les parents, ont commencé par raconter la naissance de leurs propres enfants et ce qui les avait amenés là. Nous avons senti le besoin qu'avaient les gens de raconter les joies et les peines de la naissance devant une assemblée bienveillante. Ce moment de la naissance, si fort, si intense, si transformateur ! Qui se trouve résumé si souvent par : « le bébé et la mère se portent bien » ou encore « ça c'est bien passé » ! OUF !!! C'était beaucoup plus fort que ça. Mettre au monde, ce n'est jamais vécu deux fois de la même façon. Et tous les témoignages étaient là pour montrer combien le facteur

humain était important. Suite à cette première soirée, il y a eu plusieurs réunions, à un rythme très soutenu. Et tranquillement, Alter-NativeS a émergé. Avec un nom, un logo, une philosophie, une identité graphique, des outils, des objectifs, des projets. Derrière chacun de ces éléments, il y a quelqu'un qui pourra se reconnaître ».

De l'autre côté de la frontière linguistique, une association sœur flamande, Victo²⁰³, est née récemment sous l'impulsion de la sage-femme Krista Dekens.

Même si les conditions de naissance se modifient lentement en milieu hospitalier, ces mouvements citoyens sont-ils un contre pouvoir assez puissant pour remettre en cause le système biomédical et amener une prise de conscience à une échelle suffisamment large pour modifier en profondeur les mentalités?

Engager un débat sur les effets de la médicalisation de la naissance peut conduire à un nouveau rapport des usager.e.s à la médecine et à la science. Non plus un rapport de pouvoir, mais une relation soignante-soignée égalitaire et dans une confiance réciproque. Dans une approche globale écologique, le savoir sur son propre corps pourrait être reconnu au même titre que le savoir scientifique. Accoucher à la maison, c'est aussi revendiquer un droit de vivre d'une manière « différente », peut-être en marge de la société, mais dans la sécurité de ses propres choix.

Que les choses bougent à partir des parents eux-mêmes, qu'ils se réapproprient l'événement de la naissance de leur enfant, c'est

²⁰³ <http://infocentrumtoekomstigeouders.be>

important, mais après dix ans d'échanges, un pas supplémentaire a semblé nécessaire: faire passer le message aux autres acteurs et actrices, et en particulier vers le monde politique. L'élan a été donné pour que Alter-NativeS devienne, non plus uniquement une association d'information entre pair.e.s, mais aussi une association représentant les intérêts des usager.e.s des services de maternité (qui ont vécu éventuellement des non-respects).

A l'instar de la France où une Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR)²⁰⁴ a été créée en 2003, une première réunion entre des sages-femmes, des membres d'Alter-NativeS et d'autres professionnel.le.s de la périnatalité ont lancé la plateforme pour une naissance respectée, dont le premier pas a été de rédiger un manifeste pour porter quatre revendications prioritaires en faveur d'une naissance respectée :

- ⇒ Une information systématique et complète sur l'accouchement
- ⇒ Une transparence des pratiques hospitalières et extrahospitalières
- ⇒ Une prévention des pratiques médicales non justifiées
- ⇒ Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différent.e.s professionnel.le.s de la naissance

²⁰⁴ <http://afar.info/>

7. Accompagner la naissance : une transmission entre militance et marché

Bon nombre des convaincu.e.s de la naissance respectée vont dans le sens de la « naturalisation » de l'accouchement. Il ne faudrait pas tomber dans un dogme essentialiste où la naissance ne serait que du bonheur²⁰⁵ et où réussir cette étape passerait nécessairement par un processus physiologique. Cela épingle d'ailleurs la question du féminisme ou de son refus parmi celles et ceux qui portent cette lutte. Des professionnel.le.s de la périnatalité, des chercheur.e.s, et d'autres militant.e.s des droits humains nous apprennent cependant autre chose: la notion de choix et le respect de l'*habeas corpus* des femmes.

Au niveau des luttes féministes, la vague des années 60-70 s'attache en effet à plusieurs revendications fortes en ce sens: « *Le privé est politique* », « *Mon corps m'appartient* », « *Un enfant si je veux et quand je veux* ». On en retient surtout les luttes pour l'accès à la contraception et à l'avortement, et contre les violences conjugales. Mais la santé sexuelle et reproductive des femmes inclut la périnatalité et des groupes militants comme le MLAC²⁰⁶ ou *Our bodies, Ourselves* intègrent en toute logique la grossesse, l'accouchement et les suites de couches dans le processus de réappropriation de son corps. Quelle logique ? Celle du self-help ou de l'auto-santé qui vise la solidarité, le partage de savoirs et d'expériences, l'autonomisation des femmes par rapport à leur corps et à leur santé.

²⁰⁵ Comme dans le sous-titre du site <http://www.accoucherlibrement.fr/> : la naissance : un bonheur, l'accouchement : un choix

²⁰⁶ Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception

« Nous finissons par interioriser une image médicale de la femme enceinte dans laquelle nous ne nous reconnaissons pas ». L'adaptation française de *« Our bodies, Ourselves »*, *« Notre corps, nous-mêmes »*²⁰⁷, en 1977, nous invite à nous méfier *« de la tendance de cette société à mythifier ce qui nous arrive »*, dénonce le fossé entre la réalité vécue et les mythes de consécration de la maternité comme la révélation de notre nature, de notre essence *« qui nous poussent dans une attitude de béate passivité et nous laissent dans l'ignorance de connaissances précises au moment où nous en avons le plus besoin »*. Paradoxe entre dépossession des compétences et des savoirs, et essentialisation de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Le mouvement pour la santé des femmes est cependant marginal dans cette démarche de partage de savoirs et de réflexion collective.

