

# Pour une naissance insoumise

**Bernard Bel**

In Grégoire, Lysane & Stéphanie St-Amant (dir.), *Au cœur de la naissance: témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-ménage, 2004, p.361-382.

---

Une des comédiennes qui interprètent *Les monologues du vagin* dans un théâtre parisien commentait à la radio<sup>1</sup> les attaques de l'administration Bush contre la liberté de l'avortement aux USA : « En France, heureusement, mis à part quelques fanatiques religieux, personne ne fait campagne pour l'abolition du droit à l'avortement. Il est évident que l'on ne peut pas, aujourd'hui, empêcher les femmes de prendre des décisions pour tout ce qui concerne la vie de leur corps ! »

Évident, certes... Pourtant il suffit de franchir la porte de n'importe quelle maternité française pour y trouver, en salle de travail, des femmes allongées en position « poulet de Bresse<sup>2</sup> », le sexe offert au regard de tous, se laissant docilement tripoter ou charcuter par « les gens qui savent » en dehors de toute urgence médicale qualifiée... Comment des personnes à ce point conscientes de leurs droits, de leur autonomie, de leur féminité, en sont-elles arrivées à un pareil degré de soumission ? Et que dire de leurs compagnons qui assistent sans mot ni geste, ni le moindre sentiment de révolte, à une telle dénégation de leur identité de femme, abdiquant leur pouvoir — leur droit — d'enfanter ?

La sélection d'entretiens compilée dans *Les monologues du vagin*, couronnée par un récit de naissance interventionniste, reflète une idée communément répandue que le vagin de la femme accouchante devient la propriété exclusive du corps médical.

Dans un monde démocratique, une majorité de parents éduqués se conforment au système de « naissance industrielle » sans le moindre regard critique — avec des « oui docteur ! » et des « mon gygy est formidable ! » —, persuadés que leur « usine à bébés » est le seul lieu sécurisé envisageable, au 21<sup>e</sup> siècle, pour la venue au monde d'un enfant. Comment peuvent-ils, à de rares exceptions près, se tenir à l'écart des débats, des études scientifiques, des pages Internet, des ouvrages et témoignages qui prouvent que d'autres choix sont possibles, plus sécuritaires dans bien des cas, car plus respectueux de la physiologie de l'accouchement ? Plus respectueux aussi de leur ressenti personnel pour ce qui concerne la santé, la sexualité, la vie...

Quelle méthode de « clonage des esprits » a pu les pousser ainsi à la soumission ?

## La peur, maladie contagieuse

Dans un accouchement, la peur est la première marche d'un escalier qui dégringole, lentement mais sûrement, vers la pathologie. Voyons d'abord la physiologie de ce processus : la filière génitale des mammifères comporte deux familles de muscles. Les premiers, dans la partie supérieure de l'utérus, servent à pousser le fœtus vers le canal vaginal. Les seconds, dans le plancher pelvien, servent au contraire à retenir le fœtus, permettant à la femelle de prendre la fuite si elle se sent en danger. En fait, la sélection naturelle a privilégié deux stratégies opposées, selon l'état d'avancement de l'accouchement : ou bien la mère va retenir le fœtus et interrompre le travail (dans la phase de dilatation du col), ou encore elle va s'en séparer le plus vite possible (dans la phase dite « d'expulsion »). Tout cela, bien sûr, de manière inconsciente, puisque c'est le cerveau « profond » qui orchestre la parturition en l'absence de toute intervention.

---

<sup>1</sup> Europe 1 (France), le 26 avril 2004.

<sup>2</sup> Expression de Martine Herzog-Evans, ancienne bressane, coauteure avec Sophie Gamelin de l'ouvrage *Les droits des mères* (t. 1 : la grossesse et l'accouchement ; t. 2 : les premiers mois), Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2003.

Un autre phénomène physiologique lié à la peur est celui de la douleur. Quand nous sommes effrayés, notre visage blêmit et nos lèvres perdent leur érubescence. En effet, le corps mobilise la masse sanguine autour des organes vitaux — encore un réflexe qui s'est avéré favorable à la survie de l'espèce :

Malheureusement, l'utérus est lui aussi considéré comme un organe non essentiel pour combattre ou fuir. D'après Grantley Dick-Read, l'auteur de *Naissance sans peur*, l'utérus d'une femme apeurée est littéralement blanc. Sans « combustible », l'utérus ne peut pas fonctionner, et les déchets ne peuvent pas non plus être évacués. Par conséquent, il y aura des douleurs et des problèmes<sup>3</sup>.

Nous voyons donc que le sentiment d'insécurité, chez une femme en travail, influe directement, et de manière néfaste, sur la dilatation du col de l'utérus, sur l'intensité et l'efficacité des contractions, la sensation de douleur, et en définitive la durée de son accouchement.

On pourrait dire que la peur, dans un environnement médical, est une « maladie psychique nosocomiale » sans lien objectif avec la configuration de risques<sup>4</sup> dans l'instant de l'accouchement. Elle est induite ou amplifiée par les personnes accompagnantes, médecins et sages-femmes, le plus souvent relayées par le père de l'enfant, dans un contexte familial et culturel propice à cette « contamination »<sup>5</sup>.

Il y aurait beaucoup à dire — beaucoup a déjà été dit et écrit dans nos forums de libre parole et listes de discussion — sur les angoisses des pères pendant la gestation et la naissance de leurs enfants, et sur les conséquences à long terme d'un vécu qui ne répond pas à leurs attentes, même dans les accouchements les moins médicalisés. Notre amie Stéphanie C.<sup>6</sup> vient d'accoucher de son troisième enfant. Le premier est né en siège par césarienne et le deuxième par « voie basse » à domicile en présence d'une sage-femme. Cette fois, elle a un peu hésité à faire son nid, ayant prévu de ne rien prévoir... Au dernier moment, elle s'est décidée à placer des couvertures au fond du bac à douche, s'y est enfermée, et une heure plus tard elle a donné naissance à une petite fille sans aucune aide extérieure. Alors que les parents imaginaient vivre cette naissance de façon « fusionnelle », le père a assisté à la naissance de son enfant à travers la porte vitrée de la douche. Spectateur forcé, faute de pouvoir s'impliquer dans le processus, il a éprouvé quelques angoisses : le bébé semblait manquer de tonicité, le placenta ne se décidait pas à venir... La mère a fini par demander à son compagnon et aux enfants de s'éloigner, le temps qu'elle puisse se recentrer sur elle-même et laisser sortir le placenta. C'est un merveilleux accouchement qu'ils ont vécu, et pourtant la nature n'était pas « optimale » puisqu'elle a privilégié l'isolement de la mère au détriment de la relation père-mère-enfant qui était recherchée.

