

## **ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE : PARADOXES, RECHERCHES ET CONCLUSIONS PROVISOIRES**

L'expression « accouchement physiologique », souvent employée comme synonyme d'autres vocables ou comme référence médicale dans des études, est porteuse de quantité de croyances et de clichés... qui correspondent peut être beaucoup plus à l'idée que s'en fait la personne qui emploie cette expression que de la réalité d'un accouchement physiologique. J'ai tenté de cerner, ici, ce qu'est et surtout ce que n'est pas un accouchement physiologique, et les nombreux contresens qui accompagnent souvent l'utilisation de ces mots.

### **I. ACCOUCHER AUJOURD'HUI :**

#### **I.1. DEFINITIONS - PREMIERS PARADOXES :**

Comment se déroule un accouchement aujourd'hui en France ?

- . L'accouchement est déclenché dans un tiers des cas
- . La femme est couchée en décubitus dorsal, les pieds dans les étriers, la sangle du monitoring sur le ventre de façon systématique ou presque
- . Elle est sous ocytociques 8 fois sur 10 à peu près
- . Et sous péridurale dans 60 à 70% des cas
- . Elle subit des touchers vaginaux à répétition, et une épisiotomie une fois sur deux.

Quand le bébé sort sans aide mécanique ou chirurgicale (forceps, ventouses ou césarienne), soit 7 fois sur 10, et qu'il n'y a pas de pathologie en suite, cela s'appelle un accouchement eutocique.

Un accouchement eutocique est un accouchement qui se déroule de façon normale.

*Normal : dépourvu de tout caractère exceptionnel, conforme au type le plus fréquent, qui se produit selon l'habitude, ordinaire, logique, compréhensible, légitime, raisonnable.*

*Habitude : manière usuelle, courante, ordinaire d'agir, de se comporter ; machinalement, parce que l'on a toujours agi ainsi ; expérience, fait d'être accoutumé par un phénomène de répétition ; coutume, mœurs, usage, manière, us, pratique, rite, tradition, accoutumance, manie, tic, marotte, automatisme, routine, réflexe.*

Un accouchement eutocique est également appelé physiologique.

*Physiologique : vient du grec « phusis » = nature, dans le sens de « nature de l'être vivant », science qui étudie les fonctions et propriétés des organes et tissus des êtres vivants.*

*Nature : ensemble des caractères, des propriétés qui définissent un être, une chose ; ensemble de caractères innés de l'espèce, qualité, tempérament.*

Un accouchement physiologique est donc naturel, et se déroule dans le respect des processus des corps de la mère et du naissant\*.

*Naturel : qui appartient à la nature d'un être, d'une chose, qui n'a pas été modifié, altéré, traité par l'homme, relatif aux fonctions de la vie, qui est inné en une personne, qui traduit la nature d'un individu, en excluant toute affectation, sincère, spontané.*

*Respect : considération que l'on porte à une chose jugée bonne, avec le souci de ne pas lui porter atteinte.*

Donc... un accouchement déclenché, et/ou accéléré, à plat dos, avec péridurale et épisiotomie est un phénomène inné, qui n'a pas été modifié ni altéré, et se déroule dans le respect des processus des corps de la mère et du naissant\*...

On aboutit ainsi au paradoxe suivant : accouchement physiologique = accouchement eutocique (naturel, respectueux, spontané) = (normal, conforme, habituel accéléré, à plat dos, péridurale, épisio)

## I.2. REFLEXIONS SUR CE PARADOXE :

Qu'un événement, pour être eutocique (normal, routinier), soit complètement altéré, perturbé, manipulé dans son essence même,

Que soit considéré comme normale, habituelle, pire un progrès, une aberration aussi violente que forcer une femme à se coucher à plat dos pour accoucher, et ce depuis des siècles sur des millions de femmes,

Que cet événement, pour être normal et conforme, dusse être géré par des produits, des machines, des hommes du début à la fin,

Que soient accolés puis pris comme synonymes des vocables aussi contradictoires dans les définitions et les faits que naturel (physiologique) et normal (eutocique),

ne semblent guère poser de questions, pas plus que n'interroge le fait que dans de nombreuses études médicales, les médecins n'hésitent pas du tout à unifier physiologie et gestion... Les contraintes multiples posées sur les corps de la mère et du naissant\* sont tellement habituelles, routinières, rituelles qu'elles sont devenues invisibles pour la majeure partie des femmes occidentales, qui ne les considèrent plus comme des contraintes mais simplement comme des façons de faire, uniques, indispensables, incontournables... voire comme LA meilleure manière d'accoucher, celle qu'on ne peut refuser sous peine de se retrouver étiquetée mauvaise mère, irresponsable, membre de secte... quand ce n'est pas menacée du retrait de l'enfant par les services sociaux aussitôt la naissance.

Par contre, pour l'équipe médicale, ces contraintes ne sont pas invisibles, puisqu'elles constituent l'ossature même de leurs actions, l'armature de leur reconstruction protocolaire et artificielle de l'accouchement.

