



La naissance respectée au 21^e siècle

Par Léa Champagne

« L'attitude d'un peuple vis-à-vis de la naissance est révélatrice des valeurs de cette société ¹» (Jacques Gélis).

La question de l'accouchement et de la naissance² ne devrait pas seulement intéresser le personnel soignant, les femmes enceintes, les familles, mais bien tous ceux et celles qui s'intéressent à l'avenir de l'humanité, livre Michel Odent dans le documentaire « L'arbre et le nid »³. À l'heure actuelle, la naissance est plus souvent appréhendée à partir de ses potentiels risques pathologiques qu'à partir des faits qui la construisent comme un processus physiologique et « normal », ou des plus récents éclairages apportés par la science⁴. Par ailleurs, dans plus de 85 % des cas, la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement⁵.

¹ Gélis, Jacques. 1988. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Fayard, Paris, 560 pages, pp. 4. De plus, Isabelle Brabant (sage-femme québécoise et auteure) affirme que la naissance est une question politique : sa prise en charge est ce qui façonne notre société de demain. Cela relève d'un débat sociétal avec un enjeu écologique. Citée dans Lalman, Lara et Fredou Braun. 2014. « Naissance respectée? Naissance d'un mouvement », Étude produite par le CEFA asbl (Centre d'Éducation à la Famille et l'Amour), pp. 92-93. [En ligne], <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/07/Etude-2014-CEFA.pdf>, (dernière consultation le 5 octobre 2017)

² Nous parlons de la naissance tel un continuum qui comprend l'accouchement par la femme du bébé et la naissance de l'enfant. Elle pourrait aussi être différenciée et étudiée en des termes spécifiques à sa conceptualisation. Le seul fait que la femme accouche et que l'enfant naisse, soit deux phénomènes physiques et psychiques différents, mais interreliés, encourage une différenciation des actes, de ses processus internes et externes. Soulignons que l'imbrication des relations entre la femme et l'enfant est un jeu d'interactions, de réponses et de réactions, qui orientent à la fois la mère et l'enfant dans l'acte d'enfanter. Le moteur de la naissance, sans être prévisible, se construit d'abord par le corps-véhicule de son actrice tant que l'intervention externe n'en bouleverse pas le déroulement.

³ « L'arbre et le nid », un documentaire de Valérie Pouyanne et Roger Boire, Québec, 2013.

⁴ Marie-France Morel l'a récemment souligné : « À l'heure actuelle, on sent une envie d'autre chose, d'intimité, d'un vécu concret où la médicalisation est réduite au minimum, alors qu'aujourd'hui seule la sécurité des paramètres physiques est prise en compte ». Elle est professeure et membre de la Société d'histoire de la naissance. Source : Le Monde. 30 août 2017. « Comment la naissance est devenue un acte médicalisé », http://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html. Pour en savoir plus sur la Société d'histoire de la naissance, voir le site web : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/>.

⁵ « Une grossesse normale signifie absence de pathologie et elle représente entre 80 et 90 % des cas, l'accouchement aussi est normal dans 85 % des cas et n'a besoin d'aucune intervention autre que de l'accompagnement et un soutien quelconque, selon les besoins et désirs de la future mère » (Entretien avec

Dans ce contexte, quelle place laisse-t-on encore à la femme dans l'acte de donner la vie et à l'enfant d'y venir? Comment caractériser ce qu'est aujourd'hui une naissance respectée? Le désir d'un accouchement par la femme et d'une naissance du bébé à l'échelle humaine, cohérent avec ses valeurs propres, respectueux des aspects processuels physiologiques du corps maternel et du corps fœtal, est-il compatible avec la vision normative, médicalisée et risqué zéro, actuellement préconisée par les milieux d'accouchements les plus fréquentés⁶?

Le respect de quoi, de qui et par qui?