Dans un environnement surmédicalisé, les pères sont confrontés à la violence obstétricale lorsque des gestes intrusifs ou mutilatoires (comme la « petite » épisiotomie soi-disant « préventive ») sont accomplis sur leur compagne en dehors de tout consentement. D'un point de vue juridique, ce ne sont rien de moins que des « agressions » ou des « coups et blessures » (*assault* ou *battery* en anglais britannique<sup>7</sup>). Mais les pères participent aussi, inconsciemment, à l'engrenage de la peur et

---

<sup>3</sup> Laura Shanley, « Comment calmer la douleur lors d'un accouchement non assisté ? », trad. de Stéphanie Souhaité, dans Catherine Dumonteil-Kremer (dir.), *Élever son enfant... autrement. Ressources pour une éducation alternative*, Sète, La Plage, 2003, p. 48. Pour un exposé complet du cycle peur/tension/douleur, voir G. Dick-Read : <http://www.birthingnaturally.net/pain/ftpcycle.html>.

<sup>4</sup> Ivan Illich avait dénoncé cette réduction obligatoire de la femme enceinte, et de son enfant à venir, à une « configuration de probabilités », dans son article « Un facteur pathogène prédominant : l'obsession de la santé parfaite » *Le monde diplomatique*, mars 1999, p. 28. <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.html>

<sup>5</sup> Madeleine Akrich, « Les femmes emprisonnées ou libérées par les techniques », colloque *Accouchement, quelle place pour les femmes ?*, Naissance et Citoyenneté (Paris, 7 décembre 2002), *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 317 (juin 2003), p. xiv-xvii.

<sup>6</sup> On retrouve son témoignage dans cet ouvrage.

<sup>7</sup> Jean Robinson, « The Maternity Defence Fund : Complaints Confined to Childbirth », *Nursing Mirror*, 8 sept. 1982. <http://afar.ws/mdf.htm>

à l'escalade des interventions<sup>8</sup>. Cela peut commencer par un « Dites-moi si le bébé va bien ? », qui induira un geste médical perturbateur, aux répercussions imprévisibles, sur une mère qui ressentait le besoin, à cet instant précis, de rester « dans sa bulle » — comme Stéphanie dans son bac à douche. Rares sont les personnes formées professionnellement à l'accompagnement de la naissance qui ont eu le privilège d'assister à un accouchement physiologique sans aucune intervention, comme celui que nous venons d'évoquer. Cela concerne aussi une majorité de sages-femmes nouvellement formé-es qui, en France, en Belgique — bientôt au Québec — « feront » des accouchements à domicile en débarquant « bien outillée[s] pour mener la grossesse à terme, et ce, en toute sécurité<sup>9</sup> ». Comment peuvent-ils/elles se poser en « gardiennes de l'eutocie » sans expérience pratique de la physiologie de l'accouchement<sup>10</sup> ?

### Accoucher sans peur ?

La peur est aujourd'hui, si l'on peut dire, l'état « naturel » du corps médical pour tout ce qui touche à la grossesse et à la naissance. On pourrait croire, au premier abord, que celle qui domine est la peur de la faute médicale et de ses conséquences possibles sur le plan légal. Toutefois, ni en France ni au Royaume-Uni on n'assiste à cette « dérive à l'américaine » du médico-légal annoncée par les professionnels sur un ton alarmiste. Aux USA, les compensations financières obtenues en cas de procès sont élevées, et l'on peut supposer qu'elles servent à rembourser les frais médicaux, le plus souvent à la charge des patients. En France et en Angleterre, la médecine est presque gratuite pour les usagers, et les compensations, au terme de longues procédures, restent souvent symboliques. Le médico-légal est donc surtout un prétexte pour empêcher les usagers d'exercer certains choix.

À l'heure où j'écris cet article, Igloo, notre petite chienne, est en train d'allaiter quatre jolis chiots qu'elle a mis bas au lever du jour. Un peu comme Stéphanie, elle a commencé par essayer plusieurs caches préparées pour elle avec des vêtements et couvertures aux odeurs familières : sous le lit, derrière un fauteuil, dans une niche en osier. Pendant que j'étais au piano, j'ai vaguement entendu des cris sur la terrasse. Ils m'ont conduit vers un chiot qui tentait désespérément de ramper vers sa mère, encore humide mais déjà recouvert de feuilles et de poussière. Un instant j'ai hésité, pensant qu'elle avait une bonne raison d'abandonner son petit — chacune de ses portées, en effet, comprend un chiot mort et quatre vivants. Mais celui que je voyais se démener pour survivre n'avait pas l'air malade. Pendant ce temps, la mère était tranquillement allongée dans sa niche. Je lui ai rendu son bébé chien, elle l'a léché et mis en sécurité contre elle. Un peu plus tard, j'entends encore des cris : le nouveau-né est seul dans la niche, la mère s'étant installée derrière le fauteuil. Je comprends qu'elle ressent le besoin de s'éloigner du premier-né pour continuer à mettre bas, et je me contente de mettre une couverture chaude sur le chiot qui pleure doucement. Quinze minutes plus tard, je retrouve la mère dans la niche avec toute la portée en pleine forme. À côté de la niche, un fœtus mort qu'elle a posé pour que nous l'en libérions.

Bien que son comportement m'ait paru incohérent à plusieurs reprises, je dois admettre qu'Igloo savait parfaitement ce qu'elle avait à faire. Certes, sa stratégie n'était pas « optimale » au sens où le chiot aurait eu la vie brève si je n'étais pas intervenu : le chat des voisins observait déjà la scène en se léchant les babines. J'ai donc orienté un processus naturel en donnant plus de chances à la population canine qu'à la population féline.

---

<sup>8</sup> Hélène Vadeboncoeur, « Les gestes obstétricaux violents, », colloque *Accouchement, quelle place pour les femmes ?*, Naissance et Citoyenneté (Paris, 7 décembre 2002). *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 317 (juin 2003), p. xxvi-xxix.

<sup>9</sup> Voir *Sages-femmes : adoption des règlements pour l'accouchement à domicile*, communiqué c5253 du Cabinet du ministre de la Justice et Procureur général, Québec, 19 mai 2004 / CNW Telbec.

