

Sciences Po

PSIA – Paris School of International Affairs

Master in International Development

« Violence obstétricale »

Emergence d'un problème public en France

Nastassia Audibert

Mémoire dirigé par Jean-Noël Jouzel

Soutenu le 17 mai 2016

Composition du jury :

M. Jean-Noël Jouzel, Chargé de recherche au CNRS.

M. Daniel Benamouzig, Chargé de recherche au CNRS, Directeur-adjoint de l'Institut de Santé Publique de l'INSERM et de l'Alliance AVIESAN.

Mme Kate Vivian, Responsable formation à l'Ecole des Affaires internationales (PSIA) de Sciences Po Paris.

Année Académique 2015-2016

Remerciements

Je tiens à remercier d'abord mon directeur de mémoire Jean-Noël Jouzel, pour son aide, son soutien et ses conseils tout au long de ce travail.

Je remercie également Kate Vivian, pour sa confiance.

Merci à Daniel Benamouzig, qui a complété le jury de ce mémoire, pour le caractère stimulant de ses remarques.

Ce travail n'aurait pas été possible sans toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder des entretiens : militantes, chercheuses, sages-femmes, médecins, doulas, le CIANE et la Plate-Forme pour une Naissance Respectée. Je remercie particulièrement Madeleine Akrich et Chantal Ducroux-Schouwey du CIANE pour leur aide.

Je remercie enfin tous ceux que j'aime, ma mère, mon père, mon frère, les amis qui entendent parler d'obstétrique depuis un an, les filles des Lutèce qui ont su me garder proche du corps médical par leur zèle en entraînement.

Merci à Hadrien.

Résumé

Les années 2010 ont vu la diffusion en France dans les milieux militants autour des conditions d'accouchement, dans les milieux militants féministes, sur les forums en ligne rassemblant des témoignages d'usagers du système de santé, ou dans les médias, du terme de « violence obstétricale ». Ce travail examine la diffusion internationale du concept, apparu en Amérique Latine au début des années 2000 dans un contexte de remise en question des politiques d'aide au développement, et ses modes d'appropriation en France par les militantes de la « naissance respectée ». Il décrit la constitution d'un mouvement social d'usagers du système de santé, portant des revendications autour des modalités d'accouchement, et analyse ses stratégies, ses modes d'actions, et son inscription dans une coalition plus large d'acteurs incluant des institutions, des professionnels de santé et des militants.

Table des matières

Remerciements.....	2
Résumé	3
Table des matières	4
Introduction.....	6
Méthodologie.....	9
1. Accès au terrain et prise de contact.....	9
2. Sources.....	9
3. Démarche et conduite d’entretien.....	10
Première partie	12
1. Une question émergente en France.....	14
1.1. « Point du mari » : lumière sur la pratique de l’épisiotomie.....	14
1.2. #PayeTonUtérus et « je n’ai pas consenti » : l’intimité de la salle de consultation racontée en ligne.....	15
1.3. « TV sous AG » : la question du consentement.....	17
1.4. Faire exister un problème.....	19
2. Aux origines de la « naissance respectée ».....	21
2.1. Premières baisses importantes de la mortalité maternelle et infantile en France.....	21
2.2. De l’accouchement sans douleur à l’anesthésie péridurale.....	25
2.3. Réorganisation des soins et démocratie sanitaire.....	31
2.4. Usages de l’histoire dans le champ de la naissance.....	37
3. Généalogie du terme « violence obstétricale ».....	42
3.1. Campagnes latino-américaines pour l’« humanisation de la naissance » dans les années 2000.....	42
3.2. Définitions des Etats et des organisations internationales.....	48
3.3. ONG et des milieux militants.....	52
3.4 « Violences obstétricales » dans l’enquête du CIANE.....	54
Deuxième partie	58
4. Stratégies, activités, fonctionnement interne du CIANE.....	60
4.1. Création du CIANE.....	60
4.2. Les Associations membres.....	61
4.3. La première bataille de l’épisiotomie.....	65
4.4. Quantifier un problème pour le faire exister : l’enquête en ligne.....	75
4.5. Une cooptation progressive.....	79
5. Le CIANE et la question des « violences obstétricales ».....	82
5.1. Une attitude réformiste.....	83
5.2. Importer en France des luttes américaines.....	84

5.3. Qualifier les violences vécues pendant l'accouchement.....	85
6. Un exemple d'association membre du CIANE : Timéo et les autres	88
6.1 Une controverse médicale.....	88
6.2. Une association de victimes.....	92
6.3. Timéo et les autres et le CIANE, entre intégration et autonomie	99
7. Le CIANE dans une coalition.....	101
7.1. Professionnels de santé	101
7.2. Militantes de la naissance respectée et militantes féministes	103
Conclusion	106
Bibliographie	107

Introduction

« 80% des situations d'accouchement sont normales et n'ont besoin d'aucune aide. (...) Or la médecine fait en sorte que tous les accouchements soient médicalisés. Ce principe induit par nature des violences obstétricales (...) À partir du moment où un acte médical inutile est posé sans consentement éclairé, il s'agit de violence. A cela s'ajoutent des violences sexistes : (...) Humiliations, propos désagréables. »

Ces propos sont extraits de l'intervention d'une militante, lors d'une soirée-débat¹ organisée en 2014 à l'hôpital Trousseau à Paris par le CALM², la maison de naissance contiguë à la maternité des Bluets. L'événement avait lieu dans le cadre de la « Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté »³, qui rassemble chaque année depuis 2004 des organisations travaillant autour de la naissance.

Dans leur ordre de prise de parole ce soir là, étaient invités : un gynécologue-obstétricien à la retraite, ancien chef de service de maternité, co-auteur d'un ouvrage sur l'histoire de la naissance ; une chercheuse spécialiste de l'histoire de l'accouchement en France ; une militante féministe belge, juriste de formation, et auteure d'un blog⁴ constituant une référence en ligne dans le milieu francophone de la « naissance respectée » sur la question des « violences obstétricales » ; une sage-femme libérale, elle aussi « militante de la naissance respectée » ; et enfin une gynécologue-obstétricienne travaillant dans un célèbre établissement parisien de

¹ Conférence du 21 mai 2014, dont le compte-rendu est accessible sur le site du CALM : <http://www.mdncalm.org/images/docs/presse/CRsmar2104_Calm.pdf>

² Le CALM (« comme à la maison ») est « l'association pour la maison de naissance des Bluets », en partenariat avec la maternité des Bluets dont elle utilise le plateau technique. Les Maisons de Naissance sont des structures indépendantes des hôpitaux, peu médicalisées, où l'accouchement est accompagné exclusivement par des sages-femmes. Si elles ne sont pour l'instant pas autorisées en France, elles sont à l'essai depuis le 7 décembre 2014, mais soumises à l'obligation d'être contiguës à une structure de médecine de gynécologie obstétrique. Voir : « Gynécologie-obstétrique : Autorisation des maisons de naissance », *OptionBio*, mercredi 29 janvier 2014, n° 501.

Voir également : le décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

<<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/7/30/AFSH1511616D/jo>>

³ La SMAR : « Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté », a été créée en 2004 à l'initiative de l'Alliance française pour l'accouchement respecté (AFAR), qui en assure la coordination jusqu'en 2010. Elle passe ensuite la main à l'European network of childbirth associations (ENCA). Le thème de la première SMAR en 2004 était l'épisiotomie. Voir : <<http://afar.info/about-2/smar>>

⁴ Voir : <<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>>

niveau III⁵, engagée pour la création d'un « pôle physiologique » en son sein, incluant l'installation d'une « salle nature »⁶, la création d'un réseau de sages-femmes libérales et la formation des sages-femmes à un accouchement « moins médicalisé ». Tous ces acteurs – militantes, chercheuse, bloggeuse, sage-femme, obstétricien.ne, usagère⁷ du système de santé – appartiennent à un espace qu'on pourrait appeler celui du militantisme de la « naissance respectée ». Il recoupe celui, plus large, de la « naissance », ou de la « périnatalité »⁸.

Tous ne se reconnaissent pas dans l'expression « violence obstétricale ». L'extrait cité précédemment soulève à ce sujet beaucoup de questions qui seront abordées par la suite. Il renvoie d'abord à la distinction employée par les soignants, entre accouchement « physiologique » – c'est à dire « normal », sans complications – et accouchement « pathologique ». Le chiffre de 80% se retrouve dans les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire : un obstétricien et une sage-femme l'ont évoqué spontanément. Pour le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français – société savante qui publie régulièrement des recommandations de bonne pratique –

⁵ Les trois types de maternités. Depuis 1998 les maternités sont classées en France en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Les établissements de niveau III sont destinés à la prise en charge des grossesses à haut risque, ils sont équipés d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néo-natale.

Voir : <<http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/les-maternites-type-i-ii-iii-642.html>>

⁶ Une « salle nature » est une salle d'accouchement aménagée de façon à garantir une naissance la moins « médicalisée » possible (pas d'instruments d'extraction, ou de possibilité de péridurale), des lits remplacent les tables d'accouchement avec étrières gynécologiques, la décoration et l'éclairage tendent à se démarquer d'un environnement hospitalier standard, et on peut y trouver des accessoires tels : baignoires, coussins, ballons, suspensions en tissu permettant des étirements. Le *Collectif Inter-associatif autour de la Naissance* recensait des « salles nature » dans 72 maternités en France en 2013, dans 41 départements, soit environ 1 établissement sur 7. Cette « offre alternative » semble être en augmentation en France. Voir : <<http://ciane.net/wiki/pmwiki.php?n=Ciane.SallesNatures>>

⁷ On compte quelques militants hommes au CALM (conjoints). Ils étaient environ 5 dans la salle ce soir là. Il est intéressant de noter que la place des conjoints et leur inclusion est un thème récurrent des militants de la « naissance respectée », malgré une présence extrêmement marginale d'hommes – non médecins – dans les organisations.

⁸ Pour l'OMS, la périnatalité désigne la période qui s'étend de la 28^{ème} semaine de grossesse jusqu'au 8^{ème} jour après la naissance. Ce standard a une fonction épidémiologique, il sert de base pour des comparaisons internationales. Le terme peut cependant recouvrir une acception plus large et moins précisément définie : « avant, pendant et après la naissance ». En France, les « réseaux de périnatalité » visent à coordonner par région les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés (établissements de santé et toutes professions concernées). Depuis 1995, des « enquêtes périnatales » nationales et régionales sont réalisées à intervalles réguliers, et des « plans périnataux » fixent des objectifs. Sources : <<http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-perinatales-224.html>> et <<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/periode-perinatale>>

l'accouchement physiologique représenterait « environ 70% des naissances »⁹. L'insistance sur la médicalisation de « tous » les accouchements, ainsi que l'expression « acte médical inutile », renforcent ensuite pour l'intervenante l'idée d'une pathologisation et d'une médicalisation excessive. Le « consentement éclairé » peut être lu comme une référence à la loi du 4 mars 2002¹⁰ ou « Loi Kouchner », qui définit un consentement du patient aux soins médicaux donné hors contrainte, révocable, renouvelable pour chaque acte et faisant suite à une information médicale complète¹¹. A ces violences médicales ou hospitalières est enfin ajoutée l'idée de « violences sexistes ».

Ce mémoire pose la question du développement en France du militantisme de la « naissance respectée », de son organisation, de ses origines, de la diffusion de ses revendications. Il questionne l'émergence récente dans cet espace de la notion de « violence obstétricale », apparue en Amérique Latine au début des années 2000.

⁹ Puech F, Hédon B 2012, « Le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique" Position du Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français », site internet du Collège National des Sages-Femmes de France.

<<http://www.cnsf.asso.fr/doc/AC32C08E-5056-9C00-41C72FFE81010D19.pdf>>

¹⁰ Bien qu'en France plusieurs textes antérieurs précisent le droit à l'information et le principe du consentement libre et éclairé dans le cadre des soins médicaux : Code Civil (depuis 1994), Code de déontologie médicale, charte du patient hospitalisé (depuis 1995), code de la santé publique (depuis 1991). La loi de 2002 renforce ces principes.

¹¹ « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser (...) Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. » Source : Code de la santé publique - Article L1111-2.

Méthodologie

Ce mémoire s'appuie sur un travail d'enquête mené entre juillet 2015 et décembre 2016.

1. Accès au terrain et prise de contact

Mon accès au terrain s'est fait dans un premier temps exclusivement via des contacts engagés dans des mouvements militants féministes, dont l'activité n'a pas de lien direct avec les revendications autour des conditions d'accouchement. Ces contacts m'ont permis de rencontrer les premiers enquêtés.

Je me suis d'abord intéressée aux figures les plus exposées en ligne, multipliant les tribunes ou les prises de parole publiques, qui se trouvaient être aussi celles adoptant les postures militantes les plus contestataires. Au fur et à mesure de cette enquête et de ma compréhension du terrain, j'ai été amenée à m'intéresser à des figures plus institutionnelles (direction du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) ou positionnées sur des sujets plus spécialisés (membre de l'association Doulas de France). J'ai pu assister à un conseil d'administration du CIANE grâce à une sociologue, membre du bureau, rencontrée auparavant pour un entretien. La majorité des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire ont été contactées par mail ou par téléphone et ont facilement accepté de m'accorder des entretiens, dans la mesure où leur activité militante implique une prise de parole publique et par conséquent le fait d'être facilement joignable par qui voudrait les questionner sur leurs activités et leurs revendications.

2. Sources

Les sources d'informations utilisées dans le cadre de ce mémoire incluent des publications scientifiques (histoire de la naissance, sociologie de l'accouchement, médecine), de la littérature grise (textes juridiques et institutionnels, rapports d'organisations gouvernementales ou non gouvernementales), et des matériaux

recueillis lors du travail d'enquête (entretiens oraux, observations lors d'évènements associatifs).

Dans la mesure où beaucoup des associations sur lesquelles j'ai travaillé privilégient la mise à disposition en ligne d'information à destination des usagères du système de santé, et communiquent via des plates-formes en ligne, blogs, réseaux sociaux, forums ou autres, l'information provenant de ces sources occupe une place importante.

Enfin, trois militantes du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) m'ont proposé de participer avec elles à l'analyse qualitative d'un échantillon de l'enquête en ligne intitulée « le vécu de votre accouchement ». Cette enquête – réalisée en continu – fait l'objet de publications régulières du CIANE rendant compte de traitements partiels autour d'un thème (par exemple : le déclenchement en 2015, l'épisiotomie en 2013). Ce travail, qui sera achevé après la soutenance de ce mémoire, porte sur les violences médicales pendant le suivi de grossesse, l'accouchement et le post-partum, et se base sur un échantillon d'environ 730 témoignages – sur une enquête qui comptabilisait 23 000 réponses en octobre 2015 – sélectionné à l'aide des mots-clefs « viol* », « trauma* », et « brut* ». Les témoignages d'usagères reproduits ici avec l'autorisation du CIANE proviennent de cet échantillon.

3. Démarche et conduite d'entretien

J'ai en tout conduit 11 entretiens d'une heure trente en moyenne avec des personnes exerçant les professions ou activités suivantes : médecin (1), obstétricien (1), sage-femme (1), militantes de la naissance respectée (5), doula (1), chercheuses (2). J'ai également fait des observations lors d'évènements associatifs dans le champ de la naissance respectée : d'abord à Liège en Belgique, lors d'une journée d'ateliers intitulée « vivre une naissance respectée »¹² organisée par le groupe *Co-Naissance* (constitué d'usagères et de sages-femmes), puis lors d'une « soirée citoyenne » organisée par la *Plate-forme pour une naissance respectée*, un collectif d'associations cofondé par la bloggeuse Marie-Hélène Lahaye, auteure d'un blog sur les « violences

¹² Organisée le samedi 26 décembre.

<<https://www.facebook.com/Co-naissances-Liège-1635767763373610/>>

obstétricales ». J'ai également assisté à un conseil d'administration du CIANE, à Paris.

Les entretiens menés étaient semi-directifs afin de laisser parler les enquêtés et de formuler autant que possible les questions comme des demandes de précision ou de développement d'éléments évoqués par eux au préalable. Tous en revanche incluent les questions suivantes :

- « *Connaissez-vous, utilisez-vous terme de violence obstétricale? »*
- « *Si oui depuis combien de temps l'avez-vous vu s'imposer dans votre pratique ou vos réseaux ? »*
- « *Comment définiriez-vous ce terme ? »*
- « *Quel est votre rapport avec le féminisme, les organisations féministes ? »*

Les questions d'ouverture ont beaucoup évolué au cours du travail d'enquête. Ayant d'abord construit mon questionnement autour des trajectoires individuelles et collectives, j'ai commencé par conduire les entretiens autour de l'entrée dans l'activité militante ou sur les types de ressources mobilisées dans le passage à l'action collective. Par la suite, les questions de recherche se diversifiaient, j'ai été amenée à privilégier d'autres directions, notamment la question des relations des groupes militants avec les organisations de santé.

Première partie

Sociogenèse d'un problème public

Une série de controverses médiatiques a contribué ces deux dernières années à rendre visible et à faire exister des aspects du rapport patiente-médecin en gynécologie obstétrique comme potentiel problème public. Quatre exemples d'« affaires » seront décrits ainsi que leur mode de diffusion, attestant de la progression récente de cette question en France. Un second temps sera consacré à une brève généalogie des luttes autour des conditions d'accouchement en France, des premières baisses significatives de la mortalité maternelle aux méthodes d'« accouchement sans douleur », jusqu'à la diffusion dans les années 1980 de l'anesthésie péridurale. Il sera également question des usages de cette histoire, la production ou l'interprétation de travaux sur l'histoire de l'accouchement constituant un important enjeu de lutte et de légitimation entre acteurs dans le champ de la naissance. Il sera enfin question de l'origine du terme de « violence obstétricale », de ses héritages politiques et intellectuels, et de sa diffusion internationale en Amérique latine et en Amérique du Nord, puis de son importation en France au cours des années 2010.

1. Une question émergente en France

Une série d'évènements médiatiques ces deux dernières années, allant pour l'un d'entre eux jusqu'à provoquer une prise de position des pouvoirs publics, a traduit et alimenté une récente montée des préoccupations sociales autour des conditions d'accouchement en France, et plus généralement autour de la question du vécu des usagères du système de santé en gynécologie et en obstétrique.

1.1. « Point du mari » : lumière sur la pratique de l'épisiotomie

Le 21 mars 2014¹³, une sage-femme publie sur un blog une alerte sur le « point du mari » : un geste, d'après elle enseigné dans certaines écoles de sages-femmes jusque dans les années 2000, consistant à recoudre par quelques points supplémentaires une épisiotomie, afin de « resserrer » le vagin de la femme, ceci dans le but supposé d'améliorer la sexualité du partenaire masculin lors de la pénétration. S'ensuit une série d'articles de presse, tribunes, échanges sur les réseaux sociaux et sur les forums d'étudiant.e.s sages-femmes et d'étudiant.e.s en médecine à ce sujet, exacerbés par ailleurs par un contexte de grève des sages-femmes en France¹⁴. Le président du Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens de France (Syngof) de l'époque Jean Marty, interrogé sur la question par une journaliste du *Monde*¹⁵, nie l'existence d'un tel acte. L'affaire du « point du mari » a pour effet d'augmenter la visibilité du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), « agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé »¹⁶, qui cherche à élargir le débat

¹³ « Point du mari » : la romancière et chroniqueuse télé/radio Isabelle Alonso reproduit sur son blog un texte de la sage-femme libérale et auteure Agnès Ledig.

<<http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>>

¹⁴ « Grève des sages-femmes : le gouvernement appelé à arbitrer », *Le Monde.fr*, 19.02.2014, Laetitia Clavreul.

<http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/02/19/greve-des-sages-femmes-le-gouvernement-appelle-a-arbitrer_4368902_1651302.html>

¹⁵ « Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie », *Le Monde.fr*, 18.04.2014, Diane Jeantet.

<http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html>

¹⁶ Depuis la loi du 4 mars 2002, des associations peuvent être agréées pour représenter les intérêts des usagers du système de santé, et siéger dans différentes instances au niveau national, régional ou dans les établissements de santé. <<http://ciane.net/ciane/ciane/>> et <<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-representants-des-usagers.125446.0.html>>

à la question « plus profond[e] » selon lui du recours – fréquent – à l'épisiotomie en France. Dans un article du *Monde* du 18 avril 2014, la présidente du *Collectif* déclare ainsi :

« On a récolté de très nombreux témoignages qui montrent que c'est quelque chose d'extrêmement mal vécu par les femmes, parfois comme un viol, Et puis il peut y avoir tout un tas de choses qui viennent se greffer sur une épisiotomie - des abcès, des points qui lâchent, c'est quand même une cicatrice qu'elle va porter toute sa vie. »

L'épisiotomie, incision pratiquée dans le périnée pour faciliter la sortie de la tête du bébé pendant l'accouchement, est une intervention qui, selon une enquête du CIANE, concernait 47% des accouchements de femmes dont c'est le premier enfant (primipares) en 2013¹⁷.

1.2. #PayeTonUtérus et « je n'ai pas consenti » : l'intimité de la salle de consultation racontée en ligne

Une des premières initiatives militantes françaises menée sur internet appelant à des témoignages d'usagers du système de santé remonte à avril 2011, et concernait le vécu des IVG¹⁸. Le 19 novembre 2014, une utilisatrice du réseau social *Twitter*, étudiante en pharmacie, lance le mot-clef #PayeTonUtérus¹⁹, appelant plus largement à des témoignages d'expériences négatives de consultations gynécologiques. Celui-ci rassemble 7000 utilisations en moins de 24h – dont une part concerne des accouchements ou suivis de grossesse – et provoque plusieurs réactions dans la presse en ligne²⁰. Contrairement au « point du mari » – un geste dont la donneuse d'alerte précisait le caractère peu fréquent – cette initiative concerne donc le récit d'un type de

¹⁷ <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf>>

¹⁸ Elle est le fait d'un collectif baptisé « les filles des 343 salopes » (en référence au « Manifeste des 343 » publié en 1971 appelant à la dépénalisation de l'avortement). <<http://jevaisbienmerci.net>>

¹⁹ Sélection de *tweets* « résumant » les contributions de la journée, rédigée par l'utilisatrice ayant lancé le mot-clef, @Ondeejeune. Voir : <<https://storify.com/ondeejeune/payet-uterus>>. Pour l'estimation du nombre de contributions voir : <<http://www.20minutes.fr/insolite/1484795-20141120-payetonuterus-femmes-epinglent-gyneco-twitter>>.

²⁰ Un article dans *Le Monde*, un dans *Le Figaro*, et un dans *l'Obs*. Deux articles dans *l'Express*. Voir notamment : « #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux », *Le Monde*, 27.11.2014. <http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html>

vécu « banal » ou « routinier » pour beaucoup d'usagères : les consultations médicales. On remarque que dans le contexte particulier de l'usage d'un réseau social, l'accumulation en quelques heures de milliers de messages courts (et un système de mot-clef permettant facilement de réunir un corpus ou de suivre son actualisation), permet de limiter la possible critique du caractère anecdotique ou individuel associé au format témoignage, et d'obtenir l'émergence rapide d'un problème public. L'utilisatrice à l'origine du mot-clef déclare ainsi à une journaliste : « les galères avec le corps médical ne sont pas des dysfonctionnements sporadiques mais un réel problème sociétal, d'où le fait que tout le monde avait quelque chose à dire sur le sujet »²¹. Dans le cas de #PayeTonUtérus, le caractère « scandaleux » tient principalement aux dénonciations de propos sexistes entendus en salle de consultation, mais également à la récurrence de messages dénonçant des pratiques considérées comme non justifiées médicalement, la plus commentée dans les médias étant le refus de pose de stérilet (ou DIU pour dispositif intra-utérin) sur les patientes n'ayant pas eu d'enfants (nullipares)²².

Le 16 février 2015, Béatrice Kammerer – fondatrice d'une association d'éducation populaire –, Anne-Charlotte Husson – auteure du blog « engagé et pédagogique » « Genre ! » – et Marie-Hélène Lahaye – auteure du blog « Marie accouche là » sur la question des « violences obstétricales » – lancent un *Tumblr*²³ intitulé « Je n'ai pas consenti ». Une particularité du réseau social *Tumblr* réside dans son aspect participatif : tout utilisateur peut ouvrir son espace aux « contributions » des autres, qu'il modère à sa guise, ce qui le rend particulièrement propice aux recueils de témoignages. C'est ainsi qu'en 2011 le *Tumblr* états-unien « ProjectUnbreakable »²⁴

²¹ Voir : <<http://www.europe1.fr/societe/payetonuterus-les-dessous-d-un-buzz-2295243>>

²² Les recommandations de la HAS indiquent que la pose de stérilet n'est pas contre-indiquée pour les nullipares : « les DIU sont proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises) ». <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf>

²³ *Tumblr* est un réseau social créé en 2007 prenant la forme d'une plate-forme de « micro-blogging » participatif. Le principe d'abonnement (les utilisateurs se « suivent » les uns les autres, et ont par conséquent chacun des « abonnés » et des « abonnements ») de même que le principe de « reblogage » (possibilité de publier les contenus d'autrui sur son espace), sont similaires au réseau *Twitter*. La différence tient dans la forme que prend l'espace de l'utilisateur (un « journal » aux contenus divers : textes sans limite de signes, images...) et dans la possibilité d'accumulation de contenus « participatifs ».

²⁴ Voir : <<http://projectunbreakable.tumblr.com>>

lancé par trois utilisatrices de moins de vingt ans rassemblait des photos-témoignages de victimes de violence sexuelles. La démarche entendait « donner une voix aux victimes », et participait à illustrer des faits statistiques sur le viol (comme la sur-représentation de conjoints ou proches parmi les agresseurs²⁵). Suite au retentissement médiatique considérable du projet, les créatrices ont mené des interventions sur le sujet dans près de 25 universités états-uniennes. Sur le site de « ProjectUnbreakable »²⁶ sont mis en avant des messages d'utilisateur.ice.s expliquant que voir raconter des situations similaires à celles qu'ils avaient eux-mêmes vécues les avait aidés à raconter leur expérience. Cet élément pose la question de ce type d'initiative comme facteur favorisant la construction de soi comme « victime », créant du même coup un effet d'entraînement dans les témoignages. Le *Tumblr* « Je n'ai pas consenti », sous-titré « Témoignages de patient.es sur le défaut de consentement dans les actes médicaux » adopte un fonctionnement similaire.

1.3. « TV sous AG » : la question du consentement

Le 28 janvier 2015, une série de documents disponible en ligne sur le site de la Faculté de médecine de l'Université Lyon-Sud est diffusée sur le réseau social *Twitter* par un pharmacien²⁷. Ces documents énumèrent des acquis à valider par les étudiants, parmi lesquels un « apprentissage du bloc sur patiente endormie », incluant des touchers vaginaux sous anesthésie générale (« TV/AG »). Là encore, le sujet prend la forme d'une controverse médiatique²⁸, alimentée par l'exposition via *Twitter* de discussions défendant cette pratique sur des forums d'étudiants en médecine²⁹, par la publication d'une tribune rédigée par sept internes en médecine³⁰ et par la réaction de Bernard Hédon, alors président du Collège National des Gynécologues et

²⁵ Source : <<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques-79/>>

²⁶ Voir : <<http://project-unbreakable.org/about/>>

²⁷ « Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? » 23-02-2015, *Metronews*. <<http://www.metronews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital/moaC!txk2bsiOnYXIU/>>

²⁸ Sur *Europresse*, on peut compter 65 résultats pour la recherche « TEXT= touchers vaginaux& TEXT= anesthésie ». Sur le réseau social *Twitter*, 430 *tweets* contenant le mot clef #TVsousAG furent postés entre le 28 janvier et le 28 février 2015.

²⁹ Voir : <<http://www.e-carabin.net/showthread.php?122776-TV-sur-patientes-endormies/page3>>

³⁰ Voir : <<http://blog.francetvinfo.fr/medecine/2015/02/03/esprit-tordu.html>>

Obstétriciens Français³¹, qui à la question d'une journaliste « Ne vous semblerait-il pas normal de lui demander son consentement ? [à la patiente] », déclare : « C'est aller trop loin dans la pudibonderie ! Après 40 ans d'expérience, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire signer un papier avant cet examen. Le corps médical est très respectueux des patients. » Sur cette affaire, les différentes tribunes en ligne donnent cependant à voir une profession médicale relativement divisée. A titre d'exemple le billet³² du médecin et auteur Martin Winckler³³ intitulé « Pourquoi tant de gynécologues-obstétriciens français sont-ils maltraitants ? ». D'autres initiatives rassemblent des témoignages d'étudiants en médecine illustrant différentes prises de positions sur la question³⁴.

Le 6 février 2015, une tribune³⁵ rédigée par la bloggeuse Marie-Hélène Lahaye, la directrice d'hôpital Clara de Bort et Béatrice Kammerer intitulée « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins », reçoit 72 signatures, parmi lesquelles celle du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), de la présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, de plusieurs associations féministes, et de plusieurs figures caractérisées par leur prise de parole publique en tant que médecins dans le champ de la « naissance respectée » en France, parmi lesquels Paul Cesbron (gynécologue-obstétricien et auteur), Martin Winckler (médecin, romancier

³¹ Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français n'est pas un syndicat mais se décrit comme une « société savante ». Cet organisme participe notamment à l'élaboration de recommandations de bonne pratique en matière de gynécologie obstétrique. <<http://www.cngof.fr>>

³² « L'Ecole des soignants » est un blog collectif animé par Martin Winckler qui entend « proposer d'autres modèles d'enseignement et de pratique du soin ». <<http://ecoledessoignants.blogspot.fr/2014/11/pourquoi-tant-de-gynecologues.html>>

³³ Marc Zaffran ou Martin Winckler (nom d'auteur) est un médecin généraliste, romancier, ancien chroniqueur radio (« Odyssée » sur *France Inter* en 2002-2003), connu d'abord sur internet par son blog « Winckler's Webzine » ouvert en 2003 spécialisé sur les questions de contraception. Il publie l'ouvrage *Contraception mode d'emploi* en 2001. Actif sur Facebook dès 2008, puis sur *Twitter* dès 2013, il multiplie les prises de parole publiques (2199 résultats sur *Europresse* pour « Martin Winckler » depuis 1998), principalement sur la contraception et les relations patient-médecin. Plus récemment il collabore par exemple au groupe Facebook fermé « Formagyn » destiné aux professionnels de santé, qui se veut axé « sur l'écoute des patientes, le respect des recommandations, les preuves cliniques ». Voir : <<https://www.facebook.com/groups/formagyn/?fref=ts>>

³⁴ Voir par exemple : <<http://www.madmoizelle.com/toucher-vaginal-patientes-anesthesiees-temoignages-319530>>

³⁵ Voir : <<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/02/06/le-consentement-point-aveugle-de-la-formation-des-medecins/>>

et auteur d'un blog d'information sur la contraception), ou encore Michel Odent³⁶ (figure historique de l'obstétrique française et auteur). Une pétition lancée sur le site *Change.org* rassemble quant à elle 7 355 signatures³⁷. En mai, le blog « Genre ! » diffuse l'appel à témoignages de la journaliste Mélanie Déchalotte sur le thème « violences médicales en gynécologie-obstétrique »³⁸, qui donnera lieu à une émission diffusée sur *France Culture* le 28 septembre 2015³⁹.

Les pouvoirs publics prennent finalement position sur la question des touchers vaginaux sous anesthésie générale plusieurs mois plus tard. Le 27 octobre 2015, la ministre de la santé Marisol Touraine, suite à un rapport estimant entre 20 à 33% les actes de ce type pratiqués sans consentement préalable, dit condamner « avec une extrême fermeté ces pratiques illégales »⁴⁰. Elle annonce que l'apprentissage par simulation devra être développé.

1.4. Faire exister un problème.

Les quatre affaires développées ici – « point du mari », touchers vaginaux sous anesthésie générale, *Tumblr* « Je n'ai pas consenti » et mot-clef #PayeTonUtérus – ont la particularité d'avoir été déclenchées sur internet, à partir de témoignages ou d'alertes lancées sur les réseaux sociaux (*Tumblr*, *Facebook* et *Twitter*) par des personnes à l'identité plus ou moins connue, depuis des comptes privés. C'est leur

³⁶ Michel Odent (né en 1930) est un chirurgien et obstétricien français, figure de l'histoire de la naissance en France, proche de Frédérik Leboyer (la « méthode Leboyer » défendait une naissance « naturelle » visant à respecter davantage le nouveau-né).

³⁷ Voir : <<https://www.change.org/p/marisol-touraine-ministre-de-la-santé-non-aux-toucheurs-vaginaux-non-consentis>>

³⁸ Voir : <<http://cafaitgenre.org/2015/05/28/appeal-a-temoignages-violences-medicales-en-gynecologie-obstetrique/>>

³⁹ « Sur les Docks » (France Culture), *Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique*, un documentaire de Mélanie Déchalotte et François Teste, diffusé le 28.09.2015. Parmi les invités : le médecin Martin Winckler, la bloggeuse Anne Charlotte Husson, le président du Syngof Jean Marty, la bloggeuse Marie-Hélène Lahaye, la directrice d'hôpital Clara de Bort. <<http://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique/>>

⁴⁰ « Marisol Touraine juge "inacceptable" les touchers vaginaux sans consentement », *Le Huffington Post*, 27.10.2015, Marine Le Breton. <http://www.huffingtonpost.fr/2015/10/27/toucheurs-vaginaux-rectaux-sans-consentement-inacceptables_n_8396870.html>

circulation sur ces mêmes réseaux ou sur d'autres supports (blogs) qui dans un deuxième temps ont attiré l'attention de la presse générale, puis, bien plus tard, des pouvoirs publics.

On peut distinguer deux catégories d'évènements. L'affaire du « point du mari » et celle des « TV sous AG » d'une part, relèvent du « scandale », et ont été provoquées par le dévoilement imprévu d'informations à caractère polémique, bien que l'indignation puisse être organisée et structurée ensuite par des communautés d'utilisateurs ou des groupes de militants, préexistants ou rassemblés à cette occasion. D'autre part, le mot-clef #PayeTonUtérus et le *Tumblr* « Je n'ai pas consenti » sont des initiatives lancées par des utilisatrices se définissant comme « féministes », visant à « donner une voix » à des victimes, à faire exister un problème par la mobilisation d'un nombre important de contributions (témoignages ou signatures). Les deux ne sont pas incompatibles, une initiative visant à quantifier un problème pouvant soutenir ou amplifier la contestation organisée suite au dévoilement d'une information.

Il apparaît enfin que les entrepreneurs de mobilisations en jeu dans ces différentes affaires sont sensiblement les mêmes : Marie-Hélène Lahaye, Anne Charlotte Husson, Martin Winckler, Clara de Bort, Béatrice Kammerer. Ils ont en commun un fort capital culturel et social (médecins, journalistes, universitaires), se définissent comme « féministes », appartiennent aux mêmes réseaux et sont particulièrement actifs sur des comptes *Twitter* drainant entre 800 et 8000 abonnés environ⁴¹. Loin de se restreindre à une quantité d'utilisateurs mobilisés, de témoignages recueillis ou de contenus échangés, le succès de ces démarches est d'abord le fruit d'un travail de médiation effectué par des acteurs militants, qui en mettant en équivalence des expériences variées sous une même dénomination, parviennent à donner une dimension considérable à un problème cadré comme « violences obstétricales ».

⁴¹ Anne-Charlotte Husson (@A_C_Husson), agrégée de lettre moderne, 7600 abonnés *Twitter*.

Martin Winckler (@MartinWinckler), médecin et romancier, 7 780 abonnés *Twitter*.

Marie-Hélène Lahaye (@MHLahaye), juriste, 823 abonnés *Twitter*.

Clara de Bort (@ClaradeBort), directrice d'hôpital et cheffe de pôle à l'EPRUS (Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires), 2 900 abonnés *Twitter*.

Béatrice Kammerer (@MmeDejantee), « rédactrice Freelance » et docteure en sciences de l'éducation, 3400 abonnés *Twitter*.

2. Aux origines de la « naissance respectée »

Revenir sur certaines périodes de l'histoire de la naissance et de l'histoire médicale de l'accouchement est nécessaire à plus d'un titre pour comprendre l'importation en France du concept de « violence obstétricale ». Il s'agit d'abord de tracer une généalogie et de situer les mouvements contemporains engagés pour une « naissance respectée » dans leur rupture ou dans leur continuité vis-à-vis d'héritages militants. Remettre en contexte des innovations dans le domaine de la naissance, ou des figures historiques associées à celles-ci permet également d'explicitier des références couramment mobilisées aujourd'hui par certaines militantes, sages-femmes ou doulas⁴². Plusieurs médecins-pionniers des années 1970-1980 dont il sera question dans cette partie conservent en effet une grande importance : lors d'entretiens, une doula déclarait ainsi avoir été marquée par une formation avec Michel Odent (85 ans)⁴³, une militante de l'association *Césarine* racontait que le contenu du site internet de l'association avait été soumis à Max Ploquin (décédé en 2012 à l'âge de 82 ans), et des répondantes de l'enquête du CIANE font référence aux méthodes d'accouchement de Frédéric Leboyer (97 ans). Enfin, les événements des décennies récentes – restructuration des établissements de soin, création de « niveaux » de maternités, implication accrue des usagers du système de santé – constituent en quelque sorte le terreau dans lequel apparaissent et se construisent les mouvements sociaux étudiés au cours de ce mémoire.

2.1. Premières baisses importantes de la mortalité maternelle et infantile en France

La baisse importante des taux de mortalité maternelle et infantile au cours du 20^{ème} siècle est pour l'historienne Marie France Morel⁴⁴ une « formidable révolution

⁴² Une « doula » (terme adopté en 2001 par l'association britannique *Doula UK*, entrée dans le dictionnaire Hachette en France en 2011) est une personne accompagnant la femme pendant la grossesse et l'accouchement, sans fonction médicale ou thérapeutique. C'est une activité non reconnue en France. L'association *Doulas de France* fondée en 2006 dispense des formations, et recense dans son annuaire environ 60 doulas. Voir : <<https://doula.org.uk>> et <<http://doulas.info>>.

⁴³ L'ouvrage de Michel Odent *Le bébé est un mammifère* figurait également parmi les trois références conseillées lors de la journée d'ateliers organisée à Liège par le groupe Co-Naissance (26.09.2015).

⁴⁴ Morel (2008).

silencieuse ». Au 18^{ème} siècle, un enfant sur deux n'arrive pas à l'âge adulte et le taux de mortalité des femmes en couches se situe entre 5 à 10%⁴⁵. Il est beaucoup plus élevé dans les hôpitaux, où les parturientes⁴⁶ sont principalement des femmes pauvres, et où leur concentration en un même lieu favorise la propagation d'épidémies. Ses causes sont multiples, on peut mentionner la fréquence de gestes inappropriés en cas de présentation « contre nature » de l'enfant (par le pied, le bras, le siège...), des retards de développement du bassin des femmes liés à la malnutrition rendant difficile ou impossible l'expulsion, et l'impuissance à soigner la fièvre puerpérale, maladie infectieuse pouvant conduire à une septicémie. Poussés par l'idée que la France se dépeuple, les pouvoirs publics tentent de réduire la mortalité maternelle et infantile. Des cours d'accouchement dans toute la France sont organisés sur les deniers royaux. Mme du Coudray⁴⁷, sage-femme itinérante soutenue par le roi et qui formera environ 10 000 sages-femmes, est une figure importante de cette période.

Tout au long du 19^{ème} siècle, les femmes continuent de mourir davantage à l'hôpital qu'à domicile. Dans plusieurs grandes maternités françaises⁴⁸, des épidémies de fièvres puerpérales déciment ponctuellement plus de 10% des parturientes, si bien qu'en 1858 l'Académie de médecine ouvre un débat sur la fermeture possible des maternités. Il faut attendre la révolution pasteurienne et la mise en application de pratiques rigoureuses d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation autour des années 1880 pour voir la mortalité maternelle baisser de façon importante. L'hôpital cesse peu à peu de faire peur, et l'espace domestique – souvent réduit et malsain en ville – est considéré à l'inverse comme potentiellement pathogène⁴⁹.

⁴⁵ Cela s'explique notamment par le nombre de grossesse par femme (supérieur au nombre d'enfant par femme, car incluant les fausses couches, mort-nés, morts en bas âge), très supérieur à la moyenne actuelle, un facteur de risque s'additionnant à chaque nouvelle grossesse. Une historienne interrogée : *« La mortalité des femmes ? Elle n'est pas si importante que cela, c'est de l'ordre de 2 à 3% à chaque accouchement, mais comme elles ont souvent cinq enfants, ça finit par faire 10% des femmes. »*

⁴⁶ « Parturiente » est le terme qui désigne la femme en train d'accoucher.

⁴⁷ Angélique du Coudray (1712–1794) : sage-femme parisienne qui eut l'idée de cours d'accouchement itinérants, notamment à l'aide d'un mannequin d'accouchement en osier recouvert de tissu figurant un utérus, différents bébés, et d'un « catéchisme » rempli d'instructions qu'elle faisait réciter aux accoucheuses locales. Voir : Gélis (1988).

⁴⁸ Boëtsch, Rabino-Massa & Bello (1998).

⁴⁹ Morel (2008).

La fièvre puerpérale n'en restera pas moins la première cause de mortalité en couches durant la première moitié du 20^{ème} siècle, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale et l'arrivée des sulfamides, puis de la pénicilline et des antibiotiques. Le développement de l'Etat providence permettant aux femmes de toutes les classes sociales d'accéder gratuitement à la sécurité d'un accouchement médicalisé achève de consacrer une « migration » du domicile vers l'hôpital⁵⁰. Cependant, les conditions d'accouchement durant le « baby boom » sont très difficiles à la fois pour les soignants et pour les patientes. L'historienne Yvonne Knibiehler évoque des « hôpitaux vétustes et dégradés », des accouchements « à la chaîne », parfois accompagnés de « brutalité » et d'« humiliations ». Ces éléments vont favoriser l'émergence de contestations et d'innovations en matière de naissance au cours des décennies suivantes.

⁵⁰ Knibiehler (2010).

Encadré 1 : deux spécificités de l'histoire de l'accouchement en Amérique du nord

Comme l'explique l'historienne Marie-France Morel (2015), la profession de sage-femme a disparu au Canada et aux Etats-Unis au début du 20^{ème} siècle. Si on trouve encore plusieurs écoles de sages-femmes privées, allemandes ou suédoises, vers 1850 aux Etats-Unis, elles passent sous la tutelle d'obstétriciens ou se raréfient par la suite. Le Massachusetts est le premier Etat à interdire aux sages-femmes d'exercer dans les années 1890, au nom de la sécurité des mères et des enfants, une « éradication » qui s'étend rapidement au reste du pays. On observe des efforts comparables au Canada. Une autre particularité nord-américaine tient à la fréquence de l'utilisation de l'anesthésie générale pour les accouchements⁵¹ jusque dans les années 1950 (notamment au Québec), pratique demeurée peu connue et marginale en France⁵².

Ces deux éléments contribuent à expliquer la forme que prendront certaines contestations de la médicalisation de l'accouchement en Amérique du Nord dans les années 1960-1970, et la cristallisation de celles-ci autour d'une activité de sage-femme par définition « transgressive ». Une historienne interrogée explique ainsi :

« L'explosion du féminisme, du mouvement hippie, de ces mouvements « sauvages » de reconstitution...de sages-femmes qui n'avaient aucune formation universitaire, et qui ont commencé à faire des accouchements, comme ça, sur le tas, guidées par quelques bons apôtres médecins qui partageaient leurs idées... Des choses qui sont impensables pour nous. Enfin en France l'exercice illégal de la médecine, c'est fondamental, depuis longtemps, depuis l'Ancien Régime, ça n'a pas attendu le 19ème siècle. »

La réémergence des sages-femmes en Amérique du nord est récente. Elles sont progressivement reconnues dans les années 1990 aux États-Unis, d'abord via la création de diplômes d'États d'infirmières spécialisées dans la naissance, puis en tant que profession à part entière. Au Canada la première législation autorisant leur activité date de 1993⁵³. C'est une profession qui demeure statistiquement marginale et associée dans les représentations à des pratiques d'accouchements dits « naturels » ou « alternatifs ». Au Québec par exemple, l'Ordre des sages-femmes recensait 191 sages-femmes actives dans la province en 2015⁵⁴. Ces éléments aident également à comprendre l'apparition et la diffusion de l'activité de « doula » – accompagnante de l'accouchement sans qualifications médicales – sur le continent américain à partir des années 1980.

⁵¹ On peut faire remonter cette tradition à la diffusion à partir des années 1850 aux Etats-Unis de l'accouchement sous chloroforme, dit « accouchement à la reine », popularisé par la reine Victoria. Voir : <<http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>>

⁵² D'après une historienne interrogée, cette pratique en France se restreint à quelques établissements de soins privés : « en France on n'a pas tellement la tradition de l'anesthésie obstétricale. Elle a été très peu répandue. Alors sauf dans les années 1950 il y a des cliniques plutôt chics qui font ça. Mais ce n'est pas du tout répandu dans les maternités hospitalières ».

⁵³ Nestel (2000).

⁵⁴ Voir le rapport annuel de l'OSFQ : <http://www.osfq.org/wp-content/uploads/2014/11/osfq_rapport-annuel_14-15_web_2.pdf>

2.2. De l'accouchement sans douleur à l'anesthésie péridurale

L'« accouchement sans douleur »

En 1951, l'accoucheur français Fernand Lamaze, accompagné de médecins proches du Parti communiste français (PCF), assiste à Leningrad à une démonstration d'« accouchement sans douleur »⁵⁵, une méthode fondée sur la psychologie, impliquant des séances de préparation en amont, des massages, des exercices de respiration et de relaxation. Déclarée à l'époque méthode universelle pour tous les accouchements en URSS, elle répond à une volonté d'encourager les femmes à procréer après la guerre, dans un contexte de manque d'analgésiques et d'anesthésiques⁵⁶. Lamaze s'efforce d'introduire la méthode en France, qu'il expérimente à la maternité des Bluets à Paris. Sa démarche rencontre des oppositions, notamment de la part de milieux médicaux de droite hostiles au PCF, jusqu'à ce que le Pape en 1956 déclare licite le fait de chercher à atténuer les douleurs de l'accouchement.

*« En punissant Ève, Dieu n'a pas voulu défendre et n'a pas défendu aux mères d'utiliser les moyens qui rendent l'accouchement plus facile et moins douloureux. »*⁵⁷

En France, l'accouchement dit « sans douleur » devient la norme dans de nombreuses maternités, et la Sécurité sociale rembourse les séances de préparation⁵⁸. Selon une historienne interrogée :

« L'accouchement sans douleur cesse de voir la femme comme un être qui hurle, qu'il faut délivrer le plus vite possible, il lui redonne une dignité. Puisque c'est elle, qui va finalement, maîtriser la douleur, et gérer son accouchement, sinon dans la tranquillité, du moins le calme. On peut dire tout ce qu'on veut mais ça a marché, ça représentait un progrès considérable pour les femmes. Parce que pour la première fois, on leur a expliqué, bon d'accord, avec des méthodes un peu scolaires, tableau noir, toutes en rang devant le prof... On leur a expliqué ce qui se passait dans leur corps. Des tas de jeunes femmes arrivaient à leur nuit de noce, ne savaient pas du

⁵⁵ Merger, Chadeyron (1968).

⁵⁶ Morel (2015).

⁵⁷ Discours du pape Pie XII sur l'accouchement naturel indolore, salle des Bénédictions, dimanche 8 janvier 1956. <https://w2.vatican.va/content/pius-xii/fr/speeches/1956/documents/hf_p-xii_spe_19560108_parto-indolore.html>

⁵⁸ Caron-Leulliez & George (2004).

tout, ce qui allait se passer... On a des témoignages, plus que constants. Et puis une fois qu'elles étaient enceintes voilà elles allaient avoir un bébé, mais les différentes phases de l'accouchement, elles ne savaient pas du tout. Elles savaient qu'elles allaient avoir mal. C'est tout. Le fait aussi que les pères, c'est la première fois que les pères ont été inclus, dans le processus de l'accouchement. »

Le « Que Sais-je » sur l'accouchement sans douleur publié en 1968 (Merger, Chadeyron, 1968) confirme cette volonté d'éducation, et même d'éducation sexuelle, des femmes.

« La sexualité doit être étudiée sans mystère, sans tabou, tout comme on étudierait la circulation, ou la respiration. On a soin d'exprimer les mots naguère « défendus » (vulve, vagin, sperme...). »

L'ouvrage, rédigé par un gynécologue-accoucheur et par un assistant des hôpitaux de Paris, se montre en revanche critique quant à la présence du mari de la parturiente, risquant de « gâcher » par sa présence le travail de préparation effectué, voire de constituer un concurrent masculin à l'obstétricien dans l'espace de la salle d'accouchement.

« La présence du mari fait aujourd'hui l'objet d'une véritable campagne de faveur (...) Les partisans de l'absence sont peut-être les moins nombreux, mais ils sont généralement de qualité. Et ce sont souvent les plus calmes. La femme peut estimer, avec raison selon nous que, pendant la durée de son accouchement, c'est le médecin son protecteur. »

La méthode de l'« accouchement sans douleur » exige une véritable discipline de la part de la parturiente, qui fait souvent l'objet d'une évaluation. Les médecins restent ainsi les « maîtres du travail » et « distribuent les bons et les mauvais points ».⁵⁹

« Oui, pour nous aujourd'hui, c'est très déplaisant, de voir les archives de ces cliniques d'« accouchement sans douleur », où on note les patientes. Mais... ça concerne évidemment la femme qui a accouché mais ça concerne aussi le personnel. Est-ce qu'on a fait tout ce qu'on devait pour l'entourer, la rassurer, pour qu'elle ne panique pas. (...) Là aussi je crois qu'il faut se garder d'un jugement de valeur. »

Une historienne

Ces éléments, ajoutés à la multiplication de témoignages négatifs (dont l'ouvrage *Les Bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur* est un exemple plus

⁵⁹ Morel (2015).

tardif⁶⁰) contribuent à la désaffection progressive de la méthode après 1968 en Europe. Aux Etats-Unis en revanche, elle est appropriée par les mouvements *New Age*, féministes et de contre culture, qui contestent « le pouvoir des hommes sur le corps des femmes », exaltent « la capacité des femmes à enfanter », et encouragent le développement de sages-femmes non institutionnelles (« *lay midwives* »).⁶¹

Des « années d'ébullition » dans le domaine de la naissance

Les années 1970 vont être marquées en France par une véritable effervescence dans le domaine de la naissance. En 1974, l'obstétricien Frédérick Leboyer, marqué par un voyage initiatique en Inde et inspiré par la psychanalyse, signe un ouvrage dont le retentissement est considérable, intitulé *Pour une Naissance sans violence*.

« C'est un livre avec des très belles images. Une horrible au début : c'est un bébé tenu par le pied qui hurle, et autour le père, la mère, le médecin, tous sont très contents, sauf lui. (...) C'est un livre qui se met à la place du bébé, qui montre que pour le bébé c'est effrayant de naître dans ces conditions, d'arriver dans un milieu hostile, bruyant, en pleine lumière, où on parle très fort et où on le tient par les pieds. La règle c'était de couper le cordon très vite, d'emporter le bébé loin de la mère, pour le désobstruer, le peser, l'emmailloter, voire l'intuber avec un tuyau qui va jusque dans l'estomac, lui faire faire des tests, (...) les hurlements étant considérés comme un signe de vitalité. »

Une historienne Leboyer propose d'accueillir le nouveau-né dans un environnement calme et peu lumineux, de le poser sur la poitrine de sa mère, puis de le baigner dans l'eau, de ne pas couper le cordon ombilical immédiatement, et de différer les tests médicaux en l'absence de complications. Dans son ouvrage, des photographies montrent des nourrissons âgés de quelques minutes, les yeux ouverts, souriants. Le travail de Leboyer est par ailleurs contemporain de recherches sur la sensorialité du nouveau-né, dont la diffusion culmine en 1984 avec l'émission de télévision « Le bébé est une personne », réalisée par Bernard Martineau.

⁶⁰ *Les Bateleurs du mal-joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur* écrit par Marie-Josée Jaubert et publié en 1979, se présente comme un ouvrage journalistique compilant des récits d'accouchements « sans douleur » ayant mal tourné. L'auteure se montre également très critique envers le médecin Frédérik Leboyer, à qui elle reproche de n'avoir aucune considération pour les femmes qui accouchent.

⁶¹ Morel (2015).

« On lui piquait le talon, on lui passait une sonde dans le nez qui allait jusqu'à l'estomac. On lui faisait des réflexes immédiatement, on le séparait de sa maman, pour faire tous ces examens. (...) « Le bébé est une personne », c'est de là que ça vient. Vraiment. Ça, ça a changé. (...) Les bébés de moins de 3 ans, on leur faisait des interventions chirurgicales compliquées sans les endormir (...) Jusque dans les années 1960. »

Un obstétricien

« L'accouchement Leboyer » devient un produit d'appel en France et de nombreuses maternités le proposent. La méthode semble également avoir nourri des mouvements féministes des années 1970 engagés pour l'amélioration des conditions d'accouchement. C'est le cas du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC)⁶² dont certaines membres – en plus de pratiquer des avortements clandestins sûrs⁶³ avant la loi de 1975⁶⁴ – accompagnent des accouchements à domicile, sous la tutelle discrète de médecins eux aussi militants. Le documentaire « Regarde, elle a les yeux grand ouverts »⁶⁵ tourné en 1972 montre ainsi deux accouchements durant lesquels les parturientes pratiquent des exercices de respiration et donnent naissance à leur enfant chez elles, entourées d'un groupe d'amis, d'enfants, et de militants. Les nourrissons sont baignés dans l'eau, et une membre du MLAC fait explicitement référence à la « naissance sans violence » de Leboyer. À la marche à suivre du médecin et auteur s'ajoute une rhétorique particulière qui fait de la maîtrise de l'accouchement un enjeu de lutte sociale.

« On a cette force en nous pour accoucher donc on l'a pour tout le reste...si les femmes elles s'en saisissent...Si les femmes s'en rendent compte elles peuvent aller très loin...comme on nous pénalise depuis l'école (...) on va pas nous faire s'apercevoir qu'on a ça en nous... »

⁶² Le MLAC fut créé en 1973 à l'initiative de militant.e.s du Planning familial, de médecins, de la CFDT, et de groupes d'extrême gauche. Ses activités concernaient principalement l'avortement (pratique, formation, voyage à l'étranger). Voir : Pavard (2009).

⁶³ Avortement selon la méthode de Karman, qui consiste à aspirer le contenu de l'utérus à l'aide d'une canule et d'une seringue. Contrairement au curetage, alors généralement utilisé pour les avortements, cette méthode est relativement simple à apprendre. Le matériel est obtenu à l'origine via l'équipe du *King's College Hospital* à Londres.

⁶⁴ La loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite « loi Veil » (du nom de la ministre de la santé Simone Veil), est une loi encadrant la dépénalisation de l'avortement en France.

⁶⁵ Film réalisé par Yann Le Masson, sorti en 1982.

Une femme évoque également sa déception suite à un accouchement à l'hôpital :

« Moi la première fois que j'ai accouché, j'ai été extrêmement déçue. J'avais toute une idée de la manière... Je n'avais pas peur. J'avais suivi ce qui à l'époque me semblait révolutionnaire, c'est à dire l'accouchement sans douleur, et puis, avec le père qui était là (...) et je sais qu'on l'a foutu à la porte, je me suis retrouvée toute seule pendant des heures et des heures... »

Comme l'illustrent ces citations, la méthode Leboyer fait l'objet d'une réadaptation de la part des milieux féministes de l'époque, allant jusqu'à sortir la naissance de l'hôpital et à reléguer les soignants dans l'ombre en l'absence de complications. On peut noter que certaines féministes se montrent extrêmement critiques, dénonçant un manque de considération de Leboyer pour les parturientes. Dans un film (*Naitre Autrement*, 2008), il déclare par exemple : « ce n'est pas la femme qui accouche, c'est l'enfant qui naît ».

« Il y a un certain nombre de féministes qui ont dit « mais Leboyer il se fiche complètement de la femme », et c'est vrai. Aussi bien dans le film que dans le bouquin, je dirais que la femme est un matelas. Apparemment dans le film, la femme a été préparée par la méthode de l'accouchement sans douleur, elle accouche sans cris, de façon très consciente, très maîtrisée. Mais après, c'est Leboyer qui baigne le bébé. »

Une historienne

Il faut également évoquer la figure de Michel Odent, un obstétricien proche de Leboyer responsable du service de chirurgie de l'hôpital public de Pithiviers de 1962 à 1985, où il met en place différentes expérimentations : préparation à l'accouchement, « salle sauvage » sans équipement médical, liberté de mouvement laissée aux femmes pendant le travail, choix de la position d'accouchement. Une historienne interrogée revient sur ces « années d'ébullition » dans le domaine de la naissance :

« Il y a eu une floraison de nouvelles méthodes d'accouchement, avec la sophrologie, le yoga, tout cela bourgeoise à partir de la fin des années 1970. Avec l'accouchement dans l'eau, et un épiscentre qui est Pithiviers. (...) Des femmes venaient de partout. (...) On fait du chant prénatal... Plein de choses ont été inventées à ce moment là autour de la naissance, c'est des années d'ébullition. En plus, beaucoup de choses ont été inventées du côté du Larzac, des communautés de

« rurbains », de jeunes urbains qui étaient partis élever des chèvres... Beaucoup ont développé des pratiques d'accouchement à la maison. »

Des rituels impliquant le conjoint auprès de la parturiente se mettent également en place à cette époque.

« Après lui [Frédéric Leboyer], sa méthode a évolué. On a incité les pères à donner le bain, ce qui était une manière de leur donner, une fonction. On a d'abord commencé par leur faire couper le cordon. J'ai essayé de retracer, l'origine de ce geste, qui est (rires) l'invention d'un rituel pur et simple, qui n'a jamais existé dans aucune autre culture. (...) Ça a été un des motifs d'adhésion des maris aux côtés de leur femme cette nouvelle méthode. On leur donnait un rôle. »

Une historienne

La diffusion de l'anesthésie péridurale

En 1979, dans *Les Bateleurs du mal-joli*, Marie-José Jaubert écrit « L'accouchement sans douleur est presque toujours un leurre : 80% des femmes souffrent atrocement durant l'accouchement ». C'est précisément à cette époque que les méthodes d'accouchement sans douleur vont laisser la place à une large diffusion de l'anesthésie péridurale⁶⁶, permise, selon l'historienne Marie-France Morel⁶⁷, par la conjonction de trois facteurs : les découvertes médicales de techniques et de produits anesthésiants, la demande des femmes de ne plus souffrir en accouchant, et « la volonté du corps médical de ne plus assister dans l'impuissance à des couches douloureuses et souvent dramatiques ». Une sage-femme interrogée raconte ainsi :

« Au moment où la péridurale est arrivée, je me suis plutôt battue pour. Pourquoi ? Parce qu'il y avait 10% de femmes qui étaient traumatisées à vie par leur accouchement. Au moins 10%. Parce que c'était beaucoup trop dur. C'est absolument génial qu'il y ait la péridurale. (...) Tu rentres dans la salle t'as l'impression d'être dans une salle de torture tu vois. Et tu vois dans les yeux de la fille qu'elle est en train d'être, cassée. Elle te crie au secours. Moi les dix premières années de ma pratique il n'y avait pas de péridurale. Donc des femmes qui m'ont crié

⁶⁶ La péridurale est une technique d'anesthésie consistant en une injection dans l'espace entre les vertèbres et l'enveloppe méningée la plus externe de la colonne vertébrale. Elle permet notamment d'atténuer les douleurs du travail et de l'accouchement.

<<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/péridurale/15264>>

⁶⁷ Morel (2002).

au secours, que j'ai vu mourir psychiquement, je sais ce que c'est. Et je peux te dire qu'avec la péridurale il n'y en a plus jamais, de ça. »

Une sage-femme

Les éléments développés dans cette partie ont donné à voir – afin d'éclairer le sujet des mobilisations contemporaines autour de la naissance – avant tout des méthodes « douces » de soulagement de la douleur. Il faut rappeler, comme le souligne Marie France Morel, et malgré une diffusion tardive de l'anesthésie péridurale, que l'histoire de la gestion de la douleur dans l'accouchement donne à voir de façon explicite une préférence – de la part des femmes comme des soignants – pour un recours aux drogues anesthésiantes, et ce dès le milieu du 19^{ème} siècle. Les méthodes d'« accouchement sans douleur » ou « psychoprophylactiques », si elles ont eu une importance fondamentale dans l'histoire de la naissance et ont encouragé la diffusion de gestes intégrés aujourd'hui dans les pratiques hospitalières, n'ont été utilisées que pendant peu de temps, et ont été assez rapidement marginalisées.

2.3. Réorganisation des soins et démocratie sanitaire

Aux nouvelles techniques d'indolorisation et à leur diffusion viennent s'ajouter des changements importants survenus dans l'organisation des soins en France. Dès 1972, le décret Dienesch⁶⁸ entraîne d'abord la fermeture des maternités tenues par des sages-femmes, et impose un nombre de lits minimums encourageant des regroupements d'établissements. Les politiques de réduction des coûts et des risques se multiplient par la suite, avec le plan « périnatalité » de 1994⁶⁹, centré autour de l'hôpital et fortement axé sur la prévention du risque obstétrical, et les décrets de 1998⁷⁰, qui définissent notamment les niveaux (I, II, III) de maternités⁷¹, accélèrent

⁶⁸ Source : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006061907&dateTexte=19981009>>

⁶⁹ Haut Comité de la santé publique, « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité », Janvier 1994, Rennes.

⁷⁰ Source : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>>

⁷¹ Le niveau I dispose d'une simple unité d'obstétrique, pour les grossesses à bas risques et les naissances normales. Le niveau II dispose en plus d'une unité de néonatalogie pour les risques modérés

cette recomposition de l'offre, qui se fait au détriment des structures les plus petites et les moins techniques⁷². Un rapport de la Cour des comptes⁷³ de 2015 indique que plus des deux tiers des maternités auraient fermé entre 1972 et 2012. Le rapport juge la poursuite de cette « recomposition » « inévitable et nécessaire », et appelle à la fermeture de davantage d'établissements de petite taille.

Ces fermetures progressives ont pu être l'objet de mobilisations, dont le Collectif⁷⁴ monté pour défendre la maternité des Lilas à Paris est un exemple emblématique dans les années 2010. Les changements intervenus dans le système de soins français sont fréquemment évoqués par les acteurs de la « naissance respectée », et associés à une dégradation des conditions d'accouchement. L'obstétricien et membre du CIANE Paul Cesbron déclare ainsi en 2015 :

« La politique, menée depuis près de trente ans, met en avant l'insécurité supposée des petites maternités, les problèmes financiers et le manque de personnel. Mais la réalité, c'est que ces restructurations n'ont rien résolu et montrent même la corrélation entre fermetures et baisse de la qualité des soins en périnatalité. »⁷⁵

Les pratiques ont connu elles aussi des évolutions importantes. Béatrice Blondel, épidémiologiste à l'INSERM⁷⁶, relève que le recours à la péridurale, qui représentait 54% des accouchements en 1995, est passé à 75 % en 2003, puis à 81% en 2010. Le recours aux injections d'ocytocine, une hormone provoquant une accélération des contractions utérines, a augmenté en conséquence⁷⁷. Le recours à des méthodes de déclenchement de l'accouchement, ainsi que le taux de césariennes sont tous deux

et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière. Au niveau III est ajoutée une unité de réanimation néonatale, pour les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves.

⁷² Voir : <http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/04/01/pourquoi-le-nombre-de-maternites-a-ete-divise-par-trois-en-quarante-ans_4894303_4355770.html#JH6Pt3sEOBhwZBSI.99>

⁷³ Voir : <<https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-maternites>>

⁷⁴ Voir : <<http://www.la-maternite-des-lilas-vivra.com>>

⁷⁵ Voir : <<http://www.humanite.fr/menace-sur-les-maternites-565562>>

⁷⁶ Institut national de la santé et de la recherche médicale. Voir : <http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/09/02/la-peridurale-une-pratique-un-peu-trop-systematique_4743037_1651302.html#4qjAMloFJGKkyzSb.99>

⁷⁷ L'usage d'ocytocine fait partie des techniques de « déclenchement » de l'accouchement. Selon une sage-femme et un obstétricien interrogés, le lien entre péridurale et ocytocine peut fonctionner dans les deux sens. Les douleurs importantes provoquées par l'usage d'ocytocine pousseront davantage les femmes à demander la péridurale, et la contractilité utérine réduite par la péridurale entraînerait un besoin d'ocytocine pour favoriser l'expulsion du bébé, puis l'extraction du placenta.

passés de 10% à 20% entre 1981 et 2012⁷⁸. Selon l'INSERM encore, un quart de ces césariennes « pourraient être évitées »⁷⁹. Le recours à l'épisiotomie – incision pratiquée dans le périnée pour laisser passer la tête du bébé – a quant à elle diminué au cours des dix dernières années. Elle concernait encore 44% des accouchements de femmes dont c'est le premier enfant (primipares) en 2010⁸⁰.

Ces taux sont fréquemment soulignés par les militantes de la « naissance respectée » comme le signe d'une « hypermédicalisation » de l'accouchement, et d'une généralisation de protocoles hospitaliers qui laisseraient peu de place aux choix des parturientes. Les organisations professionnelles de sages-femmes, comme on le verra, s'en saisissent également pour dénoncer une insuffisance de leurs effectifs. Dans une publication thématique issue de son enquête menée en ligne, le CIANE rapporte une augmentation des demandes de la part des usagères concernant les conditions d'accouchement :

« Le pourcentage de femmes qui expriment, pendant la grossesse, des souhaits particuliers concernant leur accouchement augmente régulièrement : il est passé de 36% avant 2005 à 57% en 2011. Ceci s'accompagne d'une progression des projets de naissance (7% avant 2005 ; 18% depuis 2009). (...) Les principaux souhaits exprimés par les femmes concernent leur liberté de mouvement (choix de position, possibilité de déambuler), un accompagnement personnalisé de la douleur (soutien pour un accouchement sans péridurale, possibilité de choisir le moment et le dosage de la péridurale) et le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse. »⁸¹

Popularisé par des associations d'usagers au Royaume Uni dans les années 1990, diffusé en France dans les années 2000⁸², le « projet de naissance » (« *birth plan* » en

⁷⁸ Voir : <<http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1623.html>> et <http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/04/01/pourquoi-le-nombre-de-maternites-a-ete-divise-par-trois-en-quarante-ans_4894303_4355770.html>

⁷⁹ Voir : <<http://presse.inserm.fr/un-tiers-des-cesariennes-pourraient-etre-evitees/14463/>>

⁸⁰ Voir : <<http://www.episio.info/connaître/taux-episio/>>

⁸¹ Voir : <<http://ciane.net/2012/09/respect-des-souhaits-et-vecu-de-laccouchement/>>

⁸² Voir : Phan E 2015, « Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers », Intervention à la Société française de médecine périnatale de Lyon. <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/SFMPLYon2014_Texte.Ciane_PdN.pdf>

anglais) est un document rédigé par la femme enceinte ou par les futurs parents, et destiné à l'équipe médicale de la maternité dans laquelle ils sont inscrits. Il n'a pas de valeur juridique et peut prendre des formes très diverses : énumération de demandes et d'actes à éviter dans la mesure du possible, « scénario » d'accouchement idéal, voire texte empruntant le style d'un document contractuel. Lors d'une journée d'ateliers organisée par le groupe Co-Naissance à Liège en septembre 2015, deux projets de naissance anonymisés étaient par exemple distribués, afin de servir de modèle ou d'inspiration aux participantes intéressées par la pratique. En France, les militantes de la naissance respectée soulignent fréquemment le progrès du recours au projet de naissance, présenté comme preuve d'une volonté accrue des usagères de mieux contrôler le déroulement de leur accouchement, ou indice supplémentaire d'une offre de soins dégradée, poussant les femmes à vouloir se prémunir d'actes « systématiques ».

« Le projet de naissance... Moi il y a 36 ans j'ai accouché dans une maternité où il y avait un respect important de ce que les parents ressentaient, ils étaient acteurs, et ça on ne leur enlevait pas lorsqu'une décision devait être prise. (...) Donc le projet de naissance était DE FAIT. Ça ne venait pas avec un écrit, une demande, ou un entretien spécifique. (...) On s'est rendu compte que malheureusement tous les soignants et toutes les maternités n'étaient pas dans cet esprit là. (...) Il n'y a pas toujours autant de personnel qu'on le souhaiterait. (...) On s'est dit, ça se passe au Royaume-Uni, les birth plans ça a été mis en place il y a assez longtemps, il faut reprendre les choses en main en France. »

Une militante du CIANE

Favorables à cette pratique, les militantes du CIANE mettent cependant en garde contre les initiatives maladroites ou contreproductives, générant des tensions avec l'équipe médicale.

« Il faut savoir que c'est très violent pour les soignants. Il y a certains projets de naissance...(soupir) On en a vu quelques uns... qui renvoyaient un peu les soignants à : « c'est moi qui fait tout j'ai pas besoin de vous ». Non, on est dans le dialogue. (...) Il faut mettre les acteurs autour d'une table. »

Une militante du CIANE

Le soutien d'initiatives de projets de naissance en France par les militantes s'appuie par ailleurs sur une assimilation avec les objectifs du Plan Périnatalité 2005-2007⁸³ prévoyant la mise en place systématique d'un « entretien du 4^{ème} mois » (de grossesse) conduit par une sage-femme pour recueillir les « attentes et [les] besoins des futurs parents »⁸⁴. Cette popularisation a pu être favorisée plus largement par la mise en application du Code de la santé publique de 2002 instaurant une « démocratie sanitaire »⁸⁵.

Démocratie sanitaire

Pour expliquer l'émergence – ou la réémergence – de revendications touchant aux conditions de naissance, il faut mentionner en plus des évolutions des pratiques dans le domaine de la périnatalité, le développement de nouvelles possibilités d'expression de ces revendications. Les militantismes de la « naissance respectée » peuvent être replacés dans un contexte plus général d'implication des usagers du système de santé depuis plusieurs décennies, en particulier suite à l'épidémie du Sida dans les années 1980. Pour Barbot (2002), le début des années 1990 « marque un tournant dans l'histoire de l'activisme thérapeutique. (...) L'échec de la recherche biomédicale [sur le VIH] pousse les associations à s'engager (...) afin d'obtenir une véritable légitimité vis-à-vis des autorités publiques ». Champagne et Marchetti (1994), à propos de l'affaire du « sang contaminé », observent un contexte d'expression de « nouvelles attentes » de la part des patients et l'apparition d'attitudes critiques à l'égard des médecins, suscitées par une « médicalisation croissante ». Plusieurs militants de la « naissance respectée » interrogés évoquent cet héritage, comme la présidente du CIANE.

⁸³ « Plan « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité », 10 novembre 2004. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf>

⁸⁴ Bien que le projet de naissance s'oppose à la consultation du 4^{ème} mois par sa forme (document écrit et non entretien oral) et par la nature de l'initiateur (la maternité et non l'usagère), l'idée d'une continuité entre ces deux pratiques est notable en entretien. Une militante du CIANE : « *Ça doit durer entre 40 et 45 minutes [la consultation du 4^{ème} mois], c'est le texte qui le précise, ça devrait permettre au couple de parler de tout ce qui leur passe par la tête par rapport à la grossesse, sur la naissance qu'ils désirent... Donc c'est l'occasion de parler de leur fameux projet de naissance justement.* »

⁸⁵ Bel B 2007, « Du bon usage du projet de naissance », Journée d'Enseignement Post-Universitaire d'Obstétrique, École de Sages-Femmes Jeanne Sentubery, Hôpital de Poissy, le 23 mars.

« Il y a eu un soulèvement au moment de la période du sida. Les soignants étaient désarmés devant cette maladie là et les patients, se sont dit : « nous on a notre mot à dire aussi, on pourrait arriver à une collaboration qui ferait que les traitements seraient moins lourds, invasifs, etc ». C'est à ce moment là qu'il y a eu une prise de conscience des usagers de la santé. « On peut être aussi acteurs, en travaillant en collaboration avec les soignants ». Et nous, femmes qui mettons au monde nos enfants dans des structures dites médicalisées, eh bien on s'est inscrites là dedans, on avait des choses à dire, un savoir faire, il y a des choses qu'on peut aussi transmettre aux soignants, être entendues. »

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » ou « loi Kouchner » encadre les possibilités de participation des usagers au fonctionnement du système de santé, notamment par la création d'une habilitation pour les associations à représenter ceux-ci auprès de différentes instances (établissement de soin, réseau de santé, organisation de professionnels de santé). Cette collaboration avec les institutions de santé ou avec les soignants, par exemple dans l'élaboration de recommandations de bonne pratique, suppose l'acquisition d'une expertise de la part des usagers, souvent qualifiée d'« expertise profane »⁸⁶. Comme le soulignent Akrich et Rabeharisoa (2012), celle-ci se déploie sur deux dimensions, désignant à la fois le développement de connaissances scientifiques sur le sujet (expertise médico-scientifique) et d'analyses spécifiques rendue possibles par l'expérience personnelle d'une maladie ou condition (l'expertise expérientielle). L'expression « démocratie sanitaire » employée dans la loi Kouchner renvoie à l'idée que ces apports des usagers peuvent et doivent être pris en considération dans les processus de décision, d'élaboration et d'organisation des soins et des politiques de santé.

Plusieurs travaux⁸⁷ soulignent enfin l'importance de la généralisation de l'usage d'internet dans les années 1990 et 2000 dans le développement de mouvements de patients, et dans les modifications récentes des rapports entre patients et médecins⁸⁸. Dans le cas des violences obstétricales, l'usage d'internet occupe une place

⁸⁶ « *Experiential Knowledge* » (Voir : Borkman, 1976).

⁸⁷ Akrich (2010).

⁸⁸ Akrich & Méadel (2010).

fondamentale, à la fois dans la diffusion d'informations et dans la circulation de causes entre mondes militants distincts (témoignages d'usagères, émergence de « scandales »), mais aussi dans la formation (rencontre entre membres) et la pratique quotidienne d'associations.

2.4. Usages de l'histoire dans le champ de la naissance

Les chercheurs face aux soignants-historiens

L'histoire occupe une place particulière et intéressante dans le champ de la naissance. Ce domaine de recherche semble d'abord être investi par les soignants eux-mêmes, en activité ou en retraite, comme le suggèrent par exemple ces propos d'une chercheuse en histoire, critique à l'égard d'une forme de posture téléologique qu'elle dit observer chez beaucoup de médecins.

« Il y a beaucoup de médecins qui s'intéressent à l'Histoire... D'ailleurs ça pose des problèmes à nous autres historiens je peux vous dire. Bon ça c'est peut-être off (rires). (...) L'attitude générale des médecins qui font de l'histoire, c'est de rechercher – il y en a qui vont dans les archives, qui sont très sérieux – rechercher ce qui annonce le présent. D'une certaine manière. Ils cherchent les prémises, les frémissements, je ne sais pas, de la croyance à l'influence des hormones, ou à la circulation sanguine... Ils ne se préoccupent pas du tout du contexte socio-économique. Ils ne se préoccupent pas du tout des erreurs de la médecine. »

Si les luttes de territoires entre universitaires et amateurs ne sont pas rares au sein de la recherche en histoire, elles semblent prendre une dimension particulière dans le cas de l'histoire de la médecine⁸⁹, où les soignants peuvent faire valoir leur compétence quant à l'objet considéré.

« Ce n'est pas toujours simple. En général on est considérés comme des ignorants en matière de médecine ce qui est vrai, on n'a pas fait d'études de médecine. »

Une historienne

Des membres de la Société d'Histoire de la Naissance, elle-même créée en 2000 par une historienne et un médecin, mentionnent également l'investissement de soignants

⁸⁹ Absil & Govers (2015).

au sein de cette association, parfois en tant que doctorants ou chercheurs. Ils insistent tous deux sur la présence plus importante de sages-femmes.

« Il y a des sociologues, des philosophes, des sciences humaines disons... Et puis y a, du côté des soignants beaucoup de sages-femmes, des puéricultrices, des psychologues (...) la société d'histoire de la naissance fonctionne avec quelques médecins, très peu, mais beaucoup, beaucoup de sages femmes. »

Une historienne

« J'ai vu des historiens et historiennes venir et participer à cette entreprise [la Société d'Histoire de la Naissance]. Des sages-femmes plus que des médecins (...) Curieusement oui. Elles sont victimes des médecins les sages-femmes. Pour aller vite quoi. Elles ont été mises sous tutelle dès la fin du 19ème siècle. Ce qui est très dur et très ingrat. »

Un obstétricien

On peut en effet noter que les réseaux construits par le biais d'associations savantes comme la Société d'Histoire de la Naissance impliquent avant tout des sages-femmes. Les obstétriciens collaborant activement avec des universitaires sont rares. Ils sont en revanche très visibles – figures engagées dans le champ de la naissance respectée – et occupent souvent des positions de direction au sein de ces associations. Une historienne interrogée les appelle des « électrons libres ». On peut par exemple mentionner l'obstétricien Paul Cesbron, ayant co-écrit avec l'historienne Yvonne Knibiehler l'ouvrage *La Naissance en Occident* (2004).

Des sujets investis dans des luttes de légitimité

Tous les sujets de la recherche en histoire de la naissance ne sont pas pareillement investis par les chercheurs, ou appropriés par les militants ou les professionnels de santé. L'histoire des concurrences entre sages-femmes et chirurgiens-accoucheurs⁹⁰ – puis obstétriciens – et de la subordination progressive des sages-femmes dans la hiérarchie des professions hospitalières prenant en charge la naissance est notamment

⁹⁰ L'historien Jacques Gélis (1988) a étudié les campagnes de discrédits dont les sages-femmes furent l'objet au 19^{ème} siècle. Après la Seconde Guerre mondiale, l'historienne Yvonne Knibiehler (2010) parle de leur réduction « au rang d'auxiliaires ».

fréquemment mobilisée par des sages-femmes ou des militants de la naissance respectée⁹¹.

Une page résumant l'« histoire de la profession » sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes opère ainsi une dissociation de la figure de la « matrone » au 18^{ème} siècle d'avec les sages-femmes « formées », mentionne la figure de Mme Du Coudray, et revient sur l'histoire de l'accouchement au 20^{ème} siècle, signalant une perte d'« autonomie » des sages-femmes. Le texte aboutit à une caractérisation des décennies récentes en ces termes : « les sages-femmes françaises ne se sont pas résignées à devenir les auxiliaires des obstétriciens ».

La question de l'histoire de la mortalité maternelle et infantile constitue également un outil important de lutte de légitimité entre acteurs. Pour certains médecins, il s'agit de faire référence négativement à une époque passée, antérieure à l'arrivée des obstétriciens dans le domaine de la naissance ou avant d'importants progrès techniques de leur discipline, durant laquelle la mortalité maternelle était élevée. On observe ce discours d'autolégitimation par l'Histoire notamment dans le cadre de critiques de techniques d'accouchement « alternatifs ». Les propos d'un médecin écrivant en 1975 en réaction aux méthodes d'accouchement mises en place par Frédérik Leboyer sont à ce titre intéressants :

« Quand on pense au mal que se sont donnés les pionniers de la recherche scientifique pour mettre au point et faire connaître les techniques qui font maintenant l'honneur de l'Obstétrique moderne et qui ont permis un abaissement spectaculaire de la mortalité néonatale, il est révoltant de voir avec quelle facilité, grâce à la complicité de certains journalistes qui déshonorent leur belle profession, des idées rétrogrades et aberrantes peuvent abuser la confiance du public. »⁹²

⁹¹ On compte parmi ces militants quelques rares figures d'obstétriciens comme Paul Cesbron, qui se pose en « défenseur » des sages-femmes. Il déclare ainsi en 2012 au journal *Fakir* : « j'observe le même mépris pour les sages-femmes. Durant des siècles, elles ont procédé seules, sans homme, sans médecin, aux accouchements. D'un coup, en quelques décennies, dans l'après-guerre, dans cet élan de modernisation, tout leur savoir millénaire est rejeté comme « des préjugés de grand-mère ». Je constate cette arrogance. Elles subissent les diktats des médecins. » Voir : <<http://www.fakirpresse.info/Vis-ma-vie-de-paturiente-partie-2>>

⁹² Seguy, 1975.

Plus récemment en 2012, les propos de la gynécologue obstétricienne Odile Buisson dans une tribune du Monde.fr en appellent à l'histoire des progrès de la médecine pour critiquer la réémergence – quoique marginale en France – de l'accouchement à domicile.

« Quant aux Françaises, elles sont clairement incitées aux nostalgies du siècle dernier : celles d'avant Albert Netter, celles de l'accouchement à domicile pour ne donner qu'un exemple. Car c'est le grand retour de « l'accouchement physiologique »! Délicat euphémisme pour désigner les accouchements de nos grand-mères et leur corollaire : « Tu accoucheras dans la douleur ». »⁹³

En réaction à ce que la militante Marie Héléne Lahaye, dans une intervention faite à la Société d'Histoire de la Naissance en 2016⁹⁴, désigne comme une instrumentalisation du risque de la mort visant à « contraindre les vivants » dans le milieu hospitalier, s'est diffusée ces dernières années parmi les militants de la naissance respectée et parmi certaines sages-femmes une critique de l'idée faisant des progrès de l'obstétrique la seule cause des premières baisses radicales de la mort en couches en France.

« Leur idée c'est que...Si on lâche quoi que ce soit, sur les pratiques, les protocoles extrêmement rigoureux, on va revenir, à cet âge de pierre, à ce moyen-âge, où les femmes mourraient. Bon ils croient d'abord que toutes les femmes mourraient en couche ce qui n'est pas vrai non plus. Il y a une espèce d'instrumentalisation du risque de la mort qui est...extrêmement importante. »

Une militante

Cette critique s'appuie largement sur des travaux d'historiens, parfois cités pour remettre en question la nécessité de la médicalisation d'accouchements sans complications⁹⁵. Interrogée à propos de la réduction de la mortalité maternelle et infantile en France à partir de la fin du 19^{ème} siècle, une chercheuse rappelle la multiplicité des facteurs en jeu dans le processus :

« Vous avez des gynéco obstétriciens qui sont persuadés, et c'est vrai d'une certaine manière... Leur spécialité a fait d'énorme progrès depuis plusieurs siècles et a

⁹³ Voir : <http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/03/29/la-disparition-annoncee-des-gynecologues-et-des-generalistes-de-la-sante-genesique_1676903_3232.html#Ge0IKpMVwfxsoxLk.99>

⁹⁴ Voir : <<http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article109>>

⁹⁵ Voir par exemple le billet de blog de la militante Marie Héléne Lahaye intitulé : « 'Il y a deux siècles, je serais morte en couches.' Vraiment ? » <<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/09/09/il-y-a-deux-siecles-je-serais-morte-en-couches-vraiment/>>

contribué à sauver des mères et des enfants. Mais ils ne sont pas les seuls responsables de tout ça. Il y a des inventions médicales, pharmaceutiques en particulier comme les antibiotiques qui sont des choses qui ont complètement changé le pronostic des fièvres puerpérales, des infections obstétricales. Tout le contexte aussi d'une meilleure surveillance de la grossesse, d'un meilleur niveau de vie, des femmes mieux nourries. »

3. Généalogie du terme « violence obstétricale »

Le terme de « violence obstétricale » – « *violencia obstétrica* » en espagnol, « *violência obstétrica* » en portugais –, est apparu en Amérique du Sud au début des années 2000. Son usage s'est répandu dans le monde anglo-saxon et plus récemment dans le reste de l'Europe à partir des années 2010⁹⁶.

3.1. Campagnes latino-américaines pour l'« humanisation de la naissance » dans les années 2000

Le terme de « violence obstétricale » a été forgé dans un contexte particulier faisant intervenir action des ONG, action des organisations internationales, politiques de développement intégrant de plus en plus la dimension du genre (« *gender mainstreaming* »), groupes féministes luttant pour les droits reproductifs des femmes et « l'humanisation de la naissance », eux-mêmes souvent liés à la défense de l'activité de sage-femme, inégalement reconnue dans les Etats d'Amérique du Sud. Pour Hanna Laako (2016), ces différents acteurs, partageant des valeurs et des discours communs, s'articulent dans ce qu'on pourrait appeler un « réseau de revendications transnational »⁹⁷.

Sur les sites internet d'associations ou d'ONG militantes, il est difficile de trouver une définition précise et limitée de ce qu'est « l'humanisation de la naissance ». L'organisation de sages-femme *Nueve Lunas* basée à Oaxaca au Mexique et fondée en 2004⁹⁸ par exemple, préfère énumérer des valeurs ou des pratiques – de nature très

⁹⁶ On note à titre indicatif qu'une recherche *Google Scholar*, pour « *violencia obstétrica* » (espagnol) ou « *violência obstétrica* » (portugais) donne 735 résultats. Qu'une recherche pour « *obstetric violence* » (anglais) en donne 174, et qu'une recherche pour « violence obstétricale » en donne 7. Une recherche *Europresse* pour « *violência obstétrica* » donne quant à elle 548 résultats, contre 19 pour « *obstetric violence* », et 12 pour « violences obstétricales ».

⁹⁷ Keck et Sikkink (1999). Les auteures expliquent notamment que les luttes prenant cette forme dans les années 1990 ont rencontré un succès particulier dans le cas du combat contre les violences faites aux femmes (chapitre 6).

⁹⁸ Le site internet de *Nueve Lunas* a été fermé en 2015 par les autorités mexicaines, au motif que l'organisation ne détenait pas d'autorisation de la « commission fédérale pour la protection des risques sanitaires » (COFEPRIS). Elle est encore active via une page *Facebook* : <<https://www.facebook.com/NUEVE-LUNAS-SC-424084917710396/?fref=nf>>. Voir également : une vidéo de l'organisation sur la violence obstétricale : <<https://vimeo.com/139230620>>

hétérogène – désignées comme relevant du « *parto humanizado* » (littéralement « accouchement humanisé »). Le « *parto humanizado* » semble être à la fois un projet total où se lit l'ambition de prendre en considération tous les aspects imaginables de l'expérience de la naissance, un idéal de naissance parfaite vers lequel tendre, et un cadre souple et inclusif agréant par conséquent un grand nombre d'acteurs. Les exigences vont de l'efficacité sur le plan médical (réduction des complications périnatales et des coûts de prise en charge), au respect des droits fondamentaux et des choix des femmes quant aux modalités d'accouchement, en passant par l'insistance sur le caractère unique du moment de la naissance dans la vie des femmes et des couples et sur l'importance d'une naissance « sans violence » pour le futur développement du nouveau-né (ce en quoi on retrouve beaucoup d'éléments du « moment Leboyer » en France trente ans auparavant). L'accent est également mis sur le fait d'assurer à la parturiente un rôle actif de « protagoniste » de son propre accouchement. C'est enfin une sorte de label, comme le laissent supposer les nombreuses vidéos *Youtube* d'utilisateurs partageant leur propre « *parto humanizado* ».

Parmi ces mouvements militants, beaucoup s'inspirent par ailleurs d'une longue tradition états-unienne remontant aux années 1970, au sein de l'anthropologie médicale féministe, s'intéressant à la naissance et à l'activité de sage-femme⁹⁹. Très critique à l'égard de la médicalisation de la naissance dans la médecine occidentale, cette tendance est représentée dans les années 1990 par des auteurs comme la controversée Robbie Davis Floyd, qui compare la médicalisation de l'accouchement à un « rite de passage technocratique » :

« Le décubitus dorsal, où la femme est allongée sur le dos, les jambes écartées et relevées, les pieds dans les étriers gynécologiques et le bassin placé tout au bord de la table d'accouchement, complète ce processus d'inversion symbolique, de l'autonomie et de l'intime vers la dépendance et l'exposition totale, qui exprime et renforce l'impuissance de la femme et le pouvoir de la société (ici de son

⁹⁹ Laako (2016).

intermédiaire, l'obstétricien) dans un moment pourtant crucial de son expérience individuelle. »¹⁰⁰

Cette influence universitaire, associée à l'émergence de critiques postcoloniales des politiques de développement à partir des années 1980¹⁰¹, contribue à mettre en place un discours de dénonciation des effets négatifs de l'importation dans les pays du Sud de standards occidentaux de prise en charge de la naissance. La légitimation de ce discours a pu être renforcée au niveau local par les conséquences de politiques ayant longtemps privilégié le financement de technologies et de spécialités obstétriques destinées aux situations d'urgences, un passage rapide à l'hospitalisation de tous les accouchements, donnant lieu à des situations de saturation ou d'altération de la qualité des soins, à une augmentation des taux de césariennes, voire à une augmentation de la mortalité maternelle au sein de communautés pauvres ou amérindiennes¹⁰².

Pour comprendre l'intérêt porté par beaucoup de chercheuses au sein de l'anthropologie médicale féministe états-unienne pour les sages-femmes, ainsi que l'influence de leurs écrits sur les mouvements militants latino-américains autour de la naissance, il convient de mentionner que la profession de sage-femme avait disparu au début du 20^{ème} siècle en Amérique du nord (voir Encadré 1), et n'a été autorisée que progressivement à partir des années 1990. Les sages-femmes en activité demeurent peu nombreuses et leurs services concernent presque exclusivement les accouchements en maison de naissance ou à domicile. Pour ces raisons, la profession est investie par plusieurs générations successives de chercheurs et d'activistes d'une véritable dimension militante, et est indissociable de la promotion de méthodes d'accouchements dites « naturelles » ou « alternatives ».

En Amérique Latine, les sages-femmes font l'objet d'une reconnaissance inégale selon les pays mais constituent dans l'ensemble une profession faiblement

¹⁰⁰ Nous traduisons. Davis-Floyd (1993).

¹⁰¹ La « *post development theory* » formule une critique du développement comme projection de l'hégémonie du Nord occidental sur le reste du monde. Elle est portée par des auteurs comme Arturo Escobar ou Gustavo Esteva. Voir : Krishnaswamy et Hawley (2007).

¹⁰² Voir : Penwell (2010). Ainsi que l'article de presse : « *Las parteras están de regreso* », *El Universal*, 06.07.2015, Lilián López Camberos.
<www.casa.org.mx/escuelaparteria/images/pdfs/eluniversal_lasparterasestanderegreso.pdf>

institutionnalisée (elles furent par exemple interdites d'exercice au Mexique dans les années 1960¹⁰³). Cette similitude de contexte, en plus d'avoir permis l'appropriation par les militantes des travaux académiques évoquées précédemment, peut expliquer en partie la rapidité du mouvement de diffusion inverse, du Sud vers le Nord, des concepts d'« humanisation de la naissance » et de « violence obstétricale » dans le monde anglo-saxon.

La mobilisation latino-américaine est structurée par l'opposition entre « humanisation de la naissance » d'un côté et « violence obstétricale » de l'autre (Laako, 2016). Elle est portée par la *Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento* (« réseau latino-américain et caribéen pour l'humanisation de la naissance ») ou RELACAHUPAN¹⁰⁴, alliance de réseaux nationaux et de groupes travaillant autour des « droits humains appliqués à la naissance ». Une vingtaine de nationalités y sont représentées (Amérique centrale, Amérique du sud et Caraïbes, ainsi que Espagne, et Etats-Unis via des communautés hispanophones).

Le réseau RELACAHUPAN a été formé à l'issue du « Congrès International sur l'Humanisation de la naissance » (« *Humanización del Parto y el Nacimiento* ») en novembre 2000 à Fortaleza, au Brésil. Il rassemblait des représentants des diverses catégories de soignants intervenant dans la naissance, ainsi que des professionnels du développement et de la santé publique. Le *Grupo de Información en Reproducción Elegida* (GIRE), association mexicaine engagée pour les droits reproductifs fondée en 1991, y définit longuement la violence obstétricale comme suit.

« La violence obstétricale est une forme spécifique de violation des droits humains et des droits reproductifs des femmes, incluant les droits à l'égalité, à la non-discrimination, à l'information, à l'intégrité, à la santé et à l'autonomie reproductive. Elle se manifeste au cours de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les services de santé – dans les secteurs public ou privé – et est le produit d'un processus multifactoriel au sein duquel convergent violence institutionnelle et violence de genre. Au cours de la prise en charge institutionnelle de la naissance, la violation des droits humains et reproductifs des

¹⁰³ Carrillo (1999).

¹⁰⁴ <<http://www.partolibremexico.org/relacahupan.php>>

femmes incluent : semonces¹⁰⁵, moqueries, ironie, insulte, menace, humiliation, manipulation d'informations et refus de traitement, sans adresser la patiente à d'autres services aptes à prodiguer les soins adaptés, report du traitement d'une urgence médicale, indifférence aux demandes ou aux réclamations, absence de consultation préalable ou d'information sur les décisions prises durant l'accouchement, utilisation de la femme enceinte comme outil pédagogique sans respect de sa dignité humaine, utilisation des moyens de gestion de la douleur de l'accouchement comme punition ou coercition pour obtenir un « consentement », différentes situations dans lesquelles il est possible de constater des dommages causés délibérément à la santé de la personne concernée, ou violation plus sérieuse de ses droits. »¹⁰⁶

La référence aux « droits humains » associée aux « droits reproductifs » est intéressante. Comme le note Alessandra Sarelin¹⁰⁷, la mobilisation de la notion de « droits humains » comme outil légal et politique dans le domaine de la naissance ouvre des possibilités de revendications que ne permettait pas le seul angle de l'accès aux soins de santé. À un cadre de référence – celui des organisations internationales avant 2000 – prenant presque uniquement en compte des indicateurs de mortalité maternelle et infantile, viennent s'ajouter des questions de droits de la femme enceinte, de choix des modalités d'accouchement, ou de responsabilité légale des soignants.

La double catégorisation de la « violence obstétricale », en « violence institutionnelle » et en « violence de genre », est également importante. On la retrouve fréquemment dans le droit (États et institutions internationales) et dans les discours militants (associations et ONG), sur le continent américain comme en Europe. La « violence institutionnelle » concerne les actes – en l'occurrence exercés par le personnel des établissements de soin – incluant: négligence, discrimination sociale,

¹⁰⁵ Le terme « *regaños* » en espagnol désigne le fait de réprimander un enfant. On perd donc ici une idée d'infantilisation ou de paternalisme qui était présente dans le texte d'origine.

¹⁰⁶ Nous traduisons. Il nous a semblé important de conserver intégralement cette citation qui constitue la première définition « officielle » de la violence obstétricale, malgré sa longueur. Voir texte d'origine : < <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>>.

¹⁰⁷ Sarelin (2014).

violence verbale, violence physique et violence sexuelle¹⁰⁸. Mais aussi : l'usage inadéquat de technologies, interventions ou procédures non-nécessaires au regard des « preuves scientifiques actuelles », pouvant amener une « cascade » d'interventions entraînant des séquelles et/ou des risques pour la santé¹⁰⁹. En France, une militante de la naissance respectée utilise par exemple sur son blog un article d'un site de « ressources psychologiques sur le handicap » définissant la « violence institutionnelle » comme « abus de force à l'encontre des personnes vulnérables, commis dans et par le système d'accueil et d'accompagnement », mobilisant à la fois la psychanalyse¹¹⁰ et la sociologie¹¹¹.

On remarque que la majeure partie de cette définition consiste ensuite en une longue énumération montrant la variété de ce que recouvre l'expression « violence obstétricale ». Y sont mentionnées des pratiques très violentes mais également étonnamment précises, questionnant la possible référence du GIRE à des éléments de contextes implicites (« utilisation des moyens de gestion de la douleur de l'accouchement comme punition ou coercition pour obtenir un 'consentement' », ce qui rentre dans la définition de la torture¹¹²). Une véritable difficulté est posée par la gamme très large d'actes allant du plus scandaleux et en principe rejeté par la profession médicale, jusqu'à des éléments pouvant éventuellement être défendus par une part des soignants mais discutés par les militants (ex : défaut d'information).

¹⁰⁸ Oliveira, Diniz & Schraiber (2002).

¹⁰⁹ Aguiar, Oliveira (2010).

¹¹⁰ Tomkiewicz & Vivet (1991).

¹¹¹ Goffman (1968).

¹¹² Définition de l'ONU: « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment (...) de faire pression sur elle. » <<http://www.un.org/documents/ga/res/39/a39r046.htm>>

3.2. Définitions des Etats et des organisations internationales

De la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes* (CEDAW)¹¹³ en 1981, jusqu'à la Conférence de Pékin ou *Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes* de 1995¹¹⁴, la terminologie de « genre », « est devenue une catégorie globale d'intervention publique »¹¹⁵. L'influence de ces « engagements » internationaux et celle des ONG ont été déterminantes dans l'élaboration de politiques nationales dans les pays du Sud entendant lutter spécifiquement contre les « violences de genre ». Dès les années 2000, on trouve dans le Droit de plusieurs Etats d'Amérique Latine des textes employant cette catégorie. Le concept de « violence obstétricale » est venu s'ajouter à ce cadre juridique préexistant à la fin de la décennie. Au Venezuela d'abord en 2007, au Mexique¹¹⁶ entre 2007 et 2014, et en Argentine en 2009¹¹⁷. Retracer les différentes démarches scientifiques et militantes ayant conduit à l'adoption d'articles de loi visant à pénaliser la « violence obstétricale » dans ces trois pays dépasse l'objet de ce mémoire, il en va de même pour l'utilisation de ces normes par les juges ou pour la question de leur passage dans le corps social. On s'intéressera à ces textes avant tout dans la mesure où ils produisent des définitions de la notion de « violence obstétricale ».

Au Venezuela en 2007, celle-ci est ainsi définie au sein d'une loi organique sur le « droit des femmes à une vie sans violence » comme :

« L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement déshumanisant, un abus de

¹¹³ La « Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes » est « le traité des droits de l'homme qui est exclusivement dédié aux questions d'égalité des sexes ». Elle est entrée en vigueur en 1981 après avoir été ratifiée par 20 pays. Elle comptait 186 États parties. Elle définit « la discrimination à l'égard des femmes et propose des orientations de politique nationale pour lutter contre ces discriminations. » Voir : <<http://www.un.org/fr/women/cedaw/about.shtml>> et <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>>

¹¹⁴ « La Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes : Lutte pour l'Égalité, le Développement et la Paix » s'est tenue sous l'égide de l'ONU à Pékin en septembre 1995 (Afkhami & Friedl, 1997).

¹¹⁵ Lacombe, Marteu, Jarry-Omarova, Frotiée (2011).

¹¹⁶ Voir : <<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/06/16/mexico-tipifica-la-violencia-obstetrica>>

¹¹⁷ Sur le site de l'association espagnole *El Parto es Nuestro*, un tableau compare les lois Sud-Américaines sur la question de la définition de la « violence obstétricale ». <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_le_ysvo.pdf>

*médication et une pathologisation de processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité, affectant négativement la qualité de vie des femmes. »*¹¹⁸

Peu après, au Mexique, quatre Etats¹¹⁹ la définissent également dans une loi fédérale concernant « l'accès des femmes à une vie sans violence » :

« Toute conduite, action, ou omission exercée par le personnel de santé, de façon directe ou indirecte, et qui affecte les femmes pendant le processus de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou des suites de l'accouchement, qui s'exprime par :

a – Un traitement deshumanisant ;

b- Des pratiques ne prenant pas en compte le consentement éclairée de la femme, telles que la stérilisation forcée ;

c – Une absence d'attention opportune et efficace en urgences obstétricales ;

d – Ne pas favoriser le rapprochement précoce de la mère et de l'enfant, en l'absence de justifications médicales ;

e – Altérer le processus naturel d'accouchement à bas risque, par une pathologisation, un abus de médication, en usant de techniques d'accélération du travail, sans que cela soit nécessaire ;

*f – Pratiquer une césarienne quand les conditions permettent un accouchement naturel. »*¹²⁰

¹¹⁸ Nous traduisons. Texte d'origine : « 13.- *violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patología de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.* » <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>

¹¹⁹ Durango (2007), Veracruz (2008), Guanajuato (2010) et Chiapas (2012).

¹²⁰ Nous traduisons. Texte d'origine : « VI. *La violencia obstétrica. Toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, expresada en: a. Trato deshumanizado; b. Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada; c. Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas; d. No propiciar el apego precoz del niño con la madre, sin causa médica justificada; e. Alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias; y f. Practicar el parto vía cesárea cuando existan condiciones para el parto natural.* » <<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2012/feb/20120216-IV/Iniciativa-10.html>>

L'Argentine enfin adopte en 2009 un texte¹²¹ à la formulation très semblable à celui du Venezuela. La « violence obstétricale » y est :

« ...celle exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus reproductifs des femmes, exprimées par un traitement deshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation de processus naturels. »

Un autre article¹²² argentin intéressant édicte de nombreux droits de la femme enceinte, de la parturiente et de la femme en post-partum. Parmi eux, un droit d'information qu'on retrouve diffracté en cinq sous-articles différents, mais aussi un droit à un « traitement respectueux » et à « l'intimité », un droit à un « accouchement naturel », respectueux des « temps biologiques et psychologiques de l'accouchement », évitant « des pratiques invasives et l'administration de médicaments non nécessaires à amélioration de l'état de santé de la parturiente ou du nouveau né ». Remarquable également, un droit à être considérée par défaut durant l'hospitalisation comme une personne « saine », non-malade. Enfin, des passages, bien que formulés sous forme de « droits », renvoient davantage à une forme de responsabilité de la femme enceinte vis-à-vis du fœtus (« droit d'être informée spécifiquement des effets négatifs du tabac, de l'alcool et de la drogue sur le nouveau-né »), ou laissent transparaître une orientation quant au « bon » comportement à adopter : « droit d'être informée, dès la grossesse, sur les bénéfices de l'allaitement au sein, et de recevoir une assistance pour sa mise en place » (l'existence d'autres formes d'allaitement ou l'idée de libre choix ne sont pas mentionnées ici).

Il ressort de ces différentes définitions d'abord une insistance très forte sur le droit d'information, invocable à tous les « temps » de la naissance : suivi de grossesse, accouchement et post-partum. Le terme d'« information », recouvre plusieurs types d'exigences vis-à-vis des soignants : information générale en amont sur les actes susceptibles d'être pratiqués, information sur les actes au moment où il sont préconisés, information sur l'état de santé de la patiente et du fœtus/nouveau-né, sur le déroulement même des événements de l'accouchement, mais également

¹²¹ Nous traduisons. Texte d'origine :

« *Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.* » <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>>

¹²² Voir l'article 2. <http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf>

justification des interventions, et risques et bénéfices associées à celles-ci. Autant d'éléments comparables à ceux développés par exemple en France à l'article 11 de la Loi Kouchner du 4 mars 2002¹²³. Etroitement liée à ce premier point, la question du consentement et de ses modalités est également omniprésente. On note troisièmement une forte volonté d'affirmation de la naissance comme processus « naturel » par défaut, et non « pathologique » par défaut, et l'affleurement d'une critique de sa médicalisation « excessive ». Ces textes posent une attitude convenable à avoir face à la naissance qui est de l'ordre de l'accompagnement et du « laisser-faire », opposée à ce qui est décrit comme une forme d'interventionnisme médical.

On peut mentionner enfin que parmi toutes les pratiques médicales susceptibles d'intervenir avant ou pendant l'accouchement, deux en particulier sont évoquées dans plusieurs textes : la césarienne – ce qu'on peut lier au contexte des Etats en question¹²⁴ – et le déclenchement¹²⁵. En effet de 2005 à 2011, le taux de naissances par césarienne était de 39% au Mexique et 23% en l'Argentine (chiffres indisponibles pour le Venezuela), l'OMS recommandant un taux compris entre 5% et 15%. La question de la pratique systématisée des césariennes est par ailleurs un sujet de controverse dans ces pays¹²⁶. Plusieurs sources dans la presse récente mentionnent également un regain d'intérêt d'une minorité de femmes – principalement habitantes des capitales – pour l'accouchement à domicile (devenu progressivement marginal à

¹²³ « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »

<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>>

¹²⁴ Le taux de césariennes était quant à lui de 21% en France sur la période 2005-2011. Voir : <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf?ua=1>

¹²⁵ Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf>

¹²⁶ Sur la pratique de la césarienne au Venezuela : « 80 % de los bebés nace por cesárea en clínicas venezolanas », (*El Universal*, 19.03.2016), article du 1^{er} quotidien national en tirage de presse générale (conservateur). <www.eluniversal.com/vida/130319/80-de-los-bebes-nace-por-cesarea-en-clinicas-venezolanas> ; en Argentine : « Las cesáreas aumentaron en Capital casi un 30% en diez años », (*Clarín*, 07.08.2010), article du 1^{er} quotidien national en tirage de presse générale. <www.clarin.com/salud/cesareas-aumentaron-Capital-anos_0_312568839.html> ; Au Mexique : « Las cesáreas, tres veces más peligrosas que el parto natural » (*La Jornada*, 02.12.2015), article du 4^{ème} quotidien national en tirage de presse générale (indépendant de gauche). <www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/12/02/las-cesareas-tres-veces-mas-peligrosas-que-el-parto-natural-1140.html>

partir des années 1950-60). En Argentine par exemple, un article de 2014 évoque le développement de l'activité de sages-femmes libérales et de « maisons de naissance », expliqué entre autre par la peur des césariennes et des épisiotomies (62% des accouchements de primipares, femmes dont c'est le premier enfant) dans le pays¹²⁷.

La question des violences subies durant l'accouchement par des parturientes de la part de membres du personnel médical a également été appropriée par des organisations internationales au tournant des années 2010. Comme évoqué précédemment, ces violences sont catégorisées par les acteurs comme « violences institutionnelles », et parfois – mais pas systématiquement – comme « violences de genre ». L'Organisation Mondiale de la Santé par exemple, bien que n'intégrant pas littéralement le terme de « violence obstétricale » dans son discours (excepté entre guillemets pour citer des initiatives d'autres organisations¹²⁸), entend « prévenir et éliminer l'irrespect et les maltraitements lors de l'accouchement »¹²⁹. Elle publie en 2014 un rapport visant à définir et mesurer de façon systématique ces différentes formes d'irrespect et de maltraitements dans le monde¹³⁰.

3.3. ONG et des milieux militants

En 2011, la branche Uruguay d'Amnesty International diffusait une courte vidéo dénonçant « un type de violence dont on parle peu : la violence pendant l'accouchement »¹³¹. La confédération d'ONG *Oxfam International*, qui concentre ses programmes sur la mortalité maternelle et infantile, l'accès aux soins et les questions

¹²⁷ « Seeking Respect for the Natural Timing of Labor, More Argentine Women Choose Home Childbirth », *Global Press Journal*, Ivonne Jeannot Laens, 02.06.2014. <<https://globalpressjournal.com/americas/argentina/seeking-respect-for-the-natural-timing-of-labor-more-argentine-women-choose-home-childbirth/>>

¹²⁸ « Examples of laws on "obstetric violence" from Argentina, Porto Rico and Venezuela ». <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en/>

¹²⁹ « WHO is currently conducting a systematic review on definitions and forms of disrespect and abuse experienced by women during childbirth in facilities worldwide. This review will inform research on the definition and measurement of disrespect and abuse during childbirth in facilities in order to develop standardized tools to measure the prevalence of disrespect and abuse in facilities globally. » Ibid.

¹³⁰ Voir : <<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-137869/en/>>

¹³¹ Voir : <<https://www.youtube.com/watch?v=8nF59TXrbRc#t=11>>

de malnutrition dans le cadre de la grossesse, utilise pour la première fois le terme de « violence obstétricale » en 2015, dans un communiqué¹³² de la branche *Oxfam India*, évoquant « diverses formes de violences institutionnelles » constatées en Inde, notamment des « violences obstétricales » incluant « humiliations verbales » et « violences physiques ». On peut également mentionner la *International Day of Action for Women's Health*¹³³, qui s'est également approprié le terme en 2015 et distingue sur son site quatre catégories de « violences institutionnelles » dans le domaine de la santé reproductive des femmes : l'absence d'accès à des moyens contraceptifs, l'absence de droits d'accès à un avortement légal et sûr, la stérilisation forcée, et la violence obstétricale.

Dans le monde anglo-saxon, on peut citer trois organisations spécialisées dans les revendications autour des droits de la femme enceinte. L'organisation internationale *Human Rights in Childbirth*, fondée par une avocate américaine ayant vécu et accouché plusieurs fois à domicile aux Pays-Bas, à l'initiative de la « première conférence internationale sur les droits de la personne et l'accouchement » à La Haye en 2012¹³⁴. La canadienne *Humanize Birth* fondée en 2013 qui entend voir « réduire les expériences traumatiques des femmes dues aux violences obstétricales, et augmenter les expériences d'accouchement positif et *empowered* ». Enfin la britannique *Birthright*, également fondée en 2013, dont la présidente est une doula, et qui employait le terme « violence obstétricale » avant tout dans sa communication sur les réseaux sociaux.

¹³² « While working on improving maternal health, Oxfam India witnessed several forms of institutional violence during its field visits. Most common were obstetric violence during pregnancy along with verbal humiliation, denial of treatment during childbirth, physical violence, disregard of a woman's needs and pain, detention in absence of payment, which in many cases led to the death of the woman. » <<https://www.oxfamindia.org/featuredstories/975>>

¹³³ Le *International Day of Action for Women's Health* est commémorée le 28 mai. Déclarée en 1987 lors d'une réunion de l'ONG *Women's Global Network for Reproductive Rights* (WGNRR) au Costa Rica, dans le but de créer une plate-forme pour lier organisations internationales, ONG et communautés travaillant sur le sujet de la santé et des droits reproductifs des femmes. Elle est étroitement liée au concept de « Sexual and Reproductive Health Rights » (SRHR), forgé à l'origine par des mouvements comme l'*International Planned Parenthood Federation*, *World Association for Sexual Health*, mais aussi l'*International HIV/AIDS Alliance* (IHAA), et fixé ensuite par l'ONU, qui l'intègre à son agenda de développement en 2015. Ce concept vise à appliquer les principes de Droits Humains à la sexualité et à la reproduction. <<http://www.unfoundation.org/what-we-do/campaigns-and-initiatives/universal-access-project/briefing-cards-srhr.pdf>>

¹³⁴ Voir : <<http://www.humanrightsinchildbirth.org/?event=hague-2012>>

Dans l'espace francophone, on peut mentionner au Québec le *Regroupement Naissance-Renaissance* (RNR) fondé en 1980 qui déclare agir pour « l'humanisation de la période périnatale ». Ayant soutenu la légalisation récente de la pratique de sage-femme au Québec, il collabore en 2008 à une étude sur la question de la « maltraitance, de la négligence ou de la violence » pendant l'accouchement¹³⁵, et met en place en 2012 des ateliers sur la « violence obstétricale » pendant les « Etats Généraux » organisés par la principale organisation féministe institutionnelle québécoise¹³⁶. En Belgique, la *Plateforme pour une Naissance Respectée* est un collectif d'associations fondé en 2014, dont le manifeste réclame « la reconnaissance de l'existence de la violence obstétricale en Belgique » et la mise en place de mesures visant à prévenir celle-ci.

3.4 « Violences obstétricales » dans l'enquête du CIANE

Il est intéressant de rapporter enfin, après avoir passé en revue différentes définitions de la « violence obstétricale », ce qui ressort d'un premier traitement qualitatif des données issues de l'échantillon de l'enquête du CIANE concernant les violences vécues pendant l'accouchement¹³⁷ (732 témoignages). L'utilisation de témoignages d'usagères est en effet nécessaire pour comprendre les modalités qui peuvent amener une parturiente à qualifier de « violent » un acte médical qu'une autre jugerait « normal ».

D'abord, on constate que l'ajout du mot-clef « brut* », en plus des mots-clefs « viol* » ou « trauma* » permet d'élargir la gamme d'expériences rencontrées dans l'échantillon, mais aussi de diversifier les types de regards posés par les parturientes sur leurs propres expériences. Certaines réponses décrivent ainsi une souffrance sans l'associer explicitement à un préjudice subi.

¹³⁵ Voir : <http://www.criviff.qc.ca/upload/publications/pub_168.pdf>

¹³⁶ « États Généraux De L'action Et De L'analyse Féministes », organisés par la *Fédération des Femmes du Québec*, à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en 2012.

¹³⁷ Rassemblant 732 témoignages contenant les mots clefs « viol* » (« violent », « violence »...), « brut* » (« brutal », « brutalité »...), et « trauma* » (« traumatisant », « traumatisme »...).

« Sage femme très brutale sans aucune compassion pour moi qui était totalement paniquée car mon bébé était bloqué et je n'arrivais plus à pousser (perte de mes moyens) »

D'autres en revanche montrent une adhésion forte à une rhétorique militante, replacent un vécu individuel dans un système plus large de maltraitements à l'hôpital.

« Mon vécu a certes été traumatisant, et je ne veux pas qu'il reste sous silence. Je veux qu'on sache que la femme enceinte est méprisée et instrumentalisée par le corps médical. Que ceux-ci retirent tout libre arbitre à la femme enceinte, quitte à faire subir des pressions aux récalcitrantes. Pressions subies hospitalisée, pressions subies pendant la grossesse, pressions subies pendant et après l'accouchement. »

Ce type de témoignage dénote un travail préalable de construction de soi en « victime accusatrice » (Barbot & Fillion, 2002), beaucoup de répondantes insistent par ailleurs sur le laps de temps ayant séparé leur expérience de la naissance d'un sentiment d'indignation.

Les expériences négatives exprimées en termes de violence de la part du personnel de santé ont lieu principalement pendant l'accouchement, mais également pendant le suivi de grossesse, et le postpartum¹³⁸. Ils concernent d'abord les obstétricien.ne.s et les sages-femmes, mais également les infirmier.e.s, les infirmier.e.s puéricultrices, les anesthésistes, les gynécologues. Les éléments susceptibles d'être qualifiés de violence par les parturientes entrent dans plusieurs catégories. Ils comprennent des gestes médicaux : déclenchement (décollement des membranes, rupture artificielle des membranes, injection d'ocytocine), péridurale, césarienne, épisiotomie, utilisation d'instruments d'extraction (forceps, ventouses, spatules), expression abdominale, anesthésie générale (pour une césarienne), anesthésie locale, administration de médicaments (notamment ajoutés dans la solution de la perfusion), actes pratiqués sur le nourrisson (prélèvements, tests), interruption médicale de grossesse (IMG) ; mais également des procédures hospitalières ou des restrictions diverses imposées à la parturiente : rasage intégral des poils pubiens, exclusion du conjoint, séparation mère enfant après l'accouchement, refus d'accorder à boire ou à manger, parturiente attachée à la table d'accouchement, imposition d'une position d'accouchement

¹³⁸ Le post-partum est la période qui débute après l'accouchement et se termine au « retour de couches », avec l'apparition des règles.

donnée (généralement le décubitus dorsal avec pieds dans les étriers gynécologiques). On remarque que l'accompagnement entourant l'allaitement est fréquemment décrit comme engendrant des violences : pressions pour allaiter au sein, pour ne pas allaiter au sein, violence physiques dans l'accompagnement¹³⁹, ou violence liée aux protocoles de l'hôpital (durée d'allaitement, laps de temps entre deux allaitements, courbes de prise de poids à respecter). La réception négative et/ou le non respect d'un « projet de naissance » est également évoqué comme une violence dans 28 témoignages.

Certains de ces actes sont décrits comme violents en soi par les témoignages, d'autres deviennent des violences pour les parturientes lorsqu'ils sont pratiqués selon certaines modalités, de nature très différente, qu'on peut également énumérer. D'abord, l'absence d'information donnée pour un acte, l'absence de consentement pour un acte voire le fait de pratiquer un acte à l'insu de la patiente sont les trois modalités qu'on retrouve le plus fréquemment (allant généralement ensemble). Elles se manifestent par exemple sous la forme de pressions exercées pour faire accepter un acte, de demandes ignorées ou contrariée par les soignants, d'absence partielle ou totale de communication verbale avec la parturiente, de négation ou de non prise en compte de la douleur. Les autres modalités exprimées par les répondantes incluent : les actes considérés « injustifiés »¹⁴⁰, les actes provoquant une douleur importante, les actes engendrant des séquelles physiques pour la mère ou l'enfant. Est souvent mentionnée l'impression que les soignants ont « profité » de la « faiblesse physique » et ou « psychologique », de la « vulnérabilité » dans laquelle se trouve la parturiente juste avant, pendant ou après l'accouchement, pour imposer un acte. Certains témoignages insistent sur une incapacité de « se battre », de dire non, ou de réclamer une explication.

¹³⁹ Exemple : « la puéricultrice pour la mise au sein m'a pincée brutalement alors que j'avais des crevasses, m'a engueulée, et a fait mal à mon fils en lui tordant le cou pour le forcer au sein, alors qu'il avait une bosse due à son engagement dans le bassin ».

¹⁴⁰ Cité dans les témoignages : le déclenchement avant la date normale du terme ou la programmation d'une césarienne au seul motif d'utérus cicatriciel, ce qui est par exemple contraire aux recommandations du CNGOF.

Les « violences » rapportées durant l'accouchement incluent donc des violences physiques, verbales¹⁴¹, très rarement sexuelles¹⁴², des soins jugés non conformes aux standards professionnels, une mauvaise relation parturiente-soignants, et des violences liées aux caractéristiques du système de soins et à ses contraintes.

On a vu au cours de cette section que le concept de « violence obstétricale » a fait en quelque sorte l'objet d'une double adaptation – en Amérique Latine puis en Amérique du Nord – avant sa diffusion en Europe continentale. Associé au départ, bien que non réduit, à des luttes propres aux contextes de certains Etats d'Amérique Latine (stigmatisation des femmes amérindienne, stérilisations forcées), ou pertinentes sur le continent en général (lutte pour la reconnaissance des sages-femmes), il a fait l'objet d'une réappropriation en Europe et plus précisément en France qu'il s'agira d'examiner dans une seconde partie.

Malgré la diversité des contextes et la pluralité des définitions, la démarche des militantes susceptibles de mobiliser la notion de « violence obstétricale » s'organise autour de trois éléments qui sont l'information, le consentement, et l'utilité ou la justification des actes médicaux.

¹⁴¹ Incluant : chantage, humiliation, infantilisation, moqueries, intimidation, mépris.

¹⁴² Un seul cas.

Deuxième partie

La constitution d'un mouvement social

Le Collectif interassociatif autour de la naissance est un collectif d'associations d'usagers du système de santé constitué en 2003¹⁴³, mobilisé en faveur de l'amélioration des conditions de naissance en France. Il adopte directement en cela les principes énoncés par la loi du 4 mars 2002 ou « loi Kouchner » disposant d'un « droit de participation des usagers au fonctionnement du système de santé ». Le CIANE rassemble aujourd'hui une trentaine d'associations concernées par des questions relatives à la grossesse, à la naissance et au postpartum. C'est une organisation à la fois associative et institutionnelle, ayant développé au cours des dix dernières années une coopération étroite avec plusieurs organisations professionnelles et institutions de santé. Il occupe une position centrale dans la morphologie du réseau français de la « naissance respectée », ce qui en fait un acteur particulièrement intéressant, à cheval entre plusieurs espaces – médical et paramédical, institutionnel, associatif, militant – et donc un point d'observation privilégié sur la question des « violences obstétricales ».

¹⁴³ Voir : <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Historique.2003.PresentationDuCiane1.pdf>>

4. Stratégies, activités, fonctionnement interne du CIANE.

4.1. Création du CIANE

Formé à l'origine pour être un interlocuteur critique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le CIANE est indissociable des relations qu'il entretient avec les professionnels de santé. Sa création provient en effet d'une volonté de rassembler un maximum d'associations de « périnatalité », dans le but de participer aux premiers « Etats généraux de la naissance » organisé par le CNGOF en 2003.¹⁴⁴

« Ce qui s'est passé c'est qu'une fois que le congrès est passé, nous nous sommes dit, entre toutes les associations, ce serait dommage de laisser retomber le soufflé, on va pas rester chacun dans notre coin. Mutualisons le travail de tout le monde. C'est pour ça qu'on a monté cette association. Ce fameux Collectif qui a rassemblé une quarantaine d'associations locales. Et on a commencé à tisser ce maillage de façon ensuite structurée, et au fur et à mesure, à se montrer disons solide vis-à-vis des instances (...) arriver à récolter ce qui était fait dans chaque petite association (...) pour le remonter au niveau des grandes instances où sont prises des décisions. »

La présidente du CIANE

Les revendications portées par le CIANE au moment de sa création reposent sur trois axes : la diversification de l'offre de soin, la transparence de l'information, et le respect dans les pratiques¹⁴⁵. Plusieurs éléments formulés rappellent directement les revendications portées par les réseaux transnationaux pour l'« humanisation de la naissance » abordés en première partie, notamment : la reconnaissance de la naissance comme un « phénomène naturel », l'augmentation du nombre de sages-femmes et une amélioration de leurs conditions de travail, et la reconnaissance des droits et compétences des usagers. Le terme général de « parents » est utilisé et cette première plate-forme de propositions est exempte de toute référence à une éventuelle dimension de genre en jeu dans le parcours de soins, ou à des « droits de la femme enceinte », éléments récurrents dans la rhétorique américaine pour l'« humanisation

¹⁴⁴ Voir : <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Historique.2006.HistoriquePlusieursVoix1.pdf>>

¹⁴⁵ Voir : <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/2008-Plateforme-propositions-du-Ciane-pour-les-politiques-de-sante-en-perinatalite-20061.pdf>>

de la naissance ». En entretien, la présidente et co-fondatrice du CIANE évoque le contexte de création du Collectif :

« Oui déjà le problème de l'hypermédicalisation était avancé. Qui anonymisait un peu tout le monde. On avait des protocoles très standard : la femme arrive avec son compagnon, est prise en charge, toucher vaginal, mesure du col. Après systématiquement, on ne lui proposait pas mais on faisait en sorte de lui imposer presque, un syntocinon¹⁴⁶ pour entretenir les contractions, du coup une péridurale qui systématiquement était proposée, mais presque induite par des geste où on ne laissait pas la liberté à la femme de bouger, ce qui fait qu'au bout d'un moment même celles qui n'en voulaient pas en demandaient, parce que l'immobilité c'est vraiment ce qu'il y a de pire pour une femme en travail... La naissance échappait à la dame qui était aux mains de la médecine, qui était aux mains du corps médical, sans avoir forcément la parole. C'était important donc pour nous, une reprise en main de ce parcours là, de la naissance de leur enfant. Donc il y avait déjà ce discours, pas anti-médical, ce n'est pas du tout ça, mais de refuser cette médicalisation systématique pour tout le monde. »

Présidente du CIANE

La présidente du CIANE rapporte un « étonnement » de la part des professionnels de la périnatalité, peu habitués alors à une confrontation avec les usagers. Le Collectif acquerra par la suite en 2006 l'agrément pour représenter les usagers du système de santé.¹⁴⁷

4.2. Les Associations membres

Le CIANE rassemble des associations d'usagers du système de santé, de taille et de nature hétérogène. La présidente du CIANE aborde en entretien cette diversité et les bénéfices qui en résultent pour le Collectif :

« Certaines associations ne vont avoir qu'un contact avec des parents, des mamans, et sont plutôt destinées à faire du maternage, du portage en écharpe... Elles peuvent nous remonter des témoignages, des informations. (...) D'autres ont entrepris des démarches auprès des professionnels. « Quelles voies, quels recours pour suivre tel

¹⁴⁶ Le Syntocinon® est un médicament contenant une hormone appelée *ocytocine*, destinée à accélérer les contractions utérines.

¹⁴⁷ Voir : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_agrement_associations_.pdf>

et tel parcours de grossesse ? ». Certaines parallèlement travaillent avec des professionnels dans des groupes de travail, soit initiés sur un réseau de périnatalité, soit inclus dans une commission de relation avec les usagers. Ça peut se faire aussi dans une maternité, parce que simplement la maternité a envie de travailler avec les usagers, et va induire des groupes de travail. C'est pareil on essaye de récolter ce qui se passe à tel endroit, pour peut-être l'initier dans d'autres où ça n'existe pas... »

La majorité des membres du CIANE sont des associations locales de parents¹⁴⁸. Leurs activités incluent la diffusion d'informations, le partage d'expériences par des réunions, l'organisation d'ateliers visant à transmettre un savoir-faire, l'accompagnement de démarches administratives et éventuellement la représentation des usagers du système de santé au sein par exemple de maternités ou de réseaux de périnatalité. Ces associations n'adoptent en général pas explicitement de posture de confrontation ou de revendication vis-à-vis des professionnels de santé. Elles peuvent s'adresser aux « parents » en général ou promouvoir en priorité certaines pratiques (allaitement au sein, « accouchement physiologique », éducation Montessori, couches lavables...). Il est cependant possible de les classer en fonction de leur degré d'opposition avec les pratiques médicales en vigueur dans le milieu de la périnatalité, l'organisation d'ateliers de portage n'impliquant pas les mêmes remises en question qu'un atelier de rédaction de projets de naissance par exemple.

« Avant, « projet de naissance » c'était quasiment un gros mot (rires), maintenant c'est accueilli, pas dans toutes les maternités, mais déjà c'est quelque chose qui est connu... »

Une militante du CIANE

Les établissements de soins et les réseaux de périnatalité jouent un rôle dans la définition des formes associatives prises par ces groupes. Une association de parents peut d'abord être directement issue de rencontres lors de cours de préparation à l'accouchement. Ses activités rejoignent ensuite le travail que pourrait en théorie effectuer une maternité : information, préparation à la naissance, conseils de puériculture. Elle construira enfin souvent sa démarche par rapport aux établissements de santé : conseils sur les parcours de soin, médiation entre nouveaux membres et professionnels de santé, éventuellement activités organisées au sein même des

¹⁴⁸ Par exemple : *la Cause des parents* (Lyon), *Bien Naître* (Nantes et Lyon), *Choisir, Naître et grandir* (Tours), *Simplement Parents* (Nord-Isère), *Dans les bras* (Phalsbourg).

maternités. L'actuelle présidente du CIANE raconte ainsi avoir fait partie d'un groupe de parents en étroite collaboration avec une maternité jusqu'à ce qu'une restructuration entraîne sa fermeture en 2000, poussant les parents à se mobiliser, jusqu'à la création du Collectif en 2003. Un événement ou une menace ponctuelle (fermeture d'établissements ou changement de pratiques) peuvent ainsi provoquer ou précipiter une entrée en mobilisation.

Au niveau de la direction du CIANE, ces associations locales de parents, surtout – comme c'est souvent le cas – si ce sont de petites structures, peuvent poser deux types de problèmes. Encourager leur adhésion est d'abord difficile. Une militante chargée de « réseauter localement » déplore ainsi lors d'un conseil d'administration du CIANE que cette tâche s'avère « chronophage », et qu'une adhésion ne soit pas toujours suivie de réelles implications. Pour des questions géographiques, en raison de moyens financiers limités, ou de par la nature de leurs activités, certaines associations de parents ont en effet peu d'intérêt à participer aux assemblées générales du Collectif ou à être sérieusement impliquées sur des listes de discussion en ligne, ce qui entrave la mission du CIANE qui entend « faire remonter » des témoignages, des informations, des revendications d'usagers partout en France.

« Le but du CIANE c'est d'essayer d'être le plus proche possible de ces associations, et récolter ce qui se passe localement. »

La présidente du CIANE

Il arrive ensuite que dans ces associations un ou plusieurs professionnels de santé, généralement des sages-femmes, servent de pivots, de personnes ressources, voire occupent une fonction au sein du bureau. Cette tendance suscite des formes d'indignation au sein du CIANE qui entend conserver une indépendance vis-à-vis des professionnels de santé, et rester entre usagères.

« Une sage-femme libérale comme représentante d'usagers...franchement. La démocratie a de beaux jours devant elle (rires). »

Une militante lors d'un CA

« Nous n'avons pas de professionnels, on en a un ou deux, mais vraiment, si... il doit y en avoir une, une sage-femme, c'est tout, elle est là comme ça elle se représente elle même en gros. C'est qui est important c'est qu'on est un collectif d'usagers et nous sommes tous des parents. »

Présidente du CIANE

Cela n'empêche pas le Collectif de travailler avec des groupes impliquant nécessairement une part importante de sages-femmes, comme Panama (Pontoise) et le CALM (Paris) qui sont des associations de soutien à un projet de maison de naissance. Il est intéressant de constater que les usagères y tiennent des propos investissant l'activité de sage-femme d'une véritable dimension politique et militante :

« Avec les sages-femmes, nous cultivons une relation d'empuissancement¹⁴⁹. Elles nous donnent les informations nécessaires pour que nous puissions choisir, répondent aux questions qui nous viennent, nous laissent le choix des interventions quand c'est possible. Bref, elles se préoccupent de partager leur pouvoir avec nous. »¹⁵⁰

Une membre usagère du CALM

Cette posture est loin d'être partagée au sein du CIANE :

« Ça fait partie des stratégies permanentes des syndicats de sages-femmes. Essayer de montrer à quel point elles sont les défenseurs de la cause des femmes. Elles sont toujours comme ça, à ne pas comprendre pourquoi on ne les suit pas dans la défense de leurs intérêts corporatistes. Parce que c'est les sages-femmes elles sont forcément de notre côté. On leur dit ben non c'est pas vrai. On a autant de témoignages qui mettent en cause le comportement d'une sage-femme que d'un obstétricien donc faut pas exagérer il y a quand même des choses à dire sur les sages-femmes. »

Une militante du CIANE

D'autres associations, parce qu'elles se spécialisent sur un thème, vont dans les faits développer une expertise et se retrouver dans des postures plus militantes. C'est le cas du collectif Breton *Liber'Naître* (qui défend la diversification des possibilités d'accouchement), de l'association *Maman Blues* (sur la dépression postpartum), de *Césarine* (sur la pratique de la césarienne), ou de *Timéo et les autres*, qui se présente

¹⁴⁹ Néologisme visant à remplacer l'emprunt à l'anglais « *empowerment* ». On trouve parfois également dans le vocabulaire militant (notamment québécois) : « *autonomisation* », « *empouvoirement* », ou encore « *capacitation* ».

¹⁵⁰ Propos entendus à la conférence du CALM du 21 mai 2014.

<http://www.mdncalm.org/images/docs/presse/CRsmar2104_Calm.pdf>

comme une association de victimes, spécialisée sur la question du déclenchement de l'accouchement à l'aide d'un médicament appelé Cytotec (voir section 6). Elles comptent davantage parmi leurs activités la tenue de veilles scientifiques, l'interpellation des pouvoirs publics, voire l'accompagnement de procédures pénales. Il semble plus facile pour le CIANE d'impliquer directement ces associations, notamment dans le cadre de groupes de travail généralement organisés autour d'un thème donné par des institutions (Haute Autorité de Santé, Ministère de la santé, Agences régionales de santé) ou par des représentants de professionnels (Syndicat des gynécologues et obstétriciens français, Collège national des gynécologues et obstétriciens français) susceptibles de publier des recommandations de bonne pratique.

4.3. La première bataille de l'épisiotomie

L'épisiotomie est le geste obstétrique le plus précocement dénoncé par les militantes de la naissance respectée, dès le début des années 2000. C'est un sujet investi d'un statut particulier dans le champ, particulièrement mobilisateur et systématiquement donné en exemple de « violence obstétricale ». L'épisiotomie a fait l'objet d'une des toutes premières batailles du CIANE, qu'il s'agira ici d'analyser comme exemple de stratégie de mobilisation autour d'un acte. Elle donne lieu à l'amendement par les militantes de recommandations de bonne pratique publiées en 2005 par le CNGOF. La pratique a par ailleurs fortement diminué en France ces dix dernières années.

Définition et justifications médicales de la pratique

L'épisiotomie est une incision pouvant être pratiquée dans le périnée de la femme pour faciliter la sortie du bébé durant la phase d'expulsion de l'accouchement. Le but recherché est d'éviter des déchirures graves dites « lésions périnéales sévères », qu'on distingue des « lésions mineures » sans conséquences fonctionnelles, incluant par exemple des éraillures des petites lèvres vaginales. De nombreuses techniques existent mais la plus répandue en Europe est l'épisiotomie « médio-latérale », qui consiste en une coupure du périnée à 45 degré, sur environ 6 cm. Elle engendre une perte de sang importante et des douleurs en suite de couches, mais comporte moins de

risques graves que d'autres techniques, comme l'épisiotomie « médiane » encore pratiquée en Amérique du Nord, engendrant davantage de risques de déchirures vers le sphincter anal. La pratique de l'épisiotomie est fortement liée à la « parité », ce qui signifie qu'elle concerne davantage les accouchements de femmes dont c'est le premier enfant (primipares). Elle est aussi davantage pratiquée pour les accouchements nécessitant l'usage d'instruments d'extraction (forceps, ventouses, spatules). En France, la pratique a beaucoup évolué, avec un développement important suivi d'un fort reflux : vraisemblablement peu répandue avant les années 1980, elle concernait 71% des accouchements de primipares en 1998, et 44% en 2010¹⁵¹. Ce taux connaît des variations importantes selon les maternités. En 2007 à Paris il était par exemple de 23% à l'hôpital des Diaconesses et de 58% à l'hôpital Bichat (primipares et multipares).¹⁵²

Il est difficile de trouver des enquêtes mesurant cette pratique entre les années 1920 (où sa systématisation est préconisée pour la première fois par un médecin anglais¹⁵³) et le début des années 1990. En France, les données proviennent en effet essentiellement de deux sources : les enquêtes nationales périnatales¹⁵⁴ réalisées par l'INSERM, dont la première date de 1995, et le « Réseau Sentinelle »¹⁵⁵ constitué en 1994. Une tribune du Monde datée du 24 Janvier 1979, signée par un médecin, le Dr Pierre Vellay, est à ce titre intéressante. Sous la forme d'un récit de voyage à Chicago, il décrit avec étonnement une spécialité obstétrique états-unienne glorifiant la technologie de pointe et systématisant des pratiques chirurgicales « préventives », destinées, selon l'auteur, à se prémunir de poursuites judiciaires.

« L'épisiotomie est la règle absolue, avec une routine qui frappe un accoucheur soucieux de l'intégrité du corps de ses patientes, car elle présente certains inconvénients pour la sexualité ultérieure de la femme. »

Il observe par ailleurs – ce qu'il analyse comme la deuxième face d'une même pièce – un engouement pour des méthodes d'accouchement dites « naturelles », voire pour

151 Voir : <<http://www.episio.info/connaître/taux-episio/>>

152 Voir : <<http://www.lepoint.fr/html/pdf/maternites2007/palmars-accouchement-simple-2007.pdf>>

153 Joseph Bolivar DeLee. Voir: Thacker & Banta (1983).

154 Voir : <<http://www.perinat-france.org/guide/inserm-institut-national-de-la-sante-et-de-la-recherche-medicale-16-183.php>>

155 Le « Réseau Sentinelle » est constitué en 1994 par l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie, rassemblant des maternités volontaires mettant à disposition des chiffres sur leurs pratiques. Voir : <<http://www.audipog.net/perinat.php>>

l'accouchement à domicile, qui aurait concerné à ce moment là 8% des naissances à Chicago. Ce récit est l'occasion de présenter l'obstétrique française sous un jour idéal :

« Le pourcentage de césariennes est peu élevé : 6 à 8 %, l'épisiotomie n'est pas systématique, l'accouchement par le siège s'effectue par les voies naturelles chaque fois qu'il est possible après avoir pris toutes les précautions d'usage. »

Le texte en appelle à un compromis entre ces deux « extrêmes ». Il est à ce titre intéressant de constater les similitudes entre ce souhait formulé en 1979 et les revendications portées par les militantes françaises de la « naissance respectée » en 2016, et particulièrement avec la posture qualifiée ici de « réformiste » de plusieurs membres de la direction du CIANE.

« Nous estimons, personnellement, que la voie idéale de l'obstétrique moderne, celle que réclame le public, et qu'il faudrait suivre, est une obstétrique à la fois humaine et sûre, qui respecte l'individu dans sa totalité physique, psychique, affective. Il est indispensable de modifier l'environnement de la femme enceinte, dans tous les comportements et dans tous les milieux. Il y a de gros efforts à fournir pour modifier le milieu hospitalier et lui faire perdre sa routine, sa froideur. Il faut donner à la femme, au couple, le désir de mettre un enfant au monde dans une atmosphère joyeuse et de sécurité. La société évolue, l'administration, les obstétriciens, doivent aussi évoluer, sinon ne risquent-ils pas d'être un jour en difficulté ? »

De marginale ou « non systématique » au début des années 1980, la pratique de l'épisiotomie en France serait donc devenue en quinze ans très fréquente. Un obstétricien interrogé, aujourd'hui à la retraite, mentionne également le cas des Etats-Unis, ayant pour lui directement influencé l'obstétrique française.

« Il y avait un médecin en France qui théorissait beaucoup la systématisation qui avait été faite aux Etats Unis, au Canada, en Grande Bretagne et dans quelques autres pays. (...) La France on résistait. Mais, cette résistance agaçait les jeunes gynécologues accoucheurs qui allaient aux Etats-Unis et qui voyaient que l'épisiotomie était systématisée. Si aux Etats-Unis on a systématisé l'épisiotomie, c'est que c'était nécessaire ! (sourire) Ça n'a jamais convaincu les accoucheurs français, ce qui est tout a fait intéressant. (...) Ce médecin qui était un véritable pèlerin, et de faculté en faculté faisait le tour de toutes les universités (...) n'a vraiment pas eu de chance, parce qu'il apparaissait à l'époque au cours des années 1980 les premiers papiers montrant clairement que la systématisation était inutile,

sur la base d'ailleurs de la volonté d'organisations de femmes aux Etats-Unis et au Canada... »

Un obstétricien

Une sage-femme interrogée, diplômée en 1970, se souvient également de l'évolution des pratiques, à travers l'anecdote d'un obstétricien imposant à son service de la maternité Rothchild à Paris la pratique de l'épisiotomie pour tous les accouchements par voie basse.

« Et est arrivé un obstétricien. Et ce type il a obligé toutes les sages-femmes à faire des épisiotomies, en disant qu'il avait fait une étude, que l'épisiotomie empêchait les prolapsus, c'est à dire la descente d'organes. Et que les femmes qui avaient eu des épisiotomies n'avaient pas de descente d'organes par rapport à celles qui n'en avaient pas eu. Donc il a obligé... Je peux vous dire que dans son service, il y a eu des épisiotomies qui ont été faites après les accouchements parce que les sages-femmes n'avaient pas eu le temps de le faire avant. Juste pour vous dire. »

Une sage-femme

Tous deux évoquent également la prévalence de critères définissant le « bon » praticien au début de leur carrière, incompatibles avec une pratique systématisée de l'épisiotomie.

« L'histoire même de l'épisiotomie, en France, c'est une violence incroyable. Moi quand j'ai fait mes études de sage-femme, la bonne sage-femme, c'est celle qui ne faisait pas d'épisiotomie. Donc on faisait ce qu'on appelle des dégagements. Millimètre par millimètre, on sortait les têtes...C'était ça la valeur de la sage-femme. »

Une sage-femme

« Pour les accoucheurs français, un bel et bon accouchement c'était un accouchement qui laissait la vulve de la femme intacte. »

Un obstétricien

Remise en question de sa systématisation

La question des bénéfices de l'épisiotomie fait l'objet d'un débat dans le monde scientifique depuis les années 1980. Un obstétricien interrogé aujourd'hui à la retraite raconte ainsi :

« Ah ça c'est... C'est je crois un des premiers trucs pour lesquels j'ai écrit. J'appartenais au comité de rédaction de la revue Prescrire. Qui me demandait de

temps en temps des articles. Et une fois une femme médecin a envoyé un courrier à Prescrire demandant : qu'est-ce que vous avez comme documents sur l'épisiotomie, est-ce qu'aujourd'hui les médecins peuvent affirmer que l'épisiotomie est utile? Et si oui, dans quelles circonstances? On était au début des années 1980. »

La première étude épidémiologique d'envergure sur la question paraît en 1984 dans le *British Medical Journal*, et conclue qu'il n'existe pas de réels bénéfices associés à la systématisation de la pratique de l'épisiotomie¹⁵⁶. En 1996, l'OMS recommande de ne pas dépasser 20% des accouchements (des primipares et multipares)¹⁵⁷. En 2005 en France, des recommandations de bonne pratique du CNGOF mentionnent une baisse de la pratique, faisant suite à « un consensus international »¹⁵⁸.

L'épisiotomie chez les militantes de la naissance respectée

« Je dirais que la question des violences obstétricales en tant que telles n'était pas directement un sujet. Les gens qui s'y intéressaient, comme la trace de mauvaises pratiques par ailleurs. Par exemple, il y a eu tout un sous groupe qui s'était constitué en fait à partir de ce groupe de discussion sur internet, autour de l'épisiotomie, qui est d'ailleurs moins actif. C'est pas une association mais un portail un site web avec une liste de discussion dessus. D'une certaine manière c'était un très gros sujet de préoccupation pour un certain nombre de gens et c'est vrai que, c'était assez affleurant quand même la question de la violence. Finalement un geste qui est, qui peut avoir... une blessure, quelque chose qui porte atteinte en fait à l'intégrité du corps, et qui était fait de manière quasi-systématique, et sans consentement. Et dans un certain nombre de cas, je dirais même en opposition au non consentement des femmes. Des femmes se refusaient à l'épisiotomie on leur faisant quand même donc. Mais... Je dirais que ça n'a pas été forcément trop problématisé sous la thématique violence obstétricale. »

Une militante du CIANE

L'épisiotomie occupe une place importante dans les discours et stratégies des acteurs considérés dans ce travail. C'est d'abord la première pratique obstétrique à avoir été

¹⁵⁶ Harrison, Brennan, North, Reed, Wickham (1984).

¹⁵⁷ Voir : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>

¹⁵⁸ Voir : <http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM>

dénoncée comme « trop systématique » par les militantes au début des années 2000. Largement répandue, facilement identifiable et compréhensible (l'image du « coup de ciseaux » est revenue plusieurs fois en entretien), éventuellement investie d'une dimension symbolique, elle assure souvent une large mobilisation. A la fois porte d'entrée vers les questions de modalités d'accouchement et geste métonymique des « violences obstétricales » en général, l'épisiotomie est un sujet ayant la particularité de faire exister momentanément des formes de coalition entre des espaces habituellement peu liés, voire en tension. C'est le cas entre les milieux militants autour de la naissance et les milieux féministes. Une militante de la « naissance respectée » raconte ainsi que l'épisiotomie était discutée sur les forums d'une association féministe française au début des années 2000 :

« Non à l'époque on n'en parlait pas. À part la question de l'épisiotomie. C'était un peu ce sujet là qui revenait. Et moi les quelques fois où j'ai entendu parler de questions féministes par rapport à l'accouchement c'était vraiment par le biais de l'épisiotomie. À ce moment là moi ça me semblait très...Enfin je ne me sentais pas du tout concernée par la naissance, l'accouchement, la vie de couple. C'était pas du tout ma vie à ce moment là donc, voilà, j'entendais mais sans vraiment comprendre. »

L'épisiotomie était ainsi le thème de la première Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté organisée en 2004 par l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR)¹⁵⁹, et celui du premier groupe de travail impliquant le CIANE en 2005 (lecture et amendement des recommandations du CNGOF).

« Ça a été [l'épisiotomie] un des chevaux de bataille du CIANE, au tout début de son existence. À côté du portail episio.info [propriété de l'AFAR], il y a eu une très forte sensibilisation. »

Une militante du CIANE

Des recherches portant sur les contextes de création de plusieurs associations ou sur le contenu de leurs revendications initiales mettent en avant l'importance de l'épisiotomie comme première bataille pour beaucoup d'acteurs, à commencer par le CIANE.

« Nous l'épisiotomie on s'en est emparé, dans les pays voisins ça fait longtemps que l'épisiotomie systématique ne se fait plus (...) 30 ans d'études ont montré que la

¹⁵⁹ Voir : <<http://afar.info/category/semaine-mondiale-de-laccouchement-respecte-smar/smar2004>>

iatrogénie¹⁶⁰ de l'épisiotomie... que l'épisiotomie n'apportait vraiment pas ce qu'elle devait apporter au départ. (...) Pas une n'a montré que ça évite la déchirure, ça peut même l'aggraver, et l'enfant pour autant n'est pas plus vite sorti. Ces recommandations ont été mises en place, on s'est dit il faut que ça cesse. Depuis on a vu les taux d'épisiotomies diminuer à droite à gauche, on a vu des chiffres de 1 à 2% dans certaines maternités. Pour vous dire qu'on a quand même réagi. C'est des efforts de longue haleine mais c'est un travail de fond. »

Une militante du CIANE

L'épisiotomie comme violence

Ces revendications ne peuvent exister sans une re-catégorisation du geste médical en violence, plus précisément en « acte mutilatoire »¹⁶¹.

« Systématiquement on donnait un « petit coup de ciseau » et je souligne l'expression parce que c'est comme ça que c'était vu par les obstétriciens et les sages-femmes qui le pratiquaient, on fait trois quatre points et basta. Or pour les femmes c'était autre chose. C'était pour elles une violence dans leur intégrité corporelle, psychique. Il faut quand même le dire. »

Présidente du CIANE

Cette référence à l'épisiotomie comme mutilation génitale est également visible dans l'échantillon de l'enquête en ligne du CIANE.

« Il est évident, et je le constate amèrement en répondant aux questions, que l'on ne m'a demandé mon avis sur rien. Le plus gros traumatisme reste l'épisiotomie. Je la considère comme une mutilation génitale. J'ai été mutilée. »

« J'ai très mal vécu l'épisiotomie aussi bien sur le moment de l'accouchement qu'après. L'impact est traumatisant, autant physiquement que psychologiquement : le ressenti s'apparente beaucoup à une mutilation, et il faut apprendre à vivre avec dans les mois qui suivent. On n'est pas préparée à ça, et nos maris non plus. Manque de reconnaissance de cette douleur. »

¹⁶⁰ Effets néfastes pouvant être provoqué par le traitement médical lui-même.

¹⁶¹ Expression employée en 2006 par Bernard Bel, membre du conseil d'administration du CIANE. <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/donneesProbantes.2006.pdf>>

Sur son blog, la militante belge Marie Hélène Lahaye, co-fondatrice de la *Plate-forme pour une Naissance Respectée* va plus loin en comparant la pratique de l'épisiotomie à l'excision.¹⁶²

« Cette mutilation inclut la section définitive de nerfs de ce muscle et d'une partie profonde du clitoris dont on sait maintenant qu'il se prolonge de part et d'autre du vagin. Les conséquences de l'épisiotomie ressemblent pour beaucoup de femmes à celles de l'excision: douleurs intenses pendant plusieurs semaines, perte d'estime de soi, souffrance pendant les relations sexuelles, chute de libido, dépression... »

Une comparaison partagée par un obstétricien à la retraite et auteur, membre du conseil d'administration du CIANE :

« J'étais d'autant plus intéressé par cette question qu'à l'époque [années 1980] dans nos congrès, colloques, (...) nous avions des gens qui parmi nous se spécialisaient dans les réparations de l'excision, et surtout des débats qui condamnaient bien sûr l'excision. (...) J'étais d'autant plus surpris que nous n'hésitions pas à avoir des pratiques à l'égard de la vulve féminine qui n'étaient pas très respectueuses. Sauf si, réellement, c'était une nécessité thérapeutique. »

Vers l'élargissement des revendications

Si l'épisiotomie est pratiquée dans le but d'éviter une probable déchirure ultérieure plus importante, cet acte appelle nécessairement, pour les non-soignants, la question suivante : comment deviner, comment savoir à l'avance ?

« C'était la question. On y répondait très empiriquement. Qu'est-ce qui fait qu'on a le sentiment que ça va craquer... Eh bien on a considéré qu'un certain nombre de conditions étaient plus dangereuses pour la vulve ou le périnée. Les déchirures vous le savez vont jusqu'au sphincter anal et au rectum. Le clitoris ? Oui, c'est fréquent. Mais d'abord on peut le réparer. (...) En général c'est des plaies qui restent superficielles. Non mais attendez c'est important. On est du côté de la violence obstétricale, alors allons-y. Les épisiotomies systématiques réduisaient les plaies qui sont antérieures, au niveau du clitoris et des petites lèvres. (...) Donc on a considéré que l'accouchement du siège était une source plus grande de lésion vulvaire et périnéale. Que lorsqu'on devait faire une extraction du bébé, d'une façon ou d'une autre, prenons le forceps en particulier, qui n'est quand même pas exceptionnel, ça a

¹⁶² Voir : <<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/01/10/episiotomie-excision-ce-sexe-feminin-qui-effraye/>>

été jusqu'à 10% ce qui est tout à fait excessif aussi, au début de la péridurale. Oui la péridurale a entraîné un excès de forceps. »

Un obstétricien

Le recours à l'épisiotomie aurait alors été privilégié dans certaines situations : présentation par le siège, grossesse gémellaire, usage d'instruments d'extraction, injection d'ocytocine (provoquant des contractions plus intenses et une expulsion plus rapide), ces deux derniers actes étant directement corrélés à l'usage de la péridurale.

« Comme elle a eu une péridurale, elle sent moins, elle pousse moins. C'est normal. C'est dur de lui faire percevoir, t'as beau appuyer avec tes doigts ce qui est déjà pas simple d'aller appuyer dans le vagin d'une femme, des fois fortement, pour qu'elle puisse sentir quelque chose, mais la plupart du temps elles arrivent pas à pousser. Donc tu fais un forceps. Le nombre de forceps avec péridurale est multiplié par 10. Qui dit forceps, spatules ou ventouses, dit épisiotomie. Donc la femme elle va avoir une grande épisiotomie, ce qui va pas arranger la dépression du post-partum. Elle va avoir du mal à s'asseoir pour allaiter son bébé, elle va avoir plus de crevasses aussi parce qu'elle pourra pas bien se positionner... »

Une sage-femme

Ces propos replacent l'épisiotomie au sein d'un ensemble de pratiques, et suggèrent que celle-ci ne peut être comprise isolément. La citation ci-dessus est un extrait d'une longue description d'enchaînement d'actes possibles. L'idée d'une « cascade » d'actes médicaux était déjà présente dans une étude brésilienne consacrée aux « violences institutionnelles » dans les maternités (Aguilar & Oliveira, 2010), fréquemment citée par des militantes latino-américaines pour l'« humanisation de la naissance ». On la retrouve dans de nombreux témoignages et discours militants. Sur son blog, la militante Marie Hélène Lahaye compte plusieurs billets sous le mot-clef « effet cascade des actes médicaux ».

Cette subordination de la pratique de l'épisiotomie à d'autres actes, et en particulier à la péridurale, dont on a déjà dit qu'elle s'était généralisée en France¹⁶³, pourrait constituer une limite aux dénonciations des militantes du CIANE. Si les parturientes désirent la péridurale, comment pourraient elles refuser l'épisiotomie systématique ?

¹⁶³ 81% des accouchements par voie basse en 2010.

<http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/09/02/la-peridurale-une-pratique-un-peu-trop-systematique_4743037_1651302.html#4qjAMloFJGKkyzSb.99>

Les militantes du CIANE vont jouer sur plusieurs fronts. Dans leur travail de critique des recommandations du CNGOF en 2005, elles insistent d'abord sur les conséquences négatives possibles de l'épisiotomie.

« Il y eu tout un travail fait à l'intérieur du CIANE pour critiquer le document, pour l'amender, pour mettre en évidence par exemple le fait que, il y avait tout un ensemble de choses qui n'était pas prises en compte, notamment sur les conséquences de l'épisiotomie. »

Une militante du CIANE

Par la mobilisation d'une expertise développée en amont sur le sujet (veille scientifique, compilation d'études cliniques), elles remettent également en question les conditions médicales justifiant habituellement le recours à cette pratique. Les recommandations de 2005 insistent ainsi sur l'absence de preuves suffisantes pour recourir à l'épisiotomie systématique en cas de : primiparité, extraction instrumentale, accouchement par le siège, accouchement de jumeaux, entre autres. La question de la péridurale est abordée ainsi :

« L'analgésie péridurale est associée à un recours plus fréquent à l'épisiotomie, probablement du fait de l'augmentation des extractions instrumentales qu'elle induit. L'extraction par ventouse est associée à un moindre recours à l'épisiotomie que l'extraction par forceps »¹⁶⁴

Les recommandations encouragent par ailleurs explicitement une « réduction » du taux d'épisiotomie en France.

La bataille autour de l'épisiotomie, bien que restreinte à un acte médical donné, est l'occasion pour le CIANE de questionner la généralisation de la péridurale en France : quelle réelle possibilité pour les parturientes de la refuser ? Quel accompagnement en cas de refus ? Quelle disponibilité du personnel pour assurer cet accompagnement ?¹⁶⁵ C'est enfin un moyen d'ouvrir un débat plus général sur la « iatrogénèse » des actes obstétricaux, lorsqu'ils sont pratiqués de façon systématique. Une membre du bureau du CIANE déclare ainsi :

¹⁶⁴ Voir : <http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM>

¹⁶⁵ En 2015, l'épidémiologiste de l'INSERM Béatrice Blondel, sur la base d'enquêtes nationales de périnatalité, se demande si les taux sont bien « synchrones avec ce que veulent les femmes ». <http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/09/02/la-peridurale-une-pratique-un-peu-trop-systematique_4743037_1651302.html#ApOOMGLmKeQGGp8S.99>

« Disons qu'il y a toujours eu ce truc, c'est en train de changer mais, faire un acte est quand même essentiellement vu sous l'angle des bénéfices que ça peut apporter, et des risques que ça permet soi-disant d'éviter. On regarde assez peu les risques supplémentaires que font les actes eux-mêmes. Un peu, plus on en fait mieux c'est. »

4.4. Quantifier un problème pour le faire exister : l'enquête en ligne

Recueillir ses propres données

D'après la présidente du Collectif, l'enquête en ligne¹⁶⁶ en continu lancée en février 2012 par le CIANE et portant sur le vécu de l'accouchement, serait née d'une tentative infructueuse d'obtenir les réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale de périnatalité, non exploitées pour des raisons de manque de moyens.

« (Rires) Cette enquête alors ça c'était un très gros morceau. Il y a des enquêtes qui sortent régulièrement, qui sont commentées par le Ministère, par la HAS, (...) les réponses ne nous satisfaisaient pas (...) on trouvait que l'enquête n'allait pas au fond des choses, ne laissait pas souvent la parole aux parents (...) et des choses étaient réductrices par rapport à ce qu'on voulait savoir. On nous avait dit que les verbatims des personnes de cette enquête nationale n'avaient pas été traités pour des raisons financières. On leur avait dit : nous ça nous intéresse de les recueillir. Ils n'ont pas voulu, voilà. On s'est alors dit, on va mener notre propre enquête. »

Une militante du CIANE

Les enquêtes périnatales sont en effet davantage destinées à mesurer des éléments relatifs aux complications de la grossesse, à l'état de santé de l'enfant à la naissance, ou au déroulement de la surveillance prénatale. Les données proviennent des dossiers médicaux et d'entretiens oraux avec les femmes avant et après leur séjour en maternité, abordant « le déroulement de l'accouchement », « les méthodes pour soulager la douleur », « la perception de la grossesse », ou « les décisions médicales

¹⁶⁶ Deux autres enquêtes sont en cours, sur le dépistage prénatal (en partenariat avec le Cesmes3), et sur le vécu des parents d'enfants hospitalisés à la naissance (en partenariat avec SOS Prémas et la Société française de néonatalogie). <<http://ciane.net/2012/09/respect-des-souhaits-et-vecu-de-l'accouchement/>>

prises »¹⁶⁷. Si les enquêtes périnatales mesurent la satisfaction globale des enquêtées concernant leur accouchement ou leur suivi de grossesse, la question du consentement aux actes par exemple est peu ou pas abordée. Plusieurs actes obstétricaux ou situations susceptibles de se produire durant un accouchement se sont pas mesurés : décollement des membranes, expression abdominale, possibilité pour la parturiente de bouger ou de boire pendant le travail, entre autres. Les enquêtes périnatales constituent cependant une référence constante pour le CIANE dans l'analyse des données de son enquête en ligne. Les résultats quand cela est possible sont commentés en fonction de ceux obtenus par les enquêtes nationales (taux d'épisiotomie, de déclenchements), et les échantillons du CIANE sont comparés aux enquêtes nationales pour tenter de corriger des biais dus à l'auto sélection des participants (répartition entre multipares et primipares...). Comme indice de fiabilité des résultats, on peut noter que le niveau de satisfaction général concernant l'accouchement renseigné dans l'ensemble de l'enquête du CIANE (23 000 réponses) rejoint le taux obtenu par les enquêtes nationales de périnatalité menées par l'INSERM : environ 70% des femmes se déclarent satisfaites de leur accouchement. On note que les répondantes de l'enquête du CIANE sont en moyenne plus jeunes et plus diplômées¹⁶⁸.

On peut noter que le CIANE, pour lancer cette enquête, a consulté une de ses associations membre, *Césarine*, qui avait déjà mis en ligne un questionnaire sur le vécu des accouchements par césarienne¹⁶⁹. Il en ressort l'idée d'un questionnaire mesurant en priorité des faits et des pratiques concrètes.

« On a discuté aussi avec Césarine, parce que Césarine avait une enquête en ligne depuis un certain temps, dans la base de données en ligne, on peut faire des sélections sur les lieux, les années. Ils nous ont dit « finalement on avait réfléchi et on s'est dit, il nous faut des faits, en fait. » On part pas sur des questions en terme de ressentis, de perceptions, on part sur des questions de faits. Savoir finalement quelles sont les pratiques sur des choses qui ne sont pas documentées. »

Une militante du CIANE

¹⁶⁷ Voir : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf>

¹⁶⁸ Voir : <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/04/DeclenchementAccelerationCiane.pdf>>

¹⁶⁹ Voir : <<http://www.cesarine.org/quest/>>

La grille de question a été construite « collectivement », sur la base de fichiers partagés en ligne. La présidente du CIANE évoque également l'aide d'une sociologue, membre du bureau du Collectif, chargée de traiter les données.

« Le questionnaire n'a pas été fait par elle mais par tout le monde, ça a été très long, on a consulté tout le monde... On voudrait parfois aller plus loin dans les questions posées et c'est là qu'avec l'expérience elle nous a dit ça n'aboutira pas ou ça n'apportera pas grand chose. Avec son expérience on a pu mettre en place ce questionnaire qui je vous le dis encore a demandé je crois plus d'un an un an et demi de travail. »

Cette chercheuse raconte en entretien ce qui l'a amenée à devenir militante du CIANE :

« Je travaillais sur les groupes de discussion sur internet, et sur les gens qui s'intéressent à des problèmes médicaux. Je m'étais abonnée à une liste, qui était un groupe de gens qui débattaient sur les questions relatives à l'obstétrique, à la naissance. Et c'est comme ça que de fil en aiguille, au moment où le CIANE a été créé en 2003, ils m'ont demandé de faire partie de, c'était pas exactement un comité scientifique mais enfin un groupe comme ça, (...) en 2006 j'ai commencé à faire des choses avec eux, pour eux, ça fait je ne sais plus combien d'années 4 ou 5 ans que je. Je suis la secrétaire du Collectif. »

Le questionnaire, d'une vingtaine de pages couvre tous les temps de la prise en charge de la naissance : suivi de grossesse et éventuellement préparation à la naissance, accouchement, postpartum. De nombreuses questions détaillent l'accompagnement, les actes médicaux posés, et les conditions de prise en charge à l'hôpital :

« Avez-vous pu prendre les positions que vous souhaitiez pendant le travail ? »

« Vous a-t-on posé un monitoring qui permet de suivre les contractions et le rythme cardiaque du bébé ? »

« Vous a-t-on percé la poche des eaux pour accélérer le travail ? »

Les questions visant à mesurer une impression ou un ressenti sont rares, à l'exception d'une partie portant sur la dépression postpartum (« Les tout premiers jours à la maison, vous vous sentiez... »), et de questions finales de satisfaction générale sur le déroulement de l'accouchement. Chacune des douze pages comprend par ailleurs une section d'expression libre.

Pour chaque acte, deux questions fermées concernent le recueil du consentement de la patiente et la délivrance ou non d'information. Elles font l'originalité de l'enquête par rapport aux données nationales disponibles, et permettent de quantifier précisément des modalités qui sont au cœur des revendications du CIANE, et des militantes de la « naissance respectée » en général.

« Quelqu'un m'a donné l'idée de regarder la corrélation entre information, consentement, et vécu de l'accouchement. Si on prend par exemple la sous-population des femmes déclenchées et qu'on regarde est-ce qu'on les a informées, est-ce qu'on a demandé leur consentement pour le déclenchement, et en gros ce qu'elles expriment comme vécu, il y a une corrélation extrêmement nette entre les deux. C'est vraiment un facteur important le fait qu'on ne demande pas le consentement. (...) Après il faut savoir comment on l'interprète (...) ça n'est peut-être que le signe d'un truc plus général qui est assez dégradé (...) c'est toujours compliqué à expliquer mais dans le rapport¹⁷⁰ (...) je pense qu'on va accorder une très grande place à ce point là. »

Sociologue membre du CIANE, chargée de
l'analyse des données de l'enquête

L'exemple de l'enquête en ligne du CIANE montre de façon intéressante comment, pour faire exister des éléments du parcours de soin comme problème public et en l'absence de données satisfaisantes préexistantes sur la question, un mouvement militant est amené à construire un dispositif de recueil de données adapté à ses besoins. Le grand nombre de réponses, la caution universitaire que constitue une sociologue chargée d'analyser les données, mais également le fait que le CIANE soit la seule référence disponible pour des questions concernant certains actes ou certaines pratiques, ont contribué à donner une importance à l'enquête. Ses résultats sont cités dans des articles de presse générale pour illustrer des sujets attirant par ailleurs de plus en plus l'attention des médias : pratiques « systématiques » d'actes obstétricaux, développement des maisons de naissance¹⁷¹, entre autres.

¹⁷⁰ Rapport du CIANE sur la pratique du déclenchement. <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Enquete-du-Ciane-n9-declenchement.pdf>>

¹⁷¹ Voir : <http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/04/01/les-maisons-de-naissance-un-accouchement-hors-de-l-hopital_4894100_1651302.html>

4.5. Une cooptation progressive

Les acteurs institutionnels dans le champ de la périnatalité ayant collaboré avec le CIANE sont très nombreux, et incluent des représentants de professionnels¹⁷² (syndicats ou « sociétés savantes ») et des institutions de santé¹⁷³. Le CIANE participe notamment régulièrement à des groupes de travail pour l'élaboration de recommandations de bonne pratique en obstétrique au sein du CNGOF et de la HAS. La présidente du CIANE évoque le statut acquis selon elle par le Collectif de passage obligé, au sein de diverses instances, pour toute réflexion importante sur la périnatalité :

« Au début, c'est nous qui nous imposions, mais maintenant cela a bien changé, le CIANE est incontournable et est beaucoup sollicité au point qu'il ne peut répondre à toutes les demandes. »

Ce statut est le résultat d'un travail progressif d'intégration, commencé à une époque où les usagers, dans le domaine de la périnatalité, sont encore absents de la plupart des instances de décisions. Tout comme elles s'étaient imposées à un congrès du CNGOF en 2003, présentant une « plate-forme de revendications » non sollicitée, les militantes vont chercher des moyens de faire valoir leurs connaissances et leurs expériences.

« Alors au départ on s'est introduit dans des groupes de travail. On l'a initié ça c'est pas eux qui sont venus nous chercher. On s'est rapidement imposées mais pas juste pour être là et faire potiche on veut dire des choses on a aussi des idées. Ce n'est pas que de la revendication pure et simple et bête, on est là aussi pour proposer. »

La Présidente du CIANE

Ainsi au début de son existence, le CIANE n'a par exemple pas directement participé à l'élaboration des recommandations du CNGOF (publiées en 2005) concernant l'épisiotomie. Le Collectif faisait partie du Comité de lecture, et a cherché – et parfois réussi – à imposer ses critiques après coup. Une militante interrogée se souvient de certains des enjeux de l'amendement du texte. Le taux d'épisiotomie considéré comme acceptable par le CNGOF était de 30%. Utilisant par exemple les

¹⁷² Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), Intersyndicale des sages-femmes, Ordre des Sages-Femmes.

¹⁷³ Haute Autorité de Santé (HAS), Ministère de la santé, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Commission Nationale de la Naissance et de la Santé (CNN), Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP).

recommandations de l’OMS disponibles à l’époque sur la question (recommandant un taux n’excédant pas 20%), les militantes parviennent à faire modifier la formulation finale : « le taux global national devrait se situer en dessous de 30 % des accouchements par voie basse ». Une deuxième critique portait sur une précision insuffisante quant aux populations de femmes concernées par l’épisiotomie.

« Il y a quand même un truc qui n’était jamais pris en considération : la différence énorme qu’il y a entre les primipares et les multipares. Et le fait que grosso modo aujourd’hui on arrive à 30% en moyenne. Sauf que pour les primipares on doit être je sais plus à 50 ou 60%. Et les autres c’est beaucoup moins 15%. Donc c’est un peu n’importe quoi. Ça veut dire qu’un tiers des femmes... Avant d’avoir un deuxième enfant, elles en ont un premier. Il y en a même qui n’en ont qu’un. Donc deux tiers des femmes, ont eu une épisiotomie. Ou peut être pas deux tiers mais 6 femmes sur 10. »

Une autre militante évoque les difficultés posées par l’implication des membres en tant que profanes dans des groupes de travail composés de professionnels de santé.

« Nous sommes tous des parents, on n’est pas forcément des professeurs, pas forcément diplômés, on sort pas forcément de Polytechnique, et en face de nous on a des gens qui ont un bagage d’études assez conséquent derrière eux, ils ont l’habitude de parler en public, devant des gens diplômés comme eux ou en tout cas professionnels, c’est un exercice auquel ils sont habitués, en tout cas dans leur jargon à eux. Comment on peut s’inscrire là dedans ? »

Peu à peu, par la mise en place d’un groupe au sein du CIANE chargé d’assurer une « veille scientifique » – démarche facilitée par l’utilisation d’internet –, en mobilisant notamment des représentantes d’associations membres, spécialisées par leur activité sur un sujet donné (*Césarine* pour la césarienne, *Timéo et les autres* pour le déclenchement), les membres du CIANE parviennent à trouver leur place au sein de groupes de travail de la HAS et du Collège.

« Il faut le dire on était enrichies par tout ce qu’on trouvait sur internet au niveau des études, au sien du CIANE nous avons des gens qui font des veilles scientifiques, récoltent les articles qui sortent de par le monde, les filtrent et ensuite nous décortiquent tout ça. Ce qui fait qu’on avait un savoir et un bagage, on ne venait pas les mains dans les poches. « Voilà ce que vous proposez, voilà ce qui se passe ailleurs. Parfois c’est meilleur. Comment se fait-il qu’on ne puisse pas mettre ça en place ? Est-ce qu’on peut y réfléchir ? » Et au fur et à mesure je crois qu’ils ont vite compris qu’on était des gens sérieux. »

Les ressources disponibles pour les militantes ne se restreignent pas au fait d'assimiler en profanes des connaissances scientifiques et académiques. Elles font également valoir une « expertise expérientielle », reposant sur l'idée que leur vécu d'usagères de la périnatalité, de femmes ayant accouché, constitue une forme de connaissance spécifique méritant d'être prise en compte.

5. Le CIANE et la question des « violences obstétricales »

« Donc les violences obstétricales puisqu'on appelle ça comme ça, elles existent elles ont existé elles existeront peut-être encore, j'espère de moins en moins, mais nous le CIANE nous avons vraiment depuis le début de nos actions, c'est quelque chose que nous visions, de faire abandonner des gestes qui n'étaient pas des gestes plus sécuritaires que ça pour les femmes. »

Une militante du CIANE

L'appropriation ou du concept de « violence obstétricale » est l'objet d'un débat extrêmement actuel au sein du CIANE. En novembre 2015, grâce à une proposition d'une sociologue membre du Collectif de participer à ce travail, j'apprenais le projet de deux militantes de publier une analyse qualitative d'un échantillon de l'enquête en ligne sur la question des violences vécues pendant l'accouchement. En mars 2016, le CIANE et l'AFAR, avec la contribution de la bloggeuse et militante Marie Hélène Lahaye, mettaient en ligne une bibliographie¹⁷⁴ résumant et commentant une soixantaine de publications scientifiques sur la « violence obstétricale », prenant en compte une importante diversité de cadrages théoriques de la notion : maltraitances hospitalières, perspective de genre, sciences humaines et sociales, militantismes, publications médicales, études sur le stress post-traumatique après l'accouchement, rapports d'organisations gouvernementales ou d'ONG, textes juridiques... Questionnée au cours d'un entretien à propos des « violences obstétricales », la présidente confirme en effet un intérêt récent du Collectif, déclare que ce cadrage fait l'objet de désaccords au sein du CIANE, et rappelle que la diffusion récente du terme n'a pas empêché les militantes de dénoncer des violences vécues durant l'accouchement dès 2003.

« C'est pile poil la question qu'on s'est posée... Depuis que le CIANE est CIANE on pense traiter de la violence, de ce qu'on appelle maintenant la violence obstétricale, terme mis en avant par je ne sais quel groupe. Et c'est effectivement maintenant assez à la mode. Quand on parle d'épisiotomie, de touchers vaginaux appuyés pour faire un décollement, de déclencher un accouchement qui tarde sans prévenir la dame, quand on dit au père « fichez le camp on a pas besoin de vous l'accouchement est plus compliqué que prévu », quand on parle d'expressions abdominales qui sont

¹⁷⁴ Voir : <<http://afar.info/wp/docs/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>>

contre-indiquées par les recommandations du Collège et continuent d'être vues dans certaines maternités... Nous dénonçons depuis des années ces violences là. »

Cette partie examinera dans quelle mesure le CIANE s'approprie ou non le cadrage « violence obstétricale », ce qu'il ajoute à ses stratégies précédentes, et les problèmes spécifiques qu'il pose.

5.1. Une attitude réformiste

La position adoptée par le CIANE dans l'espace français de la « naissance respectée » consiste à représenter une gamme la plus large possible de revendications autour de la naissance. Les membres du collectif incluent par exemple aussi bien des petites associations de parents intégrées dans des réseaux locaux de périnatalité (association nantaise Bien Naître) que des organisations luttant pour la reconnaissance de pratiques très minoritaires en France (Collectif de défense de l'accouchement à domicile). Tout en intégrant les marges, le Collectif vise à éviter une dichotomie qui opposerait « accouchement médicalisé » et « accouchement naturel ».

« Ce qui a tranché le positionnement du CIANE par rapport aux autres associations qui existaient auparavant... il y en avait beaucoup qui étaient dans un refus assez global du système obstétrical. Pour l'accouchement à la maison ou... Enfin sur des positions un peu, marginales. Le positionnement du CIANE est différent dans le sens où on a décidé de ne pas se placer aux marges, mais d'intégrer les marges, de considérer que les revendications des marges étaient tout à fait recevables, qu'il fallait les soutenir. Mais aussi agir pour la masse. Et la masse elle n'est pas si mécontente que ça. Mais pas si contente que ça... Donc faire évoluer les pratiques dans les accouchements standard, c'est permettre aussi l'accouchement à domicile en fait. »

Une militante du CIANE

La présidente du CIANE évoque également en entretien la diversité des luttes du Collectif, se voulant un reflet le plus fidèle possible des demandes des usagers. Elle met l'accent sur la question du choix.

« Et il faut qu'il y ait un choix, dans le paysage de la maternité français parce que ce n'est encore pas le cas. (...) On n'a pas du tout de discours anti-péridurale ou anti-ceci, non on a vraiment un discours de défense du choix du couple, que chaque couple avec son histoire puisse trouver j'allais pas dire maternité et sage-femme à son ventre mais c'est un peu ça, avec le respect qu'on leur doit, et pouvant travailler,

enfin, en équipe avec les professionnels autour d'eux au moment de la grossesse et de l'accouchement. »

Présidente du CIANE

5.2. Importer en France des luttes américaines

L'importation de revendications contre la « violence obstétricale » en France passe notamment par la récusation de certaines caractéristiques des luttes américaines ayant engendré le concept. Le CIANE affiche par exemple une rupture vis-à-vis de l'idéologie sous-tendue par la littérature états-unienne représentée par l'anthropologue Robbie Davis Floyd (évoquée en première partie), et se montre critique l'association systématique de la profession de sage-femme aux luttes pour les conditions d'accouchement.

Ainsi, si la rhétorique de l'accouchement comme « puissance féminine » potentielle, confisquée par la société via le corps médical, demeure présente aujourd'hui parmi les militantes de la « naissance respectée » – comme l'illustrent les propos d'une sage-femme interrogée – c'est un héritage inégalement importé en France, contesté ou nuancé par beaucoup d'acteurs.

« Quand tu vis un accouchement comme ça, t'as gagné. T'as gagné quelque chose au niveau profond féminin. C'est une puissance. (...) Cette force des femmes là c'est de ça dont on les prive en France aujourd'hui. C'est pas qu'on les prive, c'est qu'elle ne peuvent pas le vivre. Et les sages femmes, du même coup, on les prive de cet accompagnement aussi sur le plan humain. »

De la même manière, l'alliance propre au contexte américain des luttes contre les « violences obstétricales » avec la défense de la profession de sage-femme pose nécessairement problème dans la diffusion du concept en Europe, et en particulier en France où les sages-femmes forment une profession médicale légitime dans la prise en charge de la naissance¹⁷⁵. Le caractère d'évidence de l'alliance avec cette profession dans la lutte pour une « naissance respectée » divise les militantes dans le champ. Une militante du CIANE se montre critique à ce sujet :

« Moi ce que je reproche à ce genre de littérature [articles de Robbie Davis Floyd], c'est un peu guidé quand même par une idéologie assez forte qui est que la sage-

¹⁷⁵ Les sages-femmes françaises sont intégrées aux structures hospitalières, et participent à la prise en charge de l'accouchement, au suivi de grossesse, à la préparation à la naissance, et aux consultations prénatales. <<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes102.pdf>>

femme c'est un interlocuteur de choix pour la femme enceinte, que l'obstétricien c'est forcément de la violence, que les sages-femmes sont parfaites. (...) Je trouve qu'il y a une sorte de mythification de la sage-femme, qui passe un peu à côté de, de l'expérience des femmes. Il faut pas non plus se leurrer des tas de femmes accouchent dans le système hospitalier très instrumenté et sont ravies d'accoucher comme ça. Ce qui est évident c'est que la façon même de percevoir ce qui s'est passé et de l'évaluer ne peut pas être détachée du système dans lequel les choses se produisent. »

Cette affirmation d'indépendance n'empêche pas le Collectif de porter par ailleurs des revendications soutenant la profession de sage-femme, dans la mesure où les autres combats du CIANE (meilleur accompagnement, diversification de l'offre par l'ouverture de maisons de naissance) impliquent souvent une augmentation du nombre de sages-femmes et une amélioration de leurs conditions de travail. Dès 2003, une « plate-forme de proposition » inclut ainsi une « augmentation du nombre de sages-femmes, une meilleure rétribution et l'amélioration de leurs conditions de travail, une véritable reconnaissance de la filière sage-femme dans le cursus universitaire ».¹⁷⁶

5.3. Qualifier les violences vécues pendant l'accouchement

Les désaccords internes entre membres du CIANE concernant la qualification des « violences » vécues durant l'accouchement illustrent également de façon intéressante les problèmes soulevés plus généralement par l'importation du concept de « violence obstétricale » en France. La question de la double catégorisation des « violences obstétricales » en « violences institutionnelles » et en « violence de genre » fait par exemple explicitement l'objet d'un débat entre membres.

« On a une discussion là dessus, qui est ouverte, sur la question de savoir si il fallait qualifier ça... Il y a des gens qui sont très, peut-être plus remontés que les gens du CIANE, qui sont plus dans cette optique dénonciatrice. Et qui veulent qualifier toutes les violences obstétricales en violences faites aux femmes. Après il y en a qui sont plutôt dans la position de dire, les violences obstétricales elles relèvent, quand-même avant tout des violences hospitalières autant que des violences faites aux femmes. Et prétendre le contraire ce serait mépriser les gens qui subissent des maltraitances hospitalières... Finalement la position autour de laquelle la plupart des gens

¹⁷⁶ Voir : <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/2008-Plateforme-propositions-du-Ciane-pour-les-politiques-de-sante-en-perinatalite-20061.pdf>>

s'accordent c'est de dire en fait c'est un peu à l'intersection entre les deux. Mais peut-être qu'on ne doit pas les qualifier trop vite. Il y a sans doute des cas où cette dimension de genre est importante. Et puis d'autres où en fait c'est plutôt le milieu hospitalier et ses problèmes... Et c'est pour ça aussi je pense qu'on est dans ce double positionnement aussi en fait. »

Une militante du CIANE

Les débats au sein du CIANE renvoient également aux problèmes de cadrage sous-tendus par le terme même de « violence obstétricale ». Clivant, difficilement audible par certaines catégories d'acteurs (institutions, soignants), son usage est difficilement compatible avec une démarche d'amélioration des conditions d'accouchement passant par la coopération avec des organisations de professionnels de santé.

« Il y a un côté très dénonciation dans l'attitude « violence obstétricale », donc il faut arriver à trouver un angle, qui soit dans l'esprit du CIANE c'est-à-dire quand même un dialogue constructif, même si on va essayer de les secouer un peu [les médecins]. (...) En fait notre perspective, c'est plutôt de se raccrocher à l'émergence de la thématique des maltraitements hospitaliers, qui avait fait l'objet d'un rapport il y a quelques années par Claire Compagnon et Véronique Ghadi¹⁷⁷... que d'être dans l'aspect « violences faites aux femmes », dans ce que ça peut avoir de plus dénonciateur... »

Sociologue membre du CIANE, chargée de l'analyse des données de l'enquête en ligne.

La démarche consistant à qualifier certains types d'expériences d'accouchement en violences infligées par le personnel de santé existe au CIANE depuis sa création. Les revendications portant sur le consentement, l'information, la justification médicale des actes, la reconnaissance du caractère par défaut non pathologique de l'accouchement, voire la valorisation de la profession de sage-femme (même accompagnée de ce que le CIANE dénonce comme des tentatives de récupération), autant d'éléments récurrents dans les définitions américaines de la « violence obstétricale », font explicitement partie des éléments de discours du CIANE. On remarque en revanche que la catégorisation des violences vécues pendant

¹⁷⁷ Compagnon, C, Ghadi, V 2009, 'La Maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages', Collège de la Haute Autorité de santé. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf>

l'accouchement en « violences de genre » ou en « violences faites aux femmes » est discutée au sein du Collectif. On peut dire que le concept de « violence obstétricale », par définition clivant car potentiellement offensif envers les soignants, est utilisé de façon différenciée, approprié ou non selon les interlocuteurs.

6. Un exemple d'association membre du CIANE : *Timéo et les autres*

Cette partie examine en détail un exemple d'organisation membre du CIANE : l'association de victimes du Cytotec® *Timéo et les autres*. Créée en 2011 par deux couples, elle rassemble des femmes dont l'accouchement a été déclenché à l'aide d'un médicament appelé Misoprostol, ou Cytotec®. Son action s'inscrit dans une controverse médicale ayant éclaté d'abord aux Etats-Unis en 2000, puis plus tard en France.

6.1 Une controverse médicale

Qu'est-ce que le Cytotec® ? Qu'est-ce que le déclenchement ?

Le déclenchement artificiel du travail désigne un ensemble de techniques consistant à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement. Il est important de distinguer d'une part le déclenchement d'un travail non encore commencé, par maturation artificielle du col de l'utérus à l'aide de techniques médicamenteuses (une molécule appelée *prostaglandine*) ou mécaniques (« sonde de Foley », « décollement des membranes »), et d'autre part la provocation ou l'accélération des contractions une fois le col mûr ou « favorable »¹⁷⁸, à l'aide d'une hormone appelée *ocytocine*. Bien que désignées sous le même terme de « déclenchement », et par ailleurs souvent utilisées ensemble, on comprend donc qu'*ocytocine* et *prostaglandines* ne sont pas interchangeables. Les accouchements déclenchés le sont majoritairement en cas de « dépassement du terme » (durée de la grossesse supérieure à 41 semaines et 6 jours d'« aménorrhée », c'est à dire absence de règles) et en cas de grossesse à risque¹⁷⁹. Il

¹⁷⁸ Des méthodes permettent de systématiser l'évaluation de l'état du col de l'utérus. Le score de Bishop, par exemple, est calculé suite à un toucher vaginal, selon 5 critères : dilatation, position, effacement, consistance, présentation fœtale. Le score est obtenu par l'addition des valeurs de chacun (de 0 à 3). On parle de « col favorable » quand le score de Bishop est égal ou supérieur à 7.

Voir schéma p.13 : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf>

¹⁷⁹ Pour le CNGOF, les raisons médicales justifiant un déclenchement incluent : rupture prématurée des membranes, diabète insulino-dépendant avec répercussions sur le fœtus, arrêt de croissance du fœtus, hypertension artérielle si associée à d'autres indicateurs, pré-éclampsie, antécédent d'accouchement rapide (moins de deux heures). A l'inverse, le CNGOF ne recommande pas de

arrive également de déclencher pour des raisons non médicales, sur proposition de la femme ou du personnel de l'hôpital (organisation des services, présence de personnel).

Il existe deux types de *prostaglandines* de synthèse utilisées dans le déclenchement : la prostaglandine E2 (administrée sous forme de gel dans le vagin), et la prostaglandine E1, aussi appelée Misoprostol. Le Cytotec®¹⁸⁰ est une spécialité de Misoprostol, développée à l'origine par le laboratoire américain Searle, intervenant dans le traitement de l'ulcère gastrique, qui, bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en gynécologie-obstétrique, est largement prescrit depuis les années 1980 dans le cadre d'interruptions médicales ou volontaires de grossesses, de fausses couches, d'hémorragies du postpartum, et, plus rarement ces dernières années, dans le cadre de déclenchements d'accouchement. En France des arrêts du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation¹⁸¹ admettent en effet qu'une prescription hors autorisation n'est pas nécessairement fautive ou illicite, dès lors que « le traitement est reconnu comme efficace et non dangereux par la communauté et la littérature scientifiques » et que le « médecin est en mesure de justifier son indication et son geste au regard de l'état du patient, de sa demande et des connaissances scientifiques du moment ».

Trois conditions encadrent cependant la prescription hors autorisation. D'abord, aucune alternative bénéficiant d'une autorisation ne doit exister. Ensuite, soit le médicament doit faire l'objet d'une recommandation temporaire établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soit le prescripteur doit juger « indispensable » le recours à ce médicament « au regard des données acquises de la science ». Enfin, la réglementation impose une information

systematiser le déclenchement en cas de : retard de croissance intra-utérin, suspicion de macrosomie fœtale, diabète bien équilibré, hypertension artérielle isolée, grossesse gémellaire sans complications. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf>

¹⁸⁰ Malgré une similarité de noms, le Cytotec® n'a donc aucun rapport avec l'*ocytocine*.

¹⁸¹ Par exemple, l'arrêt du 18 septembre 2008 (n° 07-15427).

spécifique du patient¹⁸², et l'apposition de la mention « prescription hors autorisation de mise sur le marché » dans le dossier médical, ainsi que les raisons justifiant cette dérogation¹⁸³. Les militantes de *Timéo et les autres* contestent l'usage du Cytotec® sur ces bases.

Raisons de son utilisation

La principale raison invoquée pour justifier l'utilisation du Cytotec® dans le cadre du déclenchement est l'efficacité de ce produit, notamment en cas de « col défavorable » ou lorsque d'autres méthodes se sont révélées inefficaces. Il existe plusieurs études cliniques¹⁸⁴ comparant les effets du Cytotec® avec ceux d'autres techniques de déclenchement, observant que son usage « correctement dosé » est lié à des accouchements plus rapides, sans augmentation significative du nombre de césariennes d'urgence. Une autre raison est le coût très bas de ce produit (30 centimes d'euro le comprimé de 200µg, 19 euros la plaquette de 60 comprimés) comparé aux prostaglandines E2 par exemple (1 mg de gel intra-vaginal de Prostine® coûte 47 euros, un tampon de Propess® coûte 93 euros¹⁸⁵). On peut noter par ailleurs que contrairement aux produits contenant des prostaglandines E2, le Cytotec® ne nécessite pas de réfrigération, ce qui ne semble être un incitatif à son utilisation que dans certains pays en développement.

Un arbitrage est effectué entre ces avantages, et des inconvénients connus, à savoir des effets secondaires indésirables plus fréquents, incluant des anomalies du rythme cardiaque fœtal, et une hyperstimulation de l'utérus (pouvant entraîner hémorragie ou rupture utérine). Ces risques sont en partie liés à un véritable problème de dosage. Le Cytotec® est conditionné de telle sorte que la dose nécessaire pour un déclenchement

¹⁸² Ce devoir d'information a été renforcé depuis l'affaire du Mediator®, médicament retiré du marché en 2009. Voir : « L'information de la prescription d'un traitement non conforme aux indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) », Sophie Hocquet-Berg, *Revue générale du droit on line*, 2012, numéro 2843. <www.revuegeneraledudroit.eu/?p=2843>

¹⁸³ « Exclusif : les trois quart des médecins prescrivent hors AMM », *Journal International de Médecine*, 19/03/2013. <http://www.jim.fr/en_direct/pro_societe/e-docs/exclusif_les_trois_quart_des_medecins_prescrivent_hors_amm_137898/document_actu_pro.phtml?reagir=1>

¹⁸⁴ Une quinzaine sont citées et commentées dans l'article de Goldberg & Wing (2003).

¹⁸⁵ Fremy (2012).

correspond à 1/8^{ème} de comprimé, un découpage difficile à faire et nécessairement peu précis. Le second problème est la demi-vie¹⁸⁶ du produit : les effets s'estompent au bout de 1,7 heure par voie orale et au bout de 4 heures par voie vaginale¹⁸⁷, contre quelques minutes par exemple pour l'ocytocine. Une fois le cachet au fond du vagin de la parturiente, il n'y a rien à faire en cas d'intolérance au produit. Le laboratoire Searle aurait refusé de travailler sur des modes de conditionnement adaptés aux demandes pour l'utilisation dans le cadre du déclenchement.

« Le laboratoire qui est un laboratoire américain a refusé de suivre des indications destinées aux interruptions de grossesse, et a refusé pour les déclenchements. Sachant très bien parce qu'il y avait eu des accidents, que c'était dangereux. Pour l'interruption de grossesse il a refusé, principalement pour ça. »

Un obstétricien

Comme sous-entendu dans les propos de cet enquêté, on peut émettre l'hypothèse que ce refus a pu être en partie motivé par l'action de groupes de pression états-uniens anti-avortement. Le caractère controversé de l'usage du médicament pour le déclenchement de l'accouchement est en effet souvent détourné pour critiquer son usage dans le cadre d'interruptions de grossesses par plusieurs groupes se déclarant « pro-life »¹⁸⁸. Il faut préciser que, bien que le Misoprostol ne soit pas approuvé par la Food and Drug Administration aux Etats-Unis ou par l'ANSM en France pour le déclenchement, des médicaments contenant du Misoprostol et destinés à l'utilisation dans le cadre d'interruptions de grossesses sont quant à eux approuvés par ces deux organisations. C'est le cas en France du Gymiso®.¹⁸⁹

¹⁸⁶ « La demi-vie est le temps mis par une substance (molécule, médicament ou autre) pour perdre la moitié de son activité pharmacologique ou physiologique. » <<https://fr.wikipedia.org/wiki/Demi-vie>>

¹⁸⁷ Gemzell-Danielsson, K, Ho, P C, & Tang, O S 2007. Je remercie Anne Loirette pour ses éclairages sur le sujet.

¹⁸⁸ Par exemple les groupes fondamentalistes chrétiens *Population Research Institute* et *Focus on the Family*. <<https://www.pop.org/content/misoprostol-and-the-hidden-pro-life-crisis-1243>> <<https://www.focusonthefamily.com/socialissues/life-issues/dignity-of-human-life/ru-486-the-abortion-pill>>

¹⁸⁹ Voir : <<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/extrait.php?specid=69981979>>

6.2. Une association de victimes

De l'expérience à l'indignation

Pour les présidente et vice-présidente de *Timéo et les autres* – leurs conjoints occupant respectivement les rôles de secrétaire et trésorier – l'histoire de l'association commence avec leur propre expérience d'accouchement. L'une est déclenchée au Cytotec® en 2007 :

« Ca s'est très mal passé mais on va dire qu'on s'en est sortis. Mon fils a eu une césarienne en urgence, on l'a sauvé juste à temps. Moi j'ai fait une grosse hémorragie. »

L'autre est déclenchée en 2010 pour l'accouchement de son fils Timéo. L'administration du cachet provoque une série de contractions violentes (qui dureront en tout une quinzaine d'heures), entraînant une déchirure utérine nécessitant une intervention en urgence¹⁹⁰. L'enfant est extrait à l'aide de ventouses, et naît en état de mort apparente avant d'être réanimé plusieurs fois. Il passe un mois dans un service de néonatalogie, et montrera en grandissant les signes d'un important handicap moteur.

« On a décidé de me déclencher. Sans me prévenir bien entendu de quelle méthode de déclenchement, sans m'informer sur quoi que ce soit. A partir du moment où on a déposé le cachet de Cytotec® au fond du vagin très vite j'ai été prise de contractions qui ne se sont jamais arrêtées, mon utérus au bout d'un moment n'a pas supporté et s'est déchiré. Mon fils à l'intérieur commençait à avoir des ralentissements cardiaques. Ils ont refusé de faire une césarienne et l'ont sorti à la ventouse. »

Le passage à la mobilisation ne se fait pas dans la foulée mais est le résultat d'un processus de plusieurs années. Les deux femmes, après avoir chacune « mis de côté » leur expérience, se plongent dans leur dossier médical afin de comprendre les causes à l'origine des complications intervenues durant leur accouchement.

« Moi j'ai mis du temps à m'en remettre. Il m'a fallu un an avant de me replonger dans mon dossier médical. (...) Les mois avançaient, il y avait de plus en plus de retard au niveau motricité. Je me suis remise à chercher dans mon dossier médical. J'ai vu le mot « Cytotec® ». J'ai fait des recherches sur internet. Et là je suis tombée de haut. »

¹⁹⁰ La fragilité de l'utérus résultant de cette complication exclut la possibilité d'une grossesse ultérieure.

Comme l'expliquent Jouzel et Prete (2013), c'est au cours du « travail étiologique par lequel le malade cherche les causes de son mal que se structure une vision politique et morale de la maladie, dont procède son engagement ultérieur dans une carrière de victime accusatrice ». Ici, l'indignation, puis la désignation d'un tiers – l'hôpital – comme responsable de leur expérience, sont le fruit d'un travail de recherche, effectué principalement sur internet. Les soutiens rencontrés parmi les acteurs de la naissance respectée ont également un rôle déterminant. C'est en contactant l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR), association d'usagers de la périnatalité, que les deux femmes vont être présentées l'une à l'autre.

« J'ai un peu mis mon mouchoir là dessus comme on dit. Et puis, j'y ai repensé en 2009. Là j'attendais ma fille, je me suis plongée dans le dossier médical du premier accouchement pour essayer de comprendre. J'ai contacté l'association l'AFAR, d'après leur réponse j'ai compris qu'il y avait eu un problème avec le Cytotec®. Et j'ai sauvé entre guillemets mon deuxième accouchement, j'ai eu ma fille et j'ai un peu oublié tout ça. Jusqu'au jour où j'ai été en contact avec [future présidente] par le biais des gens de l'AFAR qui ont entendu son histoire et nous ont mises en contact. »

L'AFAR, responsable de l'organisation « La Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté » de 2004 à 2010, est membre du CIANE et son activité consiste depuis 2010 principalement en une veille scientifique et une mise à disposition d'informations concernant l'accouchement sur son site internet. Dans les faits, les deux organisations ont cependant pratiquement fusionné, et leurs bureaux respectifs sont composés des mêmes personnes.

« Une autre association qui a émergé, mais qui est maintenant une quasi-sœur jumelle du CIANE (...) En fait la difficulté c'est que l'AFAR est devenue très indissociable du CIANE, elle travaille entre guillemets pour le CIANE. Les gens qui étaient très actifs à l'AFAR sont devenus très actifs au CIANE. »

Une militante du CIANE

Avant la création de l'association en 2011, les futures militantes disposent de plusieurs documents, principalement états-uniens : une abondante littérature médicale sur la question¹⁹¹, une lettre publiée en 2000 par le laboratoire Searle¹⁹² déclarant

¹⁹¹ Voir par exemple : Wing D A, Lovett K, Paul R H 1998, 'Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery', *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1998 May, 91(5 Pt 2), 828-30. L'article précise : « The investigation was terminated prematurely because of safety concerns ».

avoir pris connaissance d'accidents mortels liés à l'usage du Cytotec® et rappelant que le produit n'est pas approuvé pour le déclenchement, et une alerte de la Food and Drugs Administration datant de 2005. Elles sont alors également outillées par une association états-unienne, la *Tatia Oden French Memorial Foundation*¹⁹³ – du nom d'une femme décédée en 2001 suite à un accouchement déclenché au Cytotec®.

« Oui, essentiellement des choses américaines. Je suis très rapidement tombée sur une association américaine, qui est la Tatia Oden French Memorial Foundation (...) Donc on est entrées en contact rapidement avec la mère de Tatia qui avait déjà fait un énorme travail aux Etats-Unis. »

Le seul document officiel disponible en France abordant le sujet provient de la Haute Autorité de Santé. Les recommandations concernant le déclenchement, publiées en 2008, indiquent en effet :

*« Le misoprostol (prostaglandine E1) n'a pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail. Des études réalisées avec des faibles doses de misoprostol paraissent montrer une efficacité et une tolérance comparables à celles des prostaglandines E2. Son utilisation dans cette indication doit être réservée à des essais randomisés de puissance suffisante pour en évaluer le ratio bénéfices/risques. »*¹⁹⁴

Après la mise en place d'un forum en ligne sur la question (*Bebecyto.org*¹⁹⁵), l'association est créée, nommée, selon le modèle de la *Tatia Oden French Memorial Foundation*, d'après une victime du Cytotec® – Timéo. Les militantes développent des activités similaires à celles de leur homologue états-unien préexistant : information des usagères, pétitions, interpellation des organisations de santé, collecte de témoignages, et soutien aux recours en justice des victimes.

¹⁹² Lettre envoyée en 2000 à 200 000 gynécologues obstétriciens états-uniens. <<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol13No3/searle.htm>>

¹⁹³ Voir : <<http://www.tatia.org>>

¹⁹⁴ Voir : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf>

¹⁹⁵ Sous-titre du forum : « informations et témoignages sur le déclenchement de l'accouchement et plus particulièrement sur l'utilisation abusive du Cytotec® ».

Cytotec® et violence obstétricale

On retrouve dans les éléments de contestation de l'usage du Cytotec® par l'association plusieurs critères communs à toutes les définitions de la « violence obstétricale » : absence d'information et de consentement de la patiente, absence ou insuffisance de justifications médicales, douleur physique. Une des fondatrices de *Timéo et les autres* qualifie par ailleurs de « violentes » certaines expériences liées à l'usage du Cytotec® recueillies sur le forum en ligne de l'association.

« Déjà il y a l'usage d'un médicament contre son autorisation de mise sur le marché. Moi je dirais qu'il y a de la violence psychologique, par exemple sur les femmes qui ont voulu refuser le Cytotec® et auxquelles on a répondu « c'est ça ou rien ». C'est des situations de déclenchement, les femmes ont une grossesse à risque...et on dit « ma petite dame si vous voulez pas de Cytotec® vous allez accoucher ailleurs ». Ça c'est une violence énorme. Et il y a la violence physique : c'est un médicament qui provoque des souffrances atroces. Il y a aussi la violence faite au bébé. Des séquelles plusieurs années après, des handicaps, ou des décès. Pareil pour la maman : hémorragies, rupture utérine, décès également... »

Comme suggéré précédemment, les militantes de *Timéo et les autres* mobilisent avant tout les conditions encadrant la prescription hors AMM pour contester l'usage du Cytotec®. Elles mettent donc en avant l'absence de consensus médical sur la non-dangerosité du médicament, l'existence de méthodes alternatives efficaces de déclenchement de l'accouchement, et l'absence de consentement préalable et d'information entourant son usage (pour leurs propres accouchements, ceux d'autres membres de l'association ou de femmes témoignant sur le forum *Bebecyto.org*). Le cadrage employé consiste à construire l'utilisation du Cytotec® comme une violence – envers la mère et envers le fœtus ou l'enfant – mais aussi comme une faute médicale en soi.

Répertoire d'actions

La première activité de l'association consiste à collecter et à mettre à disposition des informations sur le déclenchement au Cytotec® sur son site internet. Par ce biais, les militantes espèrent outiller des usagères, notamment en cas d'éventuelles

confrontations avec des professionnels de santé lors du suivi de grossesse ou de l'accouchement lui-même.

« On a commencé par l'information en fait. La première chose ça a été de faire un site internet et un forum pour recueillir des témoignages. (...) Et à l'époque en 2011 le forum ne fonctionnait pas trop mal. (...) À l'heure actuelle tous les gens confrontés à ce déclenchement au Cytotec® qui cherchent une information tombent sur notre site internet. Ça leur permet de refuser. Et ça, ça a été une grande victoire. On a vu qu'au fil des années les mamans arrivaient à dire non. Il y a même des dames qui ont changé de maternité au dernier moment. Parce qu'elles ont vu des informations sur notre site. »

Les militantes collectent également des informations et des témoignages sur des cas ayant eu des conséquences graves sur la santé de parturientes ou de nouveau-nés. L'association a ainsi fait 14 signalements à l'ANSM¹⁹⁶ – ce que les deux fondatrices estiment en dessous de la réalité – incluant 3 décès de nouveau-nés, 3 ruptures utérines, 7 hémorragies du postpartum, 10 souffrances fœtales, dont 3 ayant entraîné des séquelles : un handicap moteur (Timéo), une épilepsie et une hémorragie ventriculaire. Une carte interactive est également régulièrement mise à jour sur le site de l'association répertoriant les cas d'accidents connus dans le monde.

L'association accompagne également ses membres dans des procédures administratives (demande de dossier médical, saisie de la CADA¹⁹⁷) ou judiciaires.

« Il y a aussi des victimes qui nous contactent et on les accompagne dans leur démarche. Demander le dossier médical par exemple c'est un vrai parcours du combattant. C'est des mois et des mois de bataille, il faut qu'on soit là pour les aider. »

Peu de procédures judiciaires semblent avoir abouti à ce jour. Pour des raisons de confidentialité, les fondatrices ont seulement évoqué en entretien le détail de leurs propres démarches.

« On a saisi dans un premier temps la CRCI [Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation], on a eu le droit à une expertise gratuite, qui a reconnu 4 ou 5 erreurs médicales, durant l'accouchement de Timéo, mais malgré tout ça l'hôpital

¹⁹⁶ Il est possible de déclarer les effets indésirables d'un médicament à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. <[http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Comment-declarer-un-effet-indesirable/Declarer-un-effet-indesirable-mode-d-emploi/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Comment-declarer-un-effet-indesirable/Declarer-un-effet-indesirable-mode-d-emploi/(offset)/0)>

¹⁹⁷ Commission d'accès aux documents administratifs. <<http://www.cada.fr>>

conteste et refuse de nous indemniser. (...) À partir de là avec mes avocats on a saisi le tribunal administratif. Le dossier est en cours pour le moment, il n'y a pas d'autre choix que d'attendre. »

Les militantes de *Timéo et les autres* évoquent une absence de communication volontaire avec les organisations représentant des professionnels de santé :

« Non mais on n'a jamais essayé surtout. Ni avec le CNGOF ni avec le Syngof. On n'a pas envie tout simplement. Il n'y a pas moyen de discuter avec eux à ce niveau là. »

En revanche, l'interpellation des pouvoirs publics, directement ou via des pétitions, est au centre de leur démarche. Une alerte de l'ANSM concernant l'usage du Cytotec® dans le déclenchement en 2013 faisait ainsi suite à une démarche de leur part :

« L'ANSM a pris connaissance d'un usage hors AMM de Cytotec en obstétrique pour déclencher l'accouchement à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Or, à ce jour il n'y pas de données de sécurité d'emploi qui présagent d'un rapport bénéfice/risque favorable du Cytotec dans cette indication (déclenchement de l'accouchement), quelle que soit la voie d'administration. Cette utilisation hors AMM peut entraîner des effets indésirables graves pour la mère et l'enfant. »¹⁹⁸

La réaction du CNGOF, prenant la forme d'un « billet d'humeur », désapprouve fermement cette attaque de l'Agence faite à l'autonomie de la profession :

« Cette « mise en garde » enfonce des portes ouvertes : quel est le médicament qui, provoquant des contractions utérines dans le but de déclencher un accouchement n'augmente pas les risques de « rupture utérine, d'hémorragies ou d'anomalies du rythme cardiaque fœtal » ? (...) Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens continuera pour sa part à favoriser la concertation entre professionnels, les échanges d'expériences et la diffusion de Recommandations pour une Bonne Pratique. Il encourage la poursuite des travaux de sa commission « Hors AMM » qui dispose de données importantes à faire valoir, et pas seulement sur le misoprostol. »

¹⁹⁸ « Mise en garde sur les risques potentiels liés à l'utilisation hors AMM du Cytotec (misoprostol) dans le déclenchement de l'accouchement et toute autre utilisation gynécologique », Point d'information, ANSM, 25/02/2013.

L'association a également contacté la ministre de la santé Marisol Touraine, qui a confirmé en 2013 dans sa réponse la position prise par l'ANSM.¹⁹⁹ Prise entre différentes instances, aux décisions parfois contradictoires, les fondatrices de l'association déplorent en entretien le caractère peu contraignant de leurs déclarations respectives, et l'absence de moyens de contrôle des pratiques de déclenchement dans les maternités. D'après elles, le travail de quantification – par les signalements d'effets secondaires, ou au moyen d'une enquête de grande ampleur – est primordial pour faire exister le déclenchement au Cytotec® comme problème public.²⁰⁰ Une des fondatrices raconte :

« On a fait un peu tampon entre l'ANSM, l'ARS [Agence Régionale de Santé], le Ministère, qui nous ont chacun, renvoyé voir les autres. On s'est rendu compte qu'il n'y avait pas de communication entre les différentes instances. L'ANSM dit non, la HAS dit non puisque les recommandations de 2008 étaient très claires là dessus. Les ARS... en Alsace ils disent non, en Ile-de-France ils disent « on fait une enquête et si vraiment il y a trop d'effets secondaires on va arrêter mais pour l'instant c'est pas encore fait ». (...) On n'a pas les conclusions puisqu'ils ne nous ont pas invitées à l'enquête. Elle a été commencée en 2014. »

L'usage du Cytotec® dans le déclenchement de l'accouchement semble avoir diminué ces dernières années. Les fondatrices de *Timéo et les autres*, mentionnant un rapport de l'ARS Ile-de-France dont les résultats n'ont pas encore été publiés, déclarent ainsi :

« En 2014 il restait 7 maternités en île de France qui déclenchaient au Cytotec®. Nous on a des témoignages que sur 2. Dans le reste de la France j'ai l'impression que c'est fini. On a écrit à l'ARS d'Alsace et ils nous ont répondu que plus aucune maternité n'utilisait le Cytotec®. Sauf dans le cas d'un essai clinique qui doit finir en septembre 2015. Il y avait Strasbourg qui l'utilisait beaucoup... »

¹⁹⁹ Voir : <<https://timeo-asso.fr/content/uploads/images/Min-Sante-Rep-Marisol-Touraine.pdf>>

²⁰⁰ Sur le forum Bebecyto.org, on peut ainsi lire : « seules de nombreuses réclamations des victimes auprès des ARS (Agences Régionales de Santé), permettront d'alerter les pouvoirs publics sur la gravité de la situation et de mettre fin à ce triste scandale ».

6.3. *Timéo et les autres* et le CIANE, entre intégration et autonomie

De par sa forme d'association de victimes d'un produit donné, *Timéo et les autres* est volontairement très spécialisée et restreinte dans ses activités et revendications. Les fondatrices se déclarent incompetentes quant à l'utilisation du Cytotec® dans d'autres contextes, par exemple lorsqu'elles sont contactées par des personnes désirant témoigner des effets secondaires du Cytotec® dans le cadre d'IVG. L'association a adhéré au CIANE pratiquement dès sa création, en précisant que son implication se limiterait exclusivement à la question du Cytotec®.

« D'entrée de jeu quand on a adhéré au CIANE, moi j'ai été très claire avec eux. Je leur ai dit tout de suite que je n'étais pas capable de m'occuper d'autres sujets que du déclenchement. Je n'ai pas le temps, pas les compétences. Donc je travaille uniquement sur le Cytotec®. Timéo apporte au CIANE son expérience sur le Cytotec®, les recours de victimes, la lecture, l'étude scientifique. »

Malgré ces éléments, le travail de l'association est très souvent mis en avant par le CIANE, comme le montre une interview accordée à la revue médicale *Pratiques* en 2015, dans laquelle *Timéo et les autres* est longuement cité en exemple par la présidente en réponse à une question sur l'expertise développée par le Collectif²⁰¹.

Cette ambivalence entre intégration et autonomie est décrite notamment par Jouzel et Prete (2013) : « une fois l'association de victimes créée, celle-ci constitue un acteur de plus en plus autonome, mais dont l'action ne peut néanmoins être comprise que dans la mesure où elle est réinscrite dans une coalition plus large, dont elle continue de dépendre partiellement ». L'implication de *Timéo et les autres* s'inscrit en effet dans un agenda plus large porté par le CIANE sur la question du déclenchement.

Dans la littérature et dans la pratique obstétricale, il n'existe pas de consensus sur la définition de la date présumée d'accouchement²⁰². Le « terme » moyen pris en compte pour déclencher est une donnée qui varie selon les pays. Il est par exemple plus

²⁰¹ Interview pour *Pratiques*, publié dans le numéro 68, janvier 2015, p. 36-38. <<http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/InterviewpourPratiques2014.pdf>>

²⁰² Voir : « Grossesse prolongée et terme dépassé : recommandations pour la pratique clinique », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 40, Issue 8, Décembre 2011, p. 818-822.

précoce en Belgique (40 semaines), ce qui entraîne davantage de déclenchements artificiels²⁰³. S'il existe des cas limites pour lesquels le déclenchement fait l'objet d'un consensus médical, le degré de précision des calculs du début de la grossesse, la définition de ce qui constitue le « terme » moyen, et la définition des raisons qui « justifient » ou non un déclenchement, constituent trois espaces dans lesquels le CIANE peut agir, notamment pour participer à la construction d'indicateurs favorisant une baisse du nombre de déclenchements en France.

²⁰³ C'est notamment un sujet de revendication de la part de la *Plate-Forme pour une naissance respectée* : « Nous réclamons...la reconnaissance du terme de la grossesse par les gynécologues à 41 semaines d'aménorrhée (à l'instar de la France) au lieu de 40 SA afin d'éviter les déclenchements inutiles sur des grossesses non menées à terme. » <http://www.naissancerespectee.be/?page_id=108>

7. Le CIANE dans une coalition

Le CIANE, qui représente à la fois des associations de victimes, des associations de parents, des groupes portant des revendication aux marges de la « naissance respectée » ou défendant davantage une réforme de l'hôpital, constitue déjà en soi une forme de coalition, capable d'agrèger des acteurs issus de mondes sociaux divers voire en conflit. Dans le champ de la « naissance respectée », ou plus largement de la « périnatalité », interagissent également avec le CIANE des acteurs médicaux ou paramédicaux, et ponctuellement des acteurs militants féministes.

7.1. Professionnels de santé

Obstétriciens et militantes de la « naissance respectée »

« L'irrespect hospitalier, je l'ai appris à l'école. C'était les chambres communes, les visites collectives, avec des étudiants et une série de médecins examinant des malades et interrogeant, devant de nombreux autres médecins, oui je...Alors. Ceci dit, j'étais comme tout le monde je ne me présente pas comme meilleur finalement j'acceptais ça comme une donnée...Qui m'apparaissait, si je m'y penchais, pas très reluisante on va le dire. Il y avait le vocabulaire, qui avait, pour fonction de, ne pas être compris. Ça se transforme aujourd'hui. Il y a une exigence de la part de la population générale de savoir, de comprendre. Ça c'est votre génération. »

Un obstétricien

Parmi les gynécologues-obstétriciens, on trouve quelques figures, parfois occupant une fonction symbolique au sein du bureau du CIANE, ou plus actives au sein de la Société d'histoire de la naissance, qu'on pourrait qualifier d'obstétriciens en rupture de ban. Une historienne évoque ainsi un obstétricien membre de la Société d'histoire de la naissance en ces termes :

« C'est un peu des électrons libres. Il est...Si vous voulez c'est un peu le médecin à l'envers. Parce que dans le monde de la naissance... Je ne sais pas pourquoi il est comme ça (rires). Il est persuadé, même, qu'il en sait moins long que les sages-femmes. Ce qui est absolument rarissime hein. »

Parfois à la retraite, adoptant une posture critique des conditions d'accouchement en France, on les trouve souvent invités dans les congrès, colloques, conférences

organisées par les écoles de sages-femmes, et ils collaborent régulièrement avec des militantes de la « naissance respectée ». Ils visent en quelque sorte à réformer leur profession de l'extérieur, et peuvent servir de caution scientifique à des organisations militantes.

Les « violences obstétricales » comme instrument de lutte entre profession

En raison de la différence précédemment évoquée entre le statut des sages-femmes en France (profession établie) et en Amérique (profession récente voire non reconnue selon les Etats), l'alliance entre sages-femmes et militant.e.s dans la lutte pour l'« humanisation de la naissance » ou contre les « violences obstétricales » en France ne va pas de soi. Certaines, comme les usagères et militantes du CALM, investissent la profession de sage-femme dans leurs discours d'une dimension transgressive, associée à une « prise de pouvoir » par la maîtrise de son accouchement. D'autres, comme les militantes du CIANE, rappellent que les témoignages évoquant des violences subies durant l'accouchement mettent autant en cause des sages-femmes que des obstétriciens. Elles déplorent également que certaines sages-femmes prennent la présidence d'associations d'usagers du système de santé.

Aussi, il est intéressant de constater que la question des « violences obstétricales » en France est appropriée par cette profession. La « violence obstétricale » est en effet dénoncée par certaines sages-femmes ou organisations de sages-femmes comme la conséquence négative d'éléments limitant le bon exercice de leur activité : effectifs insuffisants, conditions de travail dégradées, subordination aux obstétriciens. Dans un communiqué de 2011 publié par le Collège national des sages-femmes de France (CNSF), on peut ainsi lire :

« Le CNSF n'a de cesse d'alerter sur ces périodes de surcharges d'activités qui ont toujours existé ponctuellement dans les maternités mais qui sont maintenant quotidiennes et subies par toutes les équipes quelle que soit la taille de la maternité en France. Les sages-femmes sont contraintes à devenir complices des violences obstétricales faites aux femmes, conséquences des difficultés d'exercice dans lesquelles on les place. En effet, les établissements se contentent du recrutement

minimum édicté par les décrets de périnatalité de 1998 et ne l'adaptent pas à l'activité réelle des salles de travail. »²⁰⁴

Interrogée en entretien sur la question, une sage-femme déclare :

« Oui bien sûr que ça me parle. La violence obstétricale c'est un sujet qui, bien sûr... C'est tout ce qu'on fait vivre, physiquement, émotionnellement, et psychiquement, aux femmes, qu'on aurait pu éviter. En faisant autrement. Tout ce qui leur arrive qui aurait pu être évité. (...) [Des pressions], ce n'est pas que je pense qu'il y en a : moi-même j'en ai exercé ! »

Dans ce contexte, les « doulas », accompagnantes de l'accouchement sans fonction médicale ou thérapeutique, activité venue également d'Amérique – certains hôpitaux états-uniens adoptent des « programmes » de doulas dès les années 1990 – tentent d'accéder à une reconnaissance de leur activité en France. Si l'association Doulas de France²⁰⁵ – qui assure des formations – ne recense dans son annuaire qu'une soixantaine de doulas, les organisations de sages-femmes ont déjà réagi avec virulence à l'émergence possible de cette activité en France. En entretien, une sage-femme déclare :

« Pas de vrai choix. Ni pour la sage-femme ni pour la femme. La femme elle a besoin d'être accompagnée. Et la sage-femme elle ne peut pas. (...) Ils inventent un métier, qui s'appelle la « doula », et moi je dis c'est hyper dangereux. Parce que c'est des filles, qui ont vu des accouchements, et qui accompagnent d'autres femmes en se faisant payer, puisque les sages-femmes ne peuvent plus le faire. »

7.2. Militantes de la naissance respectée et militantes féministes

En 2014, la conférence organisée par l'association pour la maison de naissance du CALM autour du thème « *Mon corps m'appartient...et pour accoucher?* », était sous-titrée : « pour un nouveau féminisme de la naissance ». Une militante de l'association y déclarait ainsi considérer la question du choix des modalités d'accouchement comme un « combat pour les droits des femmes ». Une autre déplorait que, reçues à l'ex-Ministère des Droits des Femmes, les représentantes du CALM aient été

²⁰⁴ Voir : <<http://www.cnsf.asso.fr/doc/8A7B2228-F30D-F6C2-5AD03504BECCEC0A.pdf>>

²⁰⁵ Voir : <<http://doulas.info>>

accueillies avec « embarras ». Trop parler de naissance, leur aurait-on expliqué, est une porte ouverte à l'essentialisme²⁰⁶, base idéologique traditionnelle de nombreux discours anti-féministes²⁰⁷.

Face aux petites structures, peu professionnalisées ou bureaucratisées, adhérentes du CIANE, on peut mentionner le cas intéressant de la *Leche League*, une association de promotion de l'allaitement maternel présente dans plus de soixante-dix pays. L'importance et le caractère institutionnel de cette organisation ne semblent pas se traduire par un investissement où une collaboration particulière au sein du CIANE (entendu dans un CA : « Elles sont partout, et pourtant impossible d'en sortir une sur le réseau »). Cependant cette association membre cristallise une partie des éléments qui empêchent des alliances de se former entre militantes de la « naissance respectée » et militantes féministes, en dehors de scandales médiatiques ponctuels ou de dénonciations d'actes catégorisés sous l'angle du consentement, ou des « violences de genre ».

La *Leche League*, créée aux Etats-Unis en 1956 par sept amies, pour la plupart épouses de médecins et femmes au foyer, est une organisation traditionnellement critiquée dans les milieux féministes. Voix d'une certaine image de maternité conservatrice et traditionnelle dans les Etats-Unis des années 1970²⁰⁸, recommandant dans les années 1980 aux jeunes femmes de ne pas travailler si elles peuvent l'éviter²⁰⁹, il est parfois reproché aujourd'hui à l'organisation de ne pas prendre en compte les contraintes du salariat dans ses revendications et de culpabiliser les jeunes

²⁰⁶ L'« essentialisme » recherche l'origine des comportements sociaux dans « l'essence » des individus, des groupes, des sociétés. Cette essence est appréhendée comme quasi-naturelle. Pour le cas du sexisme, Beauvoir dans *le Deuxième Sexe* (1949) par exemple évoque le recours à l'idée d'« essence féminine », d'« éternel féminin », et l'assignation dès l'enfance des filles à un ensemble de tâches et de stéréotypes donnés.

²⁰⁷ La tendance majoritaire du féminisme contemporain depuis la Deuxième Vague du Féminisme se définit par opposition à l'essentialisme. La Deuxième Vague du Féminisme désigne la période post 1968, représentée en France notamment par le *Mouvement de Libération des Femmes*. Le féminisme de la Deuxième Vague est qualifié de « matérialiste » par Christine Delphy en 1975 en référence au matérialisme historique de Marx, et de « constructionniste » : le genre est construit socialement, cf. la formule de Simone de Beauvoir dans *Le Deuxième Sexe* en 1949 : « On ne naît pas femme, on le devient ». Voir : Bereni, Chauvin, Jaunait, Revillard, 2008, p. 167.

²⁰⁸ Voir : <<https://nursingclio.org/2016/03/03/an-interview-with-historian-jessica-martucci/>>

²⁰⁹ Voir : <http://www.liberation.fr/societe/2010/03/01/la-leche-league-au-nom-du-lait-maternel_612597>

mères par des recommandations préconisant l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois²¹⁰. Les activités de l'organisation aujourd'hui concernent avant tout la mise à disposition d'informations sur l'allaitement. Une militante du CIANE raconte :

« Nous on pense qu'on est dans une position, disons une forme de féminisme. On considère que voilà. On a essayé de se rapprocher, de groupes féministes notamment il y a un centre (...) à Paris, où il y a un certain nombre d'associations féministes. On a demandé à adhérer. Et en fait, ils ont refusé cette adhésion. Au motif que parmi les associations adhérentes au CIANE, il y avait la Leche League. Donc c'est vraiment. La difficulté à laquelle on se confronte, de notre point de vue du moins, le féminisme français est quand même englué dans des positions qui sont, un peu ringardes, et d'une certaine façon un peu paternalistes. Comme si les femmes n'étaient pas capables toutes seules, de faire, de savoir ce qu'elles veulent, allaiter ou pas allaiter, comme si une association d'aide à l'allaitement... Peut-être que certaines de ses membres sont dans une vision un peu idéalisée de la maternité, tout ça, mais... Je trouve que c'est un peu... »

Il est intéressant de constater que le CIANE – Collectif se voulant inclusif d'un maximum de revendications autour de la naissance – se trouve dans une posture où aucune raison ne justifierait de ne pas travailler avec la *Leche League*. Alors que le collectif parisien féministe mentionné par la militante citée précédemment, aurait à l'inverse peu de raisons d'approuver ce partenariat. Cette incompréhension peut renvoyer à des caractéristiques historiques au sein des mouvements féministes de la deuxième vague – jeune âge des militantes dans les années 1970-80, peu mobilisées sur les questions de maternité²¹¹ – dont sont issues la génération de militantes féministes avec lesquelles la CIANE est davantage amené à collaborer. Ces deux mondes militants ne se trouvent finalement en intersection que par l'intermédiaire de leurs militants ou mouvements les plus radicaux, rejoints notamment précisément sur les questions de « maltraitances gynécologiques » ou « violences obstétricales ».²¹²

²¹⁰ Voir : <<http://www.slate.fr/story/60691/allaitement-sein-biberon-choix-sante-bebe-mere>>

²¹¹ Fortino (1997).

²¹² La figure de Marie-Hélène Lahaye est un exemple de conciliation de ces deux espaces.

Conclusion

Pour Epstein (2008), les institutions biomédicales, très flexibles et résilientes, pourraient être qualifiées d'omnivores. Les phénomènes d'incorporation ont d'étrange selon lui le fait qu'il n'est pas aisé de dire s'ils constituent une victoire ou une défaite, s'ils marquent le succès à transformer la biomédecine de la part d'une force extérieure, ou plutôt une façon de mater une remise en question radicale.

En février 2016, Bernard Hédon, président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), signe une tribune dans le Figaro.fr, intitulée « vous avez dit accouchement normal ? ». Des recommandations de bonne pratique aux maisons de naissance, en passant par les « unités physiologiques » mises en place dans certains hôpitaux, l'auteur passe en revue les évolutions récentes de l'offre d'accouchement en France. Soulignant la collaboration du CNGOF et du CIANE, évoquant également des prises de positions « d'associations de patientes et des sages-femmes », il annonce que les réflexions de l'année au sein du Collège porteront sur la prise en charge de l'accouchement « normal ». Comprendre : non pathologique, ou – ce que les militantes de la « naissance respectée » désignent souvent comme – « physiologique ». Ces propos s'accompagnent d'une insistance sur la sécurité et sur les risques qu'impliqueraient des changements trop rapides imposés à un système non encore prêt à les intégrer. L'idée qui se dégage du texte est celle d'une conciliation entre deux extrêmes :

« Il faut retrouver le bon équilibre entre technique et humanisme, entre sécurité et confort, entre une prise en charge qui pourrait être insuffisante et le risque iatrogène d'une médicalisation excessive. »

Internaliser la contestation et promouvoir des formes d'innovation et de diversification de l'offre de soins peut constituer pour les professionnels et les institutions de santé françaises une façon de maintenir l'essentiel du développement des formes alternatives d'accouchement à l'intérieur de l'hôpital. Ces éléments d'acceptation partielle de critiques formulées par les mouvements militants – qui vont ici jusqu'à une reprise à son compte par l'auteur de l'idée d'une « hypermédicalisation » de l'accouchement –, constituent un tournant dans le discours du Collège, peut-être indice d'un changement de stratégie de ce type d'acteur.

Bibliographie

Absil G, & Govers, P 2015, 'Comment écrire l'histoire de la médecine pour les étudiants des sciences de la santé?', *Pédagogie Médicale*, 16, 1, p. 9.

Afkhami M, Friedl E 1997, *Muslim Women and the Politics of Participation: Implementing the Beijing Platform*, NY: Syracuse University Press.

Aguiar J M de, Oliveira A F L d' 2010, 'Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias', *Interface*, Vol. 15, n°36.

Akrich M, Rabeharisoa V, 'L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire', *Santé Publique* 1/2012, Vol. 24, p. 69-74.
<www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-69.htm>

Akrich M 2010, 'From communities of Practice to Epistemic Communities: Health Mobilizations on the Internet', *Sociological Research Online*, 15, 2.
<<http://www.socresonline.org.uk/15/2/10.html>>

Akrich M, Méadel C 2010, 'Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin', *Les Tribunes de la santé*, 4, n° 29, p. 41-48.

Argüello-Avenidaño H E, Mateo-González A 2014, 'Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años', *Inicio*, Vol. 12, n°2.

Barbot J 2002, *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Balland, Paris.

Barbot J, Fillion E 2002, 'La dynamique des victimes. Reconfiguration des formes d'engagement associatif vis-à-vis du monde médical', *Sociologie et sociétés*, 39, 1, p.217-247.

Beauvoir, S 1949, *Le Deuxième Sexe*, Gallimard, Paris.

Boëtsch G, Rabino-Massa E, Bello S 1998, 'Accouchements et mortalité maternelle à l'Hôtel-Dieu de Marseille au milieu du XIXe siècle', *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, Vol. 10, n° 3, p. 425-441.

Borkman T 1976, 'Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups', *Social Service Review*, 3, 50, p. 445-56.

Caron-Leulliez M & George J 2004, *L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée*, Les Éditions de l'Atelier, Paris.

Carrillo, A M 1999, 'Nacimiento y muerte de una profesión : las parteras tituladas en México', *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 19, p. 167-190.

Champagne P, Marchetti D 1994, 'L'information médicale sous contrainte [À propos du « scandale du sang contaminé »], In. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 101-102, mars 1994, L'emprise du journalisme. p. 40-62.

Davis-Floyd R 1993, 'Hospital birth as a technocratic rite of passage', *Mothering*, 67, p. 68.

Epstein S 2008, 'Patient groups and health movements', in Hackett E J, Amsterdamska O, Lynch M E, Wajcman J, *The handbook of science and technology studies*, p. 500-539.

Fremy A C 2012, 'Maturation cervicale à terme par le misoprostol : étude prospective réalisée au centre hospitalier universitaire de Bordeaux', *Gynecology and obstetrics*.

Fortino S 1997 'De filles en mères. La seconde vague du féminisme et la maternité', *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 5.

Gélis J 1984, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, XVIe- XIXe siècle*, Fayard, Paris.

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

Gemzell-Danielsson K, Ho P C, & Tang O S 2007, 'Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 99, S160 - S167.

Goffman E, *Asiles*, Paris, Les Edition de minuit, 1968.

Goldberg A B, Wing D A 2003, 'Induction of Labor: The Misoprostol Controversy', *Journal of Midwifery & Women's Health*, 4, 48.

Harrison R F, Brennan M, North PM, Reed JV & Wickham E A 1984, 'Is routine episiotomy necessary?', *British Medical Journal*, Vol. 288.

Jouzel JN, Prete G 2013, 'De l'intoxication à l'indignation. Le long parcours d'une victime des pesticides', *Terrains & Travaux*, n°22, ENS Cachan.

Jouzel JN, Prete G 2015, 'Mettre en mouvement les agriculteurs victimes des pesticides. Émergence et évolution d'une coalition improbable', *Politix*, n°111, p. 175-196.

Jutta M J 2007, *Agenda setting, the UN, and NGOs: Gender violence and reproductive rights*, Georgetown University Press.

Keck M E, Sikkink K 1998, *Activists beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*, Ithaca: Cornell University Press.

Knibiehler Y 2010, *La révolution maternelle depuis 1945*, Flammarion, Paris.

Knibiehler Y 2010, 'Une migration décisive', *Spirale*, n° 54, p. 39-45.

<www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-39.htm>

Krishnaswamy R, Hawley J C 2007, *The Postcolonial and the Global*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

<<https://muse.jhu.edu/>>

Laako H 2016, 'Understanding contested women's rights in development: the Latin American campaign for the humanisation of birth and the challenge of midwifery in Mexico', *Third World Quarterly*.

<<http://dx.doi.org/10.1080/01436597.2016.1145046>>

Lacombe D 2011, 'Entre survivance des ONG et mise en mouvement : pratiques et débats des féminismes nicaraguayens à l'heure de la globalisation du genre', *Cultures & Conflits*, n° 83.

<<http://conflits.revues.org/18175>>

Lacombe D, Marteu E, Jarry-Omarova A, Frotiée B 2010, 'Le Genre globalisé : cadres d'actions et mobilisations en débats', *Cultures & Conflits*, 83.

<<http://conflits.revues.org/18167>>

Latté S 2014, 'Des « mouvements émotionnels » à la mobilisation des émotions', *Terrains/Théories*, 2, mis en ligne le 23 octobre 2014.

<<https://teth.revues.org/244>>

Morel M F 2002, 'Histoire de la douleur dans l'accouchement', *Réalités en gynécologie obstétrique*, n° 67, p. 31-34.

Morel M F 2008, 'La mortalité maternelle: histoire et représentations (XVIIIe - XXe siècles)', in Lamothe E, Sardin P, Sauvage J, *Les Mères et la Mort: Réalités et représentations*, Presses Universitaires de Bordeaux, Bordeaux.

Morel M F 2015, 'L'accouchement, une longue histoire', *La Vie des idées*.

<<http://www.laviedesidees.fr/L-accouchement-une-longue-histoire.html>>

Memmi D 2014, *La Revanche de la chair: Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Seuil, Paris.

Merger R, Chadeyron P A 1968, 'L'accouchement sans douleur', *Que Sais-je ?*, Presses universitaires de France.

Nestel S 2000, *Obstructed Labour: race and gender in the re-emergence of midwifery in Ontario*, thèse de doctorat, Department of Sociology and Equity Studies in Education, University of Toronto.

Oliveira A d', Diniz S, & Schraiber L 2002, 'Violence against women in health-care institutions: an emerging problem', *Lancet*, 359, 9318, p. 1681, Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Pavard B 2009, 'Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979)', *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 29, p. 79-96.

Penwell V 2010, 'A Hidden Tragedy: Birth as a Human Rights Issue in Developing Countries', *Midwifery Today*, n°94.

Sarelin A 2014, 'Women using human rights as legal and political tools to demand change in childbirth', *The Helsinki Conference on International Law & Women Rights*, Åbo Akademi University, 10 March 2014.

Seguy B 1975, *Petit guide pratique de la future accouchée*, Editions Intermédica, Cros-de-Cagnes, France, in : Morel M F 2014, 'Naître sans violence : les mutations de l'accueil du nouveau-né dans les années 1970', XXIVe Rencontres de Béziers, 3-4 avril 2014.

Thacker S B, Banta H D 1983, 'Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980', *Obstet Gynecol Survey*, 38, 322.

Tomkiewicz T, Vivet P et coll., *Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans des institutions pour enfants et adolescents*, Seuil, 1991.

Films

« Regarde, elle a les yeux grand ouverts » 1982, Film de Yann Le Masson, documentaire, Les Films du grain de Sable, 90 min, France.