En moins d'un siècle, la société a connu une rupture de transmission dans les générations en matière de grossesse et d'accouchement, un décalage entre l'expérience de la mère et le vécu de la fille. Depuis les années 70, les récits des unes sont anachroniques par rapport à l'évolution et aux progrès technologiques que vivent les autres: les grands-mères d'aujourd'hui n'ont pas connu les échographies, ni la péridurale. Ou à l'inverse, elles ont connu une surmédicalisation de leur accouchement, alors que leurs filles choisissent un mode d'accouchement plus respectueux. Comment dès lors transmettre la confiance ?

Les sages-femmes témoignent effectivement du manque de confiance accru ces dernières années: les femmes cherchent

²⁰⁷ Par le collectif de Boston pour la santé des femmes, Albin Michel, 1977

leurs repères, submergées par des informations parfois contradictoires, à travers les séries de tests et d'examens qui assurent un bon suivi de la grossesse.

A travers les changements du corps, beaucoup de femmes cherchent dans le regard de l'autre une légitimation de leur état, de leur nouveau statut de femme enceinte, bientôt de mère. De leur rôle de reproductrices de l'humanité leur incombe une responsabilité sociale, parfois lourde à porter, parfois riche de sens, qui en amène à vivre leur grossesse comme un temps de travail sur soi. Dans cet objectif, les séances de préparation à la naissance, quelles qu'elles soient, permettent de prendre du temps pour s'occuper de soi, de créer des échanges et des liens avec d'autres femmes, et de préparer son corps et son esprit à l'accouchement. A part les séances en couple, une particularité de ces préparations, souvent bien cadrées, est de se retrouver dans un milieu exclusivement féminin. Les témoignages et autres échanges de connaissances profanes sont particulièrement importants, même s'ils n'ont pas la même place dans la hiérarchie des savoirs. L'intégration des informations prend du temps, et il arrive qu'une phrase anodine entendue dans la bouche d'une mère prenne tout son sens dans le choix d'un comportement pour une future mère.

D'un côté, les médias grands publics diffusent énormément de savoirs vulgarisés à l'intention des femmes, sans doute dans la lignée d'une prémédicalisation subtile²⁰⁸, et qui nourrissent principalement les primipares, les déjà mères n'ayant pas la même soif de connaissances ou de témoignages. L'ouvrage de

²⁰⁸ Béatrice Jacques, *La sociologie de l'accouchement*, PUF, 2007

référence est le best-seller de Laurence Pernoud²⁰⁹ dont la première édition date de 1956, réactualisé chaque année et traduit dans une trentaine de langues. Ce livre transmis de génération en génération enseigne aux femmes les « bons » comportements à adopter durant la grossesse, pendant l'accouchement et avec le bébé ensuite. Sans esprit critique, les lectrices sont facilement convaincues de suivre les conseils édictés. L'autorité des « expert.e.s » est explicite même si les conseils sont régulièrement remis en cause par l'avancée des recherches. La littérature de vulgarisation se fait donc l'intermédiaire entre les futurs parents et la connaissance scientifique. Mais une caractéristique de la vulgarisation du savoir est de négliger l'exposition des controverses et débats scientifiques autour des questionnements. Et les questions qu'on ne peut pas poser au médecin trouvent leur réponse dans la littérature de vulgarisation. Les rédacteurs/rices s'appuient dès lors sur un certain savoir médical, mais surtout sur une certaine facette de la psychologie. Nous sommes loin de la démarche des militantes du Mouvement Femmes et Santé initié par le collectif de Boston « Our bodies, ourselves ».

De l'autre côté, heureusement, les mouvements militants créent des sites web, des rencontres, des productions écrites, recensent des ressources, sensibilisent politiques et professionnel.le.s de la santé pour redonner une place à la transmission et à l'autonomisation des femmes. Les sages-femmes sont au premier rang des opératrices actuelles de transmission. Le livre d'Isabelle Brabant²¹⁰, sage-femme québécoise, est devenu LA référence

²⁰⁹ Laurence Pernoud, *J'attends un enfant*, Horay, Paris, 1956 (1^{re} édition)

²¹⁰ Isabelle Brabant, *Vivre sa grossesse et son accouchement : Une naissance heureuse*, Montréal, ed. Saint-Martin, 1991

bibliographique francophone des femmes et des sages-femmes en matière de préparation prénatale. Ce livre se voulait le plus accessible possible pour transmettre des informations claires et sans tabous au niveau de la grossesse et de l'accouchement, en ouvrant aux différents choix et vécus potentiels.

En parallèle, les voies de la transmission passent par la préparation à la naissance qui soutient d'abord un processus d'émancipation principalement individuelle, parfois collective, mais qui semble devenir aussi un marché mettant les femmes sous pression.

Auparavant, l'un des objectifs de la préparation à l'accouchement, principalement avec les kinésithérapeutes dans les hôpitaux, était de socialiser les femmes au fonctionnement de la structure, de « normer » les comportements²¹¹. La péridurale y était présentée par exemple comme une technique « classique » de l'accouchement. Les objectifs des séances étaient d'assurer que chacun.e connaît son rôle pour une bonne coordination entre les acteurs médicaux, devenus légitimes. Les séances permettaient donc de préparer les femmes aux interventions médicales.