<sup>10</sup> Andréine Bel, « Lettre ouverte aux sages-femmes — à celles qui luttent contre la surmédicalisation de la naissance », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 280 (2000), p. 15-18. <<http://bioethics.ws/birth/lettre-sage-fr.htm>>

Avec cet exemple, je voudrais resituer mon plaidoyer pour une naissance « insoumise » dans le cadre d'une conception évolutionniste de la santé, aux antipodes de cet angélisme *New Age* qui consiste à décréter qu'il suffirait de laisser faire la Nature pour que tout se passe bien. La théorie de l'évolution (le néo-darwinisme qui domine la biologie<sup>11</sup> et une branche de la recherche médicale<sup>12</sup>) suggère que les stratégies favorisées par les processus de variation-sélection sont favorables à l'espèce dans son ensemble, mais pas à l'individu. Or l'éthique humaine veut que l'on prenne soin de chaque individu, quitte à protéger l'espèce par des moyens artificiels. C'est pour cette raison que j'ai sauvé l'aîné de la portée de ma chienne, et c'est aussi pour cette raison que des médecins et des sages-femmes interviennent dans les accouchements des femmes, avec les meilleures intentions du monde, bien que dans les limites de leurs connaissances, croyances et protocoles. La sage-femme ou le médecin qui sectionnent le périnée d'une femme ne sont pas plus pervers que la moyenne des citoyens : ils manquent simplement d'informations sur l'inutilité et les conséquences de cet acte.

Je pense qu'avec Igloo les choses auraient été bien plus difficiles dans un climat de peur semblable à celui que subissent les parturientes humaines. Par exemple, j'aurais pu réprimander la chienne pour avoir abandonné son petit sur la terrasse, sans comprendre qu'elle avait agi ainsi parce que la porte de la chambre — l'accès aux autres caches — était fermée. Si j'avais crié, elle se serait soumise, en bonne chienne. Mais aurait-elle « été accouchée » aussi facilement ?

### Les protocoles

La peur des obstétricien-nes est profondément ancrée dans une vision de la naissance qui s'est imposée avec la « gestion active du travail » (*Active Management of Labour*). Beverley Beech, présidente d'AIMS (*Association for Improvements in the Maternity Services*, Royaume-Uni), explique :

La gestion active du travail [...] a été promue avec beaucoup de dynamisme par O'Driscoll en Irlande. Elle est basée sur des procédures qui ont vu le jour suite à une décision franche du corps médical de fermer les maternités locales de petite taille. On a alors demandé aux femmes d'accoucher dans de très grandes unités obstétricales centralisées, et comme ces unités étaient de plus en plus encombrées il a fallu que les obstétriciens trouvent un moyen de traiter aussi vite que possible les parturientes en salle de travail.

En 1963, la durée optimale de l'accouchement d'une femme primipare était de 36 heures, en 1968 elle est passée à 24 heures, et en 1972 elle a encore été réduite à 12 heures. On en est à 8 heures aujourd'hui. [...] La réduction de la durée du travail est en proportion inverse au nombre d'accouchements<sup>13</sup>. Afin que les femmes accouchent à coup sûr sans dépasser le temps imparti artificiellement, le travail est déclenché ou accéléré, les femmes sont vigoureusement encouragées à pousser à la demande, et on pratique une épisiotomie pour avoir la certitude absolue que le bébé émergera aussi vite que possible.<sup>14</sup>

Pour accomplir les gestes nécessaires dans ce qui est devenu par défaut — et par nécessité économique — une urgence médicale, les équipes obstétricales ont dû s'entourer de protocoles qui leur permettent de prendre des décisions à l'écart de toute évaluation subjective de la situation. Ce qui fait l'objet d'une expertise, en cas de recours légal, ce n'est pas la pertinence de tel protocole (beaucoup sont en désaccord avec les études scientifiques) mais la recherche de preuves que le praticien mis en cause a respecté ou enfreint ce protocole.

---

<sup>11</sup> Jean-Jacques Kupiec et Pierre Sonigo, *Ni Dieu ni gène*, Paris, Seuil, 2000.

<sup>12</sup> Randolph M. Nesse et George C. Williams, *Why We Get Sick : The New Science of Darwinian Medicine*. New York : Vintage Books, 1996.

<sup>13</sup> Maire O'Regan, « Active Management of Labour - The Irish Way of Birth », *AIMS Journal*, vol. 10, n° 2 (été 1998), p. 1-8.

<sup>14</sup> Beverley Beech, Intervention sur l'épisiotomie, 2<sup>e</sup> *Journée de la Petite Enfance*, mairie du 14<sup>e</sup> et association « Suivez le kid », Paris, 16 mai 2004.

La seule observation de la réduction du temps moyen de son déroulement nous apprend que l'accouchement médicalisé ne respecte pas la physiologie de la parturition. La femme n'accouche pas, elle « est accouchée », selon l'expression dont même les sages-femmes « libéralisées » mettent longtemps à se débarrasser.

L'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants. L'obstétrique moderne consiste à perturber le dit phénomène de telle sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible. C'est beaucoup plus difficile<sup>15</sup>.

Il incombe au personnel médical d'assurer le déroulement du processus dans le temps imparti, tout en surveillant ce qui pourrait dévier d'une trajectoire tracée à l'avance. Par exemple, le protocole de Dublin prévoit une dilatation du col accomplie en 10 heures, à raison d'un centimètre par heure. La dilatation ralentit ? Les contractions s'affaiblissent ? Même si le rythme cardiaque fœtal ne signale aucune anomalie, on pousse le *Syntocinon*...

L'accouchement est devenu aujourd'hui la seule activité physique où le dopage est non seulement légal, mais jugé indispensable pour accomplir l'exploit d'extraire un bébé du ventre de sa mère vite, le plus vite possible<sup>16</sup>...

J'ai entendu parler d'un logiciel qui serait en cours de mise au point pour la prise de décision à partir des signaux de l'enregistrement cardiotocographique (*monitoring* fœtal continu). Or les études comparatives entre ce mode de surveillance et l'auscultation intermittente, dans un accouchement à faible risque, n'indiquent aucun avantage en termes de mortalité ou de séquelles neurologiques. Par contre, les interprétations alarmistes de signaux observés en continu entraînent une augmentation mesurable des actes invasifs (césariennes et extractions instrumentales)<sup>17</sup>. En l'absence de signe clinique, le *monitoring* continu agit donc plutôt comme un amplificateur des peurs de l'équipe obstétricale. De plus, la position en décubitus dorsal imposée aux femmes pour placer la ceinture du monitoring n'est presque jamais remise en cause par les praticiens hospitaliers, alors qu'elle augmente le risque de détresse fœtale à cause de la compression de la veine cave qui affaiblit la circulation sanguine en direction du bébé<sup>18</sup>.

Cette position obstétricale présente bien d'autres désavantages :

Quand la femme ressent très fort l'envie de serrer les jambes, elle passe pour l'inhibée qui ne peut pas accoucher. Mais son bébé est en train de passer aux ischions : en fermant les jambes, elle ouvre ses ischions. Or on veut des femmes bien ouvertes « *Penthouse style* » : on lui force les jambes dans les étriers et on coince la tête du bébé. Fabuleux ! Là elle pourra optimalement « constiper » son accouchement (Stéphanie St-Amant, Portail *Naissance*).

