Sous la direction de
Francine Saillant et Michel O'Neill

Respectivement anthropologue et sociologue,
École des sciences infirmières, Université Laval.

(1987)

ACCOUCHER AUTREMENT

Repères historiques, sociaux et culturels
de la grossesse et de l'accouchement au Québec.

Un document produit en version numérique par Réjeanne Toussaint, ouvrière
bénévole, Chomedey, Ville Laval, Québec
[Page web personnelle](#). Courriel: rtoussaint@aei.ca

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>
Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

Cette édition électronique a été réalisée par [Réjeanne Toussaint](#), bénévole,
Courriel: rtoussaint@aei.ca

Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill,

**ACCOUCHER AUTREMENT. Repères historiques, sociaux et culturels
de la grossesse et de l'accouchement au Québec.**

.

Montréal : Les Éditions Saint-Martin, 1987, 450 pp.

Mme Saillant est anthropologue à École des sciences infirmières et chercheure
au Centre de recherche sur les services communautaires Université Laval.

[Autorisation formelle accordée par l'auteure de diffuser tous ses travaux le
14 août 2007 dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : francine.saillant@ant.ulaval.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word
2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 28 août 2009, revue et corrigée le
12 novembre 2012 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.

Sous la direction de
Francine Saillant et Michel O'Neill

Respectivement anthropologue et sociologue,
École des sciences infirmières, Université Laval.

ACCOUCHER AUTREMENT.
Repères historiques, sociaux et culturels de
la grossesse et de l'accouchement au Québec.

Montréal : Les Éditions Saint-Martin, 1987, 450 pp.

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre

Accoucher autrement : repères sur les aspects historiques, sociaux et culturels sur la grossesse et l'accouchement au Québec

Bibliogr. : p.

ISBN 2-89035-094-0

1. Accouchement - Québec (Province). 2. Accouchement - Québec (Province) - Histoire. 3. Sages-femmes. 4. Obstétrique - Québec (Province). I. Saillant, Francine. II. O'Neill, Michel.

Table des matières

[Notes biographiques sur les auteur-e-s](#)

[Préface](#), par Jacques Gélis, Université de Paris VIII

“[Introduction](#). L'accouchement au Québec, repères historiques, sociaux et culturels.” Par Francine Saillant et Michel O'Neill

Section 1 : De la désappropriation

A) La déstructuration de l'accouchement traditionnel

1. “[L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui](#)”, par Hélène Laforce
2. “[Que sont devenues les sages-femmes d'antan ? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane](#)”, par Marie-Josée Routhier [courriel : mjrouthier@globetrotter.net]
3. “[Accoucher dans un iglou](#)”, par Rose Dufour
4. “[L'accouchement, d'hier à demain : les femmes crie de la Baie-James](#)”, par Monique Cournoyer

B) L'invasion de la médecine technologique

5. “[La médicalisation de l'accouchement](#)”, par France Laurendeau.
6. “[Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle](#)”, par Hélène Laforce
7. “[Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle](#)”, par Marc Renaud, Suzanne Doré, Roxane Bernard, et Odile Kremp
8. “[La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes ?](#)”, par Anne Quéniart

C) Jusqu'où ira la technologie ?

9. "[Multiplication des césariennes : phénomène chirurgical ou officine de laboratoire](#)", par maria De Koninck
10. "[Baby shop ou le bout de chou éprouvette](#)", par André Jean

Section 2 :.... vers la réappropriation

A) Analyses d'expériences alternatives

11. "[Accoucher à l'hôpital : où en sommes-nous aujourd'hui](#)", par Suzanne Savard
12. "[Entre le coeur et la raison : portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise](#)", par Francine Saillant, Michel O'Neill et Danièle Desjardins
13. "[Le lieu de l'accouchement : passé, présent et avenir](#)", par Denise Piché
14. "[De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales ?](#)", par Hélène Valentini
15. "[Les nouveaux pères québécois existent-ils vraiment ?](#)", par Thomas Antil et Michel O'Neill

B) Témoignages de vécus alternatifs

16. "[Les médecins de la vie](#)", par Jean Drouin
17. "[Femmes et sages-femmes : un lieu à la couleur du quotidien. Entrevue avec Isabelle Brabant](#)", par Francine Saillant.
18. "[Pourquoi donc vouloir accoucher avec une sage-femme ?](#)", par Sylvie Montreuil

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce au soutien des organismes suivants :

L'École des sciences infirmières de l'Université Laval.

Le Centre de recherche sur les sciences communautaires de l'Université Laval.

Le Département de santé communautaire de l'hôpital St-Joseph de Rimouski.

Le secrétariat des affaires autochtones du Gouvernement du Québec en collaboration avec Femmes autochtones du Québec inc.

La Direction de la santé communautaire de l'Hôpital Ste-Justine à Montréal.

Les textes publiés dans ce recueil n'engagent que leurs auteurs.

Les droits d'auteurs de ce livre seront entièrement versés à un ou des organismes oeuvrant à l'humanisation de la grossesse et de l'accouchement.

Ont participé
à cet ouvrage :

Momos Antil
Isabelle Brabant
Roxane Bernard
Monique Cournoyer
Modo De Koninck
Danièle Desjardins
Suzanne Doré
Jean Drouin

Rose Dufour
André Jean
Odile Kremp
Hélène Laforce
France Laurendeau
Sylvie Montreuil
Michel O'Neill
Denise Piché

Anne Quéniart
Marc Renaud
Morie-Jasée Routhier
Francine Saillant
Suzanne Savard
Hélène Valentini

ACCOUCHER AUTREMENT (1987)

QUATRIÈME DE COUVERTURE

ACCOUCHER AUTREMENT

[Retour à la table des matières](#)

Accoucher. Acte biologique d'abord. Mais acte social et culturel aussi insère dans des rituels et des modes de prise en charge qui évoluent au rythme des sociétés. Dans cet ouvrage, en une vingtaine de textes, l'évolution historique, sociale et culturelle de la grossesse et de l'accouchement au Québec est explorée en détails autour des deux « autrement » qui l'ont caractérisée jusqu'à maintenant : la médicalisation de plus en plus marquée de l'accouchement traditionnel, au fur et à mesure que le 20^e Siècle progressait et la réaction à cette médicalisation, particulièrement vivace depuis la montée du féminisme durant les années'70.

« Ce dossier sur l'accouchement au Québec (...) peut être avantageusement comparer aux actes du colloque de Milan de janvier 1985, « Le culture del parto », qui a été la plus importante confrontation d'idées de ces 20 dernières années sur l'accouchement en Europe occidentale » (extrait de la préface de Jacques Gélis, Université de Paris VIII).

ACCOUCHER AUTREMENT (1987)

NOTES BIOGRAPHIQUES SUR LES AUTEUR(E)S

[Retour à la table des matières](#)

Thomas Antil travaille actuellement au ministère de la Santé et des Services sociaux comme agent de recherche au service d'évaluation (prévention et services communautaires). D'origine franco-américaine, il a obtenu une maîtrise en sociologie au New School for Social Research à New York avant d'immigrer au Québec. Il a complété ensuite un baccalauréat en sciences infirmières à l'Université Laval où il a travaillé comme chargé d'enseignement. Depuis 1974, il participe activement à des groupes de réflexion sur la condition masculine et s'implique dans le mouvement pour l'égalité sexuelle. Il est également l'auteur de quelques articles sur la santé des hommes et sur la contraception masculine.

Isabelle Brabant, sage-femme et mère de deux enfants, est l'une des figures les plus marquantes du mouvement d'humanisation des soins à la naissance et à l'accouchement des années 80. Elle prépare actuellement un guide pour les parents qui désirent un accouchement de qualité. Auteure de plusieurs articles de réflexion sur le sens de l'émergence des nouvelles sages-femmes au Québec, elle offre aussi ses services de suivi et d'accompagnement, quel que soit le lieu où les femmes désirent la recevoir, avec le groupe *Les sages-femmes associées* qui a pignon sur rue à Montréal.

Formée en sociologie, **Roxane Bernard** travaille depuis 2 ans au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail (GRASP/SST) de l'Université de Montréal où elle étudie l'évolution de l'obstétrique au 20^e siècle. Candidate à la maîtrise en relations industrielles, elle compte étudier sous peu la gestion de la main-d'oeuvre féminine. Sa recherche portera sur les perceptions et les comportements de l'entreprise relatifs à la grossesse et à la maternité.

Monique Cournoyer a fait ses études en sciences sociales (anthropologie et sociologie). Elle a travaillé dans le secteur de l'éducation où elle a enseigné et surtout fait de la recherche pour diverses institutions. Depuis quelques années, elle s'intéresse aux questions concernant la santé et plus particulièrement aux aspects culturels et sociaux de la périnatalité.

Maria De Koninck est étudiante au doctorat en sociologie à l'Université Laval, en congé sans traitement du ministère de la Santé et des Services sociaux ; elle bénéficie d'une bourse du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada. Depuis 1976, elle fait de la recherche et publie des analyses sur la condition et la santé des femmes. Responsable de ce dossier pour la politique Égalité et indépendance du Conseil du statut de la femme, co-auteure de l'Essai sur la santé des femmes, rédactrice du rapport synthèse *Accoucher ou se faire accoucher, elle* a aussi développé une expertise particulière sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte et sur la santé des femmes au travail. Sa thèse porte sur la césarienne.

Danièle Desjardins, anthropologue et informaticienne, est actuellement inscrite à la maîtrise au département d'anthropologie de l'Université Laval. Sa thèse porte sur la pratique de la couture industrielle à domicile en milieu rural québécois. Engagée à titre de professionnelle de recherche, elle a participé activement à la réalisation de divers projets de recherche, dont en particulier celui réalisé à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval sur la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise.

Sociologue, **Suzanne Doré** s'intéresse à la condition des femmes, au mouvement féministe et à la sociologie de la santé. Elle a d'abord étudié l'intervention féministe en santé mentale puis collaboré à une recension des écrits canadiens portant sur les mouvements sociaux. Depuis deux ans, elle travaille comme agente de recherche au « Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention » (GRASP). Elle y poursuit une étude historique et comparative du développement des normes et pratiques obstétricales au cours du siècle.

Jean Drouin est diplômé en médecine de l'Université Laval (Québec, 1973) ainsi que diplômé en ostéopathie (D.O., 1986). Il a aussi acquis une formation en auriculomédecine, en acupuncture et en homéopathie. Chargé d'enseignement à la section médecine familiale du Centre hospitalier de l'Université Laval, il poursuit son travail de recherche et de pratique cliniques à la section planning familial du même centre. Il a de plus oeuvré dans la pratique obstétricale holistique durant dix ans.

Rose Dufour est infirmière et anthropologue. Comme infirmière elle a enseigné plus de six ans en techniques infirmières à Jonquière et à Québec et a participé à un projet de coopération internationale en Tunisie, en 1969, pour l'ACDI. C'est ce contact avec la culture arabe qui la décida à s'orienter vers l'anthropologie sociale et culturelle. Conseillère en recherche au DSC du CHUL pour le territoire du Nouveau-Québec inuit depuis 1976, ses travaux de recherches veulent contribuer à intégrer le concept de culture à l'approche clinique et épidémiologique. Elle a entrepris en 1985 à l'Université Laval des études de doctorat dans le domaine de l'anthropologie médicale qui portent sur les facteurs socio-culturels associés à l'étiologie de l'otite moyenne chez les enfants inuit du Nouveau-Québec. Elle est l'auteure de plusieurs articles sur des aspects culturels de la santé des populations inuit.

André Jean fait de la recherche en bioéthique au ministère de la Santé et des Services sociaux. Il y coordonne les activités du Comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction. Il a rédigé une thèse de maîtrise sur les aspects éthiques du diagnostic prénatal et est membre du Groupe de recherches en éthique

médicale (GREM). Son premier enfant est né durant la préparation du présent livre.

Odile Kremp, néonatalogiste française et chef de clinique au Centre hospitalier universitaire d'Amiens est préoccupée par les aspects sociaux de la pratique pédiatrique et néonatale. Elle a réalisé une étude sur l'évolution de la sémilogie foetale en Amérique du Nord. Cette analyse s'est faite dans le cadre d'un stage de recherche au sein du GRASP de l'Université de Montréal. Madame Kremp sera vraisemblablement appelée à collaborer de près à d'autres recherches comparant les situations françaises et québécoises en matière de périnatalité.

Hélène Laforce, historienne, est l'auteur de *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, ouvrage pour lequel elle se mérite le prix Edmond Nevers de l'Institut québécois de recherche sur la culture en 1984. Elle participe à de nombreuses activités reliées à la problématique de l'accouchement au Québec, dont le comité sur les sages-femmes du MSSS. Elle se mérite en 1985 le prix Luc Lacourcière. Elle travaille actuellement à une thèse de doctorat portant sur l'influence des discours et des politiques natalistes sur la fécondité des Québécoises du 18^e et 20^e siècles.

France Laurendeau a obtenu une maîtrise en sciences économiques en 1975 et une maîtrise en sociologie en 1978, toutes deux à l'Université de Montréal. Son mémoire de maîtrise intitulé *Accoucher à l'hôpital* tentait de démontrer à partir de l'observation d'accouchements dans neuf hôpitaux montréalais que la pratique actuelle de l'accouchement repose davantage sur les habitudes de la profession médicale et les exigences de la routine hospitalière que sur la science médicale et la connaissance de la physiologie féminine. Elle a publié d'autres articles, particulièrement dans le domaine de la sociologie de la santé et de la condition féminine. Elle travaille actuellement au service de recherche de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, à titre de conseillère syndicale.

Sylvie Montreuil fait de la recherche évaluative en santé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Détentrice d'une maîtrise en santé communautaire du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, elle s'intéresse à la périnatalité, aux approches alternatives et aux médecines douces depuis fort longtemps. Elle est mère de deux fils, Arnaud et Xavier, qui sont nés à la maison.

Michel O'Neill est professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur au Centre de recherches sur les services communautaires de la même université. Détenteur d'un doctorat en sociologie de l'Université de Boston, il s'intéresse depuis plusieurs années à la santé communautaire et à la promotion de la santé, en particulier en ce qui a trait aux pratiques alternatives entourant la naissance et l'accouchement. Il est l'auteur de nombreuses publications sur ces sujets et tente avec enthousiasme d'être un « nouveau père » acceptable pour son fils et sa conjointe.

