

sible d'identifier la source des difficultés liées à l'accouchement.

Féminisme ou maternité : doit-on choisir ?

Malgré la « libre maternité », alors que 800 000 femmes par an sont concernées par la grossesse et l'accouchement, comment expliquer que les luttes pour l'autonomie des femmes et « la naissance respectée » restent confidentielles ?

La dissociation entre sexualité et procréation, symbole de l'émancipation sexuelle des femmes, empêche-t-elle de penser la grossesse et l'accouchement – même choisis – comme des événements faisant partie intégrante de la vie sexuelle ?

Ainsi, ces événements restent en dehors du champ des luttes féministes qui ont encore à défendre le droit à l'avortement, toujours menacé...

Pourtant, la grossesse, l'accouchement, et la maternité peuvent aussi être des expériences d'empowerment²¹.

C'est pourquoi, malgré la peur du naturalisme²² qui assigne le féminin, les mouvements féministes se doivent aujourd'hui de poursuivre et d'étendre leurs luttes en agissant pour le droit intégral à disposer librement de son corps.

21 Au plan individuel, il s'agit d'un processus d'autonomisation, par le développement de l'estime de soi et de la confiance en soi, ainsi que de son pouvoir d'agir. Au niveau collectif, c'est un processus communautaire de participation, de communication et de coopération, qui vise l'action politique et la transformation sociale.

22 Doctrine philosophique proche du différentialisme, qui postule que les hommes et les femmes auraient des attitudes, goûts, et comportements différents par nature.

La grossesse et l'accouchement : histoire d'une maladie pas comme les autres

Synthèse partielle réalisée par Béatrice Cascales et Laëtitia Négrié à partir du mémoire de Conseil Conjugal et Familial écrit par Laëtitia Négrié « *Enfanter où je veux, comme je veux – Plaidoyer pour l'extension des luttes féministes pour le droit à disposer de son corps* » – Planning Familial de Montpellier, 2011. Brochure éditée par les éditions du Con qui s'adore en novembre 2014.

C'est en devenant mère à 22 ans j'ai pris conscience que les rapports sociaux de sexe régissaient toute ma vie, et que la maternité amplifiait, d'un certain point de vue, le caractère vulnérable de mon statut social. Le féminisme est alors né en moi comme une évidence.

Je milite contre les violences obstétricales depuis plus de 10 ans. Je me suis d'abord orientée vers le soutien émotionnel des femmes qui attendent un enfant, en leur proposant des entretiens d'écoute, et en leur apportant des informations en vue d'acquérir une autonomie. Je me suis progressivement formée au métier d'accompagnante à la naissance, puis suis devenue formatrice.

Par ailleurs, en parallèle, j'ai occupé différents jobs et j'ai accompagné des femmes et des jeunes confronté.e.s à différents types de violences.

Je me suis ensuite formée au conseil conjugal et familial au Planning, où j'ai écrit en 2011 un mémoire intitulé « *Enfanter où je veux, comme je veux, plaidoyer pour l'extension des luttes féministes pour le droit à disposer de son corps* ». C'est là que j'ai rencontré Béatrice, qui m'a soutenue dans l'écriture, et la lutte.

Laëtitia

C'est en travaillant au Planning pendant 15 ans en tant qu'écouterne, formatrice, et intervenante en éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, que je suis devenue féministe.

Auprès des personnes en situation de handicap, et des adolescent.e.s, j'ai découvert que certains publics et certaines questions cruciales pour le féminisme n'intéressaient pas la plupart des féministes autour de moi. Je me suis aussi aperçue que le raccourci idéologique selon lequel la contraception libère les femmes empêche de s'intéresser réellement à la façon dont les femmes vivent leur capacité à mettre au monde des enfants, à penser la complexité de la place et du rôle de cette potentialité dans leur existence, et surtout d'en faire une préoccupation politique.

La rencontre avec Laetitia m'a fait prendre conscience que la prise en charge médicale de la maternité était un impensé du féminisme.

Béatrice

Avec d'autres militantes, nous avons participé à la création du groupe Maternité Choisie du Planning Languedoc-Roussillon, qui a pour but de sensibiliser les féministes à la question du droit à disposer de son corps pendant la grossesse et l'accouchement.

Cette brochure est une synthèse de la première partie du mémoire. Nous continuons notre réflexion, et travaillons à une seconde brochure sur la dimension sexuelle de l'enfantement au regard du féminisme.

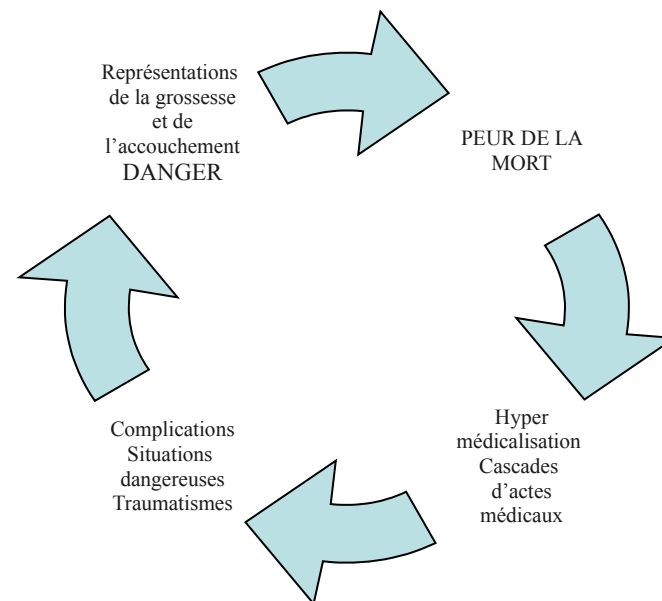
Les luttes pour l'accès à la contraception et à l'IVG donnent l'illusion aux femmes qu'elles contrôlent entièrement leur fécondité. En réalité, il semble que la maîtrise de la fécondité se limite encore à la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse.

En effet, le droit à disposer de son corps dans le cadre de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ne peut s'exercer librement, ce qui ré-assigne les femmes à une simple fonction

Malgré toute cette technologie de pointe, les représentations négatives de l'accouchement perdurent : peur de la mort, douleur systématique²⁰ et insoutenable. Comme ces représentations sont directement entretenues par les souffrances, humiliations, dépossessions générées par l'hypermédicalisation, la boucle est bouclée !

L'atteinte à la liberté de choix et au droit à disposer de son corps pendant la grossesse et l'accouchement : un phénomène peu visible

Laëtitia Négrié



On se rend compte que les représentations qui circulent autour de la grossesse et de l'accouchement, l'hypermédicalisation et ses conséquences obéissent à un cycle. Cycle qui rend peu visible l'atteinte à la liberté de choix et au droit à disposer de son corps pendant la grossesse et l'accouchement, car il devient presque impos-

20 Voir à ce sujet le film « *Orgasmic birth* » de Debra Pascali Bonaro.

lorsqu'une femme s'oppose à des actes, on lui répond qu'il n'y a pas d'autre choix, que « c'est le protocole » et ce en dépit de l'article 1111-4 du code de la santé publique selon lequel aucun acte ne peut être posé sans le consentement libre et éclairé d'une patiente. Par ailleurs, il est très fréquent d'entendre des propos qui sont des procédés d'intimidation sur la santé de l'enfant à naître qui dissuadent de nombreuses mères de s'opposer plus longtemps.

De plus, le caractère particulièrement intime et intense de l'accouchement rend difficile la contestation, et ce d'autant plus que la femme est allongée, le sexe exposé, à la vue de plusieurs personnes, debout en blouse blanche.

En outre, lorsqu'on prend le temps de donner une écoute de qualité aux femmes qui ont subi l'hypermédicalisation pendant leur accouchement, beaucoup racontent s'être senties dépossédées ; certaines d'entre elles s'expriment de manière semblable aux victimes de violences sexuelles, et parfois même emploient le terme de « viol », ou de « mutilation ». A titre d'exemple des femmes témoignent avoir subi la pratique du « point du mari » : suture de l'épisiotomie qui consiste à resserrer les bords du vagin plus étroitement qu'auparavant, pour « le plaisir du mari ».

Ainsi, le droit à disposer de son corps pendant la grossesse et l'accouchement n'existe pas ; la femme est maintenue dans l'ignorance, est isolée, et ne peut faire de réel choix, en dépit du code de la santé publique. Elle subit des humiliations et des actes iatrogènes¹⁹, au nom du *protocole*. Les arguments de lutte contre la mortalité maternelle et infantile, justifiant l'hypermédicalisation, freinent les prises de conscience.

reproductive. Ces événements de vie mettent entre parenthèses leur statut de sujet pensant et sensible, car ils sont sous l'emprise du pouvoir médical qui nie les droits les plus fondamentaux à disposer de son corps et à choisir ce qui est bon pour soi. Le pouvoir médical peut parfois faire terriblement violence.

1. La grossesse et l'accouchement : représentations sociales, histoire et éléments de compréhension

Principales représentations sociales au sein de la société

- Accoucher est un acte douloureux, dangereux, qui génère un risque important pour la vie de la mère ou de l'enfant.
- Mettre au monde un enfant est une expérience épanouissante qui permet de s'accomplir en tant que femme.

Au sein du corps médical

- Les femmes enceintes perdent une partie de leur discernement et de leur responsabilité (d'où leur statut de personnes vulnérables).
- Elles ne sont pas capables d'accoucher par elles-mêmes.
- La transmission des savoirs sur l'accouchement entre femmes est dangereuse et invalide.

Une première mise à l'écart des femmes : l'arrivée de la médicalisation¹

Pendant des siècles les femmes ont mis au monde leurs enfants chez elles, dans leurs foyers,

¹⁹ Du grec : provoqué par le médecin ; effets secondaires néfastes pour la santé.

¹ Ce petit tour non exhaustif est principalement inspiré des écrits de Marie-France Morel, ADSP n° 61-62, décembre 2007 – mars 2008, *Naître en France* et d'Yvonne Knibiehler, qui référence de nombreux auteurs dans « *Accoucher, Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle* ».

accompagnées par les matrones et les commères.² Avant l'arrivée de la médicalisation, 1 à 2% des femmes mouraient pendant l'accouchement, mais chaque femme ayant en moyenne 5 enfants, c'est donc 5 à 10% d'entre elles qui y laissaient la vie.³ Cette mortalité était imputée à une étroitesse du bassin (polio...), aux hémorragies du post-partum et aux fièvres puerpérales. La médecine n'était alors d'aucun recours. Les conditions de vie, d'hygiène, le nombre d'enfants, la pauvreté étaient des facteurs aggravants.

Au Moyen-Âge, la médecine était interdite aux femmes.⁴ Ainsi, dès le 17^e siècle les médecins-accoucheurs purent progressivement prendre part aux accouchements. Les « chirurgiens barbiers » pouvaient être appelés pour libérer des femmes dont le fœtus était mort. Peu à peu ils rédigèrent des traités d'obstétrique et souhaitèrent intervenir lors des accouchements ordinaires pour étendre leurs pratiques et gagner davantage d'argent. Petit à petit, la présence des chirurgiens se fit légitime car ils délivraient les femmes des accouchements difficiles. Cette évolution alla de pair avec l'arrivée des forceps, que seuls les médecins avaient le droit d'utiliser. Ainsi progressivement les chirurgiens se rendirent indispensables.

Ces médecins sortirent alors les commères de la périphérie de l'accouchement, enlevant aux femmes le sentiment de sécurité généré par cette solidarité féminine. Ils imposèrent également aux parturientes la position qui était la plus confortable pour eux. C'est ainsi également que la

2 Les matrones étaient des mères qui avaient l'expérience de l'accouchement parce qu'elles l'avaient vécu elles-mêmes, et leurs compétences pour accompagner les femmes en couches leurs avaient été transmises par d'autres matrones. Durant toute cette période, les femmes accouchaient dans la position qu'elles souhaitaient.

3 « Histoire de la naissance en France XVII^e XX^e siècles », Marie-France Morel, *Naître en France* ADSP n°61-62, décembre 2007 – mars 2008.

4 « *Sorcières, sages-femmes et infirmières* » B. Ehrenreich, D English, les éditions du remue-ménage.

leur répondent que ce qu'elles ressentent est psychologique.

Suite à des pressions répétées de la part des usagers et notamment du CIANE, le CNGOF¹⁵ s'est vu recommander en 2005 une diminution de la pratique de l'épisiotomie. Depuis, le CHU de Besançon¹⁶ a réalisé une étude qui a démontré que la pratique de l'épisiotomie était inutile et que son absence ne générait pas plus de risque de déchirures graves, même en cas de forceps ou de ventouse.¹⁷

L'une des rares recommandations pour la pratique de l'épisiotomie reste la détresse fœtale. Il faut savoir également que chaque geste obstétrical est rémunéré à l'acte, selon la T2A¹⁸. On peut penser que cela influe fortement sur les pratiques tout comme les liens qui unissent les laboratoires pharmaceutiques aux pratiques médicales exercent une influence non négligeable.

Des conséquences difficiles à identifier

La plupart des femmes ne sont ni informées des conséquences des actes qu'elles subissent ni du déroulement physiologique d'un accouchement. La préparation à l'accouchement qui leur est proposée les dispose souvent à accepter les gestes médicaux. Bon nombre d'entre elles remercient leur médecin pour les avoir sauvés elles et leurs bébés, sans savoir que ce sont les actes posés en amont qui ont généré le déroulement pathologique de l'accouchement. De plus, bien souvent

15 CIANE : collectif inter-associatif autour de la naissance ; CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens.

16 *Évaluation de la pratique d'une politique d'épisiotomie restrictive*, 2009 Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, A. Eckman, R. Ramanah, E. Gannard, M.C. Clement, G. Collet, L. Courtois, A. Martin, S. Cossa, R. Maillet, D. Riethmuller.

17 Il faut savoir également que la position allongée augmente le risque de déchirure, car cette position n'est ni spontanée ni physiologique.

18 La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du Plan Hôpital 2007, qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé. Ainsi chaque acte réalisé est tarifé.

est une entrave au processus physiologique de l'accouchement.

L'exemple de l'épisiotomie

Pour illustrer les terribles conséquences de l'ignorance de la médecine factuelle, l'exemple de l'épisiotomie parle de lui-même.

L'épisiotomie est un geste qui consiste à sectionner le périnée de la femme au moment de l'expulsion de l'enfant. Pendant de très nombreuses années, cette pratique était justifiée par la volonté de prévenir les descentes d'organes, les incontinenances urinaires et les risques de déchirures, ou de déchirures graves, et de permettre une meilleure cicatrisation. En Angleterre, où les pratiques sont basées sur les données de la médecine factuelle, celle de l'épisiotomie a été arrêtée depuis 25 ans.

En fait et en réalité, l'épisiotomie provoque ce qu'elle est censée éviter. Ainsi il n'est pas rare de voir que l'incision faite a définitivement coupé les tissus érectiles de la vulve qui sont alors remplacés par du tissu cicatriciel. Certaines épisiotomies génèrent des incontinenances urinaires et fécales, et d'autres peuvent sectionner des nerfs liés au clitoris. Elle peut aussi entraîner une désunion des bords pendant la cicatrisation, des hématomes, des infections, une dyspareunie¹³ temporaire ou définitive, des rétractions musculaires ou nerveuses, une inflammation des glandes de Bartholin, des fistules vagino-anales (communication entre les orifices), des pertes de sang très importantes, causes d'hémorragie, et dans des cas extrêmes, être fatale.¹⁴

Lorsque les femmes se plaignent de ces conséquences, de nombreux médecins, désespérés,

position allongée sur le dos, particulièrement inconfortable pendant les douleurs, devint la seule convenable, aux yeux notamment de l'Église qui voyait dans les autres positions un comportement bestial, indécent.

L'instrumentalisation des naissances fut le premier pas vers la médicalisation de l'accouchement.

Vers 1750, les matrones furent l'objet de critiques virulentes de la part des médecins qui les accusaient de mettre les femmes en danger et de « tirer sur tout ce qui se présente en dehors de la matrice ». Les médecins purent profiter du climat de suspicion jetée sur la pratique de l'obstétrique par les femmes depuis le Moyen-Âge pour s'emparer de ce créneau lucratif et discréditer les matrones.⁵

Au début du 19e siècle, le pouvoir royal décida de donner une formation médicale aux matrones. La profession de sage-femme prit alors naissance. En quarante ans, par le biais d'abord de madame du Coudray, puis ensuite par 200 accoucheurs démonstrateurs, environ 12000 sages-femmes furent formées dans tout le pays. La professionnalisation s'effectua donc sous la tutelle masculine.⁶ L'androcentrisme⁷ de la médecine allait poursuivre l'exclusion des femmes de la grossesse et de l'accouchement pour les réduire à l'état d'instrument de mise au monde des enfants.

Progressivement, en parallèle de ces évolutions, les femmes revendiquèrent elles-mêmes le droit de ne plus vouloir mourir en couche ou de perdre leur enfant. Cette volonté légitime permit aussi, hélas, d'installer un contexte favorable à leur

⁵ *Ibid.*

⁶ « *Accoucher, Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle* ». *Yvonne Knibiehler*.

⁷ Mode de pensée, conscient ou non, consistant à envisager le monde uniquement ou en majeure partie du point de vue des êtres humains de sexe masculin.

¹³ Douleurs pendant les rapports sexuels avec pénétrations.

¹⁴ « *Les nouveaux rites de l'accouchement* », Blandine Poitel, L'instant présent.

perte d'autonomie.

Dans les années 1920, avec les débuts de la pédiatrie, les médecins purent avancer l'argument qu'ils étaient les mieux placés pour être les spécialistes du suivi de grossesse et les sages-femmes perdirent encore un peu de terrain.

L'hygiène introduite par Pasteur acheva le parcours de la médicalisation de la naissance. Dans les années 1930 la majorité des naissances dans les grandes villes ont lieu à l'hôpital. Cette évolution s'explique également par une politique nataliste de l'État qui versait une indemnité d'accouchement et des allocations d'allaitement. Ces allocations ne pouvaient être versées que si un suivi précis était mis en place. Même si les sages-femmes pouvaient l'effectuer, les médecins s'en emparèrent, invoquant le fait que leurs compétences leur permettaient de dépister des complications.

La domination patriarcale du corps médical poursuit son emprise.

L'argument ultime de la réduction de la douleur permit au corps médical d'ancrer définitivement sa place dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en répondant à une demande légitime des femmes en général, et des mouvements féministes, d'obtenir enfin la possibilité d'accoucher sans douleur. La technique de l'accouchement sans douleur (ASD) fit son apparition dans les années 1950. Cette technique a eu pour grand avantage d'informer les femmes sur le corps et le fonctionnement mécanique de l'accouchement. Toutefois, certaines d'entre elles témoignent que la technique ne fonctionnait pas et qu'elles s'étaient senties abandonnées et non autorisées à exprimer leurs ressentis. On pense que l'accouchement sans douleur au sens strict du terme ne concernait en réalité que moins de 20 %

elles-mêmes, qui ont accouché de façon dite « physiologique » témoignent de ce besoin d'intimité. Il faut savoir également que toute intervention médicale vient entraver la sécrétion de l'ocytocine, et génère donc un ralentissement, ou un frein au déroulement de l'accouchement.

« C'est le protocole »

Le plus souvent lorsqu'une femme enceinte se présente pour accoucher à l'hôpital ou en clinique, on va lui poser des gestes médicaux systématiques, et ce indépendamment des signes cliniques d'appel présents ou non. On va appliquer le même protocole¹¹ pour toutes les femmes, et ce quels que soient leurs désirs ; on leur fait implicitement croire que c'est obligatoire. Chacun de ces gestes systématiques va constituer la plupart du temps un maillon de ce que l'on appelle « la cascade des actes ». Chaque geste va donc venir heurter le processus normal de l'accouchement, et générer un ralentissement, des douleurs ingérables, des souffrances fœtales ou maternelles. Cette situation va de fait, appeler à poser un autre geste pour gérer le précédent. Parmi ces pratiques entravantes, on compte : le toucher vaginal toutes les heures, la rupture artificielle de la poche des eaux, la pose d'une péridurale à un moment inopportun, l'injection d'ocytocine artificielle, l'obligation de rester allongée en fin de dilatation et pendant l'expulsion, l'épisiotomie, les forceps, et pour finir en bout de cascade, la césarienne. De nombreuses recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et des données de la médecine factuelle montrent en détail en quoi chaque geste, lorsque celui n'est absolument pas nécessaire,¹²

11 Le protocole fait partie du « contrat » entre l'établissement et les assurances. L'appliquer constitue une couverture médico-légale pour les médecins.

12 Lire à ce propos « les 10 plus gros mensonges sur l'accouchement » et « Les nouveaux rites de l'accouchement » de Blandine Poitel.

hypermédicaliser la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

2. Les conditions actuelles du suivi de la grossesse et de l'accouchement : une atteinte invisible au droit à disposer de son corps

La physiologie de la grossesse et de l'accouchement

Le corps féminin n'est pas plus défaillant pour accoucher que pour ses autres fonctions biologiques.

Il est nécessaire de comprendre la physiologie de l'accouchement pour comprendre en quoi l'interventionnisme médical peut porter atteinte à son bon déroulement.

Durant le processus de l'accouchement, de l'ocytocine est sécrétée afin de permettre les contractions de l'utérus et ainsi la dilatation du col. On s'est aperçu que cette hormone était également impliquée dans d'autres événements de la vie sexuelle : orgasme chez la femme et chez l'homme, érection, allaitement, et d'autres situations de plaisir en général. Elle est également impliquée dans l'attachement mère-enfant dès les tous premiers instants après la naissance. Cette hormone est dite « pudique » car elle est plus facilement sécrétée dans un environnement intime, à l'abri des regards. L'adrénaline, hormone sécrétée quand de la peur est ressentie, ou du froid, de l'insécurité, inhibe la sécrétion d'ocytocine. Il a été observé par la plupart des personnes qui accompagnent des naissances sans interventionnisme médical inutile, que l'accouchement se déroulait sans encombre quand l'intimité était préservée, que le sentiment de sécurité intérieur était maintenu, et que les femmes ne se sentaient pas observées. Les femmes

des femmes.⁸ C'est à cette période également que les pères firent leur entrée dans la salle d'accouchement, pères dont la nécessité de la présence est aujourd'hui quasi-dogmatique.

Parallèlement, dans la littérature destinée aux femmes enceintes des années 1950 et jusque dans les années 1970 on trouve une volonté clairement affichée de stigmatiser la transmission du savoir de femme à femme. On trouve, dans tous les ouvrages de l'époque, l'injonction de ne s'adresser qu'aux médecins, et de n'accorder aucun crédit à la transmission féminine. Lors d'un colloque de sexologie médicale, le célèbre Dr Vellay reconnaît publiquement : « *la préparation anténatale a dépollué l'atmosphère environnante de la gestante en éliminant l'influence néfaste de toute la lignée féminine (mère, belle-mère, grand-mère, amie)* ».

Dans les années 1970, la démocratisation de la péridurale rend définitivement les femmes dépendantes des médecins pour accoucher.

La peur de la douleur, de la mort, et des complications, a conduit le corps médical à écarter les femmes du paysage de la naissance, à s'approprier leurs corps et à envisager la grossesse et l'accouchement uniquement sous l'angle de la pathologie éventuelle qui peut survenir, et du risque de mortalité qui en découle.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Une particularité française veut que la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se fasse toujours au regard de la pathologie comme première intention. Ce sont les obstétriciens qui

⁸ « Les bateleurs du Mal-Joli », Marie-José Jaubert, 1976.

prennent en charge la plupart des grossesses et des accouchements, contrairement à d'autres pays en Europe. La formation des obstétriciens est uniquement basée sur la prise en charge de la pathologie et les actes visant à prévenir la survenue de pathologie. L'expérience même des obstétriciens introduit un biais qui ne leur permet pas d'envisager l'accouchement sans risque. La grossesse et l'accouchement sont alors perçus comme des maladies. La plupart des femmes ignorent qu'elles peuvent être suivies par des sages-femmes, dont la fonction première et la formation sont centrées sur la connaissance des accouchements physiologiques, et sont moins en proie à ce biais.

La prise en charge du suivi de grossesse par les obstétriciens permet d'entretenir la représentation selon laquelle l'accouchement est dangereux.

La médecine factuelle⁹, médecine intelligente

La médecine factuelle constitue les pratiques qui sont issues de données observables. En matière d'obstétrique, on observe une situation, une pratique médicale et on cherche par le biais d'analyse d'études à savoir si ces données et pratiques comportent des bénéfices ou des risques. On compare l'impact d'un geste sur un groupe de femmes à un autre groupe de femmes qui ne subit pas ce geste. On veille par ailleurs à ce qu'aucun autre geste n'introduise un biais d'expérience faussant les résultats. Les données issues de la médecine factuelle permettent d'assurer les conditions optimales de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. En France, la prise en charge du suivi de grossesse et de l'accouchement n'intègre ni les données de la

médecine factuelle ni le respect de la physiologie (contrairement à d'autres pays comme l'Angleterre, la Hollande, la Suède...). Cette négation, associée à la peur du risque, a installé progressivement une hypermédicalisation. Lorsqu'on observe les pratiques en détail, on s'aperçoit très nettement que l'hypermédicalisation crée des complications importantes.

Pourtant, la grossesse n'est pas une maladie, l'accouchement non plus.

L'examen des représentations sociales de la naissance à la lumière de son histoire fait apparaître que :

- *La perception de la grossesse et de l'accouchement en tant qu'événements intrinsèquement dangereux amène les femmes à se soumettre librement¹⁰ au pouvoir médical.*
- *L'événement qui est toujours pensé par beaucoup de femmes comme constitutif de leur identité et de leur épanouissement leur échappe totalement.*
- *La médecine française en matière d'accouchement ne repose pas sur les données de la médecine factuelle, ou sur la compréhension de la physiologie, mais sur des croyances et des peurs, et de nombreux actes génèrent ce qu'ils sont censés éviter.*
- *L'intention louable de départ de prévenir la pathologie et la mortalité maternelle et infantile, et l'ignorance de la physiologie et de la médecine factuelle, ont conduit à*

¹⁰ C'est-à-dire en ayant l'impression d'être responsables de décisions qui sont surtout favorables aux médecins, pour reprendre le concept de psychologie sociale de *soumission librement consentie* introduit par Freedman et Fraser en 1966, et présenté par Beauvois et Joule en 1987. Il s'agit aussi de procédés de manipulation qui sont utilisés en salle d'accouchement ; par exemple, une femme qui refuse la péridurale peut s'entendre dire par une sage-femme « ah ben si vous voulez avoir mal, c'est vous qui voyez ; après l'anesthésiste ne sera plus là ».