

Se réappropriier la naissance

Bernard Bel¹

La médecine occupe le terrain de la naissance, toujours prête à sauver des vies quel que soit le prix à payer pour celles qui ne sont pas en danger. Pour cela, elle focalise son attention sur la biomécanique de la parturition et les « soins » au nouveau-né. Une fois garantie la survie des corps de la mère et de l'enfant, elle s'intéresse — trop tard — à celle des âmes, confiant la réparation à la psychologie ou la psychiatrie.

Pour les soignants de la périnatalité, la naissance psychique est un « continent noir² » : la « venue au monde » de l'enfant, et celles d'un homme et d'une femme en tant que père et mère. Le premier regard croisé³ en est l'un des événements fondateurs. Mais les étapes subtiles de ce processus sont longtemps restées méconnues, voire niées, au profit de méthodes d'accouchement et de recettes de maternage — officielles ou « alternatives » — en l'absence des hypothèses explicatives qui font l'objet de la maternologie.

Un renversement de perspective est donc nécessaire, mais pour des raisons qui ne tiennent qu'au détournement de la naissance par un interventionnisme médical omniprésent : cette obstétrique qui (au sens littéral) se *tient devant*, « ... *s'interpose et masque la naissance sous le phénomène manifeste de l'accouchement* ».

Concentrant l'attention sur les processus physiques et assurant qu'ils sont entre [de] bonnes mains, l'obstétrique dissimule incidemment qu'on ne fait rien ou plutôt qu'on laisse tout faire au niveau des trois naissances humaines. Que ce soit celle qui correspond à la vie du fœtus, celle qui établit la correspondance entre la totalité pré- et postnatale, ou celle qui donne les moyens d'intervenir en tant qu'être dans le règne de l'étant binaire.⁴

Le mécanisme ne s'est-il pas enrayé avec la croyance que les processus physiques sont « entre de bonnes mains » lorsque l'obstétrique les prend en charge ? Je propose ici de témoigner de ce qu'il en est lorsque des parents informés, attentifs et responsables parviennent à éviter toute interposition, physique ou psychique, dans leur expérience sensible de l'enfantement.

Cette réflexion devrait commencer par une réévaluation critique des multiples interventions sur les femmes enceintes (suivi médical⁵ et dépistage des anomalies, préparation à l'accouchement...) et plus en amont, encore, avec la médicalisation de

¹ Ingénieur de recherche au CNRS, secrétaire de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR, <http://afar.info>), et membre du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE, <http://naissance.ws/CIANE/>).

² Véronique Boureau-Louvet, « Une attente inimaginable : totalité et effondrement en maternité », *Cahiers de maternologie*, 22, janvier-juin 2004, p. 62.

³ Jean-Marie Delassus, « Le proto-regard », in *Psychanalyse de la naissance*, Paris : Dunod, 2005, p. 117-123.

⁴ Jean-Marie Delassus, *Les logiciels de l'âme*, Fougère : Encre marine, 2005, p. 108.

⁵ Michel Odent, « L'effet nocebo des consultations prénatales », *Naître & Grandir*, 11, 2001, <<http://perinatalite.chez.tiscali.fr/odent-nocebo.htm>>.

tous les actes de la vie génitale des jeunes filles⁶. L'examen détaillé de cet enchaînement de pratiques aux effets potentiellement iatrogènes, auxquelles ont été consacrés de nombreux ouvrages⁷ et ressources internet⁸, ne ferait qu'ajourner celui de la naissance psychique dont nous a détournés l'obstétrique.

Accoucher en sécurité : la peur emprisonnante

Lorsque l'accouchement a lieu sous surveillance médicale, il incombe aux accompagnants de s'effacer tout en restant disponibles en cas de besoin. Les compromis entre le risque médical et le risque médico-légal se négocient au cas par cas pour les naissances à domicile. Toutefois, il est à espérer (si ce n'est d'exiger) que les lieux d'accouchement deviennent aussi des lieux de naissance, à la faveur d'une prise de conscience nouvelle du respect de la physiologie⁹. La « naissance sans violence » que prônait Frédérick Leboyer ne peut faire l'économie d'un accouchement respecté dans ses dimensions affective et instinctive¹⁰.