Denise Piché est professeure à l'École d'architecture à l'Université Laval où elle est aussi membre du Groupe de recherches féministes et du Centre de recherche en aménagement du territoire. Elle poursuit des recherches sur les rapports entre les personnes et l'environnement de même que la création de milieux de vie à visage humain. Avec un groupe d'étudiant/es, elle a participé à l'étude du Comité maison de naissance de Montréal publiée sous le titre Programme fonctionnel et technique de centre de maternité : un projet pilote à Montréal, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985.

Anne Quéniart, sociologue, est actuellement professeure au département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, y enseignant principalement dans les domaines de la culture, des politiques sociales et de la méthodologie. Auparavant, elle a occupé des emplois d'agente de recherche au département de santé communautaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (modules petite enfance/famille et santé/sécurité au travail), au Groupe de recherche informatique en droit (GRID) du département des sciences juridiques de l'UQAM, au département de sociologie de l'UQAM et a collaboré avec le Groupe de recherche sur les as-

pects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail (GRASP/sst) de l'Université de Montréal. Ses recherches se situent principalement dans le champ de la sociologie de la santé (aspects socio-historiques des pratiques médicales, santé des femmes : avortement, maternité, santé au travail) et de la sociologie du corps. Outre un mémoire de maîtrise portant sur le vécu de l'avortement, elle a complété une thèse de doctorat en sociologie sur la maternité.

Marc Renaud est professeur titulaire au département de sociologie de l'Université de Montréal et directeur du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail (GRASP/sst), équipe associée de l'Institut de recherche en santé sécurité au travail (IRSST). Il est l'auteur de nombreuses publications dans le domaine de la sociologie médicale, des politiques de santé et de la santé et la sécurité au travail.

Marie-Josée Routhier est détentricrice d'un baccalauréat et d'une scolarité de maîtrise en anthropologie. Elle a travaillé pendant deux ans à un projet de recherche sur les Amérindiennes au Québec. Elle fut ensuite à l'emploi du CLSC Basse-Ville de Québec où elle participa à une recherche-action portant sur les réseaux d'entraide des femmes défavorisées au plan socio-économique. Elle est actuellement animatrice au Centre des femmes de Laval.

Francine Saillant, professeure en anthropologie de la santé à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval, est aussi co-auteure de l'Essai sur la santé des femmes. Auteure de plusieurs publications portant sur la santé des femmes et les pratiques alternatives, elle conduit présentement ses recherches sur les pratiques thérapeutiques traditionnelles au Québec ainsi que sur l'émergence du phénomène des thérapies douces. Elle prépare également un ouvrage sur les aspects culturels de l'expérience du cancer.

Suzanne Savard est infirmière et a d'abord acquis une expérience diversifiée en milieu hospitalier. Par la suite, elle a enseigné les techniques infirmières au niveau collégial. En 1979, elle obtient un certificat en santé familiale et commu-

nautaire de l'Université Laval. En 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux lui confie un travail de collecte de données auprès des centres hospitaliers québécois offrant des services en obstétrique et en pouponnière. Depuis quelques années, elle anime des rencontres prénatales dans la région de Québec.

Hélène Valentini, anthropologue, oeuvre depuis plusieurs années au mouvement d'humanisation des soins à la naissance et à l'accouchement et a participé au comité d'élaboration d'un projet pilote de maison de naissance au Québec. Membre du conseil d'administration de Naissances-Renaissances, elle fut aussi chargée du dossier santé au Conseil du statut de la femme en 1986-1987.

ACCOUCHER AUTREMENT (1987)

PRÉFACE

de Jacques Gélis, Université de Paris VIII

[Retour à la table des matières](#)

L'accouchement, cela va de soi, est d'abord un fait biologique : un corps de femme se « délivre » d'un autre corps, du corps de l'enfant qu'elle a engendré ; l'accouchement, au même titre que la naissance pour l'enfant, est une « libération ».

Mais l'accouchement, on le sait bien, ne peut être réduit à cette dimension. La naissance est au cœur de toute société ; c'est par l'enfant que constamment celle-ci se renouvelle ; ainsi se trouve surmontée, l'inévitable usure du temps sur la machine humaine. Or, toute société a sa manière à elle de se comporter à l'égard de la femme en couches et de recevoir l'enfant ; l'accouchement s'inscrit toujours dans une culture. La naissance et l'accouchement renvoient à une conscience du corps et à un imaginaire de la vie, à une « manière d'être au monde » qui ne sont pas immuables.

De profonds changements sont intervenus dans les sociétés occidentales ; ils ne peuvent être appréciés que par une plongée dans un passé récent : l'accouchement a aussi une histoire. Cette histoire ne peut certainement pas être réduite à une rétrospective des techniques obstétricales, ni à une étude des rapports entre sages-femmes et accoucheurs, ni non plus à une mainmise des hommes sur le corps des femmes en couches. Elle est tout cela, mais aussi un peu plus.

Deux approches partielles

L'histoire des couches a fait l'objet de deux approches opposées, l'une et l'autre insuffisantes, car trop limitatives. La première est celle des médecins, qui ont été longtemps les seuls à s'intéresser au passé de l'accouchement, cette approche valorise à l'excès l'intervention du praticien ; résolument positiviste, elle insiste sur les progrès réalisés depuis deux siècles, grâce à la médecine, sur la baisse spectaculaire de la mortalité des femmes en couches et des nouveau-nés, qu'elle attribue au perfectionnement des techniques obstétricales. Cette histoire-là, toute à la gloire des grands auteurs et praticiens n'est qu'une avantageuse galerie de portraits, un panorama de découvertes instrumentales, un inventaire des doctrines de l'art obstétrical. Jamais on ne perçoit à la lire les joies et les souffrances des mères, les cris des nouveau-nés ; elle fait l'économie de la dimension sociale des couches ; jamais n'apparaissent les hésitations, les échecs, les erreurs des accoucheurs d'antan. Elle condamne par contre abondamment les « superstitions », et se fait accusatrice lorsqu'il s'agit de juger la conduite des accoucheuses traditionnelles : un ton doctoral qui traduit la vision positiviste de l'évolution des couches ; une histoire épurée, lisse ; une histoire-monument : à la limite, une histoire morte.

La seconde approche est récente, puisqu'elle ne remonte guère qu'aux années 1965-1970. Elle accompagne alors l'émergence d'une sensibilité féministe, sans qu'on puisse la réduire à celle-ci. Son mérite : avoir posé le problème de l'accouchement sous un angle nouveau en cherchant dans l'histoire l'origine de la situation contemporaine. Mais le débat a été moins centré sur l'analyse en profondeur des conditions du passage à l'accoucheur que sur l'opposition homme / femme, sage-femme / accoucheur. L'accoucheuse symbolisait l'accouchement entre femmes, leur solidarité, alors que l'une de leurs compagnes traversait un moment à la fois difficile et exaltant de son existence ; l'accoucheur représentait au contraire l'immixtion d'un pouvoir doublement étranger - puisqu'il était souvent extérieur au milieu et qu'il était homme - dans un domaine qui avait échappé jusqu'alors à son contrôle. En insistant sur le conflit de compétence entre sage-femme et accoucheur, on mettait en évidence un moment décisif de l'histoire des femmes. Il est tout à fait significatif que ce soit surtout des femmes, historiennes, sociologues,

ethnologues, qui se soient penchées sur cette question, en insistant d'ailleurs plus sur les aspects institutionnels que sur l'univers mental, l'imaginaire de la vie des femmes d'autrefois. On analysa ainsi le rôle de la politique démographique, de la religion, et l'on porta (cf. les études de Jean Donnison en Angleterre, ou Claudia Pancino en Italie) une attention particulière aux écoles de sages-femmes, c'est-à-dire à la manière de faire passer parmi les accoucheuses médicalisées le nouveau credo médical.

Cette approche n'a pas toujours su éviter les interprétations rapides et par-là simplificatrices. Les couches auraient été autrefois plus aisées - ce qui est douteux -, plus conviviales qu'aujourd'hui - ce que l'on croit volontiers -. Elles auraient constitué une sorte d'idéal, que l'ambition forcenée des accoucheurs et la volonté du pouvoir politique seraient venues compromettre, dans les villes au moins, à partir de la fin du 17^e siècle. Les femmes, éternelles mineures, seraient alors tombées dans la dépendance d'un corps médical masculin.

Sans doute, la trame de l'évolution est-elle correcte ; mais elle paraît aujourd'hui un peu schématique ; tout ce qui touche à la vie, et à la mort, est d'une trop grande complexité pour se plier à une telle interprétation ; ni la volonté de puissance de l'accoucheur, ni la plus grande compétence qu'il prétendait avoir, ne peuvent expliquer à elles seules la relative facilité avec laquelle l'homme de l'art s'est imposé aux femmes en couches. L'historien n'est d'ailleurs pas dans son rôle lorsqu'il assure que l'on accouchait « mieux » hier qu'aujourd'hui ; ou l'inverse. Est-ce « mieux », est-ce « pire » ? En posant le problème de cette façon, on est immanquablement amené à formuler un jugement de valeur. Or, l'accouchement n'était aux siècles passés, ou même il y a 50 ans, ni « meilleur » ni « pire » qu'aujourd'hui : il était différent. Et c'est bien en partant de ce constat de différence que l'étude des conditions de l'accouchement et de la naissance doit être abordée. Seule la démarche anthropologique est ici pleinement satisfaisante, parce qu'elle évite de privilégier un aspect plutôt qu'un autre, et envisage la question dans sa globalité.

Il semble en effet que la demande sociale ait été à l'origine de l'innovation, et que le corps médical, loin d'avoir joué un rôle moteur dans le changement, n'ait fait en ses débuts que l'accompagner, et encore avec retard. Le désir de sécurité des femmes pour leur enfant et pour elles-mêmes a sans doute précédé en effet le moment où les médecins ont été capables d'y répondre. Cette approche ne remet

pas en cause le processus du passage à l'accouchement par l'homme sur le long terme, mais elle en modifie singulièrement les prémisses.

Ces comportements nouveaux résultent de la transformation lente, amorcée en Europe à la Renaissance et accélérée au 17^e siècle, d'une société à dominante rurale en une société où la ville allait progressivement imposer une autre « manière d'être au monde », la nôtre.

Les trois imaginaires de la vie et du corps

Pendant des siècles se sont opposées deux conceptions de la vie et du corps : celle des populations rurales largement dominantes, influencées par une nature avec laquelle elles vivaient comme en osmose, et celle de l'Église, qui ne voyait dans le corps qu'une enveloppe temporaire de l'âme.

Une conscience « naturaliste » de la vie et du corps

La conception « naturaliste » de l'existence qui faisait de la terre le vivier où se renouelaient toutes les espèces, donc l'espèce humaine, n'accordait à l'individu qu'une place minime. Celui-ci n'était qu'un rouage de la chaîne de solidarités qui unissait les hommes, puisque la succession des générations était le seul moyen de surmonter l'inévitable usure du temps, le dépérissement du corps et la mort. Dans ce contexte, il fallait tout faire pour assurer cette pérennité ; une altération même involontaire du cycle, la stérilité du couple par exemple, pouvait avoir des effets désastreux. La lutte pour la vie était lutte pour la survie de la lignée : et tout lui était subordonné.

Dans ce contexte, le concept de liberté individuelle n'avait guère de sens et le corps était en quelque sorte ambivalent. La rupture du cordon signifiait l'autonomie du corps, mais la relation avec la communauté continuait à être charnellement ressentie la vie durant : chaque individu avait donc son corps en propre, et en même temps il éprouvait très fortement son appartenance au grand corps collectif de la lignée. Son corps était le sien et aussi un peu « les autres ». À tel point que la

faute commise par un membre, ou au contraire l'affront qu'on lui avait fait, étaient vécus collectivement et mettaient en jeu les mécanismes de solidarité et de responsabilité collectives.

Chaque homme, chaque femme décrivait une sorte d'arc de vie, plus ou moins long, selon la durée de son existence ; on sortait de terre par la conception, on y rentrait par la mort. Sous terre était la résidence des morts, la réserve des âmes en attente d'une réincarnation : âmes des ancêtres qui allaient renaître un jour dans l'un de leurs petits enfants. Dans cet univers, le rôle de l'accoucheuse consistait à assurer pratiquement et symboliquement la permanence du cycle, de construire l'ancestralité : aider à naître c'était aussi « refaire des ancêtres ». Derrière ces croyances et ces comportements émerge la structure circulaire *de ce cycle vital* original, et transparaît l'idée d'un monde plein, d'une grande famille de vivants et de morts toujours égale en nombre, perdant ici ce qu'elle récupère là.

Dans cet imaginaire, la mort est d'autant mieux acceptée qu'elle n'est pas une vraie mort, mais promesse de renouveau.

L'Église et la conscience du corps : une évolution significative

L'Église entendit lutter contre cette vision qu'elle jugeait erronée. Elle sentait bien qu'elle pouvait difficilement demander à l'individu de préparer son salut, dont elle prétendait qu'il était, et lui seul, responsable, alors que pesaient sur lui les obligations de la lignée. Il fallait choisir... Sur le long terme l'Église a contribué indiscutablement à l'ébranlement des anciennes structures familiales et communautaires.

En valorisant l'individu, le christianisme, religion du salut personnel, était logiquement amené à s'opposer aux antiques solidarités, où l'individu était enserré en un réseau de dépendances qui bridait sa liberté d'être et d'agir. Mais si la religion introduisait un ferment de liberté, ce n'était pas dans le but de favoriser l'épanouissement de l'homme dans la société d'ici-bas, puisque seule comptait la quête assidue du salut.

L'adoption de l'accoucheur par la société urbaine soulève quelques questions. Celle-ci par exemple : comment se fait-il que dans cette société façonnée par la

religion, où filles et femmes reçoivent une éducation qui les met sans cesse en garde contre les manquements à la décence, l'homme-accoucheur ait pu intervenir auprès des femmes en couches sans que l'Église proteste vraiment ? En fait, si l'Église se tait, c'est qu'elle devient de plus en plus perméable à la nouvelle conscience de la vie : sauver l'âme, bien sûr, mais aussi sauver le corps de la souffrance, de la maladie et de la mort prématurée. Aussi l'Église s'engage-t-elle au XVII^e siècle, aux côtés de tous ceux qui peuvent avoir une action positive sur la population, à faire en sorte que les hommes vivent mieux sur cette terre.