Pour qu'il y ait respect⁷, ce sont les droits⁸, les choix de la parturiente⁹, son corps et son « éthique » qui en font l'objet¹⁰. En vis-à-vis – et non en complément, car ils coconstruisent l'expérience d'accouchement – les responsabilités et le savoir des personnes accompagnantes sont les éléments constitutifs de ce respect. Si le couple « naissance » et « respectée » peut être synonyme de « protéger afin de préserver la femme qui enfante et son enfanté », il peut aussi être équivalent à encadrer pour protéger et donc, signifier interventions et rites « imposés ». Pour Estelle Di Zenzo¹¹, sage-femme, il y a un enjeu pour les parents, « *celui de s'approprier la naissance, de faire respecter leurs choix et leurs responsabilités [...], car finalement, leur rôle de parent, il se joue déjà maintenant, dès le début de la grossesse, et tout le reste de leur vie. J'ai l'impression que le corps médical et les*

Martin Winckler, médecin et auteur, 30 mars 2017). Un accouchement eutocique est un accouchement qui se déroule tout à fait normalement sur le plan physiologique. Son contraire, la dystocie, désigne la difficulté, essentiellement mécanique, qui peut survenir lors d'un accouchement. La dystocie peut être d'origine maternelle, c'est-à-dire due à une anomalie chez la parturiente. Elle peut également être liée au fœtus. En région bruxelloise, pour l'année 2015, il y a eu 70 % des accouchements qui se sont déroulés de façon spontanée, 20 % de césarienne et environ 10 % des naissances avec instrumentation (forceps, ventouses, etc.). Source : Van Leeuw, Virginie, Leroy, Charlotte, Zhang, Wei-Hong et Yvon Englert. 2017. « Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2015 ». Centre d'Épidémiologie Périnatale (CepiP). Données 2015, [En ligne] http://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_Bxl2015_FR.pdf, (dernière consultation le 3 novembre 2017)

⁶ En 2015, pour la Région de Bruxelles-Capitale, 23 932 accouchements à l'hôpital ont été comptabilisés et 117 accouchements en extra-hospitaliers (0,5 %). Pour la même année en Wallonie, ce sont 35 570 accouchements à l'hôpital et 267 accouchements en extra-hospitaliers (0,8 %). Les lieux de naissance externes au milieu hospitalier sont principalement les maisons de naissance (principalement en Wallonie) et le domicile.

Données RBC : Van Leeuw, Virginie, Leroy, Charlotte, Zhang, Wei-Hong et Yvon Englert. 2017. « Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2015 ». Centre d'Épidémiologie Périnatale (CepiP). Données 2015, [En ligne] http://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_Bxl2015_FR.pdf, (dernière consultation le 3 novembre 2017).

Données Wallonie : Van Leeuw, Virginie, Leroy, Charlotte, Zhang, Wei-Hong et Yvon Englert. 2017. « Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2015 ». Centre d'Épidémiologie Périnatale (CepiP). Données 2015, [En ligne], http://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_wallonie2015_tma.pdf, (dernière consultation le 3 novembre 2017).

⁷ Couramment, le respect est la considération qui est portée à une chose ou une personne, à laquelle sont accordées une certaine valeur et une éthique qui sont de ce fait protégées, afin de les préserver.

⁸ Depuis 2002, la Belgique dispose d'une loi qui définit les droits en tant que patient.e. En même temps, cette loi établit les bases d'une relation bonne et durable entre le ou la patient.e et le ou la soignant.e. L'ensemble des droits des patient.e.s peut être consulté ici : <https://www.health.belgium.be/fr/quels-sont-les-droits-du-patient> et le texte de loi complet ici : <http://bit.ly/2ztC3s5>. Concernant les droits qui s'appliquent particulièrement aux parturientes, nous retrouvons celui du consentement libre et éclairé à l'acte médical avec information préalable, le droit de choisir librement son praticien ou sa praticienne et de bénéficier d'une prestation de soins de qualité, entre autres droits.

⁹ La parturiente est une femme qui accouche. Du latin *parturiens-entis*, du bas-latin *parturire* (« accoucher »).