La sélection d'entretiens compilée dans les *Monologues du vagin*¹¹, couronnée par un récit d'accouchement interventionniste, reflète la croyance dominante que la femme accouchante, même « féministe », n'a d'autre choix que de donner son corps à la science. Une réfractaire qui voulait se placer autrement qu'en position allongée pendant le travail s'est entendue répliquer : « *Ben vous en faites des manières ! On n'est pas dans un film américain ici !* »

Sur un forum, une internaute raconte la visite de C., sage-femme libérale, dans une clinique privée qui l'avait contactée pour faire des gardes un jour ou deux par mois :

Hier, elle est allée en « observation ». Déjà, une collègue libérale lui avait dit : « *Tu ne vas pas le croire, c'est au-delà de ce que je pouvais imaginer* ».

Hier donc, 3 accouchements, dont une primipare et une autre qui attendait son quatrième bébé : 3 ventouses ; 3 péridurales ; 3 ruptures artificielles des membranes et perfusions de *synto* dès l'arrivée... Mais, bien sûr, tout s'est bien passé, les mamans et les bébés sont en parfaite santé !

La maman qui attendait son premier bébé était dilatée à 2 cm à son arrivée, elle gérait très bien les contractions, n'avait rien demandé. C. était avec elle. La sage-femme de garde lui dit : « *Prépare la pour la péri !* » La maman n'avait bien sûr rien demandé ! Dès 2 cm de dilatation, oui oui, péridurale, syntocinon, rupture...

Et pendant ce temps là, tu sais ce qu'elles font, les mamans ? La sage-femme leur met ma télé ! Hier elles ont accouché en regardant « La ferme célébrités » et autres programmes bien nazes ! Je rêve, là...

⁶ Farida Hammani, « *Enfantement rêvé, enfantement réel. Et la sage-femme ?* », Paris, octobre 2000, <<http://perinatalite.chez.tiscali.fr/farida.htm>>.

⁷ Notamment sous une perspective historique : Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, *La Naissance en Occident*, Paris : Albin Michel, 2004, et Marjorie Tew, *Safer Childbirth ? A Critical History of Maternity Care*, London : Free Association Books, 1998.

⁸ Portail « *Naissance* », <<http://naissance.ws>>.

⁹ Le Comité technique permanent de la périnatalité de la Haute autorité de santé a retenu, le 24 mai 2005, une demande de recommandation de pratique clinique soumise par le Collège national des gynécologues-obstétriciens de France, dont l'intitulé était : « *Critères de sélection des grossesses à bas risque (avec pour objectif l'adéquation à l'offre de soins)* ». A l'insistance du CIANE et du Collège national des sages-femmes, cette recommandation a été rebaptisée : « *Définition de la grossesse physiologique et orientation des femmes enceintes* ». Le glissement sémantique est significatif.

¹⁰ Andréine Bel, « *Naissance sauvage* », <<http://bioethics.ws/birth/sauvage-fr.htm>>.

¹¹ Eve Ensler, *Monologues du vagin*, Paris : Balland, 1999.

En fin de dilatation, la sage-femme appelle le gynéco (système clinique privée) qui ne laisse jamais les femmes pousser, car Monsieur prend la ventouse pour ne pas passer une demi-heure à attendre que la maman pousse.

D'ailleurs la sage-femme de garde a dit à C. : « *Oh ben tu sais, ça ne sert à rien de les laisser pousser, hein, au bout de cinq minutes le gynéco prend la ventouse. Et puis, vous, les sages-femmes libérales, faudrait peut être arrêter de dire aux mamans de souffler pendant l'expulsion !* » Ça ne va pas assez vite, ici on bloque et on pousse... mais pas plus de dix minutes, il faut faire vite si on ne veut pas la ventouse ou les forceps.

Après la naissance, les bébés sont emmenés dans une salle à côté, et la sage-femme change de chaîne de TV car il y a une caméra qui filme les soins, l'aspiration, la pesée et... c'est super, la maman peut voir tout ça sur l'écran ! :-(((

À un moment, une aide soignante est venue dire affolée à C. : « *Oh là là, y'en a une qui s'est mise assise* » (en cours de travail)... « *Oui, ben, il est où, le problème ?* »

Donc, il y a une sage-femme qui gère trois salles (plus une quatrième salle de dépannage) et une auxiliaire dans un bureau qui note tous les actes que lui transmet la sage-femme. [...] Dans la quatrième salle, il y a le matériel nécessaire pour les examens du bébé à côté de la table d'accouchement (donc pas besoin d'éloigner le bébé)... C. lui demande pourquoi ils ne se servent pas plutôt de cette salle. Réponse : « *Dans celle-là y a pas la télé !* »

Ce témoignage est une illustration typique du « productivisme » qui a vu le jour dans les années 1970, en Irlande, sous la forme d'un protocole de direction du travail (*active management of labour*) dont l'intention louable était de réduire le nombre de césariennes et la durée moyenne des accouchements. De 48 heures pour une primipare, cette durée a été réduite à 24, puis 12 heures en une décennie. L'augmentation des cadences allait de pair avec un interventionnisme imposé à toutes au nom de la « sécurité ». En réalité, il s'agissait surtout de faire face à une pénurie de ressources techniques et humaines qui rend impossible la surveillance technique d'un accouchement physiologique dans une structure hospitalière¹². Au Royaume-Uni, la statisticienne Marjorie Tew a montré qu'à cette époque les statistiques périnatales avaient cessé de s'améliorer corrélativement à la technicité croissante de la surveillance médicale de l'accouchement¹³. Les taux de césariennes avaient recommencé à augmenter (19% aujourd'hui en France) après que la partie intéressante du protocole — une sage-femme présente auprès de chaque femme pendant toute la durée du travail — ait été abandonnée au profit d'une surveillance technologique facilitée par une pratique généralisée de l'analgésie péridurale.

Mais la réalité est qu'on n'a pas du tout besoin de gestion active. Les sages-femmes aussi obtiennent des taux de 4% de césariennes, simplement en laissant seules la plupart des femmes.¹⁴

Le plus sûr moyen de contrôler la situation — prévoir l'imprévisible — est d'entretenir une attitude submissive. « *Les mamans qui refusent la péridurale sont en général moins obéissantes* », déplorait un chef de service sur le site d'une maternité... La soumission est à peu près garantie dans un enclos délimité par des protocoles, des pratiques de routine, une prise en charge infantilissante des futures mères et leur

¹² « La gestion active du travail », *Midwifery Today E-News*, 3, 16, 18 avril 2001, <<http://naissance.ws/docs/active-management-fr.htm>>.

¹³ Marjorie Tew, op. cit.

¹⁴ « La gestion active du travail », op. cit.

maintien dans l'ignorance de leurs droits¹⁵. Commentaire « à chaud » parmi les dizaines reçus chaque semaine par une responsable d'association :

Bébé est né un peu plus tôt que prévu, avec l'enchaînement que je redoutais tant : allongée sur le dos avec perf, monitoring, engueulades parce que je criais, péridurale, fièvre, épiso, forceps, une clavicule cassée pour le petit...

J'ai « tenu » sans péridurale pendant 6h30, dont 3 à l'hôpital, jusqu'à 6 cm, puis je n'en pouvais plus. Le plus révoltant, c'est de m'être fait engueuler par des sages-femmes et internes de garde.

Le franchissement d'une limite, le moindre écart par rapport à la normalité sécurisante, sont présentés comme des événements terrifiants. Or la peur est la première marche d'un escalier qui dégringole, lentement mais sûrement, vers la dystocie. Le sentiment d'insécurité agit dramatiquement sur la dilatation du col de l'utérus, l'intensité et l'efficacité des contractions, la sensation de douleur et en définitive la durée de l'accouchement. Le recours au « dopage » par les ocytociques — le plus souvent à l'insu des parturientes — s'impose dans la majorité des cas (50% des accouchements)¹⁶.

La peur est aujourd'hui l'état « naturel » du corps médical et des médias pour tout ce qui touche à la grossesse et à l'accouchement. Induite ou amplifiée par les personnes accompagnantes, médecins et sages-femmes, elle est aussi souvent relayée par le père de l'enfant, dans un contexte familial et culturel propice à cette contamination¹⁷.

Les indices les plus fréquemment utilisés pour justifier l'hypermédicalisation des accouchements sont ceux de la mortalité périnatale. Faute d'être spectaculaires, les chiffres mesurant la morbidité post-partum ne sont pas moins inquiétants. Quelques semaines après leur accouchement, 10 à 15 % de femmes se trouvent dans un état de souffrance et de désarroi qu'il est habituel de qualifier de « dépression postnatale » (DPN). La maternologie remet en question cette catégorisation et les méthodes de traitement qui lui sont habituellement associées, posant comme fondamentales la singularité de chaque cas et la reconnaissance de la femme en tant que « mère », plutôt que « patiente » au comportement potentiellement dangereux pour l'enfant¹⁸.