Aujourd'hui, la préparation est basée sur un accompagnement physiologique et psychologique de la grossesse qui tient compte des deux parents et du futur bébé. Mais dans une société de la performance et de la consommation, il n'y a jamais eu autant d'offre de disciplines et d'accompagnements les plus divers, accessibles à une certaine classe moyenne et bourgeoise en peine de lâcher prise par rapport au fait d'avoir « fait tout ce qu'il

²¹¹ Béatrice Jacques, *op.cit.*

fallait ». Sophrologie, chant prénatal, yoga prénatal, haptonomie²¹², préparation affective à la naissance, auto-hypnose, massages, préparation aquatique, autant de préparations à l'accouchement et à la naissance²¹³ à destination des femmes enceintes... En regard du développement du marché du bien-être, du développement personnel, rien d'étonnant ! Tout cela pour rassurer les femmes d'être suffisamment préparées à accoucher, d'être capables d'y arriver. Cette offre foisonnante rencontre un réel engouement depuis plus d'une dizaine d'années. Certaines femmes multiplient les rendez-vous, finalement aussi stressants que les examens médicaux ne fut-ce qu'au niveau de la gestion de l'agenda. Toutes ces techniques peuvent en effet être bienfaisantes, apporter une détente, un mieux-être, une confiance, dans la mesure où l'une ou l'autre est choisie selon ses affinités pour souffler et prendre soin de soi, et dans l'idéal où toutes les femmes pourraient y accéder. Pas seulement celles qui peuvent se payer 50€ la séance ou 140€ l'abonnement.

Certaines sages-femmes ajoutent une corde à leur arc, en intégrant dans leurs compétences l'une de ses préparations. Tout bénéfice pour les parents qui obtiennent alors un remboursement de la mutuelle. On peut noter que certaines mutuelles proposent un remboursement pour des séances de préparation et certains services sociaux prennent l'initiative d'en organiser (sophrologie, yoga, etc.): cela correspond à l'évolution

²¹² Initiée par le Dr hollandais Frans Veldman, l'haptonomie est la science du toucher affectif et sécurisant.

²¹³ Nous ne pouvons pas détailler ici les spécificités de chaque approche qui a chacune ses bénéfices. Pour plus d'informations :

<http://www.alternatives.be/Fiches/Approches-prenatales>

de l'approche dominante de la santé en tension entre politique de santé publique et demandes des usager.e.s.

On notera qu'en post-natal, plus rien... si ce n'est une offre limitée de massages, d'ostéopathie, de kiné ou de gymnastique abdominale hypopressive. De quoi s'interroger : la performance ne se situe plus dans le corps de la femme malgré l'épreuve physique et psychique que constitue la période post-natale dont on parle si peu, si ce n'est pour que ce corps soit à nouveau maîtrisé et désirable. La performance attendue est davantage celle du maternage. Le/la pédiatre, comme référent premier, se trouve alors flanqué d'animateurs/rices en tout genre pour le bien-être et le développement de l'enfant (psychomotricité, massages, portage, alimentation, sommeil, hygiène naturelle, etc.)²¹⁴. Quid de sa mère épuisée ?

Récemment, « *le souci de réduire la note pour l'INAMI a conduit à raccourcir la durée du séjour en maternité qui s'achève désormais au troisième jour, aux balbutiements de l'allaitement et à l'émergence d'un éventuel baby-blues. En remplaçant petit à petit les rites familiaux d'autrefois par des protocoles, la médicalisation de la naissance a laissé de nombreux vides, notamment en termes de sens, de contenant et d'accompagnement de la période postnatale* »²¹⁵. Dans de nombreuses cultures, les quarante jours après la naissance sont

²¹⁴ Existe aussi une nouvelle méthode « *le revécu émotionnel de la naissance* » proposée par l'Association pour la Préparation Affective à la Naissance (APAN asbl) et qui permet de dénouer les empreintes émotionnelles liées à la naissance et ainsi de développer la confiance en soi. Voir : <http://www.naissanceaffective.com/index.php/revécu-emotionnel-de-la-naissance>

²¹⁵ Gaëlle Chapoix, *op.cit.*

instaurés comme une période spécifique où la nouvelle mère et son bébé sont entourés de soins divers. Ce n'est pas le fait de rester deux jours de plus ou de moins à la maternité qui change la donne, mais bien la continuité des soins qui est primordiale par une sage-femme proche du domicile, ou par un.e autre professionnel.le... mais aussi par une sensibilisation des principales intéressées et de leur entourage sur les besoins rencontrés en post-partum. En effet, un autre chapitre s'ajoute à l'histoire, « où l'harmonie des lendemains dépend de l'attention que l'entourage (médical ou non) porte à la mère et à son enfant, à la mère et au père »²¹⁶.

- Il faut bien tout un village pour faire ses premiers pas dans l'accompagnement de la vie.

A côté de toutes les préparations que l'on trouve sur le marché apparaît un accompagnement plus global, comme celui proposé par les doulas ou celui de la préparation affective à la naissance²¹⁷. Controversé, il cherche sa place par rapport à celui apporté par les sages-femmes, tout en venant combler un vide, comme dans toutes les autres préparations évoquées plus haut: un vide affectif autant qu'un vide de transmission.

²¹⁶ Karine Lou Matignon, *Voyage au long cours* (inédit), in Patrice Van Eersel, *op.cit.*

²¹⁷ <http://www.naissanceaffective.com/index.php/preparation-affective-a-la-naissance>

Doula : une profession de plus dans la périnatalité ?

Les « doulas »²¹⁸ apparaissent de plus en plus dans le paysage de l'accompagnement de la périnatalité. Le mot « doula », emprunté au grec ancien, est utilisé aujourd'hui pour nommer une femme qui a pour vocation d'accompagner et de soutenir une future mère, un futur père ou un.e partenaire et leur entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à sa propre expérience de l'accouchement et/ou à sa formation. En Belgique et en France, cet accompagnement se fait uniquement en complément du suivi médical choisi par les parents. La doula soutient le travail des sages-femmes et elle accompagne chaque femme/couple sans discrimination de race, de religion ou d'orientation sexuelle. Son accompagnement est informatif (elle aide les futurs parents à s'y retrouver au niveau du jargon médical) et soutenant (elle accueille les questionnements et émotions des (futurs) parents et aide ceux-ci à prendre les décisions qui seront bonnes pour eux).

Aux Etats-Unis, le mot « doula » est entré dans le dictionnaire et désigne une femme qui accompagne la mère pendant la périnatalité. En 2011, la définition du mot « doula » est apparue dans le dictionnaire Hachette.

La « doula » ou « *celle qui sert la mère* » dans la Grèce Antique était une servante qui s'occupait des tâches de la maison, en particulier des soins de sa maîtresse, et donc naturellement ce qui entoure la grossesse, l'accouchement et les suites de

²¹⁸ Pour plus d'infos : <http://doulas.info/>

couches. Elle incarne la figure féminine qui se tenait autrefois auprès de la parturiente et aux côtés de la sage-femme. Dans l'Angleterre du Moyen-Age, il semblerait que parmi les femmes qui entouraient la future mère, il y avait la sage-femme et les « *Godsibs* »²¹⁹.

Ce terme fut d'abord utilisé aux États-Unis pour désigner des femmes qui aident et soutiennent des mères avec leurs bébés en période post-natale. Le rôle de la doula s'est ensuite développé et élargi à l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement.

En 1992 est créée « *DONA International* »²²⁰, la première association de doulas américaines. En parallèle, les « *Birth Companions* » (Compagnes de Naissance) sont apparues au Royaume-Uni : des femmes expérimentées, déjà mères, accompagnent, à la demande des parents, le déroulement de l'accouchement. Le mot « doula » est ensuite adopté, et en 2001 est né le réseau des « *Doulas UK* »²²¹. A travers toute l'Europe, on observe que le mouvement des doulas se développe : un réseau²²² « *European Doula Network* » est créé en 2007 et un état des lieux²²³ des doulas en Europe recense 1060 doulas en exercice et 900 apprenties doulas. Et ces chiffres ne font qu'augmenter d'année en année. Bien qu'une formation ne soit pas nécessaire pour être doula, puisque le titre n'est pas (encore)

²¹⁹ « Sœurs devant Dieu » car c'était elles qui présentaient le nouveau-né pour être baptisé.

²²⁰ <http://www.dona.org/>

²²¹ <http://doula.org.uk/>

²²² <http://www.european-doula-network.org/doula/home/welcome.php>

²²³ Pour plus d'infos : <http://doulas.info/>

reconnu²²⁴, les formations rencontrent aujourd'hui un franc succès, si ce n'est le coût qui parfois fait reculer, voire renoncer. Une amie, une cousine, une voisine peut être, comme c'était le cas autrefois, aussi bonne doula, de par ses qualités propres et son expérience, que n'importe quelle femme qui aurait suivi des formations. Pourquoi dès lors ce besoin accru de professionnalisation alors que la doula demande particulièrement des qualités d'écoute et d'accompagnement ? Des associations nationales ou régionales ont vu le jour pour tenter de cadrer la profession et de la promouvoir : « *Les doulas de France* »²²⁵ ou « *L'association francophone des doulas de Belgique* »²²⁶.

Aux côtés des sages-femmes ou en concurrence ? En milieu hospitalier, lorsque les actes médicaux se succèdent et que les sages-femmes (qui doivent s'occuper de plusieurs parturientes à la fois) ou les médecins n'ont pas de temps d'écoute à consacrer, les doulas, neutres et bienveillantes, peuvent être d'une grande utilité pour accompagner les futurs parents dans leurs choix. Par contre, si les parents ont déjà opté pour un accompagnement personnalisé par une sage-femme libérale et si l'accouchement est prévu à domicile ou en maison de naissance, la fonction d'une doula est moins porteuse de sens, puisque ces sages-femmes-là remplissent quelque part cette fonction et ne restent pas seulement dans le côté purement médical de leur travail. En Belgique et en France, l'habitude n'est pas encore prise de se faire accompagner par une doula. A l'inverse, dans les pays

²²⁴ Comme la profession n'est pas protégée, une femme peut effectivement se définir doula sans avoir suivi une formation spécifique.

²²⁵ <http://doulas.info/>

²²⁶ <http://doulas.be/wp/>

anglo-saxons ou les pays de l'Est, la tradition même récente de faire appel à une doula est relativement ancrée dans les mœurs, même dans les cas d'accouchements à domicile. Il n'est pas rare d'observer une parturiente accompagnée d'une sage-femme et d'une, voire plusieurs doulas.

Entre générosité, bénévolat et professionnalisme, la question du coût pour les parents se pose. L'apparition des doulas coïncide avec la méconnaissance du métier de sage-femme, l'isolement parental et un effet de mode dans certains milieux qui nourrissent une certaine idéologie autour de l'accouchement. Elles ont par exemple obtenu un remboursement²²⁷ au bénéfice des parents pour trois contacts téléphoniques gratuits avec une doula de l'association francophone des doulas de Belgique. Coup de pub pour la mutualité visant un certain public ou avancée pour l'accessibilité à une diversification des services de santé ?

Devenir doula provient souvent d'un désir de transmettre, dans le cadre d'une reconversion qui donne sens dans sa vie, à l'instar des autres préparations prénatales plus formalisées.

Quid alors de son investissement en temps et en travail ? Comment calculer une participation financière juste, tant pour la doula que pour les (futurs) parents ? Une doula peut-elle vivre de ses revenus ? L'accompagnement d'une doula serait-il réservé aux classes socio-économiques élevées ? En Belgique, les doulas en formation doivent réaliser trois accompagnements de manière bénévole, ce qui peut permettre aux familles moins

²²⁷ Avec Partenamut

aisées, voire précarisées, d'avoir un accès à ce type d'accompagnement global.

En ce sens, le concept de « doula communautaire » a été proposé en Belgique par Paola Hidalgo sur le modèle des doulas américaines. En effet, les doulas « radicales » aux Etats-Unis interviennent de manière plus communautaire, dépositaires d'une militance davantage du côté de la justice sociale que du développement personnel. Ainsi elles se consacrent bénévolement (ou en demandant une participation libre en conscience) à accompagner durant la grossesse et l'accouchement, ainsi que pour une IVG²²⁸, des femmes isolées, en situation socio-économique difficile, souvent migrantes, ou même en prison.

²²⁸ Interruption Volontaire de Grossesse

VI. QUELQUES CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Autour de la naissance d'un enfant, la plupart des sociétés ont instauré des pratiques périnatales. Elles ont ainsi perturbé, ou parfois préservé, certains processus physiologiques, selon un conditionnement culturel ; une socialisation de l'accouchement se traduisant le plus souvent par une volonté de domination de la nature et de contrôle du corps des femmes. La médicalisation, où l'accouchement est présenté comme dangereux, est une variante moderne de cette socialisation, avec toutefois des moyens beaucoup plus puissants qu'auparavant. L'histoire de l'appropriation du ventre des femmes nous a donné un éclairage sur le comportement de la médecine comme organe de contrôle, comme institution capitaliste et patriarcale qui impose des normes de prévention, de dépistage, de mesures, de pratiques.

Nous pouvons aujourd'hui porter un regard critique sur le modèle de prise en charge des accouchements dans nos sociétés occidentales. Ce modèle est soumis à une autorité médicale porteuse de normes culturelles et phagocytée par des logiques de production économique. Les femmes voient ainsi leur autonomie reproductive limitée et les corps se soumettent aux exigences de rentabilité. L'accouchement médicalisé, eutocique ou pathologique, est aujourd'hui pour toute parturiente une expérience standardisée qui détermine les gestes médicaux posés, les positions autorisées, les durées maximales des différentes phases, le rythme des contrôles effectués et les instruments techniques utilisés. En effet, l'obstétrique repose sur une logique particulière qui dicte quels actes doivent être posés en fonction d'une variation statistique infime du taux de risque. Or, les individus ne fondent pas leurs choix sur base de

statistiques, mais en fonction de convictions, de goûts, de valeurs, bref de données culturelles et subjectives, empiriques.

Deux critères essentiels pour qu'une expérience de l'accouchement soit vécue positivement sont pour une femme d'*être accompagnée* et de *se sentir entendue*. Ces deux critères priment sur le degré d'intervention médicale. Or, les praticien.ne.s ne sont pas formé.e.s à prendre prioritairement ces deux éléments en considération. L'hôpital, s'il est un lieu sécuritaire, n'est pas pour autant nécessairement le garant absolu de la sécurité sanitaire puisqu'il crée également lui-même des risques en cascade qu'il tente de maîtriser par des traitements et des techniques.

Quels sont alors les droits des usager.e.s des services de soins de santé ? Depuis 2002, la loi relative aux droits des patient.e.s²²⁹ souligne que le ou la praticien.ne doit obtenir, avant d'entamer un traitement, le consentement libre et éclairé du ou de la patient.e. Dans le cas d'un suivi de grossesse ou lors d'un accouchement, rares sont les médecins qui prennent le temps d'expliquer aux femmes les objectifs de tels examens ou l'utilité de telle technique. Les femmes sont dès lors soumises à des injonctions médicales qui conduisent à des effets iatrogènes. Les interventions médicales non validées scientifiquement selon des recommandations sanitaires comme celles de l'OMS entre autres, et pratiquées sans le consentement éclairé des femmes durant la grossesse et l'accouchement devraient être reconnues comme des violences obstétricales. C'est le déclencheur du mouvement pour une naissance respectée, qui s'est développé

²²⁹ Voir www.patientsrights.be

parallèlement à la médicalisation, selon les virages, voire les dérives, suivis par celle-ci.

La réaction citoyenne à la surmédicalisation et à une forme de prise de pouvoir du savoir techniciste et protocolaire sur l'expérience, l'autonomie et le choix, a dû se pencher aussi sur l'avancée des techniques au regard des spécificités du vécu de l'accouchement. Ainsi en est-il du débat sur la péridurale, axé essentiellement sur le choix qui permet d'analyser le phénomène de la douleur des contractions et de la poussée sous un angle culturel autant que physiologique.

Les enquêtes²³⁰ que Béatrice Jacques nous livre dans son ouvrage montrent un rapport des femmes à la médicalisation assez complexe. La plupart cherchent leurs repères, submergées par des informations parfois contradictoires, à travers les séries de tests et d'examen qui assurent un bon suivi de la grossesse. Elles sont demandeuses de techniques et parviennent à s'approprier leur expérience médicalisée. Face aux risques, l'idée de négociation paraît souvent inconcevable, même si elles réagissent aux propositions médicales de manière variable. Et en parallèle, elles émettent des critiques sur le système, des demandes et des attentes, et reconstruisent leur propre trajectoire personnelle. La remise en question des pratiques médicales autour de l'accouchement se heurte néanmoins à des représentations très profondes, tant pour les équipes soignantes que pour les femmes elles-mêmes.

Une minorité de femmes échappe à l'heure actuelle aux pressions exercées par les discours dominants sécuritaires et

²³⁰ Béatrice Jacques, *op.cit.*

paternalistes, en empruntant les chemins de traverse de la naissance respectée. Et cette minorité prend petit à petit de l'ampleur. C'est justement à notre époque et dans nos sociétés occidentales où les examens médicaux, les traitements et les techniques existent et peuvent nous rassurer sur le bon déroulement du processus physiologique que les futurs parents peuvent s'affranchir de la norme médicale et faire le choix éclairé, et en toute sécurité, d'un suivi et d'un accouchement hors cadre hospitalier.

Accoucher à domicile ou en maison de naissance est un acte politique. Prendre soin de sa santé et de celle de sa famille devient une pratique militante. Au sein même de l'hôpital aussi: rédiger un projet de naissance, poser ses choix, ses souhaits, s'informer ou revendiquer son droit à une information claire, complète et précise, réagir, oser changer de praticien.ne,... En bref, faire valoir ses droits demande une conscience et un courage aux futurs parents qui permettent une évolution et une réappropriation de l'accouchement, quel qu'en soit le lieu. Et c'est grâce à celles et ceux qui osent réagir que les pratiques peuvent évoluer, car il n'y a pas de soins de santé sans usager.e.s.

Il est essentiel de préserver l'intimité de la naissance et de donner une place aux principaux protagonistes de l'histoire, c'est-à-dire aux parents. Eux-mêmes n'ont pas toujours la conviction que la naissance de leur enfant leur appartient. Les peurs face aux risques justifient la délégation de leurs responsabilités aux professionnel.le.s. Ainsi les attitudes des médecins et des parents se confortent dans le toujours plus de surveillance.

Peurs et mésinformations sont étroitement liées et dépendantes d'un système dominant de représentation des corps, de la santé, de la place des un.e.s et des autres dans le cadre de ce passage qu'est la naissance au sein de nos sociétés.

Chaque futur parent a le droit à des explications précises sur la physiologie et sur la prise en charge médicale, le droit au respect de l'intimité, le droit au respect des rythmes spécifiques de la mère et de l'enfant. Le père ou le/la partenaire a le droit d'exprimer son souhait d'être présent ou non et de prendre une part active dans le processus avec l'assentiment de la mère sans se sentir d'emblée exclus, impuissant ou instrumentalisé.

L'expérience de l'association Alter-NativeS confirme : *« Nous estimons que tous les parents qui ont la possibilité de faire des choix éclairés et personnels autour de la naissance de leur enfant sortent grandis par l'expérience et développent des aptitudes propres à entamer leur parentalité du bon pied. Au moment du bilan, ils peuvent accepter avec philosophie les côtés heureux ou plus douloureux liés à l'accouchement puisqu'ils en ont été les acteurs. Et pas de simples figurants. »*²³¹

En ce qui concerne les soignant.e.s, il est nécessaire de valoriser la complémentarité entre gynécologues-obstétricien.ne.s, sages-femmes et autres intervenant.e.s, autant que d'améliorer les formations médicales dans le sens du respect des droits des usager.e.s, notamment dans l'aspect relationnel. Et de revoir

²³¹ Extrait de l'intervention de Caroline Lévesque, présidente d'Alter-NativeS, lors du colloque annuel de l'Union professionnelle des sages-femmes de Belgique (septembre 2012) pour fêter les 10 ans de l'association Alter-NativeS.

l'organisation du système de santé en favorisant davantage encore une première ligne de suivi global qui permet de maintenir un lien avec l'usagère tout au long de la prise en charge de la grossesse, une coordination des soins, et de ne pas découper le processus périnatal au gré des spécialités techniques et médicales.

L'accouchement physiologique doit rester la référence parmi les femmes en bonne santé, tant que la grossesse et le travail ne montrent pas d'indicateurs exigeant une intervention. Nous avons montré que les sages-femmes sont habilitées de par leur expérience à surveiller le moindre indice, le moindre mouvement qui permet de détecter une défaillance, ou à l'inverse de les conforter dans le processus physiologique qui est en train de se vivre.

De leur propre chef, les professionnel.le.s peuvent ou pas s'affranchir des protocoles et des normes intégrées, de leur histoire, de leurs convictions. Nous avons vu l'importance du rôle des sages-femmes et maisons de naissances dans le mouvement pour une naissance respectée, et le statut difficile qui est le leur dès lors qu'elles revendiquent leur place spécifique dans l'accompagnement. Il s'agit donc de renforcer les compétences des praticien.ne.s pour le respect de la physiologie de la naissance.

Le point de vue des soignant.e.s qui n'a pu être fort développé dans cette étude mériterait bien une attention particulière pour rendre compte plus complètement de la diversité des postures prises, des freins et moteurs vers « l'humanisation de la naissance », des besoins spécifiques rencontrés.

Lorsque Sylvain Missonnier parle d'« hospitalité périnatale²³² », nous y retrouvons la nécessité d'une alliance périnatale entre les différents acteurs et actrices dans une visée de bien-être à travers une prise en charge plus globale, une attention tant au processus psychique que physiologique pour les femmes et les (futurs) bébés bien sûr, mais aussi pour les pères, les partenaires, les frères et sœurs, et les professionnel.le.s de la santé amené.e.s à intervenir, et pour qui chaque accompagnement constitue aussi une étape dans sa trajectoire humaine.

- *Naître*
- *donner le temps à chacun de cheminer,*
- *prendre le temps pour chaque chose.*
- *parfois on te demande une rentabilité!*
- *suivre un protocole!*
- *On n'a plus le temps d'être dans l'amour*
- *dans le don de soi*
- *naître ou ne pas naître?*
- *Respecter le choix de chacun, de chacune,*
- *donner une place pour chaque naissance*
- *donner une place pour chaque voyage*
- *le temps d'accueillir*
- *le temps de voir*
- *le temps de l'au revoir*
- *le temps de toucher*
- *le temps*
- *le temps de l'estime de soi*
- *le temps de ne pas tout contrôler*

²³² Sylvain Missonnier, *op.cit.*

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BRABANT Isabelle, *Vivre sa grossesse et son accouchement : Une naissance heureuse*, Montréal, éd. Saint-Martin, 2001 (1991)

BONNET del VALLE Muriel, *La naissance, un voyage, L'accouchement à travers les peuples*, Editions l'Instant Présent, 2002

CALAIS-GERMAIN Blandine, *Le périnée féminin et l'accouchement*, Editions Désiris, 2006 (1996)

CESBRON Paul et KNIBIEHLER Yvonne, *La Naissance en Occident*, Albin Michel, 2004

(Le) Collectif de Boston pour la santé des femmes, *Notre corps, nous-mêmes* (adaptation française de *Our bodies, ourselves*), Albin Michel, 1977

DIBIE Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher*, Editions Métailié, Paris, 2000 (1987)

DORLIN Elsa, *La Matrice de la race*, La Découverte/Poche, 2009

EHRENREICH Barbara et ENGLISH Deirdre, *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Les éditions du remue-ménage, 2005 (1973)

GAMELIN-LAVOIS Sophie, *La naissance autrement : Réaliser son projet de naissance*, Editions Jouvence, 2014

GASKIN Ina May, *Le guide de la naissance naturelle, Retrouver le pouvoir de son corps*, Mamaéditions, 2012

GELIS Jacques, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, Paris, 1988

JACQUES Béatrice, *La sociologie de l'accouchement*, PUF, 2007

LEBOYER Frédéric, *Pour une naissance sans violence*, Points Essais, 1974

MISSONIER Sylvain, *Pour une hospitalité de la périnatalité*, Temps d'arrêt, Yapaka, novembre 2014

Naissances, gestes, objets et rituels, L'album de l'exposition, Museum national d'Histoire naturelle, Paris, 2005

ODENT Michel, *L'amour scientifié, Les fondements biologiques de l'amour*, Myriadis, 2014 (2003)

PERNOUD Laurence, *J'attends un enfant*, Horay, Paris, 1956 (1^{re} édition)

TRELAUN Maïtie, *J'accouche bientôt, que faire de la douleur ?*,
Le Souffle d'Or, 2012

VUILLE Marilène, *Accouchement et douleur*, Antipodes,
Lausanne, 1998

Articles

Argumentaire du manifeste, Plateforme pour une naissance respectée, 2014 (en ligne)
<http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/01/Argumentaire4RevendicationsFINALE1.pdf>

CESBRON Paul, *De la nécessité de couper les femmes lors de la mise au monde des enfants* (en ligne) <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article58>

CHAPOIX Gaele, « Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance », in *Santé conjugée*, octobre 2012, n°62

COHEN-SALMON Didier, *Le problème de la douleur des enfants* (en ligne) <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article48>

DELEPIERRE Frédéric, « Elles craquent pour la péridurale », in *Le Soir*, Bruxelles, 4 et 5 janvier 2014

FANIEL Annick, *La naissance : une approche plus humaine et un libre choix du lieu d'accouchement*, CERE asbl, 2013

HIDALGO Paola, « A défaut de pouvoir décider, faut-il se contenter de se laisser accoucher ? Réflexions socio-politiques sur l'accouchement », in *Kairos* n°8, juin-juillet-août 2013

LEMEN Pauline, *Sages-femmes et gynécologues : les meilleurs ennemis ?*, Gynecho, octobre-décembre 2014

MOREL Marie-France, *Histoire de la douleur dans l'accouchement* (en ligne) <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>

« Sage-femme : un métier pour la vie », dossier in *Chronique Féministe* n° 100, Université des Femmes, 2008

SOUMOIS Frédéric, « Des bébés nés sous cocon », in *Le Soir*, Bruxelles, 25 mars 2014

SZEJER Myriam, « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité », in *Informations sociales* 4/2006 (n° 132), p.54-63 (en ligne) <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-54.htm>

Sites web

<http://www.naissancerespectee.be/>

<http://www.alternatives.be/>

<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/>

<http://moncorpsmonbebe.monaccouchement.wordpress.com/naissancerespectee/>

<http://www.accoucherlibrement.fr/>

<http://www.sage-femme.be/>

<http://doulas.info/>

<http://doulas.be/wp/>

Films

« *Accoucheuses nomades, racines du désert* » de Nicolas Meulders et Dominique Thibaut, Belgique, 2007

« *L'arbre et le nid* » de Valérie Pouyanne et Roger Boire, Québec, 2013 <http://www.arbre-et-nid.com/>

« *Birth story* » de Sara Lamm, USA, 2012

« *Entre leurs mains* » de Céline Darmayan, France, 2013
<http://www.entreleursmains.org/>

« *Freedom for birth* » de Toni Harman et Alex Wakeford, USA, 2012 <http://www.freedomforbirth.com/>

« *La naissance, une révolution* » de Franck Cuvelier, France, 2014

« *Loba* » Catherine Béchard, France, sortie prévue en 2015
<http://lobafilm.com/fr/>

« *Nacer – Diario de maternidad* » de Jorge Caballero, Colombie, 2011

« *Naissance, lettre filmée à ma fille* » de Sandrine Dryvers,
Belgique, 2010

« *The face of birth* » de Gavin Banks et Kate Gorman, Australie,
2012

Annexe 1



Plateforme pour
une naissance
respectée

info@naissancerespectee.be

Manifeste pour une naissance respectée

En Belgique, un enfant sur cinq naît par césarienne, avec de grandes disparités entre les établissements. En Wallonie plus de 30% des accouchements sont déclenchés, c'est le taux le plus élevé d'Europe. En Flandre, plus de 50% des femmes ont une épisiotomie. Ces chiffres sont au-dessus des normes et recommandations internationales.

Si le développement des connaissances du corps humain, l'évolution des technologies et l'accès aux services obstétricaux d'urgence pour tous ont permis de sauver des vies, nous savons aujourd'hui qu'une surmédicalisation des naissances s'accompagne d'effets secondaires parfois plus graves que les maux qu'elle est censée prévenir. Le manque d'information, la gestion hospitalière et le peu de soutien aux possibilités d'accouchement moins médicalisé empêchent les femmes d'exercer leur libre choix, de faire valoir leurs droits et d'exercer leurs compétences pour la naissance de leur enfant.

Responsables politiques et du monde médical doivent veiller à une utilisation raisonnée des méthodes et des techniques qui, appliquées systématiquement ou abusivement peuvent entraîner une cascade d'interventions, de complications et de dépenses de santé inutiles. L'Evidence Based Medicine (EBM) démontre la nécessité de hiérarchisation des soins en fonction de la situation de chacun.

Nous, citoyennes et citoyens, usagères, professionnels de la santé, associations de défense des droits humains, féministes, représentants de

la société civile, émettons quatre revendications pour une naissance respectée.

1. Une information systématique et complète sur l'accouchement.

Tous les jeunes doivent, dans le cadre de l'éducation sexuelle et affective, recevoir une information sur le déroulement d'un accouchement physiologique et sur les différentes possibilités d'accouchement, à l'hôpital, en maison de naissance, en plateau technique, à domicile.

Toutes les femmes doivent, dès la confirmation d'une grossesse et de leur volonté de la mener à terme, obtenir une information complète et objective sur les tous les choix disponibles de suivi de grossesse et d'accouchement, que le suivi soit assuré par un gynécologue et/ou une sage-femme, en fonction de son état de santé, de ses affinités et de son projet de naissance.

2. Une transparence des pratiques hospitalières

Les taux de césariennes, de déclenchements, d'épisiotomies et de recours à l'anesthésie péridurale de chaque hôpital doivent être disponibles pour le grand public. La transparence de ces données est une condition pour permettre aux femmes et aux couples de choisir de façon éclairée leur lieu d'accouchement. Elles sont aussi nécessaires pour un débat public éclairé. Une grande enquête qualitative sur le vécu des femmes dans les différents lieux d'accouchement doit être menée dans notre pays.

3. Une prévention des interventions médicales non justifiées

Les interventions médicales inutiles ou de routine pratiquées sans le consentement éclairé de la patiente (telles que les touchers vaginaux systématiques, une accélération artificielle du travail, une position d'accouchement inconfortable, une épisiotomie non indispensable...) qui sont pratiquées sur les femmes durant leur grossesse et leur accouchement doivent être reconnues comme des violences obstétricales. Des actions doivent être menées pour les prévenir.

4.Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différents professionnels de la naissance.

Lors d'une grossesse, différents professionnels de la naissance (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) accompagnent la future mère. Les besoins de la femme, de son/sa partenaire et de l'enfant doivent être au cœur des préoccupations de tous les acteurs concernés. Il faut améliorer les interactions, la collaboration et la reconnaissance mutuelle entre les différents acteurs de la naissance afin d'assurer une véritable continuité de la prise en charge. L'indispensable sécurité médicale est indissociable de la sécurité affective, essentielle à la mise en place des mécanismes naturels de l'accouchement.

Contact :

Info@naissancerespectee.be

Marie-Hélène Lahaye : 0497/43 13 30 – Paola Hidalgo : 0486/30 74 14



www.asblcefa.be

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Province du Brabant wallon