L'accouchement est une confrontation brutale entre l'intime, le sexuel, l'intérieur physique et psychique de la femme, et le social, le culturel, le juridique de l'homme (aujourd'hui, dans la culture occidentale) ; et la rencontre ne peut être qu'explosive, à moins que la femme n'accepte, dans son corps, sa psyché et ses désirs, de se soumettre aux fourches caudines déterminées par l'homme, au risque d'entraver voire de bloquer le processus de la naissance, au risque d'induire dans son corps ou celui de son enfant des pathologies d'une gravité variable, ou à moins que l'homme ne se plie aux nécessités de la physiologie des corps de la femme et du naissant\*, en toute connaissance de cause, présent mais discret, attentif mais inactif, à l'écoute et observateur mais transparent...

## II. AILLEURS, DANS LE TEMPS ET L'ESPACE - AUTRES PARADOXES :

### II.1. HIER :

L'accouchement physiologique est souvent qualifié « d'accouchement à l'ancienne ».

L'ancien temps, paré de tous les vices et de toutes les vertus est souvent le socle de discours qui s'opposent tant dans le fond que dans les conclusions.

Par « ancien temps », on entend souvent par « avant les antibiotiques, avant que les femmes n'accouchent toutes à l'hôpital, du temps des mères des mères de nos mères... », de ces temps magiques (ou maudits) où la pollution ne nous encomrait pas les poumons (mais c'étaient alors les tuberculose, pleurésie et autres pneumonies qui nous suffoquaient), où les femmes étaient libres d'accoucher chez elles (y'avait pas d'autre choix... et dans quelles conditions), sans risque d'infection nosocomiale ni d'erreur médicale (mais au danger d'infections endémiques multiples, et d'interventions médicales autrement plus aléatoires, dangereuses et douloureuses...).

Paradoxe donc de qualifier l'accouchement physiologique d'accouchement à l'ancienne ; l'ancien temps d'hier pas plus que l'hôpital d'aujourd'hui ne favorisait la physiologie : endémies, malnutrition chronique, hygiène et salubrité inconnues, séquelles ostéoarticulaires handicapantes, contraception inexistante, information absente, conditions de travail inhumaines... faisaient le lit de grossesses difficiles, épuisantes, parfois interrompues dans des conditions inimaginables, entraînant ipso facto des accouchements souvent dramatiques, à hauts risques pour la mère et l'enfant.

## II.2. DU COTE DE L'ETHNOLOGIE :

Il y a peut-être, ici et là, quelques populations qui vivent à l'abri des endémies, bien nourries, dont l'eau est salubre, avec des soignants efficaces. Et si ces populations ne sont pas gangrénées par des légendes dramatiques d'accouchement, ni par des coutumes barbares et mutilantes telles que l'infibulation, peut-être que ces populations connaissent des accouchements réellement physiologiques... Mais ce n'est pas le cas de la majorité des peuples qui vivent sur la terre, loin de là, car cette majorité vit actuellement dans des conditions que connaissaient la population française il y a quelque cent, cent-cinquante ans, voire pire.

Donc... là aussi, c'est un paradoxe que d'affirmer que l'accouchement physiologique est un accouchement « sauvage », « non civilisé », outre le fait que toute population, quelle qu'elle soit, se considère comme LA population civilisée par excellence, et qu'elle a ses propres rites et croyances concernant le mariage, la sexualité, l'accouchement : pour certaines peuplades africaines, les Occidentaux sont d'une bestialité incompréhensible, eux qui refusent d'exciser leurs femmes...

## III. LES ETUDES MEDICALES :

Les études médicales, les recherches poussées faites par des dizaines de médecins... Voilà peut être une base solide sur lequel poser et définir l'accouchement physiologique.

Mais tout d'abord... qui commande ces études ? Qui les finance ? Des laboratoires qui, sous couvert d'humanisme et d'aide aux femmes, travaillent activement à rechercher quoi provoque quoi, le pourquoi des choses, et les moyens de les faciliter ? Des associations soucieuses avant tout du bien-être de la mère et de l'enfant, de l'amélioration de la santé globale, cherchant avant tout à savoir « comment cela se déroule » dans des conditions optimales, et comment faire en sorte que ces conditions optimales soient offertes au plus grand nombre ?

### III.1. LA PISTE DES LABORATOIRES

Ces laboratoires sont avant tout des sociétés commerciales. Quel est le moteur reconnu de toute société commerciale ? Le profit. Une société commerciale, que ce soit dans le domaine de la nourriture infantile (croyez-vous vraiment qu'ils veuillent faciliter la tâche des mamans et protéger la santé des enfants ? Cela, c'est l'alibi, l'argument publicitaire... et cela marche), dans le domaine de l'alimentaire, du textile ou... de la santé : on recherche ce qui peut rapporter, donc ce qui touche (dans les deux sens du terme : dans le sens d'émouvoir, et dans le sens du concret : être concerné par) le plus de monde possible, tout en coûtant à celui qui le produit le moins possible, surtout en termes de main-d'œuvre et de compétences, et à celui qui l'utilise suffisamment cher pour que cela soit rentable (ou, si cela rapporte peu, il faut que cela soit nécessaire souvent à des milliers de personnes). Peut-on légitimement penser que ces sociétés vont effectuer des recherches dans un domaine qui a priori ne nécessite pas de matériels ni de produits, sauf pathologie (et la pathologie est rare si on ne la provoque pas...), qui ne réclame seulement qu'un professionnel chevronné, attentif et discret (ce qui, par contre, se paie cher en terme de formation, de pratique et de temps) ? En d'autres termes, pourquoi investir dans la formation d'accompagnement de l'accouchement physiologique des sages-femmes, alors que la péridurale existe, et permet à la même sage-femme de suivre non pas une femme en travail, mais quatre ou cinq en même temps ? Pourquoi faire des recherches sur les positions d'accouchement qui faciliteraient le travail, alors qu'il existe les ocytociques, les forceps, la césarienne, et pour les périnées massacrés, la rééducation périnéale, voire en dernier recours la chirurgie ? Pourquoi faire simple et moins cher, quand on peut faire compliqué et rentable ?

Les études financées par ces labos, réalisées par des médecins, sont basées sur la comparaison de deux groupes (poétiquement dénommés « cohortes ») ; l'un pour qui on laisse les choses se faire, dans une situation donnée précise, avec un protocole minutieusement encadré, l'autre où l'on intervient, là encore avec beaucoup de minutie, en tentant de faire en sorte que le plus de paramètres possible soient sous contrôle. Le problème majeur surgit du fait que le groupe sans intervention dit « physiologique » (ou groupe témoin) est un groupe sur lequel il y a en réalité de nombreuses interventions (position imposée, immobilité forcée, utilisation de produits et d'actes de routine, présences inopportunes, lieu inconnu, vêtements standards imposés...) qui interfèrent nettement avec le déroulement de l'accouchement. Ce dernier, dans ces conditions, est donc loin d'être physiologique ni naturel, même s'il paraît eutocique. Donc les résultats obtenus dans les études menées avec ces protocoles sont totalement faussés, puisqu'elles ne comparent pas l'accouchement physiologique *versus*

l'accouchement médicalisé (avec tel ou tel protocole, tel ou tel produit, telle ou telle intervention...) mais simplement deux types d'accouchement médicalisé.

A qui viendrait-il l'idée de préparer le programme d'entraînement d'un marathonien olympique en croisant les performances d'aveugles marathoniens (avec et sans canne, avec et sans guide, avec et sans chien), avec celles d'unijambistes (de la jambe gauche, de la jambe droite, avec ou sans prothèse...) et celles de sportifs pratiquant la course en sacs (sacs en jute, sacs de pommes de terres, jambes libres dans le sac ou préalablement entravées)... et pour servir d'étalon de référence, les chronos de sportifs en fauteuil roulant (sur différents types de fauteuils, bien évidemment) ? Pourrait-on espérer apprendre des informations utiles sur la digestion normale en étudiant celle ci sur des cohortes de sujets installés la tête en bas, sanglés contres des parois verticales, bardés de capteurs en tout sens, nourris à la cuillère par du personnel médical plus ou moins pressé, plus ou moins motivé, plus ou moins stressé, les sujets en question étant bien évidemment gavés de produits divers censés compenser les effets néfastes de leur position ? Paradoxalement, c'est sur ce genre d'études complètement biaisées que s'est construit l'obstétrique, c'est sur ces normes artificielles que l'on juge du déroulement d'une grossesse et d'une naissance, des risques qu'elle peut comporter, des remèdes à y apporter, c'est à l'aune de la pathologie qu'on tente de définir la physiologie. Ces études médicales nous apprennent beaucoup sur ce que peuvent supporter les corps des femmes et des naissants\* durant le travail, dans des conditions complètement inadaptées à leurs besoins, ainsi que sur les pathologies induites par ces conditions inadaptées, et les façons de tenter de corriger ces pathologies en essayant de ne pas en provoquer d'autres ; mais ces études ne nous apprennent vraiment pas grand chose sur ce qu'est un accouchement physiologique.

### III.2. LES AUTRES RECHERCHES:

a) Qui les fait :

Il existe au moins une instance internationale qui s'est penchée sur ce problème depuis longtemps, et à ma connaissance, une initiative venant d'Angleterre qui a abattu beaucoup de travail.

- L'Organisation Mondiale de la Santé a déterminé depuis plus de vingt ans les conditions idéales pour qu'un accouchement se déroule au mieux de la physiologie de la mère et du naissant\*, et les moyens simples, peu onéreux d'y accéder ; de nombreuses publications\*\*, rédigées par des médecins sur la base d'études fiables, faciles d'accès, expliquent ce qu'il faut faire et ne pas faire, pourquoi et comment. Ce n'est pas caché, ce n'est pas cher, ce n'est pas difficile. On peut naïvement croire que de nombreux gouvernements aient décidé, pour le bien de tous, de répandre ces connaissances au sein de ses professionnels de l'obstétrique, de les inclure dans les études médicales, de les imposer dans les lieux où les femmes donnaient la vie.

Eh bien non, du moins pour ce qui est de la France et du corps médical français, qui ne se sent pas impliqué par ce travail réalisé par des médecins venus de partout, pour qui l'OMS n'existe que pour les pays pauvres, pour qui les femmes françaises accouchent sans doute radicalement différemment des autres... Non, l'obstétrique française ne se sent absolument pas concernée par les études et conclusions de l'OMS, au mieux les ignore superbement, au pire les vilipende sans concessions.

. Un chirurgien français devenu sage femme, que les hautes instances médicales françaises ont ignoré et méprisé, a mis sur pied en Angleterre (qui l'a accueilli à bras ouverts) un organisme de recherche\*\*\* qui centralise et compile les études faites à travers le monde entier autour de la périnatalité, de la grossesse aux répercussions de la vie fœtale et de l'accouchement sur la vie du bébé et de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte qu'il deviendra ; c'est une base de donnée très fournie et très importante qui existe sur Internet, et nombre de rapports sur les conséquences qu'on peut tirer de cette base de données sont compilés et vendus, même en français... Qui l'utilise, en France ? Quels sont les obstétriciens, sages femmes, équipes soignantes qui prennent en compte ces informations tirées de milliers d'études réalisées à travers le monde, depuis des dizaines d'années ? Bien peu en vérité, pour ne pas dire personne... Ces recherches vont plus ou moins à l'encontre d'études réalisées par des laboratoires connus, et ne sont prises en compte, en France, que par des personnes en dehors de l'orthodoxie médicale (donc suspectes de répandre des idées dangereuses, voire sectaires... Pas de preuves, de vagues soupçons corroborés par un désir forcené d'avoir raison, d'être dans son bon droit voire de protéger la population, et basés plus sur des rumeurs que sur des faits, et ces soupçons suffisent à déconsidérer l'intégralité du travail).

. Il y a, en outre, un nombre non négligeable de personnes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, psychologues, puéricultrices, pédiatres, pédopsychiatres (liste non exhaustive) qui ont mené, chacun dans son coin, leurs propres recherches, fait leurs propres découvertes, élaboré leur propres méthodes... Un nombre avéré de ces chercheurs ont rencontré les foudres plus ou moins destructrices de leurs collègues, de l'Ordre des

médecins ou celui des sages-femmes, voire la justice, pour des pratiques jugées dangereuses pour la santé publique.

Dangereuses, ces pratiques ? Dangereux, d'écouter les femmes ? Dangereux, de les informer ? Dangereux, de ne pas suivre aveuglément les protocoles établis ? Dangereux, de ne pas accueillir un naissant\* par des tubes, des sondes, des gants en plastiques ? Dangereux, de donner priorité à l'allaitement, même de longue durée ? Dangereux, oui ô combien... Mais pas pour les femmes, pas pour les bébés, pas pour les familles ; dangereux pour l'ordre établi, dangereux pour les labos, dangereux pour tous ceux pour qui il n'est de bonne parturiente que silencieuse, couchée et attachée, sous péridurale...

Mais quels bénéfices ne pourrait-on pas tirer si l'on pouvait rassembler tous ces chercheurs isolés, leur permettre de continuer à chercher et à pratiquer dans les meilleures conditions, coordonner leurs travaux et pouvoir offrir aux femmes, aux couples, à la société les fruits riches et si variés de leurs découvertes !!!

b) Ce qu'ils affirment :

Voici, en très bref, ce qui peut être recueilli des travaux et recherches compilés :

\* concernant la grossesse :

- c'est une situation physiologique qui ne nécessite qu'une surveillance empathique et chaleureuse ; un minimum d'exams est nécessaire, mais il est iatrogène voire maltraitant de les multiplier, quand aucun signe d'appel n'invite à le faire (par exemple, en France, la femme enceinte subit un toucher vaginal par visite, ce qui ne se justifie absolument pas ; le nombre d'échographies ne devrait pas excéder une ou deux),

- c'est également un moment privilégié pour la future maman de revisiter son enfance (un moment de « transparence psychique », selon les psys), et régler ses comptes avec sa propre naissance, sa propre mère ; qu'à ce moment la personne qui accompagne la femme se doit d'être vigilante sur ce qui est suggéré et dit de son passé, de façon à pouvoir envisager l'éventualité de la nécessité d'un travail psychologique qui permettrait d'éviter que des situations passées ne se réactualisent et ne se rejouent (et éviter également nombre de problèmes à la naissance, voire des perturbations du lien mère-enfant, lesquelles sont susceptibles de retentir sur toute sa vie), et peut être également un travail corporel (avec un ostéopathe par exemple) afin de faciliter l'adaptation du corps de la femme à la grossesse, et éviter nombre de troubles (sciatiques, lombalgies) qui parfois empoisonnent ce temps précieux,

- la femme enceinte a besoin de quelque chose qui existait auparavant, mais qui a disparu dans nos sociétés occidentales : être entourée, portée par un « tissu social » autour d'elle, présent mais discret, prêt à l'écouter et à l'informer (un maternage en bref ; il est difficile de bien mater si l'on n'a pas été bien maternée soit même) ; jamais la femme enceinte n'a été aussi seule, et c'est un facteur d'insécurité profonde, cette insécurité intime qui fait que n'importe quel signe physique est traduit en « drame potentiel » et nécessite l'intervention rapide d'un médecin ...

- une femme enceinte en détresse (détresse sociale, affective, financière, psychologique, familiale) autant qu'une femme enceinte atteinte d'une pathologie (préexistante à la grossesse, induite par elle, ou fœtale) nécessite un accompagnement encore plus soutenu, un tissu social encore plus présent pour l'aider à se réapproprier cette grossesse, cet accouchement, ce bébé qui arrive (ou qui n'arrivera pas...) et faciliter la naissance du lien mère enfant,

- la grossesse est le moment où le fœtus se construit, et c'est alors une véritable éponge ; il absorbe de la même façon les nutriments nécessaires à sa croissance, les émotions qui bouleversent sa mère, les maladies et médicaments, les drogues, le tabac, l'alcool... et cette « influence prénatale » peut se répercuter sur toute sa vie future...

- sa mère aussi s'imprègne profondément, notamment de paroles et de paroles de poids : celle des soignants ; il est nécessaire pour eux de le savoir et d'appliquer ce savoir, dans leur contact avec les femmes enceintes, nécessaire et indispensable de pratiquer, au même titre que l'asepsie physique, une asepsie verbale, (et ce, même après la naissance, que ce soit auprès de la mère que du nourrisson),

- une préparation à l'accouchement est souhaitable pour ne pas dire indispensable, qui peut regrouper plusieurs spécialités différentes : chant prénatal, yoga, piscine, d'autant plus si la femme souhaite se passer de péridurale,

- un projet de naissance à bâtir entre la femme, le couple et les personnes qui accompagneront l'accouchement est une approche riche et fructueuse, qui permet à chacune des parties en cause de poser ce qui est possible ou pas pour chacun, sachant que tout acte fait par le médecin ou la sage-femme sur le corps de la femme durant la grossesse (touchers vaginaux, examens sanguins et échographiques, amniocentèse, décollement des membranes,...) et à l'accouchement (péridurale, injection d'ocytocique, épisiotomie...) ou celui du bébé (intubation, sondage, dextro, biberon de glucose, vaccin BCG à la naissance...) doit faire l'objet d'une information claire et appropriée, et d'un consentement libre et éclairé, et ce, que ce soit avant, pendant ou après la naissance.

\* concernant l'accouchement, et après :

- une femme en bonne santé est physiquement et psychologiquement (sauf si on l'a convaincue du contraire) apte à accoucher sans médicalisation ni risque majeur ; et les conditions dans lesquelles cela réussit le plus facilement sont loin d'être celles proposées à l'hôpital : lieu intime et chaleureux, peu de personnes présentes, discrètes et connues, une ambiance calme, silencieuse et semi obscure, éventuellement la possibilité de prendre un bain chaud, la liberté de mouvements et de positions, la liberté de crier si le besoin s'en fait sentir, pas de stimulation du cortex,

- quand la femme accouche à l'hôpital, il serait nécessaire de pouvoir lui proposer un lieu et un accompagnement lui permettant d'accoucher dans conditions proches de celles de son domicile, et avec les personnes de son choix,

- les pathologies (prématurité, dystocie, souffrances fœtales, hémorragies maternelles...) susceptibles de venir perturber chaque accouchement, même quand la grossesse s'est bien déroulée, même quand aucun signe d'appel n'est présent, sont infiniment plus rares quand la femme a été accompagnée dans les conditions précisées ci-dessus et quand les conditions d'un accouchement physiologique sont respectées ; la majorité des pathologies qui surviennent à l'hôpital n'étant que le résultat prévisible de la position imposée, de l'immobilité forcée, des produits injectés, des manœuvres effectuées ; les pathologies letales dramatiques qui surviennent en quelques secondes (embolie amniotique, infection fœtale foudroyante, nœud au cordon qui se coince et se bloque, asphyxiant le fœtus...) sont rarissimes (à peu près autant de risques que de mourir à cause d'une météorite qui vous chuterait sur la tête)... et tout autant mortelles à l'hôpital... Il a été démontré qu'il n'y a pas moins de dangers à accoucher à l'hôpital que chez soi avec une praticienne expérimentée et attentive, que ce soit pour la mère ou pour le bébé,

- le naissant\* pose sa première décision en participant au déclenchement de l'accouchement ; lui retirer d'autorité, quand ni sa vie ni celle de sa mère ne sont en danger cette première décision, c'est le considérer comme un objet ou un animal dont on peut disposer sans qu'il ait son mot à dire, c'est déjà faire preuve de toute puissance parentale, qui décide de tout sans tenir aucun compte de l'enfant ; pourtant, c'est SA naissance qui se joue là, un événement hautement significatif, physiquement, psychologiquement, émotionnellement et symboliquement.

L'expulser de sa mère, que ce soit par un décollement des membranes, que chimiquement ou quand rien n'y fait par forceps ou césarienne, est un acte de tyrannie absolu. De même qu'utiliser systématiquement morphiniques et ocytociques, de même qu'imposer à sa mère une position qui lui nuit, à LUI, de même qu'user sans nécessité de césarienne, forceps et ventouses, qui devraient être considérés comme des outils thérapeutiques indispensables... quand la situation l'exige, c'est à dire quand le pronostic vital de la mère ou de l'enfant est mis en cause. Ces gestes, quand il ne sont pas justifiés médicalement, sont une violence inqualifiable faite à un individu hors d'état de se défendre.

Des études ont mis en relief des corrélations avérées entre les conditions de naissance et la vie de l'individu ; ainsi si la mère est sous morphiniques (péridurale), les enfants issus de ces accouchements se tourneront plus facilement vers l'héroïne, la cocaïne à l'adolescence ; si c'est sous protoxyde d'azote, alors cela sera vers les amphétamines ; une naissance difficile, avec forceps, suivie d'une séparation mère/enfant (ou d'un rejet maternel) favorise un comportement délinquant ; et de nombreux suicides adolescents voire adultes ne font que répéter les conditions de naissance : le suicide par l'asphyxie est étroitement corrélé à une asphyxie à la naissance, les suicides par moyens mécaniques répondant à une naissance violente, instrumentée... comme si l'adolescence était une seconde naissance, celle de l'adulte, qui résonnait de la première naissance et pouvait la rejouer...

- l'allaitement maternel est l'étape logique qui suit l'accouchement ; d'une part il est la première prévention de l'hémorragie de la délivrance (est ce par hasard si en France, il y a trois fois plus de décès maternels en couches par hémorragie de la délivrance que dans n'importe quel autre pays d'Europe ? Serait-ce à rapprocher du chiffre bas d'allaitement maternel à la naissance - moins d'une femme sur deux, alors qu'en Suède, cela dépasse neuf femmes sur dix - ?) et d'autre part, c'est un cadeau inestimable qu'on offre à son enfant et qu'on se fait ; le lait

maternel, quand la femme ne se drogue pas - drogues illégales et légales, tabac, alcool, médicaments -, et a une vie équilibrée, est l'assurance pour l'enfant d'une santé meilleure que ce soit à court, moyen et long terme, que celle que lui aurait donnée un nourrissage au lait de vache modifié dit "lait maternisé".

- socialement, la jeune mère se retrouve souvent brutalement dans une situation de solitude d'autant plus difficile qu'elle n'est pas prévue : la famille est loin, le plus souvent, les amies qui n'ont pas d'enfant ne se sentent pas concernées, les voisins sont inconnus ; et pour une jeune maman qui n'a pas vraiment eu de bébé dans son entourage très proche, cela peut être une expérience terrifiante de se retrouver à la sortie de la maternité, seule (même si le père est là), avec ce nourrisson dont elle a la responsabilité... et ce ne sont pas les multiples articles, livres, émissions télé qui remplaceront une présence chaleureuse, disponible, compatissante et aidante auprès d'elle ; une association de jeunes mères ou un réseau de femmes amicales, tolérantes et « connaissantes » pourraient avantageusement aider à passer les caps difficiles (coliques du nourrisson, petits troubles bénins mais combien angoissants, nuits blanches qui se répètent, bébé qui hurle des heures sans qu'on sache pourquoi...) et... bénéfice accessoire mais non négligeable : désencombrer les urgences de l'hôpital !!!

\* concernant les professionnels qui s'occupent des grossesses et des accouchements :

- la sage femme est l'interlocuteur privilégié de cette période de la vie ; elle doit être présente dès le début de la grossesse, et accompagner la femme jusqu'après la naissance. Connaissant la femme, elle peut être alors à même de faire la différence entre les pathologies avérées (qui nécessitent de passer le relais à un obstétricien), et les signes d'appel qui ne signalent qu'un problème passager, qu'elle est apte à résoudre.

- il importe que l'obstétricien reste dans son mandat : le soin de la pathologie obstétricale, et ne se mêle pas de disciplines pour lesquelles il n'a pas reçu de formation : par exemple, dire « le déclenchement de convenance n'a aucune répercussion sur le psychisme du nouveau né, maintenant et ultérieurement », c'est un avis personnel non étayé sur des études (l'obstétricien n'est pas psychologue) ou affirmer « l'allaitement maternel et le biberon c'est pareil », c'est une opinion que contredisent de multiples recherches, ou prétendre « avec le déclenchement, la péridurale, l'épisiotomie (etc), il n'y aura aucun problème... si vous faites comme je le dis, tout se passera bien... avec la programmation, vous êtes sûre d'avoir un accouchement parfait... », ce sont des prédictions (il est voyant ?) qui risquent fort d'être démenties par les faits, et pourraient entraîner des poursuites judiciaires...