[...] même si le diagnostic de dépression semble nommer l'objet de la perte : « elle fait une dépression du post-partum » et soulage périphériquement la souffrance maternelle, il risque d'enfermer à vie la réelle possibilité de maternité psychique. Car la cicatrisation de la blessure demeurera fragile...¹⁹

Il faut donc en finir avec la dépression maternelle : celle-ci est le résultat de la déviation et de la maintenance à bas bruit d'une grave souffrance préalable et, en même temps, de la manière médicale habituelle d'éviter la question de la maternité.²⁰

¹⁵ Sophie Gamelin-Lavois, *Accoucher en sécurité : plaidoyer pour choisir une naissance plus naturelle*, Chêne-Bourg : Vivez Soleil, 2005.

¹⁶ Joëlle Terrien, « Dopage : Pourquoi seulement un problème de sport ? », <<http://fraternet.org/naissance/docs/dopage.htm>>.

¹⁷ Madeleine Akrich, « Les femmes emprisonnées ou libérées par les techniques », colloque *Accouchement, quelle place pour les femmes ?*, Naissance et Citoyenneté (Paris, 7 décembre 2002), *Les dossiers de l'obstétrique*, 317, juin 2003, p. xiv-xvii.

¹⁸ Guy Benoît, « La dépression maternelle : commodité clinique ou diagnostic d'évitement ? », *Cahiers de maternologie*, 22, janvier-juin 2004, p. 25.

¹⁹ Véronique Boureau-Louvet, op. cit., p. 65.

²⁰ Jean-Marie Delassus, « L'effondrement maternel : commentaires sur l'inadéquation du diagnostic de dépression maternelle », *Cahiers de maternologie*, 22, janvier-juin 2004, p. 59.

L'effondrement maternel dont il est question ici n'est pas le seul pourvoyeur de dépressions postnatales. S'il est vrai que la plupart des études épidémiologiques n'établissent aucune corrélation significative entre un traumatisme de l'accouchement et un diagnostic de DPN, deux biais méthodologiques méritent d'être signalés :

- 1) La notion d'« accouchement traumatisant » n'a pas nécessairement le même sens pour la femme en couches et pour les praticiens. Aucune étude, à ma connaissance, n'a pris comme hypothèse l'existence de pratiques iatrogéniques liées à la gestion active du travail.
- 2) Une étude couvrant trois hôpitaux universitaires australiens montre qu'un tiers des femmes catégorisées comme « dépressives » présentaient au moins trois symptômes caractéristiques d'état de stress post-traumatique²¹. (Un état de choc peut se manifester par de la prostration ou au contraire une activité excessive.) De nombreuses DPN seraient donc en réalité des ESPT qu'il convient de dépister immédiatement après l'accouchement, mais surtout de prévenir en respectant la physiologie.

Du respect à la réappropriation

Aucun article de presse « sérieux », aucun débat télévisé ou radiodiffusé n'osent opposer les droits des patients au credo généralisé en la technicité salvatrice de l'assistance médicale des accouchements. En France, la majorité des parents — et une partie non négligeable du corps médical — ignorent ou feignent d'ignorer l'article L 1111-4 du Code de la santé publique :

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

*Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*²²

Dans un article sur le droit au refus de soins²³, l'auteur cite un médecin anesthésiste :

Quand je vois une femme enceinte témoin de Jéhovah, je lui explique qu'en gynécologie le risque hémorragique n'est pas prévisible. Et que, quelles que soient ses idées, je ne la laisserai pas mourir en ne la transfusant pas. Si cela ne lui plaît pas, elle n'a qu'à aller voir ailleurs. Si le problème se pose en urgence, je ferai appel au procureur de la République.

Cécile Loup répond pour l'AFAR :

La réaction passionnée du Dr. F. C. nous interpelle. Le fait que la personne refusant une transfusion soit témoin de Jéhovah est tout à fait hors sujet dans la discussion de fond. Dans la très grande majorité des cas les hémorragies massives sont post-partum, c'est à dire que l'enfant est déjà né, et a priori hors

²¹ D.K. Creedy, « Emotional well-being of chilbearing women: A review of the evidence », 2002 Professorial lecture. Griffith University, <<http://www.gu.edu.au/ins/collections/proflects/creedy02.pdf>>.

²² Journal officiel du 5 mars 2002, <<http://afar.info/loi-article1111-4CSP.htm>>.

²³ Sandrine Cabut, « Chez les médecins, un sentiment d'échec pas toujours bien géré », *Libération*, 10 juin 2005, <<http://www.liberation.com/page.php?Article=303007>>.

de danger. Pourquoi donc le Dr. C. se trouverait-il le droit d'aller jusqu'à contacter le procureur de la République dans une situation où la mère ne met plus en danger la vie de son enfant puisque celui-ci est né ? Imaginons un homme en proie à une hémorragie gravissime et refusant une transfusion. S'il s'avérait que celui-ci est le papa d'un bébé de quelques jours, le Dr. C. passerait-il outre le refus de soins aussi ? Logiquement il le devrait. Mais alors jusqu'où va-t-on ainsi ? Les parents de bébés n'ont donc pas le droit au refus de soins ? Ceux de jeunes enfants non plus ? Jusqu'à quel âge ?

En passant, remarquons que la naissance en France est l'une des plus médicalisées d'Europe, avec une gestion active du travail systématique dans beaucoup de maternités (accélération du travail par ocytocines de synthèse, rupture artificielle de la poche des eaux, monitoring continu...) tout en ayant un taux d'hémorragies post-partum parmi les plus élevés.

Plus généralement, le cas des femmes enceintes pose un problème éthique et philosophique très particulier qui nous semble traité bien trop en raccourci et par dessus la jambe, probablement parce qu'en réalité il est inextricable. L'un des points de vue extrêmes consiste à dire que la femme enceinte est un seul individu, que le bébé fait partie intégrante de son corps tant qu'il n'est pas né. L'autre point de vue extrême est de considérer qu'une femme enceinte est composée de deux individus distincts. Plus raisonnablement, la réalité est entre les deux : une femme enceinte est un être vivant dont le nombre d'individus est strictement supérieur à un et strictement inférieur à deux. C'est nettement plus difficile à concevoir, cela complique tout...

En adoptant le premier point de vue, une femme enceinte aurait tout pouvoir sur le bébé qu'elle porte, ce qui conduirait à des abus. Notre culture, et surtout notre médecine, préfère adopter le second point de vue, du moins après le premier trimestre de grossesse. Il donne lieu à des abus aussi, bien que le fœtus n'ait pas d'existence légale. Très souvent (pas toujours non plus), à partir du moment où une femme est enceinte elle perd le droit à la libre disposition de son corps, et son libre arbitre. Elle doit obéir aux ordres médicaux « pour le bien de son bébé ».

La notion de mettre en danger la vie de l'enfant est une notion parfois très floue. Des études montrent que, parmi les césariennes décidées pour souffrance fœtale, un nombre important étaient en fait des faux diagnostics, le bébé n'était pas en danger. Parfois cela dérive bien plus loin encore, certains actes sont imposés sans consentement sur l'argument « c'est pour le bien du bébé » alors que celui-ci se porte comme un charme. Inversement, le Dr. C. ne semble pas remettre en cause le taux trop élevé d'amniocentèses en France, qui occasionne pourtant la mort de quelques centaines de fœtus sains par an. La mère n'a pas le droit de mettre en danger la vie du bébé qu'elle porte, mais le médecin si ?

Alors, où est la limite ? Où est la limite entre déposséder les femmes enceintes de leur propre corps et libre arbitre, et ne passer outre le droit de refus de soins que si effectivement il y a danger grave réel pour l'enfant ? Où est la limite entre un interventionnisme justifié et l'abus de pouvoir ? C'est une réflexion dont il serait sage de ne pas faire l'économie, même si elle est particulièrement délicate.

La « démedicalisation » de l'accouchement ne se limite pas au refus d'actes médicaux dont la nécessité n'est pas prouvée. Elle implique un retournement de point de vue qui resitue cet événement au centre de la vie familiale, alors qu'il a tendance aujourd'hui à se désintégrer dans un univers techno-médical gouverné par des pratiques et protocoles sur lesquels les usagers n'ont aucune prise.

Le retournement dont il est question suppose le développement d'une conscience critique de la réalité sociale globale dans laquelle nous vivons. L'expérience des ateliers d'auto-apprentissage inspirés de Paolo Freire nous a conduit à mettre en place, d'abord sur des listes de discussion d'Internet, puis à l'occasion de rencontres, un mode d'échange privilégiant la démarche critique.

Le message central de Paolo Freire consiste à dire que notre capacité de connaissance dépend de notre aptitude à « problématiser » la réalité naturelle, culturelle et historique dans laquelle nous sommes immergés. La problématisation est l'antithèse d'une approche technocratique axée sur la « résolution de problèmes ». Pour résoudre un problème, un expert prend de la distance avec la réalité, en analyse ses différents constituants, invente des moyens de résoudre les difficultés de la manière la plus efficace, et finalement décrète une stratégie ou une ligne de conduite. Cette manière de procéder, selon Freire, distord la réalité de l'expérience humaine en la réduisant aux seules dimensions qui se prêtent à un traitement comme de simples problèmes à résoudre. Alors que problématiser, selon lui, revient à engager une population entière dans le projet de codifier la réalité dans son ensemble, au moyen de symboles qui permettent ensuite aux gens d'exercer une conscience critique [...] et de devenir des agents de transformation de leur réalité sociale. C'est alors qu'ils deviennent des sujets, et non plus seulement des objets, de leur propre histoire.²⁴

Le travail accompli en France et dans les pays francophones depuis plusieurs années sur Internet²⁵, mais aussi dans les festivals, conférences, rencontres et réunions associatives, a contribué à reconstruire un « tissu social » autour de la naissance : un réseau de parents et de professionnels informés, motivés et responsables. Toutefois, pour que ces citoyens deviennent aussi « *des agents de transformation de leur réalité sociale* », il était nécessaire de les doter d'une force d'intervention déployée sur trois niveaux :

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

Les deux premiers niveaux relèvent directement de l'*Alliance francophone pour l'accouchement respecté* (AFAR). Le troisième relève, en France, du *Collectif inter-associatif autour de la naissance* (CIANE), dont l'AFAR est membre.

Problématiser la naissance

La construction d'un tissu social — une « culture de la naissance » — implique le développement d'une conscience de responsabilité solidaire capable de dépasser des motivations corporatistes. La défense des intérêts des citoyens par des tiers qui s'arrogent le droit de les représenter les prive en effet de leur voix. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur leur capacité d'articuler les mécanismes qui expliquent

²⁴ Denis Goulet, « Introduction », in Paolo Freire, *Education for Critical Consciousness*, New York, Continuum, 2002 (1^{ère} édition :1973), p. ix.

²⁵ Voir les échanges publics sur la liste « Re-Co-Naissances » : <<http://fr.groups.yahoo.com/group/Re-Co-Naissances/>>.

leur état en termes de raisons sociales, économiques et finalement culturelles, au-delà des simples réclamations. Mais ce passage de l'individuel au collectif demande bien plus que la mise en commun d'expériences et de moyens d'expression. C'est un point qu'il convient maintenant d'explicitier.

En août 2001 a eu lieu la première « rencontre Naissance » sur le terrain d'une famille de néoruraux à proximité de Forcalquier²⁶. Il est important d'en préciser l'origine et les motivations. Neuf mois plus tôt, une vingtaine de membres de la liste Naissance s'étaient donné rendez-vous à Paris, à l'issue d'une journée d'information et d'échanges sur la périnatalité. Ce fut pour la plupart des participants une première rencontre dans ce monde « réel » que l'on oppose de manière simpliste au « virtuel » de la communication informatique. L'enjeu était pour chacun l'identification de personnes dont l'existence était jusque là confinée dans un espace et un temps structurés de manière informelle²⁷. Plutôt que « faire connaissance », il s'agissait de « reconnaître » l'autre en allant à la rencontre de sa réalité profonde au-delà de toute image préconçue. Dans ce processus, le croisement des regards avait pris une importance significative. Il s'agissait bien de la « naissance » d'une communauté au sens que la maternologie attribue à ce terme²⁸.

A l'issue de cette soirée, l'idée d'une rencontre estivale avait fait son chemin. Une trentaine d'adultes (accompagnés du même nombre d'enfants) avaient répondu favorablement pour le mois d'août. Bien qu'ayant pris en charge l'organisation, pour diverses raisons je n'étais pas en mesure de proposer un emploi du temps, hormis l'organisation collective des repas. Je me disais, sans trop y croire, qu'il serait raisonnable de consacrer une session à la césarienne, une autre à l'épisiotomie, sans oublier de parler d'allaitement ou de formulation de projets de naissance... En même temps, je me sentais interpellé par l'expérience des ateliers d'auto-apprentissage dans les communautés rurales du Maharashtra²⁹. Dans les réunions de village, l'agenda est décidé collectivement en début de réunion ; la parole circule ensuite sans modérateur, et la réunion se termine par une analyse autocritique de son fonctionnement. Cette approche « coopérative » me paraissait impossible à implémenter dans une culture pétrie d'individualisme et friande de « prises de position ». Pourtant, ce schéma allait s'imposer grâce à mon incapacité à imaginer autre chose.

Le premier matin, assis en cercle dans une clairière, nous avons invité chaque participant à se présenter puis exposer ses motivations, ses attentes, et les thèmes de discussion qui reflèteraient au mieux ses interrogations actuelles. Cette première séance a été le théâtre d'importantes décharges émotionnelles lorsque des femmes ont partagé avec le groupe leurs vécus d'accouchements traumatisants. Croisement des regards, ici encore, mais dans la réactivation d'effondrements anciens... Il était important que ces récits s'inscrivent en préambule de l'expérience du groupe, en présence des compagnons et à proximité des enfants.

Les thèmes de discussion qui ont émergé n'avaient rien à voir avec ceux auxquels j'avais songé. Ils s'appelaient « la confiance », « l'influence », « l'autonomie »... Les séances (que plus tard nous avons baptisées « *forums de libre parole* ») se sont articulées autour de ces thèmes. Nous les avons enregistrées dans leur intégralité et un cédérom a été remis aux participants.

²⁶ Des comptes-rendus et photos des rencontres sont publiées sur <<http://naissance.ws/rencontres/>>.

²⁷ Bernard Bel, « Naissance d'une communauté virtuelle », 2003, <<http://naissance.ws/docs/communautevirt.htm>>.

²⁸ *Les logiciels de l'âme*, op. cit.

²⁹ Dans le cadre de l'Association de Développement de Communautés Rurales, <<http://vcda.ws/>>.

Cette parole, qui circulait sans que personne n'ait à la « donner » ni à la « prendre », était le mécanisme constructeur d'une conscience collective : chacun se sentait relié, par le fil d'une histoire singulière, à une réalité impossible à capturer dans son intégralité. Le récit ouvrait de nouvelles perspectives, aussi bien par la distance qu'il instaurait entre le locuteur et son expérience, que par la promesse d'un retour à une conscience plus fondamentale. Le groupe faisait l'expérience d'une « naissance psychique » qui avait une fonction réparatrice : celle de redonner voix aux « sans-voix » — ces « opprimés » auxquels s'adressent Boal³⁰ et Freire :

Ils souffrent d'une dualité qui s'installe dans « l'intériorité » de leur être. Ils découvrent que, n'étant pas libres, ils ne peuvent pas être d'une manière authentique. Ils veulent être, mais ils ont peur d'être. Ils sont eux-mêmes et en même temps ils sont l'autre, projeté en eux comme une conscience opprimante. Leur lutte devient un dilemme entre être eux-mêmes ou être divisés ; entre expulser ou accueillir l'opprimeur à l'« intérieur » d'eux-mêmes, entre se désaliéner ou rester aliénés ; entre suivre les ordres ou faire des choix ; entre être spectateurs ou acteurs, entre agir ou avoir l'illusion d'agir dans le contexte d'oppression ; entre parler ou se taire, castrés dans leur pouvoir de créer et re-créer, dans leur pouvoir de transformer le monde.³¹

Peut-on parler d'oppression ou d'aliénation, malgré la violence des situations vécues, sans céder à une vision manichéenne du système qui les a engendrées ? Oui, si l'on reconnaît qu'à tous les étages d'un système hiérarchique des hommes et des femmes jouent, selon les circonstances, les rôles d'opprimés et d'opprimeurs. Aucune analyse prenant en compte les divers niveaux de réalité ne peut tracer de frontière inamovible entre des oppresseurs et leurs victimes. Mais cette réserve ne disqualifie pas le concept d'oppression ni la nécessité d'une réparation psychique.

Au début, les hommes écoutaient parler les femmes, dans un silence qu'on pourrait qualifier de « vénération [...] parce que l'on s'incline devant les images, et a fortiori les êtres, qui représentent à la fois l'énigme de soi et les désirs qui font rêver au-delà de soi »³². Mais nous avons induit une rupture dans le récit en proposant un forum exclusivement réservé aux hommes. Je m'attendais à une heure de silence gêné ou de conversation superficielle. Il en a été autrement. Un homme a pris l'initiative de raconter son vécu d'accouchement. Il a cédé la parole à son voisin, qui lui aussi s'est exprimé sans interruption, et le relais a été transmis jusqu'à épuisement des tours de parole. Ce mode linéaire de circulation de la parole contrastait avec celui des forums où les femmes s'exprimaient en majorité. En fin de séance, j'ai demandé à chaque participant s'il acceptait que l'enregistrement de son récit soit diffusé à l'ensemble du groupe, ce qui a été accepté par tous, moyennant quelques aménagements. Cette circulation en différé a eu d'autres effets sur la communication au sein des couples qui participaient à la rencontre. Une telle reconstruction de l'événement de naissance — couvrant cette fois une réalité plus vaste que la seule expérience de l'accouchement — procède de la « parentalité » que J.-M. Delassus associe à la « complétion du cycle du don » :