¹⁰ L'approche des droits humains autour de la naissance (notre traduction de « Human Rights in Childbirth ») est de plus en plus développée et diffusée, dans un contexte où différentes formes de maltraitements, de violences et de non-respect des droits des femmes à accoucher dans des conditions humaines, selon des pratiques dignes et basées sur la science sont courantes. À différentes intensités et degrés selon le pays et la région du monde. Source : Human Rights in Childbirth, <http://www.humanrightsinchildbirth.org>

¹¹ Estelle Di Zenzo, sage-femme depuis 15 ans et vice-présidente de l'Union des Sages-Femmes Professionnelles Belges (USFPB). L'interview a été réalisée le 20 octobre 2017 à Bruxelles.

médias alimentent la peur et la dangerosité autour de l'accouchement et cela nous renvoie à nos propres peurs en tant que professionnelle ». Dans ce parcours complexe qu'implique la naissance respectée se manifesterait ce qui correspond le mieux, mobilisant la rationalité scientifique et les conditions socioaffectives essentielles, à la dyade corps-maternel et corps fœtal¹². Respecter la naissance, c'est aussi admettre qu'il y a certains paramètres dans son déroulement qui ne peuvent être expliqués, ni par la science ni par l'expérience¹³. Ceci dit, la réponse actuelle a tendance à survaloriser le risque zéro pour combler ce « déficit de prévisibilité » en optant pour l'intervention médicale « à tout acabit », mobilisant la sécurité de la mère et de l'enfant comme principaux arguments la légitimant. Certes, la sécurité avant tout, mais quel est, en définitive, l'impact du filtre de la pathologie comme première intention sur le suivi de la grossesse et de l'accouchement? À ceci, la "Evidence Based Medicine" [EBM]¹⁴ pourrait apporter de nombreuses réponses quant aux meilleures dispositions à prendre, abrogeant ainsi les croyances sur lesquelles reposent plusieurs gestes pratiqués lors de ces événements. Aujourd'hui, la difficulté n'est plus l'accès à la connaissance, c'est plutôt la digestion de celles-ci et leur actualisation (entre autres, par les médecins et les parents)¹⁵.

Triple est le respect¹⁶. De la femme-mère qui accompagne la sortie de son hôte vers le monde aérien, de l'enfant qui fait le trajet vers le monde extérieur, de celles et ceux qui les y amènent, dans la bienveillance et l'humilité, où la responsabilité est suffisamment partagée via la co-action et la co-construction, afin d'offrir les meilleures conditions pour que l'une donne la vie et que l'autre y vienne¹⁷. La naissance respectée sera celle qui donnera le sentiment à la mère d'avoir été respectée et impliquée, ce dernier étant une sensation, une perception issue de l'expérience subjective de l'acte d'enfanter.

¹² Jacques, Béatrice. 2000. « L'expérience de la maternité sous influence médicale », in *Face à face*, 2, [En ligne], <http://faceaface.revues.org/551>, (dernière consultation le 3 novembre 2017) ; Myriam Szejer. 2006. « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance », in *Informations sociales* 2006/4, N° 132, p. 54-63, [En ligne], <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-54.htm>, (Dernière consultation le 10 novembre 2017) ; St-Amant, Stéphanie. 2013. « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale ». Thèse de doctorat en sémiologie, Université du Québec à Montréal, 443 pages.

¹³ Negrié, Laetitia et Béatrice Cascales. 2017. *L'accouchement est politique – fécondité, femmes en travail et institutions*. Éditions L'instant présent, Collection Sciences Humaines.

¹⁴ Notre traduction vers le français, « la médecine basée sur les faits ». Voir cet article qui propose une vision de la naissance au carrefour de la EBM, de l'expérience et l'intuition : Perrenoud, Patricia. 2014. « Naissance et évolution des pratiques : entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition », in Burton-Jeangros, Claudine et al. *Accompagner la naissance*, BSN Press « A contrario Campus », 2014, p. 133-154. [En ligne], <http://www.cairn.info/accompagner-la-naissance--9782940516148-page-133.htm>, (dernière consultation le 10 novembre 2017). Voir également l'ouvrage de Sackett, David L. al. 2000. *Evidence Based Medicine : How to Practice and Teach EBM*, Edinburgh, Churchill Livingstone.