Dans le même registre, une grossesse et l'accouchement qui s'ensuit n'ont pas à être surveillés par un obstétricien, sauf si des signes avérés d'appel sont présents ; il est démontré qu'une grossesse normale suivie par un médecin spécialisé dans la pathologie de la grossesse et de l'accouchement est, plus qu'une grossesse accompagnée par une sage femme, à risque d'être perturbée par des interventions inutiles et iatrogènes, susceptibles d'entraîner de véritables pathologies. En France, la femme a la liberté de choix de son praticien, et ce n'est pas cela qu'il s'agit de remettre en cause ; simplement, que chacun reste dans sa spécialité ; si un obstétricien souhaite suivre des grossesses normales, qu'il devienne sage-femme ! On imagine sans peine comment serait accueillie une sage-femme qui se mêlerait de vouloir suivre de bout en bout et seule des femmes « à risque » (eclampsiques, diabétiques...) ; alors pourquoi accepter sans sourciller qu'un obstétricien suive des femmes dont l'état ne le justifie pas ? Que penserait-on d'un généticien qui voudrait gérer les soins quotidiens d'un enfant atteint de myopathie, d'un gastro-entérologue qui donnerait des consultations de diététique, d'un oto-rhino-laryngologue qui se mêlerait d'éduquer l'oreille musicale des enfants ? Est ce qu'un académicien est la personne la plus à même d'apprendre à lire à des enfants, ou un physicien quantique, celle qu'il faut aller voir quand sa machine à laver tombe en panne ? La liberté de choix du praticien doit s'exercer dans le respect de la spécialisation de chacun des professionnels. Prendre un obstétricien pour suivre une grossesse qui ne le nécessite pas, c'est cautionner et justifier sa prise de pouvoir sur un domaine dans lequel ce spécialiste n'est pas formé, pas préparé, qu'il ne connaît que par « absence » : l'absence de pathologie. Et l'absence de pathologie est loin d'être « seulement » la physiologie qui est un domaine bien spécifique, dont la sage femme est la spécialiste.

- La judiciarisation « à l'américaine » de la grossesse et de l'accouchement est un problème éminemment préoccupant, qui ne peut que pourrir les relations entre soignants et femmes enceintes, engendrer une méfiance exacerbée des uns envers les autres, nocive pour tous, entraîner une foule d'effets pervers en cascade : désertion des spécialisations médicales les plus à risques, augmentation des primes d'assurance exponentielle, création de protocoles médicaux « anti procès » toujours plus rigides, enfermant la femme, le naissant\* et l'équipe médicale dans un carcan inhumain, concentration toujours plus grande des maternités afin de rentabiliser les multiples spécialistes indispensables aujourd'hui à un accouchement (il ne manque plus que l'obligation d'un huissier de justice à chaque naissance pour attester du déroulement « conforme » de l'accouchement...), fuite des professionnels déjà en place (sages-femmes notamment, pour qui il s'agit d'une véritable hémorragie) vers des professions moins à risque, exigences irrecevables et irréalistes des parents d'avoir une grossesse idéale, un accouchement sans douleur et sans aucun risque, un enfant parfait (sans maladies, sans handicaps, sans anomalies, conforme, normal, dans le moule...)... puisqu'avec le diagnostic préimplantatoire, ou avec

l'échographie, ou avec les examens sanguins, ou avec les progrès de la médecine... cela est promis en filigrane des discours médiatiques et médicaux...

### **Pour résumer ce chapitre :**

D'un côté, des études faussées à la base, faites pour le profit, soutenues par de nombreux appuis qui n'ont souvent pas grand chose à voir avec la physiologie de l'accouchement. Sachant que les décisionnaires de certains labos sont également acteurs dans l'économie, la finance, le droit et la politique soit directement soit par relations interposées, il est facile de conclure que les décisions des uns et des autres au niveau de la politique peuvent être plus influencées par des arguments d'ordre juridique, financiers et autres que par des nécessités médicales et sociales. L'application depuis des dizaines d'années de ces études officiellement agréées a abouti à des résultats français déplorables en matière de morbidité/mortalité fœto-maternelles, à la fermeture inconsidérée de dizaines de maternités, à la création de structures concentrationnaires pouvant gérer des milliers d'accouchements par an, et d'établissements censés prendre en charge les femmes avant et après l'accouchement (qui ne sont, bien souvent, que le recyclage hâtif de certaines maternités).

Et de l'autre, des études réalisées dans un but d'amélioration, mais qui ne sont pas acceptées par l'élite médicale puisqu'elles vont plus ou moins radicalement à l'encontre de ce qui est enseigné, développé, mis en pratique aujourd'hui partout dans l'Hexagone. La France a basé son obstétrique sur des recherches biaisées, assises sur la pathologie et la soumission du corps de la femme aux impératifs médicaux, financiers, politiques... Les mises en pratique logiques de cette démarche continuent de s'imposer, soutenues par le ministre de la santé, plébiscitées par l'intelligentsia de l'obstétrique française, acceptées par la majorité des femmes.

### **IV. EN GUISE DE CONCLUSIONS PROVISOIRES :**

L'accouchement physiologique n'a guère existé hier, et n'existe aujourd'hui pas beaucoup plus, que ce soit ailleurs dans le monde ou dans nos hôpitaux.

Pourtant, maintenant, dans les pays occidentaux, il y a une chance qui n'a sans doute jamais existé auparavant ; chance, parce que la population est saine, pas de maladies vraiment endémiques, il y a un accès facile à de l'eau salubre, une nourriture adaptée, une contraception et des soins efficaces, une information dépolluée de légendes dramatiques, un travail quotidien qui n'est plus éreintant ni handicapant... Je ne sais pas si un jour ces conditions ont déjà existé pour des millions d'individus... Chance que la femme occidentale, n'importe quelle femme qui le désire, ne soit pas entravée ni physiquement (par ces séquelles de maladies par ex), ni psychologiquement (par des mythes destructeurs, que ce soient des mythes raciaux, sociaux, religieux ou familiaux), ni financièrement, ni culturellement pour pouvoir vivre cette aventure extraordinaire, ce passage fondateur, cette initiation irremplaçable qu'est un accouchement vécu dans le respect de ses besoins et de ceux de son bébé, un accouchement physiologique.

Encore faudrait-il qu'elle le sache et qu'elle veuille le savoir, encore faudrait-il qu'elle cesse de prendre pour parole d'évangile le discours médical, encore faudrait-il qu'elle accepte de prendre ses responsabilités, de s'informer, de s'autonomiser, de choisir... Et encore faudrait-il qu'elle trouve les personnes capables de l'accompagner dans cette démarche, des personnes tolérantes, respectueuses, à l'écoute.

En nos temps dits modernes, le reproche le plus fréquent fait aux parents est la démission de leurs rôles de parents; mais... ces femmes, ces hommes qui sont parents ne sont pas pour autant schizophrènes : acceptant d'être infantilisés, manipulés, soumis durant la grossesse et l'accouchement (à ces moments si importants où ils accèdent visiblement à leur statut de parent), comment pourraient-ils brutalement devenir, d'un coup de baguette magique, autonomes et responsables de leurs enfants dans les semaines qui suivent ?

Et les enfants à qui ces femmes donnent le jour ne sont pas non plus schizophrènes : ils apprennent très vite (dès leur naissance), qu'ils sont des objets manipulables par autrui sans raison (pour eux), ils apprennent très vite la séparation (quelques minutes après leur arrivée), ils apprennent très vite la douleur inutile (dès les premiers soins) et rendue inhumaine par l'absence totale d'explication, ils apprennent très vite qu'il y a des choses qui consolent (tétine et doudou) ou qui sont censés consoler l'absence de celle qui est littéralement leur univers : leur mère, et ce, parfois dès le premier jour de vie, ils apprennent très vite à se contenter d'un liquide froid ou tiède (le lait de vache modifié dit lait maternisé), pas adapté à leurs corps ni à leurs besoins, dont le goût est toujours le même... et cela se grave profondément dans leur être même... Comment s'étonner dix huit ans après d'avoir des individus plus intéressés par l'avoir (les objets) que par l'être (l'humain), instables, incapables d'attachements profonds et durables, se nourrissant préférentiellement d'une nourriture au goût insipide et trop

riche, recourant aux drogues illégales ou légales (tabac, alcool, médicaments) pour un oui pour un non, pas autonomisés et irresponsables envers eux mêmes et envers les autres ? N'est ce pas ce qu'on leur apprend dès leurs premières minutes de vie aérienne ?

\*\*\*\*\*

\* Naissant : Néologisme créé par le Dr. C.E. Tourné, gynécologue obstétricien, désignant « le fœtus en mouvement de naître » comme acteur de sa propre naissance. Il recouvre au plus juste et tout à la fois l'individu et sa volonté d'advenir à la lumière, le mouvement de cette naissance et la continuité entre le fœtus dans le ventre de sa mère, et le bébé à l'air libre. Ce terme est explicité amplement dans ses ouvrages « Naissance et Maltraitance », Cahiers de l'Université de Perpignan, et « Le Naître Humain - Cette Naissance qui vient à l'Homme », l'Harmattan.

\*\* voir le site de l'OMS :

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/French\\_MSM\\_96\\_24/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html)

\*\*\* Primal Health Research - 59 Roderick Road - London NW3 2NP (Angleterre) –

[www.birthworks.org/primalhealth](http://www.birthworks.org/primalhealth)

***ARTICLE PARU DANS SA PRESQUE INTEGRALITE DANS :  
LES DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE N°325 – MARS 2004***