Ainsi, l'homme devenu père se positionne non seulement comme père de l'enfant, mais également comme bénéficiaire de l'émotion à laquelle il avait dû renoncer jadis. C'est cet accès partagé au monde originaire qui conduit deux êtres à l'état parental : la parentalité devenant un état supérieur du couple, une

³⁰ Augusto Boal, *Théâtre de l'opprimé*, Paris : La Découverte, 1996.

³¹ Paolo Freire, *Pédagogie des opprimés*, Paris : Maspero, 1982.

³² Jean-Marie Delassus, *Le sens de la maternité : cycle du don et genèse du lien*, Paris : Dunod, 2002, p. 153.

autre manière de faire couple dans le cadre de la circulation polyphonique du don qui s'est installée.³³

Le dernier forum de cette rencontre était consacré à « l'éducation ». Plus nous avançons dans l'échange, plus les enfants se rapprochaient du cercle, pour l'envahir finalement et couvrir le brouhaha ambiant de leurs rires et de leurs jeux.

Les rencontres des années suivantes (en Belgique et dans le Cantal) ont montré une évolution de cette « communauté virtuelle » que constitue la liste Naissance. De belles naissances avaient eu lieu — des accouchements respectés dans un espace et un temps qui étaient ceux-là mêmes de la famille. Les récits des accouchements avaient circulé sur internet³⁴ et leurs auteurs ressentaient de moins en moins le besoin de les commenter pendant la rencontre. Plus la « culture de la naissance » prenait forme, moins il était question d'accouchement, de même que les femmes enceintes et leurs compagnons qui assistaient aux rencontres ne parlaient qu'occasionnellement d'une quelconque « préparation ». La plupart des hommes, enfin, s'exprimaient avec la même aisance que les femmes.

De la réappropriation au changement social

Sans l'obstacle de l'obstétrique, l'accouchement devient autre chose qu'un acte technique régi par des protocoles et « prises en charge ». Il se fonde dans un continuum d'expérience dont l'origine et la finalité échappent à toute catégorisation. C'est la vie entière qui est en jeu : femmes et hommes parlent de leurs liens avec le nouveau-né, des rapports avec la fratrie, pour se questionner sur le couple, la famille nucléaire, ses relations avec la famille élargie, la société, le monde du travail, etc. Ces naissances « problématisées », enrichies et socialisées, mettent en mouvement un univers conceptuel et relationnel autrefois calfeutré par des certitudes. Des familles ont bougé, déménagé, changé de profession, chamboulé leur mode de vie, sans qu'un modèle n'ait jamais été posé en exemple.

Cette « réappropriation de la naissance » dont je me fais aujourd'hui l'avocat va bien au-delà de la simple défense des libertés individuelles, même si elle s'appuie au besoin sur ces objets tangibles que sont les droits des patients, le contrat de soins, ou la rédaction d'un projet d'accouchement. On ne se réapproprie pas « pour soi », il y a toujours un soi-avec-d'autres.

La liberté, dans ce contexte, ne peut se réduire à l'autonomie du citoyen-consommateur (selon le modèle néolibéral), pas plus qu'elle ne suppose la neutralisation d'un pouvoir (selon le modèle marxiste). Elle découle de l'exercice d'une conscience critique potentiellement présente en chaque individu, mais qui ne s'articule qu'à travers une expérience collective — laquelle peut prendre de multiples formes autres que celles j'ai évoquées.

Dans un système d'inégalité graduée où l'on ne peut délimiter deux camps — oppresseurs contre opprimés — les transformations sociales impliquent en premier lieu les individus et leurs proches. Prenant en main leur destinée, ils peuvent ensuite agir comme des catalyseurs de changements sociaux à plus grande échelle.

³³ Jean-Marie Delassus, op. cit., p. 155.

³⁴ Voir <<http://naissance.ws/recits.htm>>.