¹⁵ Source : Entretien avec Michel Odent, chirurgien-obstétricien. 2014. « Michel Odent : C'est la science qui fera évoluer les conditions d'accouchement ». Sur le blogue « Marie accouche là », le 3 septembre 2014, [En ligne], <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2014/09/03/michel-odent-cest-la-science-qui-fera-evoluer-les-conditions-daccouchement/>, (dernière consultation le 10 novembre 2017)

¹⁶ Nous pourrions parler de « quadruple respect » en mobilisant le père ou le/la partenaire. La présence du père – et son respect sous-jacent – devient de plus en plus la nouvelle norme culturelle (du moins, pour le monde occidental) qui invoque des choix et des formes d'accompagnement où le père a un rôle actif, se représente et est considéré comme un « acteur de la naissance ». Source : Ferrand, Michèle. 2001. « Du droit des pères aux pouvoirs des mères », in Laufer, Jacqueline, Marry, Catherine et Margaret Maruani (dir.), *Masculin-féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Presses Universitaires de France (PUF).

¹⁷ « C'est tout le travail de collaboration qui est important et au cœur de notre réflexion sur cette naissance », rappelle Di Enzo. Propos issus de l'Interview avec Estelle Di Enzo, sage-femme, réalisée le 20 octobre 2017 à Bruxelles.

« Comment respecter » : les chemins à tracer pour une naissance respectée

Les temps de la naissance

Les temps de la naissance¹⁸ ne sont pas, par essence, des temps « hospitaliers ». Si le temps s'est accéléré, ralenti, a stagné, s'est plié à des impératifs d'organisation de la maternité, de ses infrastructures et de son personnel, il y a eu compression et intrusion dans les paramètres biophysiques normaux de l'accouchement. Le décalage temporel de l'institution hospitalière avec les temps de la naissance est clair : le rythme d'une femme qui accouche et celui d'un enfant qui « se met au monde » entre difficilement dans les cases propres à sa gestion normative et ses protocoles. Alors, si le concept de respect dans la naissance intègre les temps « réels » du processus, il demande une organisation plus souple et adaptée aux temporalités de la mise au monde.

La possibilité d'effectuer des choix

Le respect réside aussi dans la possibilité de faire des choix. Leur simple existence devient une *condition sine qua non* d'un tel processus : un choix éclairé, informé, libre, au moment opportun, dont le consentement est un droit de la patiente et une responsabilité des professionnel.le.s de santé¹⁹. Néanmoins, la capacité des femmes à être autonomes et indépendantes dans leurs choix, considérant qu'elles sont soumises aux contraintes de différentes formes d'autorité, qu'elles ont des ressources culturelles et socioéconomiques variées, que la possibilité ne repose pas uniquement sur une disposition individuelle à produire un choix éclairé, demeure inégale, car elle obéit notamment aux aléas des informations disponibles, aux discours et aux pratiques des acteurs.trices les (choix) habitant. Au centre de cette posture du « choix » se trouve l'idée de ne pas se tromper : cela pèse davantage quand la vie d'un autre être humain est en jeu²⁰. Si aux yeux du gynécologue-obstétricien Pierre Bernard²¹, « *il y a une info distribuée aux femmes concernant l'accouchement et sa préparation [non systématique sur toutes les questions puisque certaines sont anxigènes] et que leurs questions peuvent être posées à tout moment* ²²», elle [l'info] est en revanche pour la sage-femme « *fort imprégnée et adaptée aux discours et aux pratiques de l'hôpital concerné. Elle n'est pas tout à fait libre, parce que souvent préétablie (ex. projet de naissance à cocher), sans mise en contexte ou explication, et elle sert les intérêts des intervenant.e.s.* ²³».

¹⁸ Du travail actif au passage du bébé vers le monde aérien à la délivrance, le temps de la rencontre entre le bébé et ses parents. Sans compter que la naissance respectée ne se limite pas au travail et à l'expulsion, mais s'étend à tout ce qui a trait au postpartum.

¹⁹ Ibid.

²⁰ « *Le fait que la femme porte la vie et la future génération implique une certaine autorisation de l'entourage à conseiller sur un choix ou l'autre, principalement le personnel médical et la famille, il y a là une forme de responsabilité collective* », révèle une jeune maman lors d'un entretien informel entre elle et l'auteure de la présente analyse.

