



L'ACCOUCHEMENT, VERS UNE RÉVOLUTION FÉMINISTE ?

Marie-Hélène LAHAYE

Juriste et auteure du blog « Marie accouche là »

Le texte qui suit nous paraît représentatif du type d'intervention qui ont initié le débat public autour de la gynécologie, et en particulier des pratiques mises en œuvre lors de l'accouchement. C'est à ce titre que nous le publions ici. Il s'inscrit dans une approche que l'on peut qualifier libertaire, — là où nous sommes et restons attachées à une grille d'analyse matérialiste des rapports sociaux de sexe. D'autres tenants de ce courant, comme Martin Winckler (alias Marc Zaffran), bien que s'inscrivant dans également dans cette optique libertaire, soulignent à juste titre que l'on peut difficilement assimiler la formation des médecins, et les pratiques des gynécologues en France et en Belgique, par exemple.*

Ces derniers mois sont marqués par une prise de conscience dans certains milieux féministes des violences obstétricales infligées aux femmes lorsqu'elles accouchent. Le thème de l'accouchement figurait au programme du colloque de Sophia « Unruly Bodies » en 2015. Cet été, France Culture a consacré une émission aux nouveaux féminismes, « Nos corps, nos choix »¹, inscrivant l'accouchement dans le prolongement des droits sexuels et reproductifs des femmes. Il y a dès lors lieu d'analyser comment le mécanisme de domination masculine s'est mis en place sur le corps des futures mères et quels sont les enjeux féministes autour de la naissance.

LE RÈGNE DE LA PEUR ET DE L'IGNORANCE

Malgré l'élévation constante du niveau d'instruction des femmes au fil des décennies et malgré la pléthore d'informations censées être disponibles à l'heure d'internet, il est étonnant de constater le faible niveau de connaissance qu'ont les femmes du processus d'accouchement.

Pour la plupart des gens, l'accouchement est un événement mystérieux, dangereux et qui nécessite l'aide d'une personne qualifiée et des gestes précis pour être mené à bien. Peu sont conscients que l'enfantement est un processus se déroulant tout seul, au cours duquel le

corps expulse le fœtus jusqu'à sa naissance, grâce à une succession de réflexes. L'ignorance est encore plus grande autour des causes de mortalité en couche qui décimaient les femmes dans les temps reculés, ce qui entoure cet événement mystérieux de peurs irrationnelles.

Les séances de préparation à la naissance elles-mêmes s'évertuent surtout à expliquer aux futures mères les gestes médicaux qu'elles devront subir plutôt qu'à leur donner des clés pour qu'elles puissent mettre au monde leur enfant par elles-mêmes en toute confiance et sérénité. Quant aux représentations de l'accouchement véhiculées dans la société par le cinéma, elles ont avant tout pour vocation à mettre en scène une séquence dramatique où la vie de la mère est en danger pour les besoins d'un scénario, ou à susciter le rire en tournant l'événement à la farce dans une comédie familiale, ce qui brouille encore plus l'image réelle de ce qu'est l'enfantement auprès du grand public.

Les futures mères abordent dès lors leur accouchement telles des oies blanches, en se rendant à la maternité comme leurs arrière-grands-mères pénétraient dans la chambre nuptiale, en se remettant corps et âme entre les mains d'une autre personne. Bon nombre d'entre elles en sortent meurtries, en ayant subi la naissance de leur enfant comme une succession d'agressions dans leur chair, avec le sentiment de s'être vu « voler » cet événement

fondamental de leur parcours de femme, parfois en ayant vécu des humiliations et de l'infantilisation de la part du personnel soignant, voire en s'étant vu infliger un véritable viol².

LA DOMINATION MASCULINE SUR LE CORPS DES FEMMES

Lorsque l'on se plonge dans l'Histoire de l'accouchement³, la première chose qui saute aux yeux est la mainmise des médecins masculins sur le corps des femmes dès la fin du Moyen Âge, avec une intensité de plus en plus grande durant les quatre siècles suivants, dans un contexte sociétal de misogynie croissante et sur fond de chasse aux sorcières qui visait en particulier les sages-femmes⁴.