Le plus important, pour réussir un accouchement dans l'optique de gestion active du travail, est de dominer le corps et l'esprit de la femme, tellement imprévisibles, comme chacun sait, et si peu fiables ! Pour cela, on instaure un climat d'urgence auquel seront associées toutes les personnes présentes. Le travail des professionnel-les ne consiste plus à apaiser les angoisses des parents — d'ailleurs, où trouveraient-ils/elles le temps de le faire ? — mais à s'assurer que les gestes dictés par leurs protocoles ont bien été posés. Dans une affaire portée devant les tribunaux en Angleterre, la sage-femme avait pratiqué une épisiotomie *après* la naissance du bébé, de peur d'être

---

<sup>15</sup> G. Malinas, *Le Dauphiné Libéré*, 8 mai 1994.

<sup>16</sup> Joëlle Terrien, *Dopage : Pourquoi seulement un problème de sport ?*, Portail *Naissance*, 2004.  
<<http://naissance.ws/docs/dopage.htm>>

<sup>17</sup> « Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal », *Études d'évaluation technologique de l'ANAES*, mars 2002.  
<[http://www.anaes.fr/ANAES/nouveautes.nsf/\(ID\)/472EF424A6B37E19C1256C07003B0BC5?op=endocument](http://www.anaes.fr/ANAES/nouveautes.nsf/(ID)/472EF424A6B37E19C1256C07003B0BC5?op=endocument)>

<sup>18</sup> Henci Goer, « Electronic Fetal Monitoring and Cesarean for Fetal Distress : The Machine That Goes Ping ! », dans *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth. Practical Information for a Safe, Satisfying Childbirth*, New York, Berkley, 1995, p. 85-98.

réprimandée pour s'être écartée d'un protocole qui prônait, à l'époque, l'épisiotomie systématique, et prétextant qu'elle n'avait pas eu le temps de couper pendant la phase d'expulsion.

## **Le droit**

Dans un tel climat, la rétention d'informations est le plus sûr moyen d'entretenir des attitudes submissives. La plupart des parents, en France, ignorent tout de l'article L 1111-4 du Code de la santé publique :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment<sup>19</sup>.

Toujours en France, le personnel soignant et les usagers des services de santé sont liés par un « contrat de soins » cité dans l'article 32 du code de déontologie médicale, en référence à l'arrêt Mercier du 20 mai 1936. Il y est question de « l'entente tacite entre le malade qui se confie et le médecin qui s'engage » :

La conscience professionnelle du médecin implique attention minutieuse, disponibilité et compétence, ainsi qu'une juste appréciation des limites de cette compétence. Elle est conscience aux deux sens du terme : perception lucide d'une situation (médecin conscient) et honnêteté du comportement (médecin consciencieux) : « Fais pour autrui ce que tu voudrais qu'on fist en ton endroit » disait Ambroise Paré, mais ce conseil ne doit pas être un prétexte pour décider, à la place du malade, ce que le médecin juge bon pour lui, suivant un paternalisme même bien tempéré.

C'est à partir de ce cadre contractuel que devraient s'élaborer les projets de naissance, et non dans un simulacre de renégociation des droits des parents<sup>20</sup>.

## **Comment se libérer de la peur?**

La « pensée positive » est une tentative de juguler ou d'exorciser la peur, ce qui revient à contrôler volontairement un mécanisme involontaire. Elle peut donner de bons résultats en l'absence de complications réelles. Mais que faire quand elle s'avère inefficace ? Au moment d'accoucher, la femme est seule avec elle-même et son enfant, « ici et maintenant »... Elle se confronte donc au principe de réalité, qui peut la mettre en conflit avec ses croyances et convictions profondes.

Une situation typique dans les témoignages d'accouchements « sauvages » est celle d'une femme qui croit que son mode de vie (régime alimentaire, pratique sportive ou spirituelle...) lui garantira un accouchement rapide et indolore. Aux premières contractions douloureuses, elle plonge dans l'incertitude et la culpabilisation (« j'ai dû faire des écarts ») et il peut lui être très difficile, dans le feu de l'action, de se raccrocher à une réalité qu'elle n'avait pas du tout envisagée. J'aperçois ici,

---

<sup>19</sup> *Journal officiel* du 5 mars 2002. <<http://www.fraternet.org/afar/loi-article1111-4CSP.htm>>.

Pour le Québec, on peut consulter la page : « Les droits des femmes enceintes ».

<<http://www.petitmonde.com/iDoc/Article.asp?id=22763>>

<sup>20</sup> Voir le site <<http://www.afar.info>> au chapitre du projet de naissance, ainsi que la discussion sur *Gynelist* autour d'un projet particulier : <<http://naissance.ws/docs/gynewebcontrat.htm>>.

dans sa version « alternative », le même processus de « superstition positive » que chez les femmes qui se rendent à la maternité avec une promesse de péridurale, d'accouchement facile et d'assistantat complet.

Une condition première pour se libérer de la peur est que la femme se sente en sécurité. En premier lieu, elle doit être libre de choisir le lieu de son accouchement et les personnes dont elle pourra solliciter l'assistance. Les idées, les attentes, les peurs du père de l'enfant peuvent constituer un obstacle à sa libre prise de décision. Il n'existe pas de méthode toute faite pour gérer un désaccord à ce niveau. Parfois les réflexes d'urgence aboutissent à une solution imprévue, optimale pour les individus autant que pour l'espèce. Ainsi, l'épouse d'un médecin pédiatre avait beaucoup d'appréhension, pour son premier enfant, à l'idée d'accoucher dans le lieu *hi-tech* prévu par son *seigneur-et-maitre*. Le moment venu, elle l'avait dépêché en urgence au supermarché pour acheter quelque chose dont elle aurait *absolument* besoin, profitant de son absence pour accoucher seule dans sa chambre. Une mésaventure semblable est, paraît-il, survenue à un grand patron de l'obstétrique remarié à une jeune femme. De telles anecdotes me font reprendre espoir en l'humanité !

Le lieu choisi par ces femmes insoumises était celui où elles se sentaient en sécurité, ce qui ne veut pas dire qu'il ait été « objectivement » plus sécuritaire qu'un autre. Ici encore je voudrais m'insurger contre ces « Khmers rouges de la vie saine » — des hommes pour la plupart — qui estiment que l'on devrait expédier toute femme enceinte au fin fond d'une forêt, « loin du système »... Le système est en nous, la forêt aussi ; rien ne sert de fuir.

## La sécurité

Les études comparatives sur l'accouchement à l'hôpital, à domicile ou en maison de naissance, ne me semblent pas destinées à dicter des choix, mais plutôt à montrer qu'aucun d'eux ne s'impose plus qu'un autre selon des critères objectivables. Malheureusement, en France, le choix se limiterait aujourd'hui, selon les propositions du rapport Bréart-Puech-Rosé<sup>21</sup>, à celui entre une maternité de niveau I, II ou III, alors que ces chiffres caractérisent uniquement le niveau de technicité des soins néonataux. Ainsi, une mère dont on pronostique en début de grossesse un accouchement difficile se voit automatiquement dirigée vers la maternité de niveau II ou III, qui dispose de matériel et de personnel compétent pour les soins du bébé ou sa réanimation. De sorte que sa grossesse et son accouchement sont « pathologisés » dès les premiers mois sans que son ressenti et ses attentes ne soient pris en compte...

On retrouve le même biais sécuritaire dans la centaine de facteurs de risques dont les sages-femmes doivent aujourd'hui tenir compte aux Pays-Bas ou au Québec pour accepter ou non un accompagnement à domicile ou en maison de naissance. Malheureusement, cette sélection draconienne ne diminue pas significativement le taux de transferts<sup>22</sup>.

La notion de sécurité est bien trop complexe pour se réduire à des prises de décision techniques sur le lieu d'accouchement, le type d'accompagnement et l'efficacité des soins néonataux. On peut la problématiser en observant le décalage entre discours sécuritaire et réalité sociale dans les quartiers « à risque » des cités modernes. Au sujet des banlieues « chaudes », on entend généralement trois discours : celui des jeunes résidents — présumés auteurs de troubles —, celui des non-résidents, et celui des scientifiques (sociologues, criminologues...). Ces discours divergent sur plusieurs points :

---

<sup>21</sup> Rapport Bréart-Puech-Rosé remis au ministre J.F. Mattei en septembre 2003.  
<[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31\\_030917.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_030917.htm)>

<sup>22</sup> En 1995-1996 au Québec, le taux de transfert global des maisons de naissance vers les hôpitaux a dépassé 25% : 10,7% en anténatal, 15,8% pendant le travail, 0,4% en postpartum, plus 3,2% de transferts de nouveau-nés. Ordre des sages-femmes du Québec, *L'accouchement à domicile : un choix éclairé*, document à l'intention de la clientèle, 2001.

- Les jeunes résidents voudraient bénéficier de plus de liberté, moins de « flicage », un environnement plus humain ;
- Les non-résidents (avec eux, la majorité des médias d'information de masse) demandent plus de surveillance, plus de « limites à ne pas dépasser » ;
- Les scientifiques comparent diverses approches sécuritaires sur la base de données factuelles (statistiques).

Ces discours correspondent à trois niveaux de réalité. Chacun dit vrai, mais leurs implications sont inconciliables :

- On ne peut pas avoir en même temps moins de « flics » (demande des jeunes résidents) et plus de flics (demande des non-résidents). Un compromis a consisté à créer une corporation de « flics sympas » qu'on appelle en France « police de proximité ». Mais ces fonctionnaires étaient-ils motivés et formés pour les rôles de médiation qu'ils ont été amenés à jouer ?
- Les données factuelles ne sont rien de plus qu'une vision statistique globale, laquelle ne permet pas forcément de choisir une stratégie dans le cas précis d'une ville, d'un quartier, encore moins d'un petit groupe d'individus.

Traduisons tous ces points dans le domaine de la naissance :

- Les femmes, les parents, demandent plus d'autonomie et un environnement plus humain, à partir du moment où ils n'entendent plus déléguer leurs responsabilités au corps médical.
- Leurs accompagnateurs (sages-femmes ou médecins) demandent plus de surveillance et de mesures préventives. Pour concilier les deux, il y a ce que l'on pourrait appeler « l'obstétrique de proximité » : des médecins et des sages-femmes sympas. Mais ont-ils été préparés à ce rôle, quand on sait que la formation des sages-femmes en France est presque exclusivement orientée vers la pathologie ?
- Les données factuelles sont le plus souvent en contradiction avec les généralisations hâtives des individus, ce qui s'applique autant aux croyances des parents qu'à celles des équipes médicales, enchâssées dans leurs protocoles.

Ici encore on retrouve trois niveaux de réalité. Il leur arrive de se rencontrer dans un débat public, débat qui reste stérile tant qu'il se limite au face-à-face entre la subjectivité de l'expérience parentale et celle de l'expérience des professionnels, comme c'est encore le cas dans les débats télévisés. Pour que le débat devienne constructif, il faut que les prestataires de soins et les usagers soient vraiment à l'écoute de leurs subjectivités respectives, mais qu'ils acceptent aussi d'étayer leurs arguments par des références précises aux données factuelles<sup>23</sup>. Cette démarche suppose un libre accès à l'information et le développement d'outils critiques permettant de la mettre en contexte. Par exemple, les critères en faveur d'un accouchement en siège par voie basse ou par césarienne sont radicalement différents selon que l'accouchement doit avoir lieu en structure, avec tout l'arsenal instrumental, ou dans un environnement plus propice au respect de la physiologie de l'accouchement<sup>24</sup>. Selon le cas, on parlera de « présentation dystocique » (pathologique) ou simplement de « présentation rare ».

Le recours aux données factuelles (*evidence-based*) est encore très sporadique en France, alors qu'au Royaume-Uni il est à l'origine d'une évolution incontestable et irréversible des pratiques et des mentalités depuis plusieurs décennies. Il est clairement énoncé dans le code de déontologie des médecins français. L'article 32 précise :

[Les] soins sont fondés sur les données acquises de la science. C'est la principale limite à la liberté du médecin.

[...]

<sup>23</sup> Voir par exemple la transcription du débat qui s'est tenu près de Charleroi le 14 mars 2002 : <<http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/refl/TextDebat14mars2002.htm>>. Voir aussi l'intervention du Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE) aux *États généraux de la Naissance*, Paris, juin 2003 : <<http://naissance.ws/etats-gen/>>.

<sup>24</sup> Voir <<http://naissance.ws/docs/siege.htm>>



À côté d'une littérature médicale qui, en France, n'a pas toujours la rigueur observée dans d'autres pays, des efforts ont été faits et se poursuivent pour préciser les données sur lesquelles il y a accord (quitte à les revoir en cas de nouveaux progrès), celles sur lesquelles une orientation peut être dégagée sous réserve et celles qui restent franchement incertaines. Les conférences de consensus, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), puis l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui lui a succédé, s'efforcent d'opérer avec rigueur ces distinctions nécessaires pour doter les médecins de repères objectifs et indépendants, sous forme de protocoles, de références médicales, de conclusions de conférences de consensus, etc. ou tout autre document qui devraient se voir reconnaître, sinon un statut spécial, du moins une autre importance que la moindre information émanant d'un médecin isolé ou parrainé par l'industrie ou tout autre sponsor intéressé.

### Quelques données significatives

Un des objectifs de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR<sup>25</sup>) est de mettre à la disposition du public francophone et des professionnels un répertoire aussi étendu que possible d'articles scientifiques permettant d'infléchir ou de modifier leurs pratiques et connaissances à la lumière des données factuelles.

Au Royaume-Uni, la statisticienne Marjorie Tew a démontré que l'amélioration des statistiques périnatales dans la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle n'est pas due, comme le prétend la légende urbaine, à la médicalisation de l'accouchement, mais à l'amélioration du niveau de vie.

Les recommandations du rapport parlementaire de 1992, auquel succéda en 1993 le rapport gouvernemental *Changing Childbirth*, auraient dû modifier radicalement la direction des soins de maternité; les mères, et non les médecins, devaient désormais être les premières à décider quels soins répondent le mieux à leurs intérêts et à ceux de leurs bébés<sup>26</sup>.

Tew démontre toutefois, dans cet ouvrage initialement publié en 1995, que bien des espoirs d'une transformation radicale des services de maternité selon l'approche *evidence-based* prônée par ces rapports ont été déçus. Il reste qu'en 2004 plusieurs indices sont nettement meilleurs au Royaume-Uni qu'en France. C'est bien la médecine factuelle qui a fait chuter de 53,4% à 13% le taux d'épisiotomies en Angleterre entre 1978 et 2001. Il est aujourd'hui de 9% pour les accouchements spontanés en vertex. En France, il était encore en 1998 de 53% en moyenne, dont plus de 70% pour les primipares, avec des taux frisant les 90% dans certaines maternités, et la moyenne nationale en 2003 serait de 44%<sup>27</sup>.

Autre avancée appréciable : la loi anglaise interdit à un médecin d'utiliser l'argument de la sécurité pour dissuader une femme en bonne santé d'accoucher à domicile avec l'aide d'un professionnel qualifié, car une telle indication serait mensongère au regard des données épidémiologiques<sup>28</sup>. Autrefois marginalisé à 1% des naissances, l'accouchement à domicile a doublé aujourd'hui au Royaume-Uni, pour atteindre 20% (taux comparable à celui des Pays-Bas) dans une ville comme Torbay<sup>29</sup>. Au Pays de Galles, plusieurs villes en sont aussi à 20%

---

<sup>25</sup> Voir <<http://www.afar.info>>.

<sup>26</sup> Marjorie Tew, *Safer Childbirth ? A Critical History of Maternity Care*, Londres, Free Association Books, 1998, 4<sup>e</sup> de couverture.

<sup>27</sup> Voir <<http://afar.ws/episiotomie.htm>>

<sup>28</sup> Sur la sécurité de l'accouchement à domicile, voir Henci Goer, « L'accouchement à domicile — mythes et réalités », traduction de « Home Birth », dans H. Goer, *Obstetrical Myths Versus Research Realities : A Guide to the Medical Literature*, Westport, Bergin and Garvey, 1995, p. 331-347. <<http://naissance.ws/docs/homebirth-fr.htm>>

<sup>29</sup> Françoise Bardes, « Changing Birth », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 288 (2000), p. 54-55. <<http://naissance.ws/docs/changer-naissance.htm>>

d'accouchements à domicile, et la proportion de 10% a maintenant été prise comme objectif sur l'ensemble du territoire<sup>30</sup>.

Dans les pays du Tiers-Monde, on observe la même tendance susceptible de remettre en cause le dogme sécuritaire du « tout médical ». Une démographe écrivait par exemple qu'en Inde rurale la mortalité périnatale avait été divisée par 10 depuis l'Indépendance en 1947, tout cela sans aucune médicalisation<sup>31</sup>.

Aux Pays-Bas, l'étude de Wiegers et de ses collègues montre que, à risque obstétrical comparable, avec les mêmes sages-femmes accompagnantes, les niveaux de sécurité de l'accouchement à domicile et en « centre de naissance » (*polyklinik*) sont identiques, alors que l'accouchement en structure se traduit par plus d'interventions inutiles. Les résultats périnataux sont en fait légèrement meilleurs pour l'accouchement à domicile<sup>32</sup>. Ce genre d'étude remet en cause l'argument sécuritaire avancé, sans preuve, à l'appui des projets de maisons de naissance en France.

Cela dit, la médecine factuelle permet de dénoncer des mythes et de remettre à zéro le compteur des croyances, mais pas toujours d'effectuer des choix individuels. Les statistiques gomment en effet l'extrême diversité des situations et la grande variabilité des phénomènes physiologiques impliqués dans l'accouchement. Comment gérer cette variabilité en structure ? Ou plutôt, comment l'accommoder à la nécessaire mise en place de protocoles hospitaliers ? Au niveau de réalité des accompagnateurs ? Au risque médico-légal ? La réponse, en France, a toujours été d'effectuer le maximum d'interventions pour se couvrir légalement, bien que les données factuelles aient montré la dangerosité de cet interventionnisme. Mais aucun procès, jusqu'ici, n'a eu lieu à cause de trop d'interventions obstétricales. Les médecins et les institutions peuvent être condamnés pour n'avoir pas fait ce qu'il fallait faire, mais jamais pour en avoir trop fait.

Un exemple typique est l'augmentation inquiétante du nombre de césariennes, présentées comme l'option la plus sécuritaire pour les mères et les bébés. Or, pour ces derniers, la fréquence de la détresse respiratoire transitoire pour les accouchements vaginaux est de l'ordre de 2,6%, alors que l'on atteint, à un âge gestationnel équivalent, 5 à 10% pour les césariennes. Aujourd'hui, même une femme multipare avec une grossesse sans risque peut se voir imposer une césarienne si son enfant se présente en siège, pour des raisons qui tiennent plus au médico-légal qu'au médical<sup>33</sup>.

Au Québec, il a été envisagé récemment (2004) de libéraliser le recours à la césarienne, sur simple décision de la mère en l'absence d'indication médicale. Commentaire d'une sage-femme :

On commence par rendre l'accouchement « technologique », soit une espèce de boucherie médicale dangereuse, puis on le compare à la solution élégante de la césarienne, et le tour

---

<sup>30</sup> Key principle 1.3, Briefing Paper 4, *Delivering the Future in Wales : A Framework for Realizing the Potential of Midwives in Wales*, Welsh Assembly Government, juin 2002.

<sup>31</sup> Pauline Kolenda, « Fewer Deaths, Fewer Births », *Manushi*, n° 105 (mars-avril 1998), p. 5-13. En 1994, la mortalité périnatale des femmes indiennes était entre 3 et 5 pour mille contre 0,05 à 0,25 pour mille dans les pays industrialisés. Voir Vd. Smita Bajpai et Dr. Mira Sadgopal (dir.), *Her Healing Heritage*, Ahmedabad, Centre for Health Education Training and Nutrition Awareness, 1996, p. xv. Selon l'UNICEF, la mortalité infantile avant l'âge d'un an était de 8,1 % en 1995, soit quatre fois plus élevée que la moyenne mondiale. Ces chiffres ne nous renseignent pas directement sur la mortalité infantile périnatale.

<sup>32</sup> A. Wiegers, M.J.N.C. Keirse, J. van der Zee et G.A.H. Berghs, « Outcome of Planned Home and Planned Hospital Births in Low Risk Pregnancies : Prospective Study in Midwifery Practices in the Netherlands », *British Medical Journal*, n° 313 (1996), p. 1309-1313. <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7068/1309>>. Résumé en français : <<http://naissance.ws/docs/wiegers/>>.

Voir aussi : Raymond G. DeVries et Rebeca Barroso, « Midwives Among the Machines : Recreating Midwifery in the Late 20<sup>th</sup> Century », dans H. Marland et A. M. Rafferty (dir.), *Midwives, Society and Childbirth : Debates and Controversies in the Modern Period*, Londres, Routledge, 1997, p. 248-272. <<http://www.stolaf.edu/people/devries/docs/midwifery.html>>

<sup>33</sup> Voir l'étude citée à la note 24 <<http://naissancews/docs/siege.htm>>.

est joué : « Mesdames, vous êtes totalement inaptes à donner naissance sans danger pour vous et vos enfants, laissez donc faire les docs ! »

### Sortir de la cage...

Dans un forum public, des patientes françaises notent leurs gynécologues en racontant leur expérience des visites médicales pendant la grossesse<sup>34</sup>. Bien que la plupart des commentaires soient positifs, parfois même enthousiastes, quelques femmes relatent des expériences traumatisantes. Bien qu'écrits sous le coup de l'émotion, ces témoignages sont révélateurs d'un irrespect du consentement éclairé des patientes.

[...] la palme de la barbarie revient à ce méd... à ce boucher qui s'est trompé de vocation. Il commence par vous prescrire des piqûres d'hormones au cas où..., fait une échographie à chaque visite, et ne s'émeut pas de voir votre bout de chou tenter d'échapper à... la sonde endo-vaginale !!!

À chaque consultation, vous avez droit au spéculum et autres palpations faites avec tant de douceur que votre ventre se transforme en béton armé pendant plusieurs jours. Les seins sont également palpés plus que de raison me semble-t-il... ????

Ce type de doléance est assez fréquent dans les échanges de nos listes de discussion<sup>35</sup>. Certains praticiens s'expriment avec cynisme<sup>36</sup> en exploitant la situation de fragilité dans laquelle se trouve une femme enceinte lorsqu'on lui annonce une anomalie dans le déroulement de sa grossesse. Une jeune femme écrit :

Deuxième et dernière consultation, de l'ordre : « Bon, eh bien, il va falloir faire une césarienne, le bébé est en siège ». Moi, ignorante : « Ah bon, pourtant la sage-femme m'a dit la semaine dernière que vous encouragiez plutôt la voie basse. Il est trop gros ? » — « Non, justement, il est trop petit (?), et puis si vous savez mieux que moi vous faites votre petite obstétrique et vous accouchez chez vous ! » Là, je pleure. « Et puis ce n'est pas la peine de pleurer, hein ! Vous avez lu la notice sur l'accouchement en siège ? Parce que, si vous ne l'avez pas lue, sachez que j'ai autre chose à faire que de passer mes week-ends à rédiger des notices sur l'accouchement en siège ! » Moi, toujours en pleurs : « Je pense qu'il vaudrait sans doute mieux que ce ne soit pas vous qui m'accouchiez... » Lui : « Mais vous croyez que j'ai envie de vous accoucher ? Mais j'ai des assistants pour ça ! »

Des exemples encore plus flagrants d'abus d'actes médicaux sont la pratique fréquente (sans aucun consentement) du décollement des membranes lors de la dernière auscultation avant l'accouchement, qui équivaut à un déclenchement, et le harcèlement des femmes qui refusent la péridurale.

La situation de la naissance en France me fait penser à celle d'un pays où 99% des gens seraient incarcérés sans même savoir quelle faute ils ont commise. Quelques agents pénitentiaires compatissants leur proposent des promenades dans une cour de récréation. Au loin, derrière les grillages et miradors du médico-légal, ils aperçoivent des spécimens des 1% « d'insoumis » qui vivent en liberté. On leur explique que ce sont des gens dangereux ! Une secte, peut-être ? J'ai

---

<sup>34</sup> Forum *monbebe.com* : « Les patientes notent leurs gynécologues »  
<<http://www.monbebe.com/articles/cons-patientes.html>>, 21/05/2004.

<sup>35</sup> Un cahier de doléances a été mis à disposition du public francophone sur  
<<http://users.swing.be/carrefour.naissance/doleances.htm>>.

<sup>36</sup> Leur ton rappelle celui de confrères qui s'étaient exprimés sur *Gynelist* à propos d'un projet d'accouchement, voir note 20.

déjà entendu ce discours, mais les sectes qui cherchent à enrôler les femmes enceintes n'ont aucune difficulté à s'infiltrer dans le système<sup>37</sup>...

« Il ne faut pas faire peur aux femmes ! » protestait une sage-femme dans un débat public sur l'épisiotomie, où nous venions de faire état de la centaine d'articles scientifiques préconisant l'abandon de l'épisiotomie prophylactique<sup>38</sup>. C'est une litanie que l'on entend sans cesse dès qu'il s'agit de libérer l'information afin que les parents prennent en charge leurs décisions, en leur âme et conscience et sur la base de données factuelles, au lieu de se plier aux protocoles désuets, souvent infondés, qui leur sont imposés par les équipes soignantes.

Cette sage-femme avait raison, mais pour une toute autre raison : il ne faut pas faire peur aux femmes, car elles ont besoin d'assez de cran pour faire peur à celles ou ceux qui, par ignorance, peuvent attenter à leur intégrité physique.

### Se réapproprier la naissance

En France, l'article 56-1 du Code civil précise : « *La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.* » L'exigence d'un certificat médical est donc une pratique abusive<sup>39</sup>. Malgré cela, dans la plupart des mairies, toute personne qui vient déclarer une naissance sans présenter de certificat médical est soumise à un harcèlement administratif, d'autant plus lorsque la naissance a eu lieu à domicile. L'AFAR propose actuellement l'intervention d'un avocat auprès du maire ou du procureur de la République pour mettre fin à ces abus.

La « démedicalisation » de la naissance ne se limite donc pas au refus d'actes médicaux dont la nécessité n'est pas prouvée. Elle implique un renversement de point de vue qui replace cet événement au centre de la vie familiale, alors qu'il a tendance aujourd'hui à se désintégrer, se déshumaniser, dans un univers techno-médical gouverné par des règlements sur lesquels les citoyens n'ont aucune prise. Elle s'insère dans un courant de pensée écologiste qui prône une « décroissance soutenable » sans pour autant imposer un immobilisme conservateur<sup>40</sup>.

Ce changement de perspective suppose le développement d'une conscience *critique* de la réalité sociale globale dans laquelle nous vivons. L'expérience des ateliers d'auto-apprentissage<sup>41</sup> inspirés de Paolo Freire nous a conduit à mettre en place, d'abord sur des listes de discussion d'Internet, puis dans les *forums de libre parole*, à l'occasion de rencontres<sup>42</sup>, un mode d'échange privilégiant la démarche critique.

Le message central de Paolo Freire consiste à dire que notre capacité de connaissance dépend de notre aptitude à « problématiser » la réalité naturelle, culturelle et historique dans laquelle nous sommes immergés. La problématisation est l'antithèse d'une approche technocratique axée sur la « résolution de problèmes ». Pour résoudre un problème, un expert prend de la distance avec la réalité, en analyse ses différents constituants, invente

---

<sup>37</sup> Voir les interventions de l'OMAEP/ANEP/Fraternité blanche universelle, dans Bernard Bel, *Infiltration de mouvements religieux dans le milieu naissance-périnatalité*, 2003.

<<http://bioethics.ws/society/religion/omaep/infiltration.htm>>

<sup>38</sup> Voir la compilation de la base de données de l'AFAR :

<<http://naissance.ws/docs/episio-compil.pdf>>

<sup>39</sup> Sophie Gamelin-Lavois et Martine Herzog-Evans, *Les droits des mères (1) : La grossesse et l'accouchement*, op. cit., p. 96 et suiv.

<sup>40</sup> Serge Latouche, « À bas le développement durable ! Vive la décroissance conviviale ! »,

<http://www.decroissance.org/textes.htm>.

<sup>41</sup> Dont nous avons pris connaissance au *Centre for Cooperative Research in Social Sciences* de Pune (Maharashtra, Inde), voir <http://ccrss.ws>.

<sup>42</sup> Voir <<http://naissance.ws/rencontres/>>

des moyens de résoudre les difficultés de la manière la plus efficace, et finalement décrète une stratégie ou une ligne de conduite. Cette manière de procéder, selon Freire, distord la réalité de l'expérience humaine en la réduisant aux seules dimensions qui se prêtent à un traitement comme de simples problèmes à résoudre. Alors que problématiser, selon lui, revient à engager une population entière dans le projet de codifier la réalité dans son ensemble, au moyen de symboles qui permettent ensuite aux gens d'exercer une conscience critique [...] et de devenir des agents de transformation de leur réalité sociale. C'est alors qu'ils deviennent des sujets, et non plus seulement des objets, de leur propre histoire<sup>43</sup>.

Le travail accompli en France et dans les pays francophones depuis plusieurs années, sur Internet<sup>44</sup>, dans les rencontres, les festivals, les conférences, les réunions associatives, a contribué à reconstruire un tissu social autour de la naissance : un réseau de parents et de professionnels informés, motivés et responsables<sup>45</sup>. Mais, pour que ces citoyens deviennent aussi des « des agents de transformation de leur réalité sociale », il était nécessaire de les doter d'une force d'intervention qui opère à trois niveaux :

- Mettre à disposition de tous l'information scientifique et juridique, pour tout ce qui touche à la périnatalité, au moyen d'ouvrages et de bases de données en ligne gérées par des bénévoles ;
- Mettre en place un soutien juridique pour anticiper les litiges (projets de naissance), faire valoir les droits des parents (recours concerté à la suite de pratiques abusives, création d'un fonds de solidarité...);
- Effectuer un travail de *lobbying* auprès des autorités sanitaires pour l'adoption de nouvelles règles de bonne pratique.

Les deux premiers niveaux relèvent directement de l'AFAR, <[www.afar.info](http://www.afar.info)>, association qui s'inscrit dans une démarche similaire à celle d'AIMS au Royaume-Uni. Le troisième relève, en France, du Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance <[naissance.ws/CIANE/](http://naissance.ws/CIANE/)>.

### **Le sens de la liberté**

Ce plaidoyer pour une naissance « insoumise » se démarque clairement, nous l'espérons, d'un militantisme revendicatif qui se réduit à négocier de nouveaux espaces de liberté pour les parents (et une catégorie de professionnels), admettant implicitement que la naissance ne peut pas être envisagée en dehors de l'institution médicale qui l'a ritualisée<sup>46</sup>. Comme chaque événement de notre vie, une naissance « insoumise » peut être entourée d'actes médicaux, chaque fois que nécessaire, mais, comme le rappelle le rapport Bréart-Puech-Rosé, « *il est fondamental que les femmes enceintes et leur partenaire aient un rôle actif dans le choix de leur filière de soins, du lieu de leur accouchement et de l'organisation du post-partum*<sup>47</sup> ».

Jean Cavaillès, philosophe et résistant, écrivait : « *On ne se bat pas pour être libre, mais parce qu'on l'est déjà.* »

---

Né en 1949, docteur en sciences, Bernard Bel travaille comme ingénieur de recherche au Laboratoire Parole et Langage (CNRS et Université de Provence). Jusqu'en 1994, il s'intéressait

---

<sup>43</sup> Denis Goulet, « Introduction », dans Paolo Freire, *Education for Critical Consciousness*, New York, Continuum, 2002 (1<sup>re</sup> édition : 1973), p. ix.

<sup>44</sup> Voir les liens du Portail *Naissance* : <<http://naissance.ws>> et les échanges publics sur la liste « Re-Co-Naissances » : <<http://fr.groups.yahoo.com/group/Re-Co-Naissances/>>

<sup>45</sup> Bernard Bel, *Naissance d'une communauté virtuelle*, 2003. <<http://naissance.ws/docs/communautevirt.htm>>

<sup>46</sup> Robbie Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press, 2004 (2<sup>e</sup> édition). <[http://www.davis-floyd.com/bks\\_index.html](http://www.davis-floyd.com/bks_index.html)>

<sup>47</sup> Voir note 20.

principalement à la conception d'outils de recherche en musicologie et en composition assistée par ordinateur, ainsi qu'aux études transculturelles sur les arts du spectacle. En détachement au Centre de sciences humaines de New Delhi (ministère des Affaires étrangères) de 1994 à 1998, il a coordonné le programme de recherche « *Culture, Communication et Pouvoir* ». En fin de séjour, il a secondé son épouse Andréine dans une enquête auprès des sages-femmes traditionnelles de l'Inde rurale. De retour en Europe, il s'est engagé dans la promotion d'une approche « citoyenne » de la périnatalité. Il est secrétaire fondateur de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté ([www.afar.info](http://www.afar.info)).