²¹ Le Dr Pierre Bernard est gynécologue-obstétricien et Chef de service obstétrique aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. Il est également Président du groupe périnatalité du GGOLFB (Groupement des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique). Il agit à titre de Professeur à l'Université Catholique de Louvain (UCL). Les extraits cités dans ce document sont issus d'un entretien mené par l'auteure le 24 octobre 2017 aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

²² Propos issus d'une interview avec le Dr Pierre Bernard, gynécologue-obstétricien, réalisée le 24 octobre 2017 à Bruxelles.

²³ Propos issus de l'Interview avec Estelle Di Zenzo, sage-femme, réalisée le 20 octobre 2017 à Bruxelles.

La prise en compte du vécu de la femme par les soignant.e.s et l'institution

« *Le meilleur chemin d'une naissance humanisée, c'est un accompagnement de la sage-femme qui amène à la conscience des futurs parents leur rôle à jouer dans cette naissance afin qu'ils puissent eux-mêmes choisir ce qu'est une naissance respectée. Après avoir pris connaissance de tous les enjeux qui sont liés à l'accouchement physiologique et pathologique. Permettre aux femmes de naître femme et mère, au couple de naître parents* », répond Di Zenzo. Le Dr Bernard, du point de vue de l'accouchement médicalisé parle « *d'un accompagnement personnalisé favorisé par des mesures dont le réaménagement des salles d'accouchement en des lieux plus conviviaux, le retour précoce à domicile, le suivi postnatal, etc.* ».

La rigidité des protocoles médicaux standardisés, éviter la perte des vies étant le leitmotiv, et la responsabilité médico-légale des intervenant.e.s sont des mesures éthiques et juridiques valides et inhérentes à de telles professions, mais parfois inadaptées ou contraignantes du point de vue d'un projet de naissance respectueux des processus physiologiques et des choix de la mère. Ces questions sont donc primordiales pour comprendre l'enjeu de responsabilité légale et morale, et du risque²⁴ associé à la naissance : les médecins sont responsables de toute action de diagnostic et de soins entreprise sur les usagères. La peur du procès intervient alors directement sur les pratiques, d'où l'importance de la relation de confiance qui s'établit, non plus seulement avec un individu, mais avec le système qu'il représente. En parallèle, il y a de nouveaux schémas de pensée et d'action qui se dessinent en matière « d'autonomisation » du patient.e, de « patient.e partenaire de soins » ou « Patient-Centered Medicine », tous issus d'un certain besoin de renouvellement de la démocratie sanitaire²⁵. Dès lors, « *une médecine centrée sur la patiente est une médecine qui prend en compte le contexte et le vécu de la patiente plutôt que le contexte des soignant.e.s et de l'institution* », une approche « d'empowerment » de la femme à laquelle convie Martin Winckler²⁶ dans ses écrits et ses conférences publiques.

La transition épistémologique de la relation entre l'usagère et le médecin

Comment redéployer la confiance entre soignant.e et soignée? « *Cela prend de la militance pour prouver qu'on est à l'écoute et digne de confiance* », confie la gynécologue Julie Belhomme²⁷. Les rapports de pouvoir inégaux présidant encore dans la relation soignant.e - soignée, elle se traduit en pratique par un triple refus opposé aux femmes²⁸ : celui du droit à

²⁴ Sa mesure, sa présence, sa subjectivité expérientielle.

²⁵ Voir, entre autres textes, la littérature scientifique sur ce sujet de plus en plus documenté et expérimenté. Routelous, Christelle. 2008. « La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : sociologie d'un modèle participatif en médecine ». Thèse de doctorat, Sciences de l'Homme et Société, Spécialité Socio-économie de l'Innovation, École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 391 pages ; Bardes, Charles L. 2012. "Defining Patient-Centered Medicine", in *The New England Journal of Medicine*, 366:782-783, [En ligne], <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1200070#t=article>, (Dernière consultation le 3 novembre 2017)

²⁶ La citation est issue d'un entretien mené avec le médecin et auteur, Martin Winckler, le 30 mars 2017 lors de son passage à Bruxelles dans le cadre de la conférence « Grossesse et accouchement : où sont les voix des femmes? ».