La conscience moderne de la vie et du corps

Que la lente émergence de la conscience moderne de la vie et du corps se manifeste d'abord dans les villes est dans l'ordre des choses ; la ville est un milieu construit par l'homme où la perception de la « nature » s'estompe progressivement : disons que l'on ne met plus la même réalité derrière le mot. La conscience d'un rapport avec la Terre-Mère tend ici à disparaître. Cette évolution est d'ailleurs favorisée par le courant humaniste, littéraire et artistique (découverte de la perspective, conscience de la beauté du corps). La solidarité avec la lignée tend à se distendre ; et l'émergence de l'individu s'accompagne d'une individualisation du corps ; l'homme réalise maintenant qu'il peut disposer de son corps, mais que ce corps est fragile et qu'il faut donc le protéger. C'est dans les villes que le rapport aux ancêtres a tendance à se distendre. À la conscience circulaire du cycle de vie succède alors progressivement - d'abord dans les classes aisées, puis dans les catégories sociales moins favorisées - une conscience plus linéaire, plus segmentaire de l'existence, où l'individu pèse son poids, où l'ombre du groupe familial, de la parenté, ne gomme plus la personnalité.

Trois faits ont profondément contribué à cette mutation. D'abord, une nouvelle image du cosmos, avec Copernic, Galilée et Képler ; à la conception d'un « monde clos » se substitue celle d'un « univers infini » ; l'homme, « le petit monde », est placé dans une situation nouvelle par rapport à l'univers, « le grand monde ». Les grandes découvertes, celle du continent américain surtout, sont venues également bouleverser le rapport à l'espace ; alors que le rapport au temps venait justement lui aussi de changer avec l'apparition des premières horloges. Enfin, l'inté-

rêt pour le corps, pour l'intérieur du corps, pour l'anatomie, faisait au même moment l'objet d'un véritable engouement. Explorer la terre, explorer le corps, procédait d'un même désir d'investigation, d'une même volonté de savoir. Les siècles classiques ont été fascinés par les mystères du corps ; du corps de la femme, de la femme enceinte surtout, puisque c'était là que l'humanité sans cesse se renouvelait...

L'idée fait alors son chemin que la maladie, l'accident de grossesse ou d'accouchement n'ont rien d'inéluctable. À la passivité, à une sorte de fatalisme, qui était le propre des sociétés rurales, fait place une aspiration aux soins, une volonté de se sauver, en faisant appel à celui qui fait profession de soigner le corps souffrant, au médecin. Progressivement émergent les comportements contemporains : souci de rompre avec le cycle jugé infernal des maternités à répétition ; désir d'avoir des enfants non plus avec l'obsession de la permanence du cycle vital, mais simplement pour les aimer et en être aimé. Réaliser le couple et non plus privilégier le lignage.

Les médecins n'ont pas senti venir cette mutation des sensibilités, cette volonté ardente de se guérir. Les charges que Molière, et d'autres, leur adressent sont effectivement le reflet d'une situation de carence. Les chirurgiens encouragés en France par le pouvoir royal comprennent alors tout le parti qu'ils peuvent tirer de la situation. Eux, les mal-aimés du corps médical, les « manuels » méprisés par les hommes de culture que sont avant tout les médecins, acquièrent en un demi-siècle (de la fin du 17^e au milieu du 18^e siècle) les connaissances et la pratique que l'opinion attendait, et obtiennent, grâce à l'appui du pouvoir politique, que les accoucheuses obéissent à leurs directives. Les exemples montrent qu'en ville, un bon chirurgien-accoucheur, après quelques interventions heureuses, est appelé dans tous les milieux sociaux du quartier où il exerce, même lorsqu'il s'agit d'accouchements ordinaires.

Avant l'arrivée de l'accoucheur, les femmes souhaitaient pouvoir compter sur un secours au cas où une difficulté surviendrait ; une fois accepté, et conscient des possibilités que lui offre sa spécialisation obstétricale, le praticien impose vite sa façon de faire ; et c'est tout l'univers des couches qui s'en trouve transformé : il élimine les femmes dont la présence au moment de l'accouchement lui semble superflue, il ne tolère plus que la position couchée, etc. Le processus de médicalisation des couches est dès lors engagé de manière irréversible.

Ce modèle d'évolution des comportements fait une place essentielle à la culture et à l'histoire. Sans doute, sa présentation en est-elle ici trop schématique ; sans doute, le passage de l'accouchement « ancienne manière » à l'accouchement médicalisé s'est-il effectué dans chaque pays selon des modalités particulières, en fonction de situations originales. Mais la trame générale ne s'en trouve pas remise en question pour autant. Et l'émergence de l'individu, la recherche de la sécurité du corps apparaissent ainsi comme deux aspects majeurs et complémentaires de la mutation apparue en Occident au cours des quatre derniers siècles.

Et maintenant ?

Nous vivons aujourd'hui une étape - l'étape ultime ? - de ce processus. Nous savons maîtriser la vie, et nous nous enfermons dans un individualisme forcené. On a moins d'enfants et dans la plupart des pays occidentaux la chute de la natalité est telle que la relève des générations n'est plus assurée. L'époque actuelle est d'ailleurs faite de comportements apparemment contradictoires : on veut moins d'enfants et en même temps, on ressent la stérilité comme une frustration majeure. En vérité, l'insémination artificielle, les mères-porteuses, le bébé-éprouvette étaient prévisibles, dès lors que la médecine en faisait un enjeu et que le public demandait toujours plus de science et de technique. Mais cette fois, on franchissait un cap si important, que l'éthique était en cause.

Nous sentons bien que nous sommes à un carrefour. La baisse spectaculaire de la mortalité en couches et de la mortalité néonatale se paie au prix fort d'une dépendance croissante des femmes vis-à-vis de la technique. Or, la technique, c'est l'évidence, ne peut prétendre résoudre tous les problèmes ; pas ceux en tous cas qui relèvent du psychisme. La technique ne remplacera jamais les sentiments ; elle heurte même parfois violemment les sensibilités.

Ces dernières années, la prise de conscience par les femmes qu'il peut y avoir d'autres formes d'accouchement que l'accouchement médicalisé à outrance, la redécouverte de leur passé professionnel par des sages-femmes qui revendiquent maintenant l'originalité de leur rôle auprès des femmes, les questions que se posent certains praticiens à propos de leur propre exercice, montrent que quelque chose bouge. Oui, mais dans quel sens ? Sans doute est-il trop tôt pour le dire. En

tous cas, la complexité de la situation reflète bien l'importance de la mutation culturelle en cours.

Les études qui composent ce dossier sur l'accouchement au Québec témoignent de ce foisonnement et de cette recherche. Par la richesse des analyses, par la diversité des propositions qui sont faites, ce travail collectif peut être avantageusement comparé aux actes du colloque de Milan de janvier 1985, « Le culture del parto », qui a été la plus importante confrontation d'idées de ces 20 dernières années sur l'accouchement en Europe occidentale. Il a d'ailleurs l'avantage d'être mieux centré géographiquement et plus cohérent. Il souligne l'originalité du modèle anglo-saxon d'élimination des sages-femmes par les obstétriciens, depuis le milieu du 19^e siècle. Il montre, à travers l'exemple de la césarienne que la technique n'en a jamais fini d'envahir le champ obstétrical. Il illustre bien la méthode de subversion des différentes ethnies, y compris celles qui paraissent les plus éloignées du modèle occidental. Par-delà les différences culturelles, se retrouvent en effet les mêmes préoccupations fondamentales de sécurité du corps et de transmission de la vie ; derrière les particularismes culturels et coutumiers, le même noyau dur de l'Homme.

Le principal mérite d'un tel dossier est de susciter les questions essentielles. Le rituel de l'accouchement renvoie toujours, nous l'avons vu, à un univers mental qui a sa cohérence. Dès lors est-il souhaitable, lorsque cet univers vient à se désagréger d'en faire revivre artificiellement certains éléments, pour les réinsérer dans une autre logique ? N'est-il pas illusoire par exemple d'opposer à la médicalisation des couches, la salle d'accouchement « écologique » ou encore la présence du père ? Est-ce ainsi que les femmes pourront réellement « se réapproprier leur accouchement » ? Les expériences tentées ici et là ne risquent-elles pas justement de demeurer des « expériences » ? Les structures médicales sont suffisamment fortes pour résister à de telles procédures ; quitte à intégrer d'ailleurs certaines propositions qui vont dans le sens d'une « humanisation des couches », mais ne remettent pas en cause l'essentiel du pouvoir médical.

Une société a l'accouchement et la naissance qu'elle mérite. Accouchement et naissance ne sont que des symptômes. La vraie question est bien celle du projet de vie, du devenir de la personne dans une société qui tend à n'être plus qu'une somme d'individus. Le pire serait de prétendre régler, cette fois encore, une question qui relève au moins autant de l'éthique, de la culture, que du biologique, avec des

solutions d'ordre technique. Étudier l'accouchement, étudier la maternité, doit permettre de cerner l'image - une image - de la vie qui passe. Réfléchir sur la manière de donner la vie devrait s'accompagner d'une réflexion sur la mort, sur cette mort que l'on refuse aujourd'hui d'assumer dans les sociétés développées, et qui était vécue jadis comme une étape de la vie. Quand retrouverons-nous les deux bouts de la chaîne ? Pourquoi des enfants ? Quel devenir pour l'homme au seuil du troisième millénaire ? Et pour quel Homme ?

Jacques Gélis

Université de Paris VIII

ACCOUCHER AUTREMENT (1987)

INTRODUCTION

L'accouchement au Québec :
repères historiques, sociaux et culturels

Par Francine Saillant et Michel O'Neill

L'ACCOUCHEMENT, DE LA BIOLOGIE À LA CULTURE

[Retour à la table des matières](#)

Naître et mourir : sans doute sont-ils les rares phénomènes humains dont on peut dire qu'ils s'inscrivent profondément dans la nature, et par le fait même, dans l'ordre du vivant. Il n'en demeure pas moins qu'on observe, tant dans l'univers de la naissance que dans celui de la mort, des variations historiques, sociales et culturelles identifiables dans les diverses pratiques rituelles et symboliques dont on les entoure. Variations qui à leur tour vont dans certains cas jusqu'à modeler et transformer ce que l'on croyait jusque là « de plus naturel ». Naître et mourir : phénomènes où les ordres biologique et culturel sont en constante interaction, rares certitudes de la vie, lieux de passage de l'antre-vie utérine à la vie, de la vie à l'autre-vie, s'il en est. On ne parle pas de vie sans le spectre du mourir, et inversement ; lieux des contraires et des dualités fondamentales mais aussi lieux des continuités, comme l'illustrent les recherches contemporaines autour de la vie intra-utérine et de la vie après la mort.

Si la réalité biologique du mourir est bel et bien celle de la solitude, au sens où tout individu meurt seul, il en est autrement de celle de la naissance. La naissance

implique la question de la reproduction de la vie, reproduction dont l'un des moments marquants sera l'événement de l'accouchement. On naît d'une mère, de celle qui nous porte, qui nous livre au monde, à l'Existence. Naissance et accouchement, couple indissociable de la célébration de la vie qui s'intègre à une série de gestes et de pratiques, encore là variables selon les époques et les cultures.

Dans l'univers hospitalier, l'hypertrophie de la technique qui est entre autres résultante de la rationalisation croissante des sociétés modernes, tend à donner une image uniforme du comportement des femmes donnant naissance à un enfant. Effet de halo, puisque l'univers hospitalier reste comme tous les autres contextes dans lesquels évoluent les « accouchantes » (l'heureuse expression est de Monique Cournoyer), un univers tributaire de l'ordre social et culturel. Qu'en est-il, alors, du contexte québécois ? Quelle est la réalité québécoise de l'accouchement ?

UNE RÉALITÉ QUÉBÉCOISE DE L'ACCOUCHEMENT

Depuis plusieurs années, l'influence du mouvement des femmes aidant, on a pu lire de multiples ouvrages portant sur les aspects historiques, sociaux, et culturels de l'accouchement. Un coup d'oeil rapide aux bibliographies accompagnant les textes des auteur/es du présent ouvrage révèle l'importance des contributions des Gélis, Wertz, Ehrenreich, Jourdan, Oakley, pour ne nommer que ces dernier/es. Au Québec, il n'existait toutefois encore aucun ouvrage (qui ne soit pas plaider en faveur d'une forme ou l'autre d'accouchement) permettant de cerner, de la manière la plus englobante possible, les aspects historiques, sociaux et culturels de l'accouchement. Pourtant, depuis le début des années 80, on a assisté à la multiplication des recherches dans ce secteur, conduites le plus souvent par des femmes ; cependant les écrits se présentaient surtout sous forme de thèses, ou d'articles publiés dans des revues scientifiques à diffusion restreinte.

C'est ainsi que l'idée nous est venue de rassembler un certain nombre de ces textes et d'en solliciter quelques autres, histoire de permettre aux intervenant/es, aux chercheur/es, aux militant/es et aux étudiant/es de trouver une série de repères pour une compréhension de l'accouchement qui déborde les dimensions techni-

ques et biologiques. Il existe, comme on le constatera, une réalité proprement québécoise de l'accouchement, enracinée historiquement, changeante selon les divers contextes culturels coexistants à une même aire géographique, et en profonde mutation sociale. Ce sont là les dimensions fondamentales qui font l'objet de cet ouvrage.

Par ricochet, nous voulons illustrer une fois de plus que dans le domaine de la santé comme dans les autres domaines de l'agir humain, tant pour les analystes qui regardent les phénomènes à distance que pour les intervenant/es ou les militant/es qui oeuvrent au fonctionnement ou au changement de ces phénomènes, les regards posés par les sciences sociales, complémentaires au regard biologique, sont non seulement utiles mais encore nécessaires pour mieux comprendre et mieux intervenir.

Nous avons intitulé notre ouvrage *Accoucher autrement*. Accoucher autrement, justement parce que l'introduction progressive de la technique, des rapports marchands et des rapports de pouvoir de type patriarcal devenus aujourd'hui omniprésents dans l'univers médical comme dans l'ensemble de la société ont profondément bouleversé les pratiques rituelles et symboliques entourant l'accouchement de même que le vécu de l'accouchement. Ces bouleversements sont responsables pour les femmes d'une lente désappropriation des gestes et des savoirs reliés à leur corps et à la reproduction dans son ensemble, désappropriation qui a conduit directement au mouvement d'humanisation de la naissance et de l'accouchement que l'on connaît aujourd'hui dans tous les pays occidentaux. D'un geste simple, marqué surtout par l'entraide et le dépouillement technique, l'accouchement deviendra, dans le contexte souvent qualifié de « post-moderne », un geste complexe, voir risqué, marqué par la séparation d'avec le quotidien et l'environnement naturel.

Ce nouvel ordre des relations sociales, caractéristiques de l'accouchement dans les sociétés complexes et hypertechniques, contribue directement au sentiment de nombre de femmes que le sens profond du geste de donner naissance a été perdu, que l'essentiel du vécu de l'accouchement s'est noyé dans le labyrinthe de la médicalisation ; c'est justement du sentiment profond de cette perte, que d'aucuns appelleront aliénation et d'autres désappropriation, que le besoin est né d'explorer l'alternative vers les divers possibles de la réappropriation. C'est de ce double mouvement de désappropriation et de réappropriation des gestes et des

savoirs reliés à l'accouchement au Québec, de ces deux « autrement », que nous avons voulu rendre compte.

DE LA DÉSAPPROPRIATION...

La désintégration de l'accouchement traditionnel

Dans la première section du livre, on explorera donc la multitude des changements qui ont amené à une nouvelle configuration de l'accouchement « traditionnel » (c'est-à-dire non dominé par l'omniprésence de la technique) et qui ont favorisé le mouvement de désappropriation des femmes de leur accouchement.

Toutes les sociétés traditionnelles, quelles que soient les cultures (incluant ici la culture traditionnelle « canadienne-française »), possédaient des rites et pratiques en rapport avec l'accouchement ; tout en s'avérant hautement diversifiés, ces rites et ces pratiques s'organisaient selon un modèle relativement similaire, du moins si l'on retient certains axes clefs du déroulement de l'accouchement comme le rappelle d'entrée de jeu le texte de Hélène Laforce. On remarquera ainsi la simplicité du matériel technique et de la pharmacopée, le contexte d'entraide entre les femmes et l'importance accordée aux choix de l'accouchante. Toutefois, les bouleversements scientifiques, techniques et sociaux qui ont marqué le 20^e siècle et concouru à la naissance de ce que certains nomment le « paradigme bio-médical » ont entraîné le démantèlement de la structure mise en évidence par Hélène Laforce.

Trois textes viennent compléter la première partie de cette section et illustrent justement ce démantèlement, par des études de cas réalisées auprès de certaines communautés autochtones (Inuit, Attikamek-Montagnaise, Crie de la Baie-James). Même si chacune de ces études prise individuellement ne peut prétendre à elle seule proposer une vision complète de l'évolution de l'accouchement traditionnel autochtone, considérées dans leur ensemble, elles font néanmoins ressortir des constantes frappantes : apparition somme toute assez récente de la médecine « blanche », à laquelle on se soumettra peu à peu ; perte des savoirs et de l'ethnomédecine ; nécessité dramatique d'avoir à s'éloigner de sa famille ou de sa com-

munauté pour accoucher, dans des conditions définies comme plus « sécuritaires » par les blancs.

Chacune de ces études renvoie à un enseignement particulier pour les femmes, accouchantes ou intervenantes : bien que les modes de vie traditionnels comportaient des risques évidents pour les femmes et leurs enfants et qu'on ne puisse les idéaliser naïvement, l'autonomie des femmes enceintes, l'entraide et le minimum de soutien technique laissent songeurs si l'on se réfère, en comparaison, à l'univers de l'hôpital moderne ! Il est de plus intéressant de noter que diverses formes d'accouchements traditionnels inspirent actuellement, et ce de manière plus ou moins consciente, les pratiques alternatives.

Un mélange d'éléments traditionnels et de médecine moderne est-il possible, voire souhaitable ? Est-il vraiment recherché par les femmes autochtones, ou la désappropriation serait-elle suffisamment achevée que ce mélange ne serait que le désir de quelques professionnel/les du sud et de quelques autochtones marginales ? Comment réaliser ce mélange éventuel ? Voilà autant de questions et de pistes de réponses, soulevées par la réalité actuelle des autochtones du Québec, que les textes de Rose Dufour, de Marie-Josée Routhier et de Monique Cournoyer soulèvent.

La médicalisation

La seconde partie de la première section nous fera pénétrer encore plus avant dans le phénomène de la désappropriation puisque l'on y verra comment, en parallèle avec la montée du mode de vie industriel et urbain, on décidera de remettre progressivement entre les mains d'une médecine de plus en plus technologique la responsabilité de l'accouchement. Le texte de France Laurendeau, devenu un classique, brosse d'abord, données à l'appui, un portrait d'ensemble du phénomène de la médicalisation de l'accouchement au Québec en le comparant au même phénomène dans d'autres sociétés industrialisées. Le texte de Hélène Laforce, celui de Marc Renaud et de ses collaboratrices, de même que celui de Anne Quéniart explorent ensuite plus à fond trois facettes de cette médicalisation telle qu'elle est survenue ici : 1) l'évacuation progressive des praticiennes qui, pendant longtemps ont assuré la quasi-totalité du suivi des grossesses et des accouchements, en

l'occurrence les sages-femmes ; 2) la manière dont l'enseignement obstétrical a évolué en contexte nord-américain en regard de la façon dont l'institution médicale s'est peu à peu approprié la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ; 3) la façon dont les femmes ont en quelque sorte intériorisé les valeurs médicales face à la grossesse et à l'accouchement.

Ces quatre textes illustrent bien, chacun à leur façon, certains aspects d'une problématique à laquelle nous ont habitué les féministes durant les années 70. Dans le mouvement pour la santé des femmes, l'accouchement fut certainement considéré comme le lieu par excellence de la médicalisation et de la désappropriation des connaissances des femmes face à leur corps. On ne soupçonnait guère, même dans les milieux les plus radicaux, jusqu'à quel point les phénomènes que l'on observait à ce moment n'étaient que le début d'un mouvement beaucoup plus vaste et profond, devant nous obliger à déplacer notre regard de la désappropriation d'un événement (l'accouchement) vers la désappropriation de la reproduction dans son ensemble. C'est du moins la tendance des analyses types des années 80, dont les textes de de Koninck et de Jean sont des exemples patents eu égard à ces nouvelles préoccupations.

L'avenir technologique ?

Ainsi, en conclusion à cette première section, leurs textes nous proposent les tendances qui se profilent, du moins si l'on continue à accepter de confier la question de la reproduction à la techno-médecine et aux experts. En effet, Maria de Koninck suggère d'abord que la césarienne, devenue au milieu des années 80 un mode presque « normal » d'accouchement (environ un enfant sur cinq naît au Québec à l'aide de cette procédure chirurgicale), marquerait une étape extrêmement significative de l'élimination éventuelle des femmes du processus de la reproduction. André Jean, pour sa part, s'attarde sur la signification sociale de la montée en flèche des fameuses NTR, les « nouvelles technologies de la reproduction ». En effet, au-delà de la césarienne, existe toute une série d'expérimentations technologiques et de pratiques dont on commence à peine à se préoccuper et dont on mesure mal, aux plans éthique et social, toute la portée. Counselling génétique, mères porteuses ou grossesse « de substitution », bébés éprouvettes, manipula-

tions génétiques, clonage, utérus artificiel : voilà autant de thèmes qui inquiètent, tout en soulevant des possibilités nouvelles qui pourraient représenter, pour les femmes, le moment ultime du processus de désappropriation de la fonction reproductrice par laquelle elles ont été (et se sont souvent) socialement définies au cours des premiers millénaires d'existence de l'espèce humaine.

... VERS LA RÉAPPROPRIATION

L'invasion du champ de la grossesse et de l'accouchement par la médecine, la science et la technologie a cependant été radicalement remise en cause au cours des dernières années. Moteur significatif des grands mouvements sociaux qui contestent depuis une quinzaine d'années la primauté de la société industrielle et de ses valeurs, le mouvement féministe a forcé la société, au Québec comme ailleurs, à réfléchir sur la manière dont on accouchait maintenant... Ainsi, les acquis et les bienfaits de la technique doivent-ils nécessairement dominer au détriment de la qualité de vie ? Quel est le pouvoir de décision des femmes quant aux formes de l'accouchement ? Pourquoi faire de l'accouchement, un événement exceptionnel, coupé de la vie quotidienne ? Voilà autant de questions à la base de la lutte pour la réappropriation et le contrôle des gestes de la vie quotidienne dans l'univers de l'accouchement. Nous tenterons donc d'observer dans la seconde section du livre les effets de diverses tentatives de réappropriation de l'accouchement, effets que nous présentons à l'intérieur de deux sous-ensembles.

Une série d'analyses permet, dans un premier temps, l'examen de diverses manifestations de la volonté de réappropriation des femmes et de certains hommes sur la grossesse et l'accouchement. Les changements significatifs survenus autour de la manière de prendre en charge l'accouchement en milieu hospitalier depuis une dizaine d'années sont d'abord analysés par Suzanne Savard. Nous nous interrogeons ensuite, dans un texte que nous avons rédigé en collaboration avec Danièle Desjardins, sur les caractéristiques et sur les motivations des gens qui ont décidé, vers 1975, de prendre des distances avec le mode dominant d'accouchement et de recourir aux services des « nouvelles sages-femmes » nées alors pour supporter la démarche des femmes et des couples qui désiraient se réapproprier leur grossesse et leur accouchement. Denise Piché propose une analyse d'expériences ten-

tées pour modifier l'environnement physique où se déroule l'accouchement et Hélène Valentini se penche sur les différences entre ce qui se dit dans les cours prénatals « réguliers » et « alternatifs ». Thomas Antil explore finalement, avec l'un de nous, la délicate question de la place des hommes dans cette démarche de réappropriation. D'abord, en font-ils réellement partie ? Ensuite, ne sont-ils pas en voie de se réapproprier à leur compte les démarches faites par leurs compagnes, exerçant ainsi une nouvelle forme de domination sur ces dernières ? À voir...

Nous concluons enfin le livre par trois témoignages, ceux de Sylvie Montreuil, d'Isabelle Brabant et de Jean Drouin. Une femme, un médecin et une sage-femme viennent dire comment, chacun/e à leur manière, ils vivent et participent à ces démarches de réappropriation de la grossesse et de l'accouchement qui se déroulent autour de nous.

UN MOT À PROPOS DE NOTRE DÉMARCHE

Quelques brefs commentaires méritent ici d'être communiqués à propos de l'esprit et du processus qui ont sous-tendu notre démarche. D'abord, un mot au sujet de notre prise de position idéologique face à la grossesse et à l'accouchement au Québec. En réunissant les textes de ce volume, et en approchant les auteur/es, nous avons un double but. D'une part, nous voulions éviter de proposer une analyse réductrice où d'un côté tous les médecins auraient tort, où toute la médecine apparaîtrait condamnable à priori et où, de l'autre côté, l'ensemble des intervenant/es et pratiques en rupture avec la médecine officielle feraient bonne figure. Nous croyons avoir réuni des écrits qui illustrent bien comment les acteurs individuels ou collectifs, au Québec comme ailleurs, sont souvent entraînés par des processus plus larges qui conditionnent significativement, et parfois inconsciemment, leurs actions.

D'autre part, nous avons aussi voulu donner la parole aux forces de changement, en particulier à toutes celles qui, de l'intérieur ou de l'extérieur du système de santé, tentent de miser sur les acquis de la médecine tout en essayant de réintroduire des préoccupations d'humanisation et de partage du pouvoir.

C'est d'ailleurs dans cette optique qu'avec l'assentiment de l'ensemble des collaborateurs/trices à cet ouvrage, les droits d'auteur qui seront générés par le livre seront versés à un ou des organismes oeuvrant à l'humanisation de la grossesse et de l'accouchement. Nous ne sommes évidemment pas naïfs au point de nier les différences objectives qui existent entre les divers groupes sociaux qui se préoccupent, au milieu des années 80, de la grossesse et de l'accouchement au Québec ; c'est d'ailleurs des confrontations entre ces diverses tendances que sont apparus les éléments novateurs qui ont affecté la pratique de l'obstétrique au cours des quinze dernières années. Nous croyons toutefois qu'il y a plus souvent qu'on ne le reconnaît, des zones de collaboration possible entre des groupes apparemment opposés.

Ce livre s'adresse donc tout autant aux professionnel/les de la santé qui oeuvrent présentement en milieu hospitalier ou communautaire dans le domaine de la périnatalité, qu'aux étudiant/es de niveau collégial ou universitaire en sciences de la santé ou en sciences sociales, ou encore aux femmes impliquées dans le mouvement pour la santé des femmes, comme praticiennes, chercheuses, animatrices, etc. Nous sommes convaincu/es que la compréhension des liens étroits qui existent entre la société dans son ensemble et la manière dont la grossesse et l'accouchement sont présentement pris en charge au Québec, dont le volume témoigne abondamment, permettra aux un/es et aux autres d'élargir leur compréhension et leur base d'intervention dans ce secteur de notre vécu collectif.

Nous avons voulu donner au livre un maximum de rigueur scientifique et intellectuelle, tout en tentant dans toute la mesure du possible de garder un ton et un style qui demeurent clairs et facilement accessibles à un vaste public. Enfin, bien que tous les thèmes reliés à l'accouchement n'aient pas été couverts (par exemple le vécu de la douleur), l'ouvrage réunit certainement l'ensemble de textes le plus diversifié et le plus complet qui soit sur les aspects socioculturels de l'accouchement au Québec. Considérant les constantes qui existent dans le développement des sociétés occidentales, nous sommes aussi convaincu/es que ce volume sera très utile ailleurs qu'au Québec, en particulier dans les pays francophones, pour aider à retracer les similarités et les différences des modes de désappropriation et de réappropriation de l'accouchement.

Nous nous en voudrions de conclure cette introduction sans souligner le climat de franche collaboration qui a prévalu entre l'ensemble des collabora-

teur/trices au livre ; ce dernier, au cours des deux ans qu'a dures sa préparation, a en effet évolué de façon fort dynamique et ce, grâce aux suggestions qui nous ont été faites par les auteur/es. Finalement, le support matériel que le présent livre a reçu de l'École des sciences infirmières de l'Université Laval, grâce à sa directrice, madame Olive Goulet, a été extrêmement important, de même que la patience inlassable de madame Judith Papillon, secrétaire à cette même École, qui avec intérêt et assiduité a assuré la saisie sur traitement de texte du manuscrit de même que l'ensemble des corrections, re-corrections et re-re-corrections.

Bonne lecture !

ACCOUCHER AUTREMENT (1987)

Section 1

De la désappropriation...

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

A) La déstructuration de l'accouchement traditionnel

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

A) **La déstructuration de l'accouchement traditionnel**

1

L'accouchement traditionnel : d'hier à aujourd'hui

Par Hélène LAFORCE

UNE AUTRE MANIÈRE DE « VOIR » LES CHOSES

[Retour à la table des matières](#)

« À chaque société, sa naissance » écrit Jacques Gélis. « Si l'accouchement est un acte naturel, il dépend aussi des traits culturels, de la tradition religieuse et du degré de médicalisation du milieu dans lequel il se déroule » (Gélis, 1981). Cela est particulièrement vrai pour l'univers de l'accouchement traditionnel. Différentes études, tant anthropologiques, sociologiques qu'historiques ont prouvé que le choix des techniques et de la pharmacopée, des lieux, décors, rituels ainsi que le rôle des divers protagonistes varient suivant les contextes géographique et socio-culturel de la société dans laquelle s'intègrent les événements de la naissance et de l'accouchement.

Et pourtant, il s'agit toujours de mettre un enfant au monde. On touche encore à un événement universel plusieurs fois millénaire que l'on croyait - du moins jusqu'à ces dernières années - immuable au plan physiologique.

Somme toute, il y a deux façons d'envisager cet événement. La première est de s'attarder à toutes les variantes de l'accouchement qui mettent ainsi en relief les

différences et par le fait même la richesse de la culture qui encadre le phénomène. La seconde consiste à appréhender le scénario de l'accouchement par l'observation de ses constantes et à permettre, par là même, aux ressemblances d'apparaître et de prendre place. Après avoir comparé la pratique des sages-femmes françaises du 14e au 18e siècle à celles des infirmières des colonies et des accoucheuses du Québec des années 30, en passant par les sages-femmes du Maghreb et du Mexique, on peut remarquer certaines ressemblances au niveau de l'approche. Mises en relation avec les revendications des femmes en périnatalité, ces similitudes nous sont apparues essentielles.

Il s'agit premièrement de l'importance prépondérante de l'entraide, deuxièmement de l'approche pragmatique de l'accouchement et de la naissance perçus comme des phénomènes normaux et naturels, troisièmement de l'utilisation d'un matériel sommaire et de la prise en compte de l'environnement psychologique et enfin de la place centrale accordée à la femme au cours du processus.

Vue sous cet angle, l'approche de l'accoucheuse traditionnelle semble régie, à l'échelle des siècles comme à celle de la planète, par une philosophie de base dont on peut retracer les grands traits.

UN BREF SURVOL DE L'ACCOUCHEMENT TRADITIONNEL

Un univers d'entraide

L'univers traditionnel est avant tout régi par les liens de l'entraide. C'est un point fondamental. Le soutien psychologique et les conseils pratiques de sa famille et de son entourage, l'aide matérielle qu'apportent ses compagnes à l'accouchée, pendant, puis après ses couches, lui sont indispensables pour supporter les conséquences de grossesses nombreuses et rapprochées. C'est ainsi par exemple que, grâce à un réseau serré de parenté tissé autour des rangs ou dans les vieux quartiers ouvriers des villes, les Québécoises ont pu survivre à leur forte progéniture.

Cette assistance s'organise généralement spontanément de la part des femmes, quoique sous la surveillance réservée de la mère ou de la belle-mère de l'accouchée. Le rôle joué par les aïeules est de toute première importance. Même dans le Québec rural des années 60, ces femmes se déplaçaient sur de longues distances et parfois pendant plusieurs mois pour venir assister la nouvelle accouchée. Cette aide des femmes, parentes ou voisines qui viennent parfois par dizaines, touche à tous les travaux du quotidien qu'il s'agisse du soin des enfants, de l'entretien de la maison ou des multiples services lors de la période des relevailles. On comprend mieux ainsi pourquoi, isolées dans leurs maisons unifamiliales, les Québécoises de la seconde moitié du 20^e siècle furent attirées par les « vacances » que représentait l'hospitalisation de leur accouchement.

Mais ce n'est pas tout. Le rôle des femmes est aussi de perpétuer les rituels anciens lors de la naissance. Il est difficile aujourd'hui de saisir parfaitement tout l'impact de ces rituels. Dans un événement où l'environnement émotif ou même symbolique reste aussi important que le support technologique, la présence d'êtres chers au moment de la naissance et une atmosphère chaleureuse peuvent constituer autant de facteurs déterminants pour une naissance heureuse. Ce qui est certain, c'est que l'une des causes de l'efficacité de la sage-femme traditionnelle est justement cette connaissance approfondie des femmes qu'elle accouche, connaissance qu'elle a pu acquérir au fil des années.

On retrouve aujourd'hui ce besoin d'un soutien psychologique amical dans les revendications des femmes pour l'accouchement à domicile ou même lorsqu'elles demandent la présence de personnes proches lors de leur accouchement dans les institutions hospitalières. En Hollande, le service d'une aide domestique fourni par la sécurité sociale aux femmes qui accouchent à domicile paraît être la version moderne du volet pratique de l'entraide.

Le matériel et les techniques utilisées

Le matériel utilisé lors de l'accouchement est sommaire. À la fin du 18^e siècle, la célèbre accoucheuse française, madame Angélique du Coudray, recommande à ses étudiantes accoucheuses de tenir prêts « deux liens faits de fils de trois ou quatre brins, une paire de ciseaux arrondis ou un bon couteau pour couper le cor-

don ». (Gélis, 1984 : 189). La « comadrona » du Yucatan n'apporte encore avec elle « qu'un fil pour nouer le cordon, une lame de rasoir pour le couper, de l'alcool et des herbes dont son père lui a transmis le secret. » (Bonnet, 1980 : 28). Même chose pour Aurore Bégin en 1930, ou pour une accoucheuse québécoise de Drummondville des années 60, qui se munit en plus d'une petite sonde pour les rétentions d'urine et de nitrate pour les yeux des enfants. Si l'on ajoute le bac d'eau toujours nécessaire pour la toilette de la mère et de l'enfant, quelques vieilles toiles souvent remplacées par du papier journal quand il y a en de disponible, un coussin pour glisser sous les reins et un drap pour protéger la pudeur de la femme, la panoplie est complète.

Ce qu'il faut surtout à la sage-femme qui exerce, c'est une bonne connaissance des possibilités de ses mains, de la dextérité dans ses versions et ses massages et, surtout, beaucoup, beaucoup de patience et de dévouement. Un jour où je pressais de questions Aurore Bégin au sujet de son équipement, celle-ci me répondit en me regardant avec étonnement : « Vous savez, ce n'est pas si compliqué que cela de faire un accouchement ». Cette femme qui avait assisté à des centaines d'accouchements sans perdre aucun nourrisson au cours de sa pratique venait de dédramatiser pour moi une situation qu'un siècle de médecine axée sur la pathologie avait rendue angoissante. C'est d'ailleurs cette vision de normalité de la naissance que n'a jamais cessé de favoriser la profession de sage-femme en Europe, et en Hollande particulièrement, que ramènent aujourd'hui au Québec les nouvelles sages-femmes, tant autodidactes que diplômées.

Toute la technique de la sage-femme traditionnelle tient à sa dextérité et à sa rapidité de décision. « Je poussais sur l'utérus et je travaillais avec l'autre main, raconte Aurore Bégin ; lorsqu'il s'agissait d'une présentation difficile il fallait agir vite, faire attention au cordon et puis tourner la tête pour pouvoir " faire une tête " » (Laforce, 1986). Ce type de version peut encore devenir aujourd'hui une solution de rechange à certaines utilisations des forceps. Mais cet « art des mains », c'est aussi celui du toucher et des massages. C'est un peu cette philosophie qui, adaptée à notre manière de vivre, a donné naissance aux solutions modernes que sont le massage et l'aptnatomie, techniques qui permettent à la femme enceinte d'établir un nouveau contact avec son corps, son entourage et même sa propre énergie.

Cette prise de contact avec toutes les formes d'énergie disponibles faisait aussi partie des rituels de la médecine traditionnelle, rituels qui renvoient à des symboliques différentes selon les cultures. Ainsi, au Moyen Âge, on drapait la chambre de travail ainsi que l'enfant de rouge ou de rose pour éloigner les esprits malins. Le bleu avait la réputation de prémunir le nourrisson contre les fièvres puerpérales ou d'assurer que le lait de la mère ne tarisse pas. On tient compte aujourd'hui du choix des couleurs dans l'environnement de la mère et du nourrisson dans les maternités européennes d'avant-garde.

À ces instruments sommaires viendra s'ajouter la richesse de la pharmacopée traditionnelle. Tous issus de l'herbier local, on y découvre, selon les régions, des purgatifs et des liniments : pour la purgation ou le lavement, afin de hâter les contractions, d'assurer l'expulsion rapide, de stopper l'hémorragie ou de guérir les « tranchées ». À ces potions, on peut ajouter tout un ensemble de produits gras indispensables pour lubrifier le sexe des femmes et les mains de l'accoucheuse. Le beurre fondu non salé est tout aussi apprécié que l'huile de noix. Le miel est utilisé pour sucrer les breuvages et redonner des forces ; l'ail et l'oignon pour ranimer les esprits et favoriser la dilatation, avec le vin chaud que l'on retrouve partout.

Au Québec, plus particulièrement, Aurore Bégin utilisait de l'huile d'olive pour enlever la graisse autour du bébé. Les anciennes sages-femmes des campagnes connaissaient bien l'utilisation de l'ergot de seigle. Broyée en fine poudre, l'excroissance bleuâtre du seigle était aussi utile pour faire avorter le bétail que pour accélérer les contractions des femmes. Que ce soit à l'époque de la Nouvelle-France ou au tournant du présent siècle, les Québécoises utilisaient de nombreux types d'herbes tel le « sang de dragon » ou « l'herbe de la St-Jean », qui avaient certaines propriétés abortives ou thérapeutiques. Même si la médecine s'en attribuera souvent le mérite des découvertes, il semble que la pharmacopée de l'accoucheuse traditionnelle ait été riche et diversifiée.

La place accordée à la femme et le choix des positions

Durant tout l'accouchement, on laisse la femme libre de se mouvoir, on l'encourage à marcher et même à crier si elle le désire. Les réactions de la femme lors de l'accouchement dépendent néanmoins de normes culturelles. Certaines sociétés

incitent la femme à se manifester verbalement, d'autres à interioriser leurs réactions. On redécouvre aujourd'hui l'importance des cris, et donc du son, dans les techniques du chant prénatal et lors de l'expulsion du bébé.

L'étape peut-être la plus importante pour l'accouchée est celle où cette dernière choisit sa position. En raison de la peur fréquente, surtout chez la primipare qui connaît moins les ressources de son corps, on laisse généralement à cette dernière le choix de la position afin de lui laisser pleine liberté de mouvement et d'esprit.

À moins que des tabous régionaux ne l'interdisent, c'est la position assise ou accroupie que la femme prend instinctivement. L'accroupissement assure une bonne expulsion parce qu'il permet à la femme de tirer parti de ses douleurs sans trop avoir besoin d'aide. Elle peut ainsi surveiller son périnée et dégager la tête de l'enfant. C'est d'ailleurs la position que devait prendre la femme lorsqu'elle se trouvait seule pour accoucher, chez elle ou aux champs. Comme cette position ne facilite guère le travail d'une assistante et qu'elle devient épuisante à la longue, même pour les femmes d'autrefois, la femme devait l'abandonner dès qu'une aide était possible.

À ce moment-là, tout dépendant de son degré de fatigue, la femme pouvait choisir d'autres positions. Par exemple, la position à genoux ou à quatre pattes, qui est aussi instinctive, ou la position debout, appuyée contre un support, quoique plus dangereuse pour la venue de l'enfant. Enfin, s'imposera graduellement la position assise sur une chaise d'accouchement. Venant restreindre les mouvements de la femme, c'est un peu l'ancêtre de la table d'accouchement.

Il faudra que la femme soit quasiment désespérée ou épuisée par de longues heures de travail pour choisir la position horizontale, c'est-à-dire couchée sur le dos. Non seulement parce qu'elle risque de souiller une literie souvent unique mais parce qu'instinctivement la femme sent que cette position nuit à son travail. On sait aujourd'hui que la position horizontale est la plus nocive parce qu'elle entraîne la compression par l'utérus gravide des gros vaisseaux abdominaux. Cette position, aujourd'hui généralisée, ne s'est imposée qu'à la fin du 18^e siècle en Occident. Et cela principalement parce qu'elle était plus confortable pour le médecin.

Le retour à des positions plus naturelles est justement l'une des concessions à l'ancienne manière qu'accepte de plus en plus de faire aujourd'hui l'obstétrique officielle. Si une telle concession ne sert pas à justifier la venue de nouveaux gad-

gets technologiques (lit aux multiples positions par exemple) et si la liberté des femmes y est assurée, il s'agirait là d'un point de rencontre important entre deux manières de faire.

L'ALTERNATIVE : L'EFFET D'UNE SYNTHÈSE HISTORIQUE ?

Le passage de l'univers traditionnel de la naissance à celui de l'accouchement ultratechnique a laissé un vide chez la Québécoise d'aujourd'hui. Même si personne n'éprouve vraiment l'envie de revenir aux conditions du Moyen Âge, il nous est permis de nous interroger sur ce que nous avons perdu d'entraide, de chaleur humaine, de rapport à notre corps et aux ressources de notre environnement au profit de la sécurité offerte par la technologie moderne. Sécurité au sujet de laquelle il faut encore s'interroger. Dans toute l'Amérique, et maintenant en Europe par le biais des sages-femmes, un nouveau courant de pensée tente de concilier certains des apports bénéfiques de l'ancienne manière de faire avec nos acquis actuels. Peut-être sommes-nous en voie de mutation vers une nouvelle manière de faire !

Références

Bonnet, Muriel, « Sages-femmes chez les Mayas », *Parents*, 1980, p. 28-29.
Gélis, Jacques, « Quand les femmes accouchaient sans médecin », *L'Histoire*, mai, n° 34, 1981, p. 105-112.

Gélis, Jacques, *L'Arbre et le fruit*, Paris, Fayard, 1984.

Laforce, Hélène, *Entrevues avec Aurore Bégin*, 1986.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

A) La déstructuration de l'accouchement traditionnel ¹

2

Que sont devenues les sages-femmes d'antan ? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane ¹

Par Marie-Josée Routhier

LES FEMMES AMÉRINDIENNES : DE QUI PARLE-T-ON ?

[Retour à la table des matières](#)

Cet article est le fruit d'un séjour de quatre mois en 1982-1983 à la réserve attikamèque de Manouane (Haute-Mauricie) ². Le séjour a donc été assez bref. De plus, la littérature sur l'accouchement chez les Amérindiennes, et de façon généra-

¹ La publication originale de cet article se trouve dans la revue *Recherches amérindiennes au Québec*, « Être née femme autochtone », vol. XIV, n° 3, 1984, p. 26-36 qui en a autorisé l'utilisation pour ce livre. Cependant le style a été quelque peu remanié, certaines données ont été mises à jour, et d'autres ont été ajoutées. Je tiens à remercier toutes les femmes de Manouane qui n'ont pas hésité à me raconter ce qu'elles ont vécu et ce qu'elles vivent encore aujourd'hui dans leurs accouchement, et dans leurs rapports aux institutions médicales. Je tiens aussi à remercier particulièrement Mathilde et Catherine, deux sages-femmes bien connues de la communauté, pour avoir fouillé inlassablement dans leurs souvenirs et m'avoir accordé avec tant de cordialité toutes ces heures précieuses d'entrevue.

² Manouane : terme qui signifiait pour les Attikameks « Là où on trouve des oeufs » (Conseil attikamek montagnais, 1981).

le sur la vie des femmes amérindiennes au Québec est quasi-inexistante³. Il faut donc lire ce document comme un premier essai de reconstitution de la pratique des sages-femmes et de l'histoire de l'accouchement à Manouane, de la fin du 19^e siècle à nos jours. De plus, à quelques reprises, certaines comparaisons seront faites avec le vécu d'autres femmes amérindiennes, en particulier les femmes attikamèques de Weymontachie et les femmes montagnaises de Mingan et La Romaine⁴.

Il ne faut pas se le cacher, les femmes amérindiennes du Québec demeurent pour nous de grandes inconnues. Les réserves nous paraissent si éloignées et si peu accessibles qu'on a souvent l'impression que ces femmes vivent dans un autre pays, voire même à une autre époque. Il est donc impérieux que les femmes autochtones aient à juste titre leur place dans l'histoire des femmes du Québec, dans celle d'hier et d'aujourd'hui.

Cet article veut donc rendre compte plus particulièrement de la vie des femmes amérindiennes de Manouane à travers leur propre expérience de la grossesse et de l'accouchement. Également, au-delà de cela, il veut démontrer que la pratique des sages-femmes relevait, il n'y a pas si longtemps encore, d'un savoir féminin étendu, trop souvent passé sous silence parce que relié uniquement à la spéci-

³ Les anthropologues, principalement des hommes, ont écrit beaucoup sur la vie des Amérindiens, sur les techniques de chasse et de pêche, sur le territoire, etc. Cependant, ils « semblent » avoir oublié que les femmes amérindiennes existaient aussi : qu'elles travaillaient, enfantaient et participaient pleinement à la vie des groupes multifamiliaux ou à celle de la communauté. Pour les intéressé/es, la revue *Recherches amérindiennes au Québec* a publié deux numéros consacrés aux femmes amérindiennes : un premier, « Femmes par qui la parole voyage... », vol. XIII, n° 4, 1983, et un deuxième déjà cité, « Être née femme autochtone », 1984. Également D. Morissett a publié en 1982, *Vitalités et regroupements chez les femmes autochtones du Québec*.

⁴ La recherche globale de l'équipe de chercheuses de l'Université Laval consistait à recueillir les propos des femmes attikamèques et montagnaises sur plusieurs sujets (éducation, ethnicité, racisme, division sexuelle du travail, artisanat, travail salarié, santé, implantation des services médicaux, médecine traditionnelle, etc.) dans différentes réserves attikamèques et montagnaises au Québec, dont La Romaine et Mingan (Basse Côte-Nord), Manouane et Weymontachie (Haute-Mauricie), Pointe-Bleue (Lac St-Jean). Cette recherche a été financée de 1982 à 1985 par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

ficité biologique des femmes. Ce savoir était multiple : les sages-femmes agissaient comme soutien et conseillères durant la grossesse, accoucheuses et femmes qui aidaient l'accoucheuse, fabricantes et utilisatrices de remèdes traditionnels indiens, aides aux relevailles de l'accouchée, etc. Et ce savoir, chez les Amérindiens, loin d'être une affaire de « bonne femme » sans importance, était reconnu et respecté par l'ensemble de la communauté. Ces gestes de femmes pour mettre les enfants au monde sans intervention médicale affirmaient leur autonomie, assuraient la survie du groupe et consolidaient l'entraide et la solidarité entre les familles.

Le lieu de vie et de travail de ces femmes est également peu connu ; en effet, Manouane est une réserve attikamèque dont on a peu parlé dans la recherche sur les Amérindiens. Plusieurs raisons peuvent expliquer le peu d'intérêt qu'on a accordé à cette communauté. Premièrement, Manouane est une réserve semi-éloignée, car on peut s'y rendre en voiture. Cependant, il faut avoir déjà emprunté cette route pour être en mesure de se questionner sur ce que signifie l'éloignement réel d'une réserve, comme on le verra effectivement. Deuxièmement, Manouane est en quelque sorte « à cheval » entre les réserves urbaines et les réserves éloignées. En effet, des trois réserves attikamèques de la Haute-Mauricie (Manouane, Weymontachie et Obedjiwan), elle occupe la pointe sud de la région et fut celle qui a été sédentarisée le plus tôt, soit au début du 20^e siècle.

Le processus de colonisation en Haute-Mauricie s'est amorcé dans la première moitié du 19^e siècle. Dès 1830, la Compagnie de la Baie d'Hudson y est solidement implantée et devient le seul traiteur officiel de la région. On peut situer vers la même époque le début des missions régulières dans cette région. Cependant, à ce moment-là, les Indiens de la Haute-Mauricie ne mènent pas une vie sédentaire. Les groupes multifamiliaux vivent de chasse, de piégeage et de pêche et partent pour leur campement d'hiver vers la fin du mois de septembre. Ils ne reviennent que momentanément au poste de la Compagnie de la Baie d'Hudson au printemps et en automne. Cependant, à l'été, au début de juin, les familles arrivaient au poste avec leur charge de fourrures, et pouvaient alors échanger leurs biens contre des produits devenus nécessaires pour eux tels que sucre, farine, tissus manufacturés, etc. C'était également un moment privilégié pour renouer les liens avec les parents et amis, et on se regroupait temporairement soit sur la terrasse de Weymontachie,

soit le long de la Manouane, à un endroit appelé Metapeckeka ⁵ (non loin de l'actuelle réserve de Manouane) (Clermont, 1977).

La colonisation s'intensifie à partir de 1850 avec le développement de l'exploitation forestière dans toute la région mauricienne. Le territoire attikamek fut bûché et percé de routes ; ses rivières furent harnachées pour les besoins énergétiques d'un développement industriel qui a complètement bouleversé le mode de vie des Attikameks. Cette intensification des contacts avec les Blancs a atteint son point culminant avec l'arrivée du chemin de fer devant Weymontachie en 1910, l'ouverture du « village de bûcherons » de Sanmaur en 1914, et l'arrivée de la Company International of Paper (CIP) vers 1930 (Clermont, 1977).

On possède peu de données sur l'histoire de la bande de Manouane. Selon Clermont, un groupe d'une centaine de personnes se sépara du groupe de Weymontachie entre 1865 et 1895 et s'établit à Metapeckeka aux sources de la Manouane. Ce groupe fut probablement à l'origine de la bande de Manouane. On y avait créé des potagers, de sorte que le poste de Metapeckeka était, déjà au début du présent siècle, celui qui ressemblait le plus à un village (Clermont, 1977).

Les femmes âgées de Manouane se souviennent de ces potagers qui produisirent peu à cause de la durée trop courte de la saison et de l'aridité du sol. Elles se rappellent aussi qu'à cette époque, malgré « l'encerclement blanc », et malgré le fait que certains hommes de la bande allaient travailler pour les compagnies forestières, elles partaient encore chasser et trapper dans le bois avec leur famille. Elles m'ont raconté les premières maisons construites en bois rond sur le bord du lac Madonbaskika (lac Madon), mais aussi les nombreuses tentes qui se dressaient encore sur le territoire de la réserve et en forêt.

Manouane fut officiellement créée comme réserve en 1906. Le processus de sédentarisation était donc sérieusement entamé, mais des façons de vivre et des pratiques traditionnelles persistaient encore à cette époque : entre autres, le mode d'accouchement des femmes attikamèques et la pratique des sages-femmes.

En 1983, le village de Manouane était composé de 1020 habitants dont 488 femmes. Dans les six groupes d'âge qui m'intéressaient particulièrement (entre 20

⁵ Metapeckeka : terme qui signifiait pour les Attikamek « le marais qui sort d'une baie » (Conseil attikamek montagnais, 1981).

et 80 ans), j'ai dénombré 173 femmes. Parmi ces 173 femmes, j'ai pu en rencontrer vingt, femmes de différentes générations aux expériences diverses : sages-femmes, femmes qui ont accouché dans le village et dans le bois, femmes qui ont accouché à l'hôpital. C'est en discutant avec elles dans leur quotidien, en faisant ressurgir le passé et en parlant du présent, que j'ai pu tenter cette première reconstitution de l'histoire de l'accouchement à Manouane de la fin du 19^e siècle à nos jours. C'est aussi en confrontant le point de vue des femmes avec celui du personnel infirmier de la réserve et du personnel en obstétrique de l'hôpital de Joliette, qu'il m'a été possible de cerner les effets de la mise sur pied des services de santé gouvernementaux sur la vie des femmes et des familles.

Référence : Conseil Attikamek-Montagnais (1981). Manouane, p. 7

Référence : Conseil Attikamek-Montagnais (1981). Manouane, p. 17

ACCOUCHER À MANOUANE AVANT L'IMPLANTATION DES SERVICES MÉDICAUX

Avant 1940 ⁶, toutes les femmes vivent leurs accouchements à Manouane ; elles accouchent sous la tente lorsqu'elles sont dans le bois et dans leur maison lorsqu'elles séjournent au village. Les cinq sages-femmes les plus actives, celles qui ont fait le plus grand nombre d'accouchements, racontent avec beaucoup de sér-

⁶ La date de 1940 a été cernée comme point tournant, comme moment important d'une rupture entre l'accouchement en forêt et au village, et le développement graduel du transport des femmes enceintes à l'hôpital. Cette date a pu être identifiée grâce aux témoignages identiques des femmes qui ont vécu leurs accouchements à cette époque, et du personnel infirmier ayant travaillé dans la réserve ou au ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social (MSNBES).

nité leurs propres accouchements, ceux qu'elles ont fait, et les souvenirs que certaines conservent des accouchements de leurs mères.

Du temps de nos mères (fin du 19e siècle), me diront ces femmes, toutes accouchaient avec des sages-femmes dans le bois ⁷.

Ce n'était pas toujours facile, les conditions étaient précaires, il faisait souvent grand froid durant l'hiver ; mais nos mères étaient bien entourées de la sage-femme, des femmes de la famille (les filles aînées, une soeur, une belle-soeur, une cousine) et de nos pères.

La transmission des connaissances se faisait au moment de l'accouchement. Ce savoir de femmes se transmettait donc de mère en fille, mais aussi d'une femme expérimentée à une autre femme. Bien sûr, toutes m'ont parlé des meilleures sages-femmes, les plus habiles, les plus demandées et les plus appréciées ; elles m'ont dit aussi que presque toutes les femmes pouvaient faire des accouchements. Même si on avait des préférences, les conditions des accouchements, surtout lorsque les familles étaient parties chasser et trapper dans le bois, ne permettaient pas toujours le choix de la sage-femme. À cette époque, on pourrait presque affirmer que les femmes « s'accouchaient entre elles ». Cette façon de faire, commandée par le mode de vie des Amérindiens, excluait donc toute forme de pouvoir et de hiérarchie. Il n'y avait pas de règles précises, ni de statut, qui différenciaient toutes ces femmes ; le réseau d'entraide entre les femmes et les familles prévalait.

⁷ Pour préserver l'identité des femmes, les prénoms qui apparaissent dans cet article sont fictifs. Certains témoignages ont été écrits ici de façon à avoir une bonne compréhension des propos des femmes que j'ai interviewées. Il s'agit entre autres des témoignages qui ne portent pas d'identification car ils résument ce que plusieurs femmes m'ont raconté chacune à leur façon. Cependant tous les témoignages identifiés (même si les prénoms sont fictifs) sont la traduction intégrale qui m'a été donnée par les femmes amérindiennes qui ont traduit les entrevues faites avec des femmes qui ne parlent pas le français. Dans l'ensemble, ils reflètent réellement les propos tenus par les femmes de Manouane, Weymontachie, Mingan et La Romaine, ainsi que ceux du personnel infirmier de la réserve de Manouane et du personnel en obstétrique de l'hôpital de Joliette. Enfin, si la plupart des témoignages proviennent de ma propre enquête, certains ont été toutefois tirés de notes de terrain rapportées pour l'ensemble de la recherche (voir note 3).

Les femmes plus âgées, toutes celles qui ont fait des accouchements et eu elles-mêmes de nombreux enfants, sont réalistes quand elles parlent de leur maternité. Un accouchement, c'est douloureux ; elles n'avaient pas beaucoup de temps pour se reposer car leur travail, essentiel à la survie de la famille, les attendait rapidement. Cependant l'accouchement n'est pas un événement dramatique, car il s'inscrit dans le rythme de la vie quotidienne, et se déroule pour chacune parmi les siens.

Mathilde ⁸, une des sages-femmes les plus âgées de Manouane, me raconte qu'elle est née dans le bois :

C'était au mois de décembre, c'était le temps de la trappe et de la chasse. Mes parents étaient partis avec une autre famille pour aller chasser. Il y avait une autre femme avec eux qui était enceinte aussi. Ils avaient tendu des pièges et ils allaient les visiter. En revenant, ma mère savait qu'elle allait accoucher. Elle a accouché durant la nuit avec la sage-femme. La sage-femme a accouché deux femmes quasiment de suite dans le bois...

Une fois mariée, quand j'étais enceinte d'un de mes enfants, on s'en venait vers Manouane. C'était assez loin, surtout avec les moyens de transport dans ce temps-là. Je sentais que j'allais avoir mon bébé. Nous étions avec d'autres personnes et nous nous sommes arrêtés. Tout le monde se dépêchait : certains montaient la tente, d'autres allaient chercher du sapin. Ils arrangeaient ça, arrangeaient un lit pour que je puisse accoucher. À peu près trois heures après qu'ils eurent monté le campement, j'accouchais. Ça s'est bien passé.

Catherine, une autre sage-femme très connue à Manouane, se souvient de sa ténacité à vouloir accoucher avec la sage-femme en qui elle avait le plus confiance :

J'ai accouché deux fois dans le bois sous la tente en m'en allant rejoindre la sage-femme. Cette sage-femme c'était la mère de Mathilde, pour moi, c'était la meilleure. Elle ne restait pas tout le temps dans le bois. En général, elle n'allait pas souvent camper car il fallait qu'elle soit au village pour aller accoucher d'autres femmes. Cette fois-là, elle campait, alors j'ai été la trouver pour qu'elle m'accouche. Ma mère et ma belle-mère étaient

⁸ Voir le texte de la note précédente. [JMT.]

aussi sages-femmes. Je me rappelle que dans la tente, on faisait chauffer beaucoup le poêle pour que *les femmes ne prennent pas froid*. On étendait le sapinage sur le sol et installait un matelas. La sage-femme venait souvent me voir pour surveiller les contractions. Après l'accouchement, la sage-femme restait, elle s'occupait de moi et de mon bébé comme il faut. Comme toutes les femmes dans ce temps-là, je mettais mes bébés au sein pour aider la montée du lait ; dans ce temps-là, on allaitait nos *bébés longtemps*. Ils commençaient à parler et *demandaient le sein*.

La sage-femme n'était pas présente seulement au moment de l'accouchement ; elle venait souvent visiter les femmes durant leurs grossesses, et leur donnait un coup de main après l'accouchement. L'aide apportée n'était cependant pas uniforme. Par exemple, quand la mère ou la belle-mère faisait l'accouchement, l'aide était plus grande : elle s'occupait du bébé plus longtemps, aidait à faire le lavage, etc. Mais de façon générale, quand les femmes parlent de leur vie et de leurs accouchements dans le bois c'est toujours sous le signe de l'entraide :

Même si après l'accouchement on ne se reposait que quelques jours, dans le bois tout le monde s'entraidait. On s'occupait pas seulement de ses enfants, mais aussi des enfants des autres familles.

Comme du temps de leurs mères, les femmes de Manouane qui ont accouché et fait des accouchements au village et dans le bois, dans la première moitié du 20^e siècle, décrivent l'entourage de la femme enceinte de la même façon. Habituellement, quatre ou cinq femmes y assistent et le père est toujours présent.

Le rôle du père n'est jamais clairement explicité, mais les femmes insistent beaucoup sur la présence essentielle de leur conjoint à un événement qui les concerne tous deux au sein de la famille et de la communauté. Cette quasi-permanence de la présence du conjoint auprès de sa femme qui accouche apparaît comme un élément de la relation homme/femme chez les Amérindiens extrêmement différent de la situation vécue par les femmes blanches. En effet, au Québec, de façon générale, tout au long du 19^e siècle et jusqu'aux années 60, les hommes étaient systématiquement exclus au moment de la naissance de leur enfant, que ce soit à la maison ou à l'hôpital.

Les femmes présentes à la naissance sont un soutien pour celle qui accouche, en même temps qu'elles aident la sage-femme et apprennent à faire des accou-

chements. Elles coupent le cordon et apprennent à emmailloter le bébé dans une petite poche de tissu, car ce n'est que lorsqu'ils seront un peu plus vieux que les bébés seront placés dans un kenagen ⁹.

Le bout du cordon qui restait sur le ventre du *bébé*, on le gar-dait, il ne fallait pas le *jeter*. *Quand* il tombait on le conservait dans une *petite poche*. *L'autre bout* du cordon et le placenta, on les faisait toujours brûler. Jamais on ne les jetait.

Une autre femme de La Romaine insiste aussi sur le fait que c'était très important pour les sages-femmes de mettre le cordon ombilical au feu. « Les médecins jettent cela aux déchets. Pour les femmes ce n'est pas un déchet » (Beaudet, 1982).

Les sages-femmes aidaient les femmes durant le travail. Elles leur conseillaient de marcher beaucoup pour que les douleurs soient plus supportables et ne durent pas trop longtemps. Les sages-femmes disaient toujours aux femmes de se promener beaucoup jusqu'à ce que le bébé soit prêt à sortir. Bien souvent aussi, durant les contractions, pour les détendre, elles leur donnaient des infusions avec des plantes cueillies dans le bois, et aussi après l'accouchement, pour éliminer plus rapidement la fatigue.

Les femmes, qui parlent beaucoup de ce qui entoure l'accouchement, sont cependant plus discrètes quand on aborde la question des positions. La plupart affirment avoir toujours eu leurs bébés couchées. Cependant, quelques-unes disent avoir mis au monde tous leurs bébés accroupies. Selon ces dernières, les sages-femmes conseillaient d'accoucher de cette façon car c'était plus facile.

L'interruption de grossesse est un sujet tabou. Toutes les sages-femmes des réserves visitées disent n'avoir jamais fait d'avortement. Si une femme perdait son bébé, c'était une fausse-couche. Pourtant entre quatorze et dix-huit ans, de nom-

⁹ Le kenagen est un porte-bébé fabriqué de façon artisanale. Son armature est faite en cèdre et son enveloppe en tissu. L'enveloppe se ferme d'un lacet fait de peau d'original. On s'en sert pour bercer le bébé et pour le transporter jusqu'à l'âge d'environ 6 mois. C'est une pratique traditionnelle qui persiste encore aujourd'hui à Manouane. Même si certaines femmes possèdent une « poussette » pour le bébé, elles utilisent très souvent le kenagen car l'enfant est plus facile à transporter, surtout l'hiver dans la neige car il n'y a pas de trottoirs et de rues bien déblayées dans le village.

breuses jeunes filles sont enceintes. Encore aujourd'hui, les femmes disent qu'il n'y a jamais d'avortement. Si la jeune fille ne veut pas le bébé, ce sont ses parents ou une autre personne du réseau de parenté qui vont s'en occuper. Effectivement, le réseau familial étant très fort, les jeunes filles qui sont enceintes vont la plupart du temps garder leur bébé. Cependant certaines d'entre elles, comme par exemple celles qui étudient en ville, choisissent l'avortement. Il arrive qu'à la réserve on ne le sache pas, ou que cela reste caché par la famille car la maternité est extrêmement valorisée.

Il faut comprendre que cela s'inscrit d'emblée dans tout le processus de colonisation et de dépossession des Amérindiens. Les enfants appartiennent à la communauté, ils représentent la lutte pour leur identité culturelle et le droit de vivre dans leur propre pays. Cette profonde volonté d'avoir des enfants, symbole de leur survie en tant que nation, est tout à fait légitime dans le contexte actuel de leur vie et doit être respectée. Cependant les femmes sont de plus en plus conscientes des difficultés d'élever une famille nombreuse dans des conditions psycho-sociales difficiles, et font souvent le choix de ne plus avoir d'enfants quand elles en ont déjà un bon nombre (de cinq à huit environ). Cependant cette volonté de survie est récupérée par le discours religieux qui exerce toujours une grande influence sur les communautés, particulièrement celles qui sont les plus éloignées des centres urbains. Cette dominance du discours religieux sur la famille s'insinue dans la vie quotidienne des Amérindiens, et vient entraver en partie le cheminement des femmes vers une plus grande autonomie face à leurs maternités. Confrontées à la religion et à la médecine, les femmes doivent s'affirmer. Car bien souvent, comme le reflètent brièvement les propos qui suivent, les femmes sont considérées comme des enfants. On leur fait sentir leur incapacité de faire des choix, et on les culpabilise. Par exemple, une femme de Mingan raconte :

Les deux premières femmes qui se sont fait faire la ligature avaient respectivement huit enfants et six enfants. Le curé du village est venu les chicaner, leur disant qu'elles voulaient empêcher la famille. (Bouchard, 1983).

On peut donc conclure qu'avant 1940 chez les Attikameks, malgré l'existence effective de sages-femmes plus compétentes que d'autres, ce « savoir féminin » est généralisé, inscrit dans la vie quotidienne des femmes et des familles. Les no-

tions de « métier féminin » et de « pouvoir féminin » telles qu'on les retrouve souvent dans la littérature féministe sur les sages-femmes semblent difficilement perceptibles : en effet, dans la conception amérindienne, la vie ne se découpe pas en catégories bien définies, mais en une série de gestes qui assurent la subsistance aux niveaux de la production matérielle et de la reproduction de la vie.

Pour les femmes attikamèques, « faire la sage-femme » ¹⁰ n'était pas une profession. Cependant quelques sages-femmes m'ont parlé avec une certaine tristesse du peu de reconnaissance manifestée parfois par certaines accouchées, malgré toute l'énergie et le travail investis.

Comme le dit Catherine :

Du temps de nos mères, les femmes donnaient presque toujours du gibier ou du poisson pour remercier la sage-femme. Moi quand j'ai accouché, j'ai toujours donné quelque chose aux sages-femmes ; mais moi je n'ai jamais rien reçu, pour tant je crois que j'étais une bonne « infirmière ».

Une autre sage-femme de Weymontachie dit elle aussi qu'elle n'a jamais eu de rémunération. Elle ne comprend pas pourquoi, car autrefois les sages-femmes recevaient une peau de loutre ou de castor (Labrecque, 1983).

Faire la sage-femme n'était pas un « métier » qui accordait pouvoir et prestige. Cependant toutes ces femmes ayant mis tant d'enfants au monde, bien qu'heureuses d'être aimées et appréciées des gens du village, espéraient recevoir de temps à autre du gibier, surtout dans les moments où les provisions étaient plutôt minces.

Néanmoins, si on exclut toute notion de « métier » ou de « profession », il reste important de souligner qu'agir comme sage-femme relève d'un savoir spécifiquement féminin, universel à toutes les sociétés.

¹⁰ Dans la littérature consultée, on précise que « faire la sage-femme » était une expression populaire qui était employée aux 18^e et 19^e siècles. Les interprètes qui traduisaient les propos des sages-femmes que j'ai rencontrées, utilisaient aussi la même expression : « Elle a déjà fait la sage-femme », « elle ne fait plus la sage-femme ». On peut faire l'hypothèse que l'utilisation du terme « faire » plutôt que du terme « être » voulait représenter un « travail », une « action », et traduisait l'aspect actif de la pratique des sages-femmes.

Dans la société amérindienne, il me semble particulièrement important de parler de la pratique des sages-femmes en terme de savoir féminin et non de « pouvoir ». D'ailleurs, le terme même de « pouvoir » ne se traduit pas en attikamek. M'appuyant sur les travaux de l'anthropologue Eleanor Leacock (1978), il m'apparaît assez juste de situer ce savoir comme partie prenante de rôles et de pratiques d'hommes et de femmes relevant d'une division sexuelle du travail qui ne conférerait ni à l'un ni à l'autre sexe plus de pouvoir et de domination. Ce qui n'exclut pas bien entendu la reconnaissance d'hommes et de femmes plus compétents, plus habiles, plus expérimentés et appréciés de tous.

ET TOUS CES BÉBÉS QUI MOURAIENT COMME DES MOUCHES ?

Quand les femmes racontent leurs accouchements, elles parlent aussi en même temps de la mort. Avec tristesse, elles se souviennent des nombreux enfants perdus. En effet, sur des familles se composant au début du siècle de dix à vingt enfants, il n'était pas rare que les femmes en perdent le quart et même dans certains cas la moitié. Cela semble pour elles une fatalité ; ces enfants n'étaient pas destinés à vivre. Cependant les femmes disent qu'il y avait peu d'enfants morts-nés (mortinaissances) comparativement aux enfants qui mouraient entre un an et quatre ans. Les enfants faisaient de fortes fièvres et les femmes ne savaient pas ce qu'ils avaient. Étant souvent dans des conditions difficiles, malgré les soins prodigués, les enfants mouraient.

Catherine me raconte que son enfant de quatre ans faisait de la fièvre et avait tout le temps des convulsions :

Ça n'arrêtait pas, il est mort à la suite de ça. Il n'y avait pas d'infirmières. Nous étions loin dans le bois, dans le bout de Casey. Il y avait un médecin qui avait fait une piqûre à l'enfant et qui nous avait dit de nous rendre à Parent. Nous ne sommes pas arrivés à temps, il est mort sur le chemin.

Les propos recueillis par Bouchard (1983), de cette femme de Mingan, révèlent aussi le manque de nourriture à certaines périodes de l'année :

Mes enfants sont morts à quelques mois dans le bois, ils manquaient de nourriture à ce moment-là. Il fallait les nourrir au sein et quand il manquait de nourriture pour la mère, il n'y avait pas de lait pour l'enfant.

Le taux de mortalité infantile était donc élevé, mais comme les mortinaissances n'étaient pas dominantes, il semble qu'on ne peut faire d'adéquation entre les accouchements faits par les sages-femmes et la mortalité infantile. Cette constatation est particulièrement importante car ce fut le prétexte utilisé pour justifier le recours aux services médicaux pour les accouchements chez les Amérindiens.

IMPLANTATION PROGRESSIVE DES SERVICES MÉDICAUX EN HAUTE-MAURICIE

Comme on l'a vu précédemment, la situation de l'accouchement, avant l'arrivée des services de santé à Manouane, se caractérisait par l'autonomie et par un réseau d'entraide entre les femmes et les familles.

À partir de 1940, les femmes sont acheminées progressivement vers les hôpitaux (La Tuque ou Amos). Il n'y a pas encore de dispensaire permanent dans la réserve ; jusqu'en 1950, il n'existait que des postes d'été. Des infirmières et des agents du ministère des Mines et Ressources ¹¹ sous la juridiction du ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social (MSNBES) visitent les malades et les femmes enceintes, et entreprennent des programmes de vaccination contre la tuberculose, en particulier, maladie qui fait des ravages importants dans ces communautés.

Cependant beaucoup de femmes continuent d'accoucher à la réserve avec des sages-femmes. Les raisons pour lesquelles on achemine certaines femmes enceintes vers les hôpitaux ne sont pas toujours très claires. Certaines femmes y sont envoyées car elles sont malades ; on constate des anomalies qui mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, d'autres femmes en pleine santé, qui n'ont jamais eu d'accouchements difficiles, sont envoyées à l'hôpital pour prévenir

¹¹ C'est en 1945 qu'on transfère les services de santé des mains du ministère des Mines et Ressources à celui de la Santé nationale et du Bien-Être social (Savard et Proulx, 1982).

des complications possibles. Un vocabulaire étranger s'insinue graduellement : grossesses à risque, danger, complications, etc. Pourtant des infirmières ayant oeuvré dès les premières années dans les postes d'été affirment que les accouchements dans le bois ou à la réserve se faisaient dans des bonnes conditions. Par exemple, une infirmière ayant travaillé à Mistassini et à Manouane dans les premiers postes d'été raconte :

Les femmes n'avaient pas peur et étaient en bonne forme physique. Pour elles, l'accouchement était un acte de la vie quotidienne et elles ne voyaient pas la nécessité d'aller consulter un médecin. Cependant, il était nécessaire de les acheminer vers les hôpitaux à cause de complications possibles.

Les femmes qui ont accouché dans les hôpitaux à cette époque (entre 1940 et 1960) ont vécu des difficultés et des contradictions importantes car ces nouvelles conditions remettaient en question leur propre façon de vivre. Pour certaines femmes qui effectivement vivaient des problèmes durant leur grossesse, l'hôpital devenait un lieu sécurisant où elles recevaient de bons soins. Mais en même temps que le système médical les rassurait en quelque sorte, elles vivaient des ruptures importantes qui généraient souvent la peur et l'angoisse liées au phénomène nouveau de l'éloignement familial et de la solitude. D'autant plus qu'à cette époque, les femmes ne bénéficiaient pas de services d'interprètes ; les barrières linguistiques et culturelles constituaient donc des embûches supplémentaires qui venaient renforcer les sentiments d'insécurité.

Les trajets qu'elles empruntaient à cette époque pour aller accoucher (avant 1960) sont décrits comme étant longs et pénibles. Elles se rendaient en chaloupe jusqu'à une baie qu'elles nomment baie Ti-Kenne (baie à Ti-Benne) où se trouvait un petit poste de la Consolidated Bathurst. Arrivées au poste, un camion de la Consolidated Bathurst les conduisait sur une route de terre jusqu'à Casey (village forestier). De Casey, elles prenaient le train pour La Tuque ¹². Durant l'hiver, quand la route était fermée, des femmes se sont rendues en traîneau tiré par des chiens jusqu'à Casey pour prendre le train. Anna raconte qu'elle a trouvé cela très difficile :

¹² Distance Manouane-baie Ti-Kenne : 35 km. Distance baie Ti-Kenne-Casey : 90 km. Distance Casey- La Tuque : 160 km. Distance totale : 285 km.

Le chemin n'était pas beau. En plus, monter dans un gros camion quand on est enceinte... Je suis partie de Manouane au mois de novembre et je suis revenue au mois de décembre. J'ai accouché le 15 décembre.

En 1955, on construit le dispensaire à Manouane. Beaucoup de femmes continuent d'accoucher à la réserve soit avec des sages-femmes, soit avec l'infirmière. Les femmes se rappellent que malgré cette nouvelle présence permanente des infirmières à la réserve, plusieurs d'entre elles préféraient accoucher dans leur maison avec les sages-femmes car celles-ci leur inspiraient plus confiance. Cependant, au fur et à mesure que le dispensaire s'organise et s'implante au village, on insiste pour que les femmes aillent accoucher à l'hôpital. Autour de 1960, les femmes enceintes peuvent emprunter l'avion de Manouane à La Tuque. Celles qu'on achemine vers Amos¹³, vont d'abord jusqu'à Senneterre en avion, puis de là, se rendent à Amos en automobile ou en camion.

Marie raconte qu'elle s'est rendue en avion à l'hôpital pour ses premiers accouchements. Cependant :

Une fois c'était le printemps et il n'y avait pas d'avion. J'ai marché jusqu'à baie Ti-Kenne pour prendre le camion qui me conduisait à Casey. Marcher 20 milles quand on est enceinte c'est long... À chaque fois que je suis allée accoucher à La Tuque, j'étais toute seule. Mon mari ou d'autres membres de ma famille ne pouvaient pas venir me voir à l'hôpital. Mon mari ne m'a accompagné qu'une fois et c'est quand nous avons marché vers baie Ti-Kenne. Rendus là il m'a laissée et est reparti pour Manouane.

Les propos de Marie reflètent l'expérience de toutes les femmes qui vont accoucher à l'hôpital. Les maris, la sage-femme ou d'autres femmes de la famille ne sont plus présents à l'accouchement. Les femmes sont loin de leur famille et de leurs amis pour des périodes qui dépassent parfois un mois. Elles se retrouvent de temps en temps avec d'autres femmes de Weymontachie et d'Obedjiwan, mais l'accouchement n'a déjà plus la même signification. On accouche loin des siens, dans un lieu « clos et aseptisé », lieu « blanc » où la femme devient une parturiente qui se fait accoucher par un médecin.

¹³ Distance Manouane-Amos : environ 500 km.

Comme le dit si bien Mireille Laget, le transport de plus en plus systématique à la clinique des femmes en couches brise en partie les réseaux de solidarité féminine et exige une mutation profonde de la psychologie familiale. Le sentiment de protection ne s'alimente plus à la solidarité du voisinage, mais aux institutions extérieures de salut : l'obstétricien, l'hôpital (Laget, 1982).

C'est autour de 1967 que les femmes de Manouane commencent à aller accoucher à l'hôpital de Joliette. Les premières années, elles s'y rendent en avion ; à partir de 1973, une route qu'on peut qualifier d' « à vos risques » est construite entre Manouane et Saint-Michel-des-Saints, dernier village blanc avant la réserve (Conseil Attikamek-Montagnais, 1981). Les conditions s'améliorent donc quelque peu car la distance étant beaucoup moins longue ¹⁴, les femmes peuvent s'y rendre en quatre ou cinq heures en camionnette, selon les aléas de la température et du système de transport (par taxi collectif appartenant à un Blanc de Saint-Michel-des-Saints). Comme la plupart des chemins de la Haute-Mauricie, cette route a été ouverte par les compagnies forestières. Présentement le gouvernement du Québec paie la Consolidated Bathurst Limited (CBL) pour entretenir la route, mais, dans les faits la compagnie s'en occupe quand ses propres besoins l'y obligent. La route est donc très souvent détériorée et même presque inaccessible au printemps lors du dégel et à l'automne lorsque les pluies sont abondantes (Conseil Attikamek-Montagnais, 1981). Ces conditions ont une incidence directe sur la vie des Indiens de Manouane qui s'approvisionnent à Saint-Michel-des-Saints, et particulièrement sur celle des malades et des femmes enceintes.

Malgré cette relative proximité, c'est le même scénario qui se reproduit : jusqu'à tout récemment, les femmes devaient partir seules à Joliette quinze jours à un mois à l'avance, et habiter au foyer d'hébergement pour les Amérindiens. Souvent leur mari ne peut les accompagner car le MSNBES ne défraie pas les coûts de séjour du mari ou d'une autre personne de la famille, à moins de preuves que la femme a besoin de soins particuliers ! Les Amérindiennes de Weymontachie vivent la même situation car elles doivent se rendre quelques semaines à l'avance au Centre d'amitié autochtone de La Tuque.

Le démantèlement de tout un mode de vie et du réseau d'entraide se poursuit donc de plus belle. Le recours aux services médicaux pour les accouchements est

¹⁴ Distance Manouane-Joliette : 200 km.

de plus en plus solidement implanté, mais parfois, des brèches se forment dans la forteresse car les femmes offrent des résistances.

Ces résistances se présentent sous la forme de tricheries que certaines femmes se permettent de faire pour ne pas aller accoucher à Joliette. Certaines d'entre elles changent les dates et accouchent finalement à la réserve avec les infirmières et parfois avec l'aide d'une sage-femme ; d'autres réussissent à se « sauver » du foyer de Joliette pour venir accoucher à la réserve.

Devoir tricher pour affirmer son désir d'accoucher à la réserve est très significatif du rapport que les femmes entretiennent avec le personnel des institutions médicales (médecins et infirmières des dispensaires, hôpitaux et bureaux privés). Il semble presque impossible pour plusieurs femmes de dire ouvertement qu'elles voudraient accoucher chez elles, qu'elles éprouvent des difficultés à se rendre à l'hôpital. La domination quotidienne du discours médical est tellement forte que les femmes développent des moyens « secrets » pour éviter l'affrontement et la perte quasi inévitable de leur droit de vivre leurs accouchements comme elles le désirent. Ce sont des résistances « camouflées », spécifiques, qui démontrent avec une acuité particulière que les femmes amérindiennes peuvent agir à leur façon sur leur propre vie.

MAIS LES ENFANTS NE MEURENT PLUS COMME AVANT

On ne peut en effet passer sous silence que l'implantation des services médicaux dans la réserve a réduit considérablement le taux de mortalité infantile. Mais ce n'est pas tant l'accouchement à l'hôpital qui a favorisé cette situation que le suivi plus assidu du personnel infirmier auprès des enfants, de même que les campagnes de prévention et les programmes de vaccination. Malgré cette amélioration, un fossé considérable existe toujours entre les taux de mortalité infantile dans les réserves indiennes en général et les taux nationaux. Par exemple, le taux de mortalité infantile pour les enfants d'âge préscolaire est presque trois fois plus élevé que le taux national. Chez les Indiens du Québec, le taux de mortalité pour enfants du premier âge est de 26,1 pour mille, soit deux fois plus élevé que la

moyenne québécoise qui est de 11,9 pour mille (Conseil Attikamek-Montagnais, 1982) ¹⁵.

Quoique la mortalité infantile ait considérablement diminué, il n'en reste pas moins que le taux de morbidité infantile à Manouane était très élevé il y a quelques années. Les enfants étaient très souvent malades et voyageaient constamment de la réserve à l'hôpital. Entre autres, beaucoup de rhumes et de gripes dégageaient souvent en broncho-pneumonies. Des infirmières ayant travaillé dès le début dans les réserves ont même affirmé : « Les bébés étaient peut-être dans de meilleures conditions dans les tentes avec le petit poêle à bois que dans les maisons mal isolées où la chaleur est beaucoup plus difficile à conserver ».

De plus, la fin de la pratique de l'allaitement et l'introduction des laits maternisés ou de lait concentré ont favorisé le développement de nombreuses gastro-entérites chez les bébés. Les conditions générales qui prévalaient lors de l'introduction de ces nouveaux laits (autour de 1965) ne permettaient pas une hygiène « parfaite ». En effet, il n'y avait pas d'eau courante dans les maisons et les familles devaient charrier l'eau ; stériliser des biberons dans ces conditions était donc très difficile. L'introduction de ce nouvel outillage, loin d'être un progrès, favorisait l'éclosion de problèmes nouveaux. Il semble qu'à Manouane les infirmières en poste favorisaient l'allaitement maternel ; le blocage s'est surtout fait à l'hôpital de Joliette. Il faut se rappeler que c'était une époque, au Québec, où on ne favorisait

¹⁵ Les statistiques sur le taux de mortalité infantile de façon globale chez les Amérindiens du Québec et, de façon particulière « réserve par réserve », sont extrêmement difficiles à consulter, d'autant plus lorsqu'on veut couvrir presque un siècle d'histoire. Cependant on peut affirmer qu'il y a eu diminution de l'écart entre les taux chez les Amérindiens et les taux nationaux. Par exemple, selon les rapports régionaux de la Direction générale des services médicaux du MSNBES et des statistiques émanant de Statistique Canada, le taux de mortalité post néo-natale (1 mois à 1 an) a diminué considérablement. En 1963, il était 6 fois plus élevé que le taux national, alors qu'en 1977, il n'est que de 2 fois plus élevé (Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 1980). Également, en l'absence de données statistiques précises concernant la population de Manouane, je m'appuie principalement sur le témoignage de mes informatrices, autant les femmes de la communauté que le personnel infirmier, qui ont toutes insisté sur la baisse du taux de mortalité infantile sans minimiser pour autant les autres problèmes auxquels ils ont à faire face, particulièrement en ce qui concerne la morbidité infantile.

pas l'allaitement en général, autant pour les Blanches que pour les Amérindiennes. Quelques infirmières ayant travaillé à Manouane racontent :

Les femmes voulaient allaiter. On leur donnait alors un papier indiquant au personnel de l'hôpital « Je veux allaiter » et il n'y avait rien à faire. Les femmes revenaient systématiquement dans la réserve avec leur bébé au biberon.

En raison du haut taux de morbidité infantile à Manouane, le MSNBES, en accord avec le Conