

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 92 (1994)

Heft: 7-8

Artikel: Pour une écologie de la naissance

Autor: Fernandez

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950440>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pour une écologie de la naissance

Introduction

Le texte qui suit a été écrit dans le cadre du séminaire d'écodéveloppement de l'Institut universitaire d'études du développement de Genève. Son propos est de rendre le contraste entre l'accouchement médicalisé et l'accouchement dans les sociétés dites «traditionnelles». Ce travail souligne le fait que, pour être bien comprise, la naissance doit être envisagée comme un tout aussi bien pratique que symbolique, et comme un événement mettant en jeu l'ensemble de la communauté. Lorsqu'on compare la naissance tant du point de vue obstétrical que culturel, l'on ne devrait jamais oublier le contexte.

Ce travail a été élaboré par Mme Concepción Fernandez, sage-femme.

«Un être humain vient de naître au troisième étage d'un immeuble en béton. Ce pourrait être à Lyon, à Hambourg ou à Los Angeles. La moitié inférieure du corps maternel a été insensibilisée par l'anesthésie péridurale; l'accouchement par les voies naturelles a été possible; sans ressentir les contractions utérines, mais guidée par l'équipe obstétricale et l'appareil enregistreur, la mère a pu fournir quelques efforts «expulsifs». Pendant l'accouchement, l'état du fœtus a été constamment évalué grâce à l'électrode fichée dans son cuir chevelu et reliée à une machine électronique.

L'obstétricien a simplement aidé la fin de l'expulsion par une prise de forceps, favorisé par une «épisiotomie» agrandissant la fente vulvaire. L'équipe pédiatrique s'est jointe au moment propice à l'équipe d'anesthésie-réanimation et à l'équipe obstétricale.

Les bavettes, les calottes, les gants, les bottes ont été des protecteurs dignes de confiance vis-à-vis de toute agression microbienne. Dès la naissance, après la section immédiate du cordon, le nouveau-né a été transporté sur une table de réanimation. Son cerveau ne souffrira pas pendant cette période critique d'adaptation au milieu aérien: l'aspiration des voies respiratoires est systématiquement complétée par une brève oxygénation au masque. Toute inquiétude résiduelle est rapidement éliminée: une sonde a vérifié la perméabilité de l'œsophage; les résultats de l'examen neurologique sont satisfaisants; aucune malformation n'est décelée. La mère, parfaitement surveillée par l'équipe anesthésiologique, est tenue au courant de l'enquête. Grâce à une injection d'ocytocine

synthétique dans le tuyau de la tubulure de perfusion, elle n'attendra pas très longtemps l'expulsion du placenta. Des milliers de fois, chaque jour, cette scène se répète dans notre monde occidental.»

Michel Odent: *Genèse de l'homme écologique. L'instinct retrouvé. Changer la vie. Changer la naissance, Détruire la terre... Détruire sa propre mère.* Paris: Editions Epi (1979)

1. Introduction

1.1 La naissance est plus qu'un phénomène médical.

Il y a beaucoup de manières d'étudier et de comprendre la naissance. Mais la plupart du temps on s'intéresse à la naissance presque exclusivement du point de vue de l'accouchement, autrement dit du point de vue strictement médical. Mais l'accouchement ne représente qu'une partie de la naissance. En effet il est évident que la naissance ne touche pas seulement le corps de la mère ou celui de l'enfant, mais qu'elle modifie tout le contexte social et psychologique, personnel et familial: le stress des parents, leur statut individuel et de couple dans le groupe, l'équilibre familial et finalement l'ensemble des rapports des parents et des enfants entre eux et avec leur entourage. La naissance est donc quelque chose de plus que l'accouchement, il faut les distinguer même si certains gynécologues et médecins tendent à réduire celle-ci à celui-là. Les deux ne sont pas équivalents.

Mais si la naissance est plus qu'un phénomène médical, elle dépasse aussi le cadre de la famille. Du point de vue statistique par exemple, le taux de nais-

sances concerne le groupe et la société et a des répercussions et des causes politiques et économiques (par exemple, «la politique de natalité» et les allocations familiales sont des décisions politiques qui ont des effets économiques). La naissance doit donc être vue comme un événement ayant des dimensions sociales. En même temps les conditions de vie familiale, la façon dont on envisage l'accouchement, l'environnement et l'assistance donnée à la mère, tout le contexte social ont des conséquences sur la naissance. On peut dire qu'il n'y pas qu'une seule manière de naître, mais que la naissance change et dépend de la société dans laquelle elle a lieu. Si l'on n'envisage pas la naissance uniquement du point de vue médical, on ne peut pas dire qu'il y ait des façons d'accoucher qui soient «meilleures», plus «normales» ou plus «modernes» que d'autres. Un accouchement dans un pays pauvre ou en voie de développement n'est pas forcément moins «normal» ou moins «bon» qu'un accouchement médicalisé dans un pays industriel. Ce qui signifie que dans le domaine de la naissance il n'est pas possible de fixer des normes: tous les accouchements sont également «naturels» et il n'y a pas d'accouchements plus «naturels» que d'autres. Parce qu'ils se déroulent dans la société, les accouchements sont à la fois des événements biologiques et des événements sociaux.

1.2. Les formes sociales de la naissance

Dans ce travail je vais donc discuter de la naissance dans des sociétés traditionnelles et dans la société industrielle. Je comparerai la grossesse, l'accouchement, l'assistance à la parturiente, le lieu de l'accouchement, la position de l'accouchée, la douleur, le rôle de «la matrone», etc. dans diverses sociétés traditionnelles africaines pour les mettre en correspondance avec ce qu'ils sont dans notre société. Je prendrai un point de vue critique par rapport à l'accouchement de plus en plus médicalisé dans la société industrielle. Il faut peut-être admettre que la «médicalisation» de la naissance ne correspond pas forcément à un «progrès». De la même façon que l'écodéveloppement étudie comment mieux utiliser les ressources naturelles en évitant la dégradation de l'environnement, je me propose de

réfléchir sur l'accouchement et sur la naissance dans les sociétés non-industrialisées pour voir si elles nous permettent d'imaginer une meilleure naissance. Mon hypothèse la plus avancée est que la façon d'accoucher a une influence sur le développement de l'individu et qu'en changeant la manière de naître on pourrait changer quelque chose dans la société. Dans la mesure où toute naissance provoque des changements dans la famille, dans le groupe et jusqu'à la société en général, il agit comme un révélateur de chaque société. La naissance met en jeu une combinaison de personnes et de facteurs qui forment un ensemble; les acteurs, les techniques, les savoir-faire et les représentations idéologiques forment un tout où chaque élément est difficilement séparable des autres. Il s'agit donc de replacer la naissance dans son contexte social plutôt que de chercher à comparer l'accouchement uniquement d'un point de vue médical.

Si j'examine les divers aspects de la naissance de façon relativement séparée dans chaque contexte culturel plutôt que de les comparer systématiquement dans toutes les sociétés, c'est parce que les informations que j'ai pu obtenir sont partielles et pas assez systématiques: elles ne permettent pas de généraliser. Par contre cette limitation m'évite de tomber dans l'illusion de croire que les sociétés traditionnelles sont tellement semblables que

les coutumes particulières de l'une se retrouvent dans les autres.

Si dans les sociétés industrialisées les soins et les techniques de la naissance ont tendance à se généraliser d'un pays à l'autre, ce n'est pas le cas dans les sociétés traditionnelles qui conservent leur diversité. Cette diversité est encore plus marquée quand il s'agit de la naissance. C'est pourquoi celle-ci est la plupart du temps accompagnée de représentations symboliques et de rites:

«Toutes les sociétés se sont représenté symboliquement par le processus *apparement naturel* de la naissance et l'ont organisé rituellement. Autour de cet événement dont dépend leur continuité même, autour de ce moment extrêmement important où l'organisation sociale se rencontre avec une existence singulière, elles ont élaboré des conceptions et des pratiques qui ont fait l'objet, de la part des anthropologues, de nombreuses tentatives de classification et d'interprétation. La très grande diversité de ces représentations et de ces rituels, par lesquels les groupes sociaux les plus variés donnent à la procréation biologique leur propre codage culturel, ne peut être appréhendée de manière synthétique, mais seulement évoquée à travers des études limitées aux actuelles sociétés traditionnelles ou passées» (Sindzingre 1985: 1066; souligné par moi).

2. La grossesse

Dans les sociétés traditionnelles la grossesse est très souvent considérée comme une maladie. Elle est toujours réglée par un certain nombre d'interdits, ceci particulièrement dans les sociétés où la mortalité infantile est très élevée. Les interdits propres à la grossesse prennent des formes différentes. Ils peuvent être d'ordre alimentaire, être relatifs à l'hygiène en général ou porter sur certains animaux sauvages, comme par exemple chez les Senoufo de la Côte d'Ivoire où:

«le lézard ou le lièvre ne doivent être ni regardés, ni a fortiori consommés par une femme enceinte; ils ne peuvent pas non plus être tués à la chasse par le futur père. La transgression de cet interdit entraînera automatiquement chez l'enfant «la maladie du lézard» ou «la maladie du lièvre» (affections qui ont leur équivalent dans la nomenclature occidentale des maladies infantiles). Ainsi se trouve opérée une configuration symbolique, qui n'est pas propre aux Senoufo, où sont associées, dans une sorte de symbiose, la mère, l'univers animal et sauvage et l'enfant à naître» (cf.op.cit.: 1066-1067).

Cette «symbiose» signifie que la mère, l'enfant et les êtres du milieu naturel font partie du même écosystème et sont interdépendants: pour les Senoufo la destruction du lézard affecte la vie de la mère et de l'enfant; il y a donc une relation cachée (magique) entre ces trois éléments. Ces interdits peuvent aussi porter sur des comportements:

«Certains déplacements, des gestes domestiques, ou les relations sexuelles seront, suivant les théories locales, strictement prohibées ou, au contraire, préconisées. Ces ensembles de règles qui s'adressent parfois au futur père, sont souvent fondées sur des raisons de type analogique» (cf.op.cit.: 1067).

Ces prohibitions sont liées à une peur des éventuelles difficultés de l'accouchement et dépendent en fait des croyances relatives à l'écosystème. Autrement dit l'écosystème forme un ensemble équilibré où tout est en relation. Si par exemple l'accouchement tourne mal, la raison avancée qu'un interdit a été involontairement transgressé; on tentera alors de résoudre le problème en remédiant à cette transgression.

Hygiène générale	
Interdits:	Conséquences
faire de durs travaux, porter de lourdes charges,	⇒ fatigue
continuer les rapports sexuels habituels sans les espacer,	⇒ fatigue
croiser les jambes,	⇒ l'enfant se présente mal,
s'asseoir jambes fléchies,	⇒ la femme ne pourra accoucher,
enjamber les fourmis (au lieu de les piétiner),	⇒ (pas de justification donnée)
voir un mort	⇒ l'enfant risque d'être emporté par la mort
aller avec d'autres hommes que le père,	⇒ l'enfant tombera malade ou mourra
continuer les rapports sexuels après le 8e mois	⇒ l'enfant risque de tomber malade

Tableau 1: interdits concernant l'hygiène générale

Les deux tableaux résument l'ensemble des interdits les plus courants et ce qui découle de leur violation chez les Nzebi du Gabon.

Comme on le voit ces prohibitions ont valeur symbolique. Quelques-unes marquent «l'implication physique du père dans le processus et suggèrent que l'homme, d'une certaine manière, porte aussi l'enfant» (op.cit.: idem). Le fait que ces prohibitions affectent le comportement du père et ont une implication physique contraste avec le rôle du père dans notre société, qui n'est pas forcément impliqué physiquement dans la grossesse de sa femme et qui ne réalise pas vraiment son rôle (ou sa paternité) avant que l'enfant ne soit né.

Si de tels interdits n'existent pas dans la société occidentale, d'autres principes sont préconisés par les médecins et les sages-femmes basés sur des études scientifiques. Par exemple on dit que toucher les chats ou manger de la viande crue ou mal cuite (surtout du mouton ou du porc) peut donner la toxoplasmose. Même si ces principes modifient le comportement, il serait pourtant simpliste de les comparer avec les interdits des sociétés traditionnelles. Ceux-ci ne sont pas de même nature: les interdits des sociétés traditionnelles renvoient à des croyances et à une conception générale du monde et sont d'ordre symbolique, tandis que les conseils des médecins et des sages-femmes se rapportent à des principes médicaux. Ce pouvoir donné au médecin contribue à médicaliser la maternité et tend à donner le contrôle de la grossesse au médecin plutôt qu'à la mère.

3. L'accouchement

3.1. De l'accouchement à la naissance:

Dans les sociétés traditionnelles la naissance est fondamentale non seulement pour le couple, comme dans toute société, mais pour l'équilibre social du groupe. La naissance est vue comme l'émergence d'un nouvel être dans le monde des vivants, auquel il faut faire une place et dont la venue risque de perturber l'équilibre général de l'univers (le mouvement inverse, la mort pose également le même problème). C'est pourquoi elle est toujours accompagnée

Alimentation		
Interdits:		Conséquences
le piment	⇒	l'enfant aura les yeux déformés, risquera de pleurer beaucoup
la tortue	⇒	l'enfant aura beau pleurer, il n'aura pas de larmes et les oreilles mal formées
une bête portant un petit	⇒	le fœtus animal peut contaminer l'enfant
des paquets, tout ce qui cuit dans des feuilles	⇒	l'enfant aura des tâches sur le visage
des oeufs – l'avocat	⇒	l'enfant naîtra avec la gale
de la viande faisandée	⇒	Il sera sale, aura la teigne ou la gale
les bananes (douces, plantain)	⇒	l'enfant naîtra avec la gale
(d'après Dupuis 1983: 118-119)		

Tableau 2: interdits concernant l'alimentation

de «rites de passage» pour s'assurer que l'enfant passe bien de l'état de fœtus à l'état de nouveau-né. Il est accueilli rituellement par la communauté et souvent présenté aux autres êtres vivants (parties du monde, animaux, plantes, etc.). Chez les Watchi, un groupe Evé du Togo, «la présentation de l'enfant au soleil et à la famille, le fait de l'avoir posé sur la terre et aspergé d'une eau lustrale coulant du toit de la maison, la bénédiction des membres défunts du lignage, tous ces rites visent à situer l'enfant et à l'intégrer dans son milieu de vie: forces de la nature, puissances ancestrales et hiérarchies actuelles de la famille. Par ce premier acte de socialisation, accompagné de prières et d'offrandes, tout est mis en oeuvre pour la protection et l'épanouissement social du nouveau-né qui, purifié, vient de passer officiellement du monde cosmique au monde culturel. Ce rite (...) d'intégration s'accompagne de celui d'attribution du nom. Tout se passe comme si, pour que sa vie devienne effective, l'enfant devait être nommé par le clan, le nom définissant l'existence de la personne.» (Rivière 1983:81)

D'autre part la naissance représente un changement de statut des parents. Ce n'est souvent qu'à la naissance du premier enfant que le mariage est vraiment reconnu. Selon la société patrilinéaire ou matrilineaire, le père, la mère ou les deux acquièrent dès ce moment le statut de membre de leur groupe:

«Le fait que le mariage n'acquiesse vraiment de stabilité qu'à la naissance du premier enfant, indique que la reproduction est conçue comme un devoir à la fois social et individuel, fort bien symbolisé par le tressage de la corde: «C'est sur la corde ancienne que l'on tresse la nouvelle». Comme partout en Afrique, la vie réussie est celle qui se perpétue à travers une nombreuse postérité, signe de prestige et d'autorité.» (op.cit.:71)

Cet exemple très commun, montre combien la naissance est révélatrice de la conception du monde dans les sociétés traditionnelles. Elle montre que tous les éléments de l'écosystème sont intimement liés les uns aux autres: par la parenté la famille est intégrée dans la société qui elle-même est intégrée dans l'univers. Cette intégration est explicite et particulièrement évidente dans les rites associés à la naissance, qui font apparaître les racines que tout humain a avec son environnement et qui semblent s'être perdues dans la société industrielle. Pour Michel Odent:

«L'être humain ne peut pas impunément perdre le contact avec ses racines. L'accouchement, la naissance, sont des occasions privilégiées de comprendre cette règle fondamentale. C'est en participant chaque jour à des scènes de naissance que nous avons compris et analysés la nature de ces racines, depuis les plus superficielles jusqu'aux plus profondes.» (Odent 1979:16)

Pour l'auteur les racines «culturelles» sont les plus «superficielles», par opposition aux racines «phylogénétiques» qui sont «profondes». Comme exemple de racines culturelles l'auteur cite le cas d'une femme américaine et de son mari vivant en France, qui se croyaient obligés de s'exprimer en français. L'accouchement de celle-ci ne progressait plus. Pourtant lorsqu'un membre de l'équipe médicale l'encouragea en anglais, la jeune femme répondit dans sa langue et l'accouchement se termina en quelques instants.

«Ce besoin de contact avec les racines socio-culturelles, avec la 'communauté' à laquelle chaque être humain a besoin d'appartenir, s'exprime aussi éloquentement par l'accouchement à domicile dans les pays les plus fortement industrialisés.(...)»

Sans ce contact avec les racines culturelles, il ne peut y avoir le contact nécessaire avec des racines encore plus profondes. Le contact avec nos racines animales «phylogénétiques», est synonyme de mise à l'écoute du cerveau instinctif, du cerveau viscéro-affectif; ce contact avec les racines animales se traduit concrètement, de la part de la mère, par la recherche des positions qui ne sont pas spécifiquement humaines, comme la position à quatre pattes, et par des modes d'expression préverbaux, tel un cri sans retenue. L'enfant qui naît s'exprime aussi à travers des comportements qui rappellent constamment notre appartenance au règne animal.» (op.cit.:16-17).

Ainsi Michel Odent fait correspondre ces «racines» avec une «mémoire phylogénétique» et avec le cerveau. En s'appuyant sur la distinction entre le «petit» ou le «vieux» cerveau – cerveau instinctif ou viscéro-affectif, partie primitive postérieure du cerveau – et le «grand» ou cerveau «rationnel» (néocortex), il explique que durant l'accouchement la partie la plus active est le cerveau instinctif. Pour lui, l'accouchement est d'autant plus facile que la femme peut se libérer des inhibitions dues au contrôle du néocortex sur le petit cerveau (atelier avec Michel Odent, Clinique de Genolier, 27 mars 1991). L'accouchement de plus en plus médicalisé dans la société occidentale (position couchée sur le dos, monitoring, forceps, etc.) accroît encore ces inhibitions. En particulier, si l'anesthésie péri-



*«Sage-femme d'ici,
sage-femme d'ailleurs»*

durale supprime la douleur, elle inhibe également les réflexes de la moitié inférieure du corps. Michel Odent conclut:

«La technocratie, le pur intellectualisme sont d'autres aspects exemplaires du processus de déshumanisation, par séparation, par absence de contact avec les racines sociales... L'immeuble en béton s'inscrit dans un processus de déshumanisation qui isole, sépare de la terre. On pourrait multiplier les exemples à l'infini.» (op.cit.:19)

Cela dit, l'accouchement varie considérablement d'une société à l'autre au point qu'il est difficile de trouver des traits communs. Cependant certaines caractéristiques reviennent suffisamment fréquemment pour servir d'éléments comparatifs.

3.2. Assistance à la parturiente:

La mère n'accouche pas seule. Elle est presque toujours assistée par des membres de sa famille (le plus souvent belle-mère, belles-soeurs, ou mère ou soeurs, etc) de son entourage ou de la «matrone» (accoucheuse traditionnelle),

c'est-à-dire généralement par des femmes. Par exemple chez les Bassari, les Peul et les Boïn du Sénégal oriental, la parturiente est assistée par les femmes de sa concession (co-épouses, épouses du beau-père ou mère de celui-ci). Chez les Bassari, ce rôle peut même être tenu par le mari. Néanmoins même s'il n'a pas aidé à l'accouchement proprement dit, l'homme bassari prend souvent part aux opérations qui s'ensuivent, comme couper et nouer le cordon, ou même plus:

Chez les Evé «la délivrance s'accomplit le plus souvent avec l'aide de matrones spécialisées qu'une longue pratique a entraîné et qui possèdent des secrets pour venir à bout de ces difficultés. Mais la technique obstétricale n'est pas un monopole féminin. Nous connaissons des familles évé d'agriculteurs où le père, versé en la matière, a été l'accoucheur de ses propres enfants. L'interdit de la présence du père au moment de la parturition est alors levé, en raison d'un savoir fonctionnel qui, pour ainsi dire, le sacralise.» (Rivière 1983:72)

(Voir également De Lestrang et Passot-Guevara:26)

Cet exemple contraste avec l'assistance à l'accouchée dans la société industrielle où les rôles sont tellement spécialisés que la parturiente est accouchée par des étrangers. Mais le problème n'est pas tellement celui de la participation ou de l'assistance à la mère par ses proches ou par des étrangers, mais de l'entente entre les personnes qui participent à l'accouchement. Si ces personnes inhibent la parturiente, le travail et la délivrance seront plus difficiles. Ce n'est pas parce que l'obstétricien est savant que l'accouchement sera plus facile. Comme le suggère Michel Odent, la médicalisation de l'accouchement est une cause de difficultés. Par exemple, il cite une étude faite dans différentes parties du monde qui démontre que le monitoring pendant le travail accroît le nombre de césariennes sans influencer la mortalité infantile. Il montre également que le nombre de césariennes dans un hôpital est inversement proportionnel au nombre de sages-femmes (atelier avec Michel Odent, Clinique de Genolier, 27 mars 1991). Dans une autre étude faite dans la maternité la plus importante des Etats-Unis (par le nombre des naissances), sur 270 mères primipares pour lesquelles un protocole

d'accouchement spécial avait été établi, en particulier en évitant de rompre les membranes et d'user des analgésiques et l'anesthésie, on a pu montrer l'importance d'une présence féminine, même non-médicale (appelée «Doula») mais apportant un soutien émotionnel et effectif à la mère.

Avec Doula:	Sans Doula:
5 forceps	25 forceps
8 césariennes	25 césariennes
Temps de dilatation: 2-8 h	Temps de dilatation: 5-16 h

(d'après Chantal Bachour 1989: 247)

Il serait intéressant de répéter cette enquête en Europe; cela permettrait peut-être, de mieux reconnaître la profession de sage-femme; en Suisse, par exemple, et contrairement à la France, elle est encore considérée comme une profession paramédicale, à l'exception de trois cantons. En même temps il faut noter que le travail de sage-femme devient de plus en plus technique, ce qui, remplace en partie le soutien émotionnel. Le progrès technique facilite énormément la tâche, mais n'est-ce pas au prix des contacts humains? De plus, n'y a-t-il pas là un cercle vicieux? L'appareillage technique, on l'a vu, tend à créer des inhibitions chez la parturiente, inhibitions qui favorisent les pathologies, qui, à leur tour, valorisent le progrès du savoir obstétrical, déterminant le développement de nouvelles techniques et accroissant le pouvoir des gynécologues. Pourtant dans la mesure où le progrès des techniques médicales permet de résoudre de vrais problèmes il n'a pas que des aspects négatifs; c'est son application généralisée et sans discernement qui me semble erronée: il ne faut pas oublier que la naissance n'est pas seulement une question obstétricale.

3.3. Lieu de l'enfantement:

Dans la plupart des sociétés traditionnelles, la femme accouche à la maison ou dans un endroit familial. Par exemple chez les Watchi, une population Evé du Togo:

«On dégage l'endroit où doit se produire l'accouchement, généralement la chambre de l'accouchée. (...)

On étend sur le sol balayé, soit une natte, soit un grand pagne sur lequel sont entassés des chiffons.» (Rivière 1983:72)

En réalité, le lieu de l'enfantement est déterminé par la résidence des parents et par le territoire traditionnel des ancêtres du ou des groupes auxquels ils appartiennent et auquel l'enfant appartiendra à son tour. Le lieu de la naissance correspond donc aux origines traditionnelles, aux «racines culturelles» du nouveau-né. Ainsi à la suite de ses parents, le nouveau-né a une place dans le monde et dans la société non seulement avant d'être né mais avant même d'avoir été conçu. Dans la société industrielle ce n'est que récemment que l'accouchement à l'hôpital a remplacé l'accouchement à domicile:

Auparavant celui-ci était «une affaire strictement de femmes. Il se vivait dans un ordre féminin. Maintenant, ce serait plutôt un ordre médical, il est vrai avec plus de sécurité (...). Dans cet ordre féminin, les femmes décidaient, présidaient à cet événement/avènement: matrones, voisines, parentes, sages-femmes. Elles proposaient une aide dans un système de femmes.» (Plankaert 1980:42)

D'une certaine façon, cet ordre correspondait à celui des sociétés traditionnelles. C'est probablement pour abaisser la mortalité infantile que l'accouchement à l'hôpital a peu à peu remplacé la naissance à domicile. Par exemple, en France, ce changement correspond à une décision politique prise pour «promouvoir une législation protectrice de la mère, du fœtus et du nouveau-né. Mais ce n'est qu'en 1938, avec la publication du Code de la famille, que l'Etat connut sa responsabilité dans la protection maternelle et infantile» (Malinas 1985:1070).

En Valais ce changement a eu lieu durant la deuxième guerre mondiale parce que les hommes étaient mobilisés et les femmes restaient seules au foyer (Favre 1982:111). Avec l'accouchement à l'hôpital, l'obstétrique s'est développée et est devenue un fait hospitalier sous la responsabilité des médecins, donc des hommes et des étrangers à l'entourage de la femme, dans un environnement anonyme. C'est

pourquoi ces dernières années, progressivement, les femmes demandent des accouchements à domicile ou des accouchements non médicalisés à l'hôpital. Mais ces alternatives ne se développent pas sans susciter la résistance des médecins:

«parce que le médecin, pour être en position de force, doit être dans sa propre échoppe». (...)

Mais il est de toute évidence essentiel que la femme puisse également opter pour un accouchement à l'hôpital; ainsi pouvons-nous voir apparaître de plus en plus d'alternatives significatives dans le cadre de l'hôpital. Le rôle des sages-femmes est primordial dans ce genre d'action; elles ont souvent apporté d'importantes informations en ce qui concerne les injustices du système obstétrical. (...) La plupart des enfants pourraient naître à domicile en complète sécurité, mais si ceux-ci doivent naître à l'hôpital, les femmes devraient être plus considérées et plus écoutées dans l'utilisation des moyens sophistiqués des unités de maternité. Ainsi, le deuxième acte du drame a commencé; il pourrait être résumé de la manière suivante: «la femme est en train de réécrire le scénario obstétrical, de sorte que la naissance ne soit plus un drame obstétrical, mais un drame humain» (Dr. Mardsen Wagner, responsable de la Section Maternité, Santé des Femmes et Pédiatrie, à l'O.M.S. in *Enfanter*, p. 295).

3.4. Position de l'accouchée:

Dans les sociétés traditionnelles il est bien connu que la position la plus fréquente est la «position verticale», c'est-à-dire accroupie, assise ou à genoux, le plus souvent soutenue par les bras ou s'accrochant à une corde. Chez les Peul et le Boïn par exemple la majorité des femmes accouchent assises, et les autres à genoux. Cette dernière position est aussi adoptée par les femmes Bassari (voir De Lestrangue et Passot-Guevara 1983:26). (Pour une étude systématique des positions de la délivrance, voir Atwood 1980).

La question de la position de la parturiente dans la société occidentale est une des plus controversée (voir Michel Odent, Jean-François Husson et

Sylvain Yannoti, Bernard This, etc.). Par exemple Juliette Plankaert affirme:

«En milieu hospitalier, la femme est dépossédée de son corps, avec bien souvent sa complicité. On la met en position de malade allongée, perfusée, 'une veine en marche', en chemise de gâteaux; on modifie tout ce qui vient d'elle, de son corps. Sa parole n'est plus écoutée, puisqu'elle ne peut crier son désarroi, son étonnement devant cette violence qui la chavire, devant sa souffrance. Ou bien on lui donne des médicaments illusoires, ou des médications qui la dépossède d'elle-même (psychotropes, stupéfiants), ou encore on la coupe complètement de ce qui se passe (péridurale). La respiration hale-tante de l'accouchement psychoprophylactique s'adresse ainsi au «circuit du haut»; c'est-à-dire au contrôle par le cerveau en utilisant opiniâtrement un type de respiration appris, connu, qui déconnecte du vécu profond, et qui maintient dans un vécu reconnu socialement. (...)

Traditionnellement, la possibilité de «bien» accoucher est avant tout liée à la fatalité ou à l'hérédité. Il n'est pas du tout acquis que ce soit notre affaire. C'est celle du gynécologue et de son équipe. Et pourtant, il suffit d'écouter les femmes pour entendre combien chaque accouchement, même limité à ce cadre étroit (du lit au chariot, du chariot à la table de travail, sans poser les pieds par terre, et sans pouvoir crier) est évoqué différemment dans son vécu, son histoire.» (Plankaert 1980:43-44)

Cette citation évoquant le vécu quotidien de la maternité, montre que le problème n'est pas véritablement celui de la position obstétricale mais celui du confort et de la liberté de l'accouchée (même s'il semble que la position accroupie et surtout assise, comme dans les sociétés traditionnelles, est la plus efficace à cause de la pression intravaginale (cf. Atwood 1980:107). Michel This va même jusqu'à prétendre que la position allongée a toujours facilité le travail du médecin aux dépens de celui de la femme:

«En imposant la position allongée, le médecin se facilitait la tâche: la femme n'avait plus qu'à obéir aux ordres de celui qui dirigeait les opérations. Ce qu'elle vivait, ressentait, n'ayant plus

d'importance, elle n'avait plus à prendre diverses positions selon les circonstances. «Au lit la femme!», le regard médical commande. La parturiente devient l'accouchée, quand l'accoucheur prend en charge le déroulement de l'accouchement.» (This 1980a:68).

Michel Odent reprend ce point en mettant l'accent sur les caractéristiques culturelles et l'écologie:

«Cette notion de recherche de la position confortable et efficace apportée par les ethnologues-cinéastes et par nos observations introduit des limites à l'idée des positions obstétricales inscrites dans le code culturel. Il est vraisemblable aussi que chaque culture tende à privilégier une position et à la transmettre de génération en génération; cette position privilégiée a toutes les chances d'être sous la dépendance des caractéristiques morphologiques de l'ethnie considérée.

(...) Nous avons parfois tenté de comprendre quel type de femme savait se mettre à l'écoute de son corps et trouver par elle-même des alternatives à la position dorsale. Il est évident que certaines immigrées (et, parmi celles que nous connaissons bien, les marocaines) tolèrent difficilement la position couchée. Celles-ci bénéficient au mieux de la liberté offerte par la «salle sauvage», et sont également très sensibles aux couleurs dominantes «chaudes» ainsi qu'à un environnement humain d'où est exclu autant que possible l'homme médecin. Parmi les Européennes, il nous a semblé qu'une prise de conscience écologique authentique, avec remise en cause quotidienne de la façon de vivre, allait volontiers de pair avec une bonne connaissance de son corps, c'est-à-dire de son cerveau instinctif et émotionnel. Cela confirme que la prise de conscience écologique (et toute prise de conscience en général) est bien plus qu'un savoir au sens habituel, et qu'elle exige un accord, une harmonie entre le cerveau logique, rationnel, et le cerveau instinctif.» (Odent 79:95-97)

3.5. La douleur:

Si le terme de douleur désigne généralement les contractions du travail, ce ne

sont pas des douleurs comme les autres. Par exemple une vieille dame Nzébi raconte que durant son premier accouchement lorsqu'au terme de sa grossesse elle sentit les contractions, elle alla voir sa mère et lui dit: «J'ai mal au ventre». La mère lui répondit: «Tu n'as pas mal, ce sont des contractions!» (Depuis 1983:121). Dans beaucoup de sociétés les douleurs de l'enfantement ont une dimension particulière parce que d'une part au moment de l'accouchement la parturiente craint la mort, mais que d'autre part ses douleurs mènent au bonheur de la délivrance:

«Bon nombre de traditions populaires lient le cri de l'enfant à celui de la mère et, dans certains pays, l'analgésie est subie avec réticence, au point que la mère continue de crier, même si la douleur a disparu, à seule fin que son enfant vive» (Malinas 1985:1072)

Plankaert explique qu'en réalité la femme:

«traverse un passage inconnu qui tour à tour la grandit et la terrasse. En employant le mot «douleur», certaines rectifient que ce n'est pas vraiment le mot qui convient mais qu'il n'y en a pas d'autre, et, qu'en plus, on ne rencontre jamais cela autrement.» (Plankaert 1980:47).

Cela rejoint ce que Plankaert disait plus haut (cité à la page précédente) de la médicalisation de l'accouchement qui a pour conséquence de «déposséder» la femme de son enfantement. Si l'accouchement est principalement et essentiellement la responsabilité de l'obstétricien, ce «passage» n'est plus l'affaire de l'accouchée. La naissance est réduite à l'accouchement et, comme dans le reste de la médecine, «la patiente» devient le «cas» du médecin: plus ou moins «difficile» et pathologique:

«La parturiente devient l'accouchée, quand l'accoucheur prend en charge le déroulement de l'accouchement. Et pourtant l'idéal, pour toute mère, c'est de mettre elle-même son enfant au monde, sans être «accouchée» par l'accoucheur, sans être «recousue» par celui qui s'arroge le droit de «parafer» systématiquement son œuvre d'une épisiotomie parfois inutile.» (This 1980a:68)

Ceci est quotidien en Suisse, surtout dans les cliniques privées, où tout est facturé.

Dans les sociétés traditionnelles les douleurs de l'accouchement ont un sens particulier; elles sont envisagées comme une nécessité en quelque sorte naturelle. Tout se passe comme si les douleurs de la parturiente faisaient partie de l'ordre du monde et de l'écosystème, et qu'en souffrant elle se soumettait à cet ordre. Dans la mesure où dans ces sociétés la naissance est toujours accompagnée de rites de passage, les douleurs sont envisagées comme faisant partie de la ritualisation de la naissance. Mais:

«En colonisant une culture traditionnelle, la civilisation moderne transforme l'expérience de la douleur. Elle retire à la souffrance sa signification intime et personnelle et transforme la douleur en problème technique. La souffrance cesse alors d'être acceptée comme contrepartie de chaque réussite de l'homme dans son adaptation au milieu et chaque douleur devient un signal d'alarme qui appelle une intervention extérieure pour l'étouffer. Cette médicalisation de la douleur réduit la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de la transformation, capacité en quoi consiste précisément la santé.

La culture pré-industrielle élève le seuil de tolérance à la douleur en lui donnant un sens. La civilisation médicale s'engage à réduire la souffrance en augmentant la dépendance. La culture rend la douleur supportable en l'intégrant à un système chargé de sens, l'idéologie de la médecine industrielle détache la douleur de tout contexte subjectif afin de mieux la détruire.» (Illich 1975:136)

Cette question de la douleur est cruciale parce qu'elle révèle la façon de penser l'accouchement. L'on ne peut nier que dans certains cas la péridurale et l'emploi des analgésiques semblent nécessaires. Mais comme dans la question de la position, le problème n'est pas celui de l'abolition ou non de la douleur mais celui de sa maîtrise, par la femme elle-même par ses propres moyens: sa manière de l'accepter dépendra de la manière dont elle pense; par exemple en prenant conscience du rapport de son corps avec elle-même, avec le monde et avec les autres, elle vivra la maternité qu'elle désire, et ceci aura des répercussions sur le déve-

loppement de son enfant et, indirectement, probablement sur le fonctionnement de la société.

Bien d'autres points pourraient encore être envisagés. J'en citerai encore quelques-uns schématiquement.

3.6. Autres points de comparaison

Placenta

Sociétés traditionnelles: Chez les Evé, il est enterré où vit la communauté, même si la mère accouche hors de celle-ci, il est ramené chez elle pour y être enterré et favoriser les naissances futures (Rivière: 75).

Sociétés industrielles: Contrôlé puis jeté et détruit. Parfois utilisé pour la fabrication de produits de beauté ou pour soigner les tissus brûlés.

Cordon

S.T.: Généralement utilisé pour symboliser, par exemple dans les mythes, les liens «cosmologiques» entre les êtres. Chez les Evé il est coupé avec une lame végétale jamais avec une lame métallique (arme) et, est utilisé pour assurer rituellement l'attachement entre la mère et l'enfant. Lorsque le bout du cordon sur l'enfant sèche et se détache, il est enseveli et à cet endroit on plante un arbre dont le nouveau-né sera propriétaire, pour souligner que la vie des choses et des hommes sont liées et font partie du même écosystème (Rivière: 76-77).

S.I.: Coupé avec des ciseaux spéciaux et contrôlé pour déceler des malformations éventuelles du bébé. Parfois il est mesuré.

Réclusion et couvade

S.T.: La couvade pour le père correspond à la réclusion pour la mère. Leur fonction est de protéger symboliquement l'enfant ainsi que les membres de son groupe. La durée de la réclusion varie (3-16 jours) et dépend du sexe du nouveau-né.

S.I.: Pas de signification symbolique. Repos de la mère la plupart du temps à l'hôpital (1-8 jours). Activités normales du père.

Allaitement, sevrage et port de l'enfant

S.T.: Allaitement long (en moyenne 2 ans). Sevrage progressif ou brutal, en particulier à la naissance d'un nouvel enfant. Enfant constamment près du corps de la mère (favorise le développement affectif et psycho-moteur).

S.I.: Allaitement court (en moyenne 1-6 mois). Sevrage progressif et laits artificiels. Le bébé passe seul et séparé des autres, la plupart de ses heures de veille et surtout de sommeil (Montagu 1979:94, 216).

Relations mère-enfant-père

S.T.: L'enfant unit son entourage. Chez les Nzébi la période allant de la conception au sevrage, le père, la mère, l'enfant et leurs substituts (co-épouses) sont étroitement solidaires les uns des autres «ils forment un ensemble symbiotique ne pouvant être rompu sans danger» (Dupuis:117). Le bébé dort avec sa mère.

S.I.: L'enfant divise son entourage: l'accouchement est une affaire entre la mère et le médecin. Ensuite le père est séparé du couple mère-enfant, et ce dernier est séparé par l'institution (crèche). Très souvent l'enfant complique la vie des parents. «La place de l'enfant, autrefois précisément déterminée à l'intérieur de chaque groupe humain est devenue incertaine et souvent ambiguë avec l'organisation et le développement technologique» (Malinas:1069).

Tous ces points confirment, à mon avis, ce que nous avons déjà vu, c'est-à-dire que, dans les sociétés traditionnelles, l'accouchement est vu comme une partie de la naissance. Cette dernière est «un événement majeur de la vie de famille, qui, comme les funérailles, est l'occasion privilégiée où s'expriment les rapports d'alliance.» (Sindzingre 1985:1067). Comme dans toute société traditionnelle, «la vie de famille» doit être envisagée comme quelque chose de bien plus large que la vie de la famille en Occident (famille nucléaire: le père - la mère - les enfants). En réalité ces «rapports d'alliance» ne concernent pas seulement la famille mais tout l'environnement, l'écosystème et «la cosmologie» toute entière. Même les difficultés accompagnant l'accouchement sont

considérées du point de vue large du contexte sociale:

Dans les sociétés traditionnelles «les difficultés accompagnant l'accouchement constituent un thème fréquent dans les discours relatifs à la naissance. Elles sont à la fois évoquées comme une hantise et envisagées comme la sanction de conduites prohibées par l'organisation sociale.» (op.cit.:idem)

Dans la société occidentale, au contraire, la naissance est envisagée dans le cadre restreint de la famille nucléaire. En fait même lorsqu'elle est «souhaitée» et «attendue», elle crée des complications dans la vie du couple (question d'argent, d'horaire, de logement, etc.).

En même temps, l'accouchement est en quelque sorte «séparé» de la naissance. Par exemple, lorsque la mère rentre à la maison, elle est le plus souvent isolée; même lorsque le père veut l'aider, la plupart du temps il ne peut changer ses habitudes de travail. De même si la dépression postpartum est due à des causes physiologiques et à un changement hormonal, dans les sociétés traditionnelles la femme est soutenue par tout son entourage.

Cette situation est encore aggravée par le fait que l'accouchement est de plus en plus réduit à un problème obstétrical de technologie médicale.

4. Conclusions

A partir de cette comparaison la conclusion me semble relativement évidente. On peut la développer en trois points:

4.1. Pour une écologie de la naissance

La première conclusion, peut-être la plus importante, est qu'il faut replacer la naissance dans la société. Ce qui frappe dans les sociétés traditionnelles c'est qu'elles ne font pas la différence entre le public et le privé. La naissance est donc quelque chose à la fois de privé, de public et de «cosmique». Dans la société occidentale, au contraire, la naissance est strictement privée; elle n'est pas vue comme un événement social mais comme un événement familial: ce sont les parents qui lui donnent la dimension qu'ils souhaitent. En conséquence la

naissance n'est pas envisagée socialement. Par exemple, dans les entreprises, le congé maternité est assimilé à un congé de maladie. Du point de vue socio-politique, la naissance est essentiellement vue sous l'angle de «la natalité», sans que la plupart du temps les politiciens et les autorités en tirent les conséquences: les problèmes de l'enfance (crèches, écoles, occupation des parents, etc.) sont séparés de la naissance. En fait l'enfance comme la naissance ne sont prises en compte de façon sociale. Le temps, les espaces de travail et surtout le rythme des occupations travail (par exemple, dans les entreprises) ne sont pas aménagés pour attendre, recevoir et s'occuper des enfants. – On pourrait par exemple imaginer des emplois à temps partiels, des crèches sur les lieux et surtout près des postes de travail, des garderies où les parents travaillent à tour de rôle, des groupes de soutien entre parents, etc. – En réalité il s'agit d'accepter de changer de mode de vie et par conséquent de changer de manière de penser. Si le coût social est assurément important, il n'est pas forcé que le prix de ces changements soit forcément élevé. De toute façon il ne s'agit pas de trouver des solutions techniques à des problèmes qui ne sont pas techniques.

4.2. Pour une dé-médicalisation de l'accouchement

L'inexorable médicalisation de l'accouchement montre bien que dans la société occidentale on trouve généralement l'argent pour résoudre les problèmes techniques; elle est également la conséquence de la séparation entre la naissance et l'accouchement: si ce dernier est une affaire privée pour la mère, pour l'obstétricien il est une affaire professionnelle, autrement dit publique. C'est pourquoi il cherche à contrôler toujours plus le processus d'accouchement, bien que, comme le prétend Michel Odent (voir plus haut p.10), cela n'a plus vraiment d'influence sur la mortalité infantile. La dé-médicalisation de l'accouchement devrait commencer par centrer celui-ci sur la femme plutôt que sur l'obstétricien et inciter ce dernier à plus de souplesse. Mardsen Wagner écrit:

«L'O.M.S. a étudié les procédures médicales de routine durant la grossesse et l'accouchement. Cette étude montre que

beaucoup de procédures n'ont jamais fait l'objet d'évaluations scientifiques, alors qu'elles ont des effets psychologiquement et socialement indésirables. Dans 23 pays européens étudiés par l'O.M.S., les femmes ont trop rarement le choix quant aux routines, aux procédures de l'accouchement. Qu'on en juge:

- Rasage du pubis: possibilité du choix dans 5 pays sur 23;
- Personnes présentes pendant le travail et l'accouchement: choix dans 10 pays sur 23;
- Monitoring électronique (de routine): choix dans 5 pays sur 23;
- Accouchement normal, anesthésie: choix dans 10 pays sur 23;
- Episiotomie: choix dans 1 pays sur 23;
- Position de l'accouchement: Choix dans 3 pays sur 23. (...) Le manque de choix se prolonge au niveau de la préparation de l'accouchement. Les femmes ont très longtemps, dans la plupart des préparations, été entraînées à deux choses:
- ne pas écouter leur propre corps afin d'y répondre en conséquence, mais avoir plutôt une série de réponses (respiration, etc.) conditionnées, appliquées aveuglément;
- se soumettre aux demandes de l'équipe médicale pendant toute la période de l'accouchement.» (Wagner 1989:292–293)

En même temps, le médecin utilise la technologie pour adapter l'accouchement à ses propres besoins; par exemple, lorsqu'il déclenche un accouchement pour pouvoir partir en vacances, lorsqu'il donne des médicaments pour avancer le travail et gagner du temps, etc.

Ainsi concernant la douleur:

«Il faut redonner à la femme les moyens de se désaliéner de la douleur par ses propres moyens, et non par des moyens artificiels médicamenteux. *Il n'y aura pas d'équilibre et de communication affective, économique et sociale possible en dehors de cette injustice et de la destruction de cet énorme complot, institué par un système qui ne reconnaît pas que la femme est supérieure à l'homme physiologiquement puisqu'elle a la possibilité énorme, potentielle, de mise au monde d'un enfant qu'elle possède, et même si elle ne veut pas faire d'enfants.*» (Ploquin 1989:289, souligné par l'auteur)

Cette «supériorité physiologique» devrait pouvoir s'exprimer dans toutes ses dimensions:

«Ceux qui veulent, de nos jours, que toutes les femmes accouchent «sans douleur» devraient d'abord «revivre» leur naissance; ils seraient infiniment moins anxieux et moins interventionnistes, ils cesseraient de prêcher la maîtrise et «le silence stoïque». Ils comprendraient la nécessité de permettre aux femmes de revivre, avant ou pendant la grossesse, individuellement ou en groupes, des émois archaïques qui ne peuvent, au moment de l'accouchement, que perturber dangereusement le déroulement physiologique du travail. L'utérus de la parturiente fonctionne souvent comme une caisse de résonance des effets néonataux et prégénitaux, la psychoprophylaxie obstétricale connaît des échecs douloureux, qu'une psychothérapie pourrait parfois éviter.

On devine l'immensité de la tâche des obstétriciens de l'avenir qui rêvent d'accueillir amicalement parents et nouveau-nés dans la sécurité médicale. «Ni cavernes, ni casernes», les maternités de l'an 2000 deviendront-elles des lieux de parentalité amoureuse et de natalité heureuse? Pour faire rimer amical et médical, on devine le travail qui attend les équipes obstétricales désireuses de se mettre au service de ceux qui rêvent de naissance sans violence inutile!» (This 1980a:191)

Cela dit, toutes ces résolutions risquent de rester sans conséquences si la naissance reste privée et n'est pas socialisée. Par exemple l'accouchement à domicile peut être une solution pour commencer, mais tout seul il ne résoudra pas, par exemple, le problème de l'isolement des mères. Il faut encore une remise en question de l'individu et une prise de conscience écologique.

4.3. Naissance et développement

Le point de vue écologique implique des approches différentes du développement en fonction des diverses situations. Les problèmes et les solutions ne sont pas les mêmes dans les pays développés ou en voie de développement. Dans ces derniers le dilemme est de

savoir si nous serons capables de résoudre les difficultés des pays pauvres non seulement en respectant leurs différences, mais surtout en acceptant leur vision du monde. De ce point de vue la naissance n'est pas différente des autres problèmes des pays en voie de développement, qui sont un peu analogues à celui de l'accouchement: comme la mère qui devrait pouvoir garder le contrôle de son propre corps, les populations des pays en voie de développement devraient avoir les moyens de contrôler leur destin. Cela suppose d'une part le respect de la diversité – même si c'est dans la pauvreté – et par conséquent un développement diversifié de chaque groupe et de chaque pays en fonction de sa situation particulière. Cela suppose d'autre part pour la naissance, que les pays développés ne cherchent pas à imposer et à exporter leur médicalisation, c'est-à-dire leur mode de pensée, et leurs moyens (par exemple sous prétexte d'aide humanitaire), mais qu'ils laissent les popula-

tions concernées libres de leur choix. En particulier en admettant et en protégeant s'il le faut, leurs formes de vie et leurs institutions communautaires qui sont l'âme de leur équilibre.

En résumé, il s'agit une fois de plus de préserver, de donner ou de retrouver la dimension écologique de chaque population, de chaque individu et de chacun d'entre nous. Loin d'être «un petit sujet» (voir Lallemand et LeMoal), la naissance devrait être un élément fondamental de cette prise de conscience et de ce changement. Comme dit Michel Odent:

«L'être humain, pour sauvegarder son attachement à la vie, son amour de la vie, c'est-à-dire sa capacité d'aimer, doit maintenir un contact avec ses racines». Même si «une telle perspective impose a priori un profond pessimisme quant aux chances de l'homme technologique de disposer d'une puissance dynamique de survie» (Odent 1979:170). □

BIBLIOGRAPHIE

ATWOOD, RICHARD J.

1980 «Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant» *In* Corps de mère, corps d'enfant, rapport, Danielle, ed., pp. 73-124

BACHOUR, CHANTAL

1989 Les conditions du vécu périnatal mère/enfant/père aux États-Unis d'Amérique. *In* Enfanter. Le lien mère-enfant-père, pp. 245-251 Sages-femmes du monde, ed. Paris: Frison-Roche

DE LESTRANGE, M.TH., B. PASSOT-GUEVARA

1983 De la grossesse au sevrage, chez les Bassari, les Peuls et les Boïn de Salemata (Sénégal oriental). *Journal des Africanistes* t.51 1981 (1-2): 23-39

DUPUIS, ANNIE

1983 Quelques représentations relatives à l'enfant de la conception au sevrage chez les Nzébi du Gabon. *Journal des Africanistes* t.51 1981 (1-2): 117-132

FAVRE, ADELIN

1982 Moi, Adeline, accoucheuse. Sierre: Editions Monographiques

FELDMAN-DESROUSSEAU,

ELIANE, MICHEL DELCROIX

1990 Naître aujourd'hui. Paris: Inter-Editions

HUSSON, JEAN-FRANÇOIS, SYLVAIN YANNOTI

1980 «Y a-t-il un obstétricien dans la salle?» *In* Corps de mère, corps d'enfant, rapport, Danielle, ed., pp. 31-35

ILICH, IVAN

1975 Némésis médicale. Paris: Seuil

LALLEMAND, SUZANNE, GUY LEMOAL, ED.

1983 «Un petit sujet». Introduction au numéro spécial sur la naissance et l'enfance. *Journal des Africanistes*, Tome 51 (1,2): 5-21 Paris

LEBOYER, FRÉDÉRIC

1980 Pour une naissance sans violence. Paris: Seuil

1982 Le sacre de la naissance. Paris: Phébus

1984 L'art du souffle. Paris: Albin Michel

Malinas, Yves

1985 «Naissance (Biologie et sociologie humaine)», *In* Encyclopédie Universalis t.XII, pp. 1069-1072

MONTAGU, ASHLEY

1979 *La peau et le toucher. Un premier langage.* Paris: Seuil

ODENT, MICHEL

1976 *Bien naître.* Paris: Seuil

1979 *Genèse de l'homme écologique.* Paris: Epi

1990 *Naître et renaître dans l'eau.* Paris: Presse-pocket

PLANKAERT, JULIETTE

1980 «Dans l'eau, ensemble, accroupis, debout, couchés, la mère, le père, la sage-femme...» *In Corps de mère, corps d'enfant, rapport, Danielle, ed., pp. 39-52*

PLOQUIN, MAX

1989 *Laissez passer l'émotion.* *In Enfanter. Le lien mère-enfant-père, pp. 285-290 Sages-femmes du monde, ed. Paris: Frison-Roche*

RAPOPORT, DANIELLE, ED.

1980 *Corps de mère, corps d'enfant (Les cahiers du nouveau-né 4).* Paris: Stock

RIVIÈRE, CLAUDE

1983 *La naissance chez les Eve du Togo.* *Journal des Africanistes* t.51 1981 (1-2): 71-94

SAGES-FEMMES DU MONDE, ED.

1989 *Enfanter le lien mère-enfant-père.* Paris: Frison-Roche

NICOLE SINDZINGRE

1985 «Naissance (Anthropologie)», *In Encyclopédie Universalis* t.XII, pp. 1066-1068

THIS, BERNARD

1980 a) *Le père: acte de naissance.* Paris: Seuil

1980 b) «La femme horizontale» *In Corps de mère, corps d'enfant, Rapoport, Danielle, ed., pp. 127-150*

VERNY, THOMAS EN COLLAB. AVEC JOHN KELLY

1982 *La vie secrète de l'enfant avant sa naissance.* Paris: Grasset et Fasquelle

WAGNER, MARDSEN

1989 «L'Organisation mondiale de la santé: Quelle naissance pour l'an 2000?» *In Enfanter le lien mère-enfant-père, Sages-femmes du monde, ed., pp. 291-295* □

Accouchement alternatif et SIDA: Sujet de réflexion pour les SF romandes aussi

Ci-après, nous vous présentons la traduction d'un article paru dans la *Wochenzeitung* du 4 mars 94, même si le journal de ce mois n'a pas pour thème le SIDA. A toutes les SF qui travaillent en maison de naissance ou à domicile, il peut arriver des demandes d'accouchement de la part de femmes séro-positives. Quelle est notre réponse, quelle est notre attitude, quelles sont nos justifications quand nous répondons oui ou non? Cet article ne fait que verser une pièce au dossier SIDA et SF, afin de nourrir nos réflexions.

Viviane Luisier

HIV positive et enceinte

«Maintenant, je le leur révèle!» de Silvana Iannetta Article paru dans la *Wochenzeitung* numéro 9, 4 mars 94

Madeleine, combattive et autonome, attend son premier enfant. Au début de l'année, elle s'est annoncée à la maison de naissance zurichoise «Delphys», qui offre un accompagnement à la naissance centré sur les femmes. «J'aurais vraiment voulu accoucher à la maison. Etant séro-positif, j'étais plutôt angoissée. Et l'idée m'est alors venue d'accoucher de manière ambulatoire dans une maison de naissance». Madeleine s'imagina vivre cette naissance dans un cercle de femmes féministes. Elle s'est sentie d'autant plus déçue lorsque les femmes du centre «Delphys» lui communiquèrent par téléphone qu'elle n'était pas acceptée dans la maison de naissance à cause de sa séropositivité.

Madeleine attendait une position plus progressiste de la part des sages-femmes de «Delphys». Elle n'arrivait pas à croire que ces femmes n'aient jamais envisagé la possibilité de se confronter à une infection HIV. «Elles ont justifié leur décision par des raisons d'hygiène.» Certains membres de l'équipe craignaient ouvertement de s'infecter. Derrière cette décision négative, Madeleine sent un refus moral et la crainte de ternir la réputation de la maison de naissance, si l'on sait qu'on accompagne aussi l'accouchement des femmes séro-positives. «Par leur refus, je me suis sentie discriminée pour la première fois de ma vie. Je me suis sentie comme une ordure.»

Face à la journaliste de la *Wochenzeitung*, l'équipe de «Delphys» a pris la position suivante: «En ce moment, nous sommes surchargées et nous n'avons pas les capacités de nous préparer à un tel accouchement.» L'équipe se sent «dépassée» par les événements. «Nous n'avons encore jamais été confrontées au problème de la séro-positivité», telle est la raison succincte qui est donnée. Cependant, les femmes de «Delphys» ont décidé de parler de ce sujet lors de leur prochaine réunion. Pour l'été, elles ont invité une femme médecin à venir les informer sur la séro-positivité et le SIDA.

Milo Huber, médecin, constate, à travers sa pratique, que les femmes enceintes HIV-positives, qui veulent garder leur enfant, sont souvent soumises à une terrible pression de la part de leurs parents ou de leurs médecins. Il est le médecin de confiance des malades du SIDA à Zurich et jusqu'à présent, il a accompagné 4 femmes séro-positives pendant leur grossesse. Il connaît deux cas où des médecins, considérés comme faisant partie de l'alternative, ont chassé de leur cabinet des femmes séro-positives qui ne voulaient pas avorter, et où ils ont refusé de continuer de les suivre. Milo Huber prend position: «C'est la femme elle-même qui prend ses responsabilités, donc elle a aussi le droit de se décider elle-même.» Il est important d'informer la femme concernée. Elle doit savoir que le risque de transmission à l'enfant est élevé. Elle devrait aussi savoir comment ce risque peut être diminué autant que possible. «La femme doit se confronter au fait que l'enfant n'aura vraisemblablement pas longtemps sa mère. Elle doit discuter de cette possibilité avec le père de l'enfant,