²⁷ Julie Belhomme est gynécologue à l'Hôpital Saint-Pierre. Voir article la citant : Pereira, Sophie et Valérie Lootvoet. 2017. « Le respect dans les soins gynécologiques : quelles pratiques professionnelles? », in *Gynécologie et féminisme : Causes communes ?*, *Chronique féministe*, Université des Femmes, N° 119, janvier-juin 2017.

²⁸ Pour Françoise Héritier, anthropologue et féministe, cette situation immémoriale et universelle d'infériorité des femmes vis-à-vis des hommes pourrait se résumer au fait que les femmes sont capables de reproduire des corps semblables aux leurs (filles), mais aussi des corps différents d'elles-mêmes (garçons). Les hommes se demandent quelle est leur part dans ce mécanisme qui, quelque part, leur échappe. Une question angoissante à laquelle les hommes ont répondu par la mise en place à tous les niveaux de l'organisation sociale d'un contrôle de la reproduction qui passe par la maîtrise (y compris dans la contrainte et la violence) des corps des femmes. Cette

disposer de son corps, celui du droit au savoir et celui du droit au pouvoir. Toutefois, une nouvelle épistémè se manifesterait dans la construction d'une relation d'égal à égal entre la patiente et le professionnel.le de santé, une « dé-hiérarchisation » des savoirs combiné au développement et à la reconnaissance de « l'expertise du patient.e ». Ainsi, une certaine transformation des mœurs s'opère en parallèle et pourrait donner lieu à une période de transition épistémologique aboutissant à l'effacement, voire la disparition du vieil ordre médical caractérisé par la soumission de la patiente à son médecin²⁹. C'est la relation de soins comprise dans sa globalité qu'il faut mettre de l'avant, « *c'est elle qui fait défaut, pas seulement le geste médical, mais aussi l'empathie, la confiance, la réciprocité* », convoque Estelle Di Zenzo.

Un juste équilibre entre sécurité et humanité

Le progrès, qu'il soit médical ou social, se situe dans l'exercice de la liberté : avoir le choix entre différentes approches qui permettent d'intégrer les phénomènes physiologiques et les progrès techniques. Et un choix éclairé peut se faire moyennant des informations rigoureuses et indépendantes, des pratiques bienveillantes dont l'épistémologie repose sur une relation démocratique et égalitaire entre les acteurs.trices mobilisé.e.s. En ce sens, les moyens de préserver une sécurité rassurante et juste en fonction de la situation méritent d'être revisités afin de laisser place à la confiance plutôt qu'à la peur. Enfin, l'idéologie de la domination du risque prévaut encore aujourd'hui dans le paradigme biomédical et se situe au cœur du partage des compétences entre les deux professions spécialistes de la naissance³⁰. Ainsi, il subsiste une question dans les « débats » : pourquoi médicaliser l'ensemble des grossesses alors que seule une part est concernée? Il y a certainement tout un imaginaire à reconstruire autour de l'accouchement et de la naissance. En retirer les rendements de performance médicale et humaine, ramener vers l'état incompressible et imprévisible de l'événement unique. Une des conditions premières de l'être humain, c'est la vulnérabilité. Et il faut que cette condition soit accueillie quelque part dans un juste équilibre entre sécurité et humanité, tel pourrait être l'objectif de la naissance respectée.

Léa Champagne



Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

dernière a montré dans le concept de valence différentielle des sexes que, à partir de la différence biologique entre les hommes et les femmes, chaque société a inventé un système de représentations qui assigne à chaque genre d'autres différences, culturelles et sociales, et surtout des valeurs inégalitaires. Citée dans un article du chercheur en sociodémographie de l'Université Paris-Descartes, Serge Rabier. « Pour une analyse anthropologique des violences gynéco-obstétricales », *The Conversation*, le 13 septembre 2017, [En ligne], <https://theconversation.com/pour-une-analyse-anthropologique-des-violences-gyneco-obstetricals-83826>, (Dernière consultation le 22 octobre 2017).

²⁹ Routelous, Christelle. 2008. *La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : sociologie d'un modèle participatif en médecine*. Thèse de doctorat, Sciences de l'Homme et Société, Spécialité Socio-économie de l'Innovation, École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 391 pages.

³⁰ Jacques, Béatrice. 2007. *La sociologie de l'accouchement*, Presses Universitaires Françaises (PUF). 208 pages, p.43