L'exemple le plus révélateur de cette domination masculine s'illustre par l'obligation faite aux femmes de donner naissance en étant couchée sur le dos. En 1663, Louise de la Vallière, alors maîtresse de Louis XIV, s'apprête à mettre au monde le premier enfant issu de leur relation illégitime. Le Roi, connu pour ses frasques sexuelles et mondaines, aurait convaincu son médecin d'installer son amante couchée sur le dos afin qu'il puisse assister à la naissance en étant caché derrière une tenture⁵. Cinq ans plus tard, le médecin-chirurgien du Roi, François Mauriceau, publie le très influent « Traité des Maladies des

Femmes Grosses et de celles qui sont accouchées » prônant cette position gynécologique. Cet ouvrage sera traduit dans plusieurs langues et répandu dans toute l'Europe. Il sera notamment traduit en anglais par le médecin britannique Hugh Chamberlen, l'héritier direct du forceps inventé par son père⁶. Dès cet instant, l'alliance entre la douloureuse position d'exhibition et l'agressif instrument d'extraction a scellé le sort des femmes occidentales qui vont se voir imposer ce mode d'accouchement pendant plusieurs siècles.

Cette position est la plus inconfortable et la plus douloureuse pour les femmes parce qu'elle les oblige à supporter un poids qui écrase leurs organes, empêche une bonne oxygénation, et est contraire à tous les signaux que leur envoient leur corps pour adopter une position plus adéquate. C'est aussi la position qui provoque le plus de complications, puisque le bassin est compressé, ce qui empêche le bébé de passer (il suffit pour une femme de se mettre à quatre pattes pour que 80 % des dystocies soient résolues⁷), ce à quoi la médecine répond par des forceps, ventouses et césariennes qui sont autant d'agressions supplémentaires. C'est enfin la position la plus absurde parce qu'elle oblige non seulement le corps à expulser le bébé horizontalement, sans bénéficier de la pesanteur, mais même à le faire remonter à la sortie du bassin⁸.

Une des raisons du succès de cette position absurde et douloureuse, est probablement le statut du médecin. En effet, toute autre position que la parturiente adopterait spontanément est une position plus verticale, ce qui oblige l'obstétricien à se baisser. Or, quel médecin, fort de ses douze ans d'études et de sa stature sociale, accepterait de s'agenouiller chaque jour aux pieds des femmes qui accouchent ? La position gynécologique, comme la position du missionnaire, répond au critère de domination masculine : la femme est couchée, immobile et de préférence silencieuse, tandis que le médecin est debout, surplombant, dominateur et jouissant de toute la liberté d'action, de parole et de mouvement.

LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE ÉRIGÉE EN NORME

Les femmes qui accouchent doivent non seulement adopter cette position de soumission, mais en plus endurer bon nombre de gestes douloureux et invasifs, appliqués par habitude et protocole plutôt que par nécessité médicale.

L'obstétrique véhicule une conception misogynne des parturientes en considérant que les femmes sont par nature dangereuses pour elles-mêmes et leur bébé, et qu'elles sont

inaptes à assurer la fonction que leur anatomie a pourtant prévue, à savoir mettre leur enfant au monde. Par exemple, une croyance répandue durant tout le XX^e siècle était que les femmes avaient plus de difficulté pour accoucher que les autres mammifères en raison de l'évolution des humains vers la station debout et de la déformation du bassin que cette position aurait induite. En 2006, la paléontologue July Bouhallier a, dans sa thèse de doctorat, démontré que cette croyance était infondée, en se basant sur l'analyse d'un grand nombre de squelettes préhistoriques et contemporains⁹. Dix ans plus tard, il est pourtant encore fréquent d'entendre cette idée reçue dans la bouche de certains obstétriciens qui justifient les contraintes et gestes invasifs imposés aux parturientes par l'inadéquation du corps féminin à l'enfantement.

Ainsi, dès leur arrivée à l'hôpital, les femmes subissent des gestes médicaux perturbant leur accouchement. Ces gestes en appellent d'autres, provoquant ainsi, tout au long du processus, une cascade d'actes¹⁰ de plus en plus violents allant jusqu'à mettre en danger la femme et le bébé, pour aboutir à une naissance à l'aide d'instruments, dans le stress, la peur et la précipitation du personnel médical. Par exemple, une arrivée en catastrophe à la maternité, puis un accueil désagréable suivi d'un toucher vaginal intrusif peuvent provoquer un stress entraînant une hausse d'adrénaline, hormone antagoniste à l'ocytocine indispensable à l'accouchement. Les contractions sont alors ralenties, ce à quoi la sage-femme répond par une injection d'ocytocine de synthèse en intraveineuse. Celles-ci deviennent alors violentes, rapprochées et surtout très douloureuses, laissant à peine la possibilité à la parturiente de reprendre son souffle dans l'étau qu'est devenu son ventre. L'anesthésiste est appelé à la rescousse pour poser une péridurale et apaiser chimiquement la future mère. Cet analgésique engourdit la zone du bassin, perturbant la progression du fœtus jusqu'à provoquer une dystocie¹¹. C'est alors qu'arrive l'obstétricien muni de forceps ou ventouse pour extraire le bébé de force, puis à colmater tant bien que mal une hémorragie de la délivrance provoquée par les injections d'ocytocine durant tout le travail¹².

Un autre déroulement classique consiste à provoquer la naissance parce que la date théorique d'accouchement est dépassée, ce qui est d'autant plus fréquent en Belgique où une grossesse est censée durer 40 semaines d'aménorrhée alors qu'elle est de 41 semaines dans la plupart des pays occidentaux. Ce déclenchement entraîne des contractions insoutenables exigeant l'intervention de l'anesthésiste ainsi qu'un contrôle permanent

du rythme cardiaque du fœtus contraignant la future mère à l'immobilité. Ces entraves perturbent la progression de l'enfant dans les voies vaginales, tout en l'emprisonnant dans un utérus sur-stimulé. S'en suivent des signes de souffrance fœtale obligeant d'abrégé l'accouchement au bloc opératoire par une césarienne impromptue, suivie d'une réanimation en urgence d'un bébé à l'article de la mort¹³.

Chaque geste médical est pourvu d'une liste d'effets secondaires et présente des risques particuliers, induisant autant de combinaisons de complications et d'enchaînements de problèmes auxquels les hôpitaux sont bien organisés pour faire face par un catalogue de gestes médicaux standardisés. C'est ainsi que ces 30 dernières années ont connu une progression constante d'actes, notamment un nombre de césariennes qui est passé de 10 % en 1980 à 20 % en 2010 sans faire baisser significativement la mortalité périnatale¹⁴. Inversement, dans les lieux promouvant la naissance respectée, que ce soit à domicile ou en maison de naissance, toutes données égales par ailleurs, les femmes courent quatre fois moins de risque de voir leur accouchement se terminer en césarienne, sans pour autant conduire à une augmentation du nombre de décès tant pour les mères que pour les bébés¹⁵.

Si notre société accepte que les femmes subissent une cascade d'actes médicaux douloureux, mutilants et traumatisants au moment où elles mettent leur enfant au monde, c'est en raison des peurs ancestrales liées à la mortalité maternelle très élevée durant les siècles précédents et de la croyance que l'accouchement à l'hôpital sauve dorénavant les mères.

Pourtant, l'Histoire nous apprend que la baisse drastique de la mortalité maternelle n'est liée ni à l'obstétrique, ni à la médicalisation de l'accouchement. La mortalité a baissé grâce, d'une part, à l'amélioration des conditions de vie des femmes et en particulier leur possibilité de ne plus subir des grossesses en grand nombre, et, d'autre part, à deux découvertes fondamentales en médecine générale : l'asepsie et les antibiotiques¹⁶.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, entre 1 000 et 3 000 femmes mourraient en couche pour 100 000 naissances. La fièvre puerpérale faisait des ravages. Cette infection mortelle était liée au manque d'hygiène, en particulier dans les hôpitaux qui étaient de véritables mouroirs où accouchaient les femmes pauvres (prostituées, domestiques) dépourvues de toit¹⁷.

Durant le XIX^e siècle, la mortalité maternelle a chuté de moitié grâce la découverte par Louis Pasteur de la théorie microbienne, et de la

généralisation des règles d'asepsie dans les hôpitaux¹⁸.

L'effondrement de la mortalité maternelle pour atteindre le niveau d'aujourd'hui (moins de 10 décès de mères pour 100 000 naissances) a eu lieu de façon spectaculaire juste après la Seconde guerre mondiale, entre 1945 et 1950, grâce aux antibiotiques qui ont permis de réaliser des césariennes qui ne tuaient plus les femmes¹⁹.

Pourtant, ce n'est que 15 ans plus tard, c'est-à-dire dans les années 1960, qu'accoucher à l'hôpital est devenu la norme. Cette nouvelle façon de mettre son enfant au monde sous le contrôle le plus absolu du pouvoir médical, n'était pas une victoire des femmes pour ne plus donner naissance à la maison. Elle était au contraire l'aboutissement d'une campagne massive et délibérée mise en place par les politiques dès le début du XX^e siècle dans un souci d'encouragement de la natalité, en parallèle à la restriction de l'accès à la contraception et à l'interdiction de l'avortement²⁰.

UNE RÉVOLUTION AU XXI^e SIÈCLE ?

En ce début du XXI^e siècle, il est possible, sur base des connaissances techniques, médicales et historiques, d'envisager autre chose pour les futures mères.

Et si les femmes n'étaient plus réduites à leur sexe ou à leur utérus, mais considérées comme des êtres humains doués de raison et de discernement, capables de poser des choix librement consenti ? Y compris pour leur accouchement ? Chaque femme reprendrait alors pleinement possession de son corps, non seulement au moment de la conception, mais durant toute sa grossesse jusqu'à la naissance de son enfant. La question qu'elle se poserait ne serait plus « dans quel hôpital je vais accoucher ? », mais « quel accouchement je veux ? ». Elle choisirait librement, en fonction de ses convictions et de sa personnalité, entre toutes les méthodes qui seraient mises à sa disposition : accouchement à domicile, en maison de naissance, en plateau technique accompagnée d'une sage-femme libérale, à la maternité ou dans tout autre lieu qui lui convient le mieux.

Si elle choisissait d'accoucher à l'hôpital, que ce soit pour des raisons médicales, pour avoir accès à la péridurale ou parce que la médicalisation la rassure, elle y serait traitée avec le plus grand respect. Dans tous les cas, les sages-femmes, obstétriciens et professionnels de la santé se mettraient, en toute humilité, au service de la femme qui accouche, en faisant preuve d'une bienveillance inconditionnelle et d'un soutien indéfectible, en respectant ses désirs et ses volontés, en perturbant le moins

possible le processus biologique de la naissance, en ne posant aucun acte qui ne soit pas indispensable, et en n'assurant qu'une observation discrète pour pouvoir réagir, toujours en accord et dialogue avec la femme, en cas de complication.

Replacer les femmes au cœur du processus demande de revoir complètement la façon dont

la société considère la naissance. Permettre aux femmes de se réapproprier leur corps au moment où elles donnent la vie implique un renversement complet des rapports de force. Rendre les femmes maîtres de leur accouchement exige ni plus ni moins une révolution. Car depuis 400 ans les femmes accouchent comme les hommes leur disent de le faire. ■

* Voir notamment le texte suivant, disponible en ligne : « La maltraitance médicale est (vécue comme) un viol », sur Martin Winckler.com/spip.php?article 1137

1 Émission disponible en podcast : www.franceculture.fr/emissions/grande-traversee-womens-pow-les-nouveaux-feminismes/nos-corps-nos-choix.

2 Voir par exemple les nombreux témoignages recueillis sur le site « Mon corps, mon bébé, mon accouchement » <https://moncorpsmonbebe.monaccouchement.wordpress.com/>

3 Voir notamment les nombreux ouvrages de trois historiens français de références dans le domaine de la naissance que sont Jacques Gélis, Yvonne Kniebeher et Marie-France Morel.

4 Silvia Federici, « Caliban et la Sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive », *Entremonde*, 2014 ; Barbara Ehrenreich et Deirdre English, « Sorcières, sages-femmes et infirmières », 1973.

5 Pierre Sue, *Anecdotes historiques : littéraires et critiques, sur la médecine, la chirurgie et la pharmacie*, Amsterdam, 1785, p. 30.

6 Alexander Tweedie, *The library of medicine*, Vol. 6. *Midwifery*, London, 1861, p. 143.

7 Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM, « All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor », *The Journal of Reproductive Medicine*, 43(5):439-443, 1998.

8 Rebecca Dekker, *What is the evidence for pushing positions ?*, Evidence Based Birth, 2012.

9 July Bouhallier, *Évolution de la fonction obstétricale chez les hominoides : analyse morphométrique tridimensionnelle de la cavité pelvienne chez les espèces actuelles et fossiles*, thèse de doctorat, 2006.

10 James W. Mold, Howard F. Stein, « The Cascade Effect in the Clinical Care of Patients », *The New England Journal of Medicine*, 1986.

11 Sarah J. Buckley, « Epidurals : risks and concerns for mother and baby », *Mothering* n°133, 2005.

12 Haute autorité de santé, *Recommandations pour la pratique clinique, hémorragies du post-partum immédiat*, novembre 2004 ; Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), *Mortalité maternelle : diminution de la mortalité par hémorragies*, novembre 2013 ; Jérémie Belghiti, Gilles Kayem, Corinne Dupont, René-Charles Rudigoz, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Catherine Deneux-Tharaux, *Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage : a population-based,*

cohort-nested case-control study, *BMJ Open*, 2011.

13 Peggy Peck, « Preinduction Cervical Ripening Significantly Increases Risk of Cesarean », *Medscape*, 30 April 2003 ; John D. Yeast, Angela Jones, Mary Poskin, « Induction of labor and the relationship to cesarean delivery : A review of 7001 consecutive inductions », *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 1998.

14 Marie-Hélène Bouvier-Colle, Emmanuelle Szego, « La mortalité maternelle en France depuis 1945 », *La population de la France*, Tome II, 2005, pp. 373-384 ; Marianne Philibert, Fabien Boisbras, Marie-Hélène Bouvier-Colle, « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* n°50, 2006, pp. 392-395.

15 Annick Monod, « Un médecin le dit : la maison de naissance fait mieux que l'hôpital », association des Médecins du canton de Genève, 30 septembre 2010. Étude complète disponible sur internet : « L'accouchement en maison de naissance plus physiologique : 4 fois moins de risque d'y accoucher par césarienne ! ».

16 Marie-France Morel, « Histoire de la naissance en France (XVI^e-XX^e siècle) », *ADSP* n°61/62 décembre 2007-mars 2008, p. 22-28 ; France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », dans Francine Saillant et Michel O'Neill, *Accoucher autrement*, École des sciences infirmières, Université Laval, 1987, pp. 138 et suivantes.

17 Jürgen Schlumbohn, « Comment l'obstétrique est devenue une science, La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830 », *Actes de la recherche en sciences sociales* 3/2002 (n°143), p. 18-30 ; Jacques Gélis, « Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVI^e et XVII^e siècles », *Annales, Économie, Société et Civilisation*, Vol. 32, n°5, 1977, pp. 927-957.

18 Gilles Boëtisch, Emma Rabino-Massa, Silvia Bello, « Accouchement et mortalité maternelle à l'Hôtel Dieu de Marseille au milieu du XIX^e siècle », *Bulletins et mémoires de la société anthropologique de Paris*, tome 10, n°3-4, 1998, pp. 425-441.

19 Marie-Hélène Bouvier-Colle, Emmanuelle Szego, « La mortalité maternelle en France depuis 1945 », *La population de la France*, Tome II, 2005, pp. 373-384.

20 Paul-André Rosental, « Politique familiale et natalité en France : un siècle de mutations d'une question sociétale », *Santé, société et solidarité*, vol. 9, 2010, p. 17-25 ; Marie-France Morel, *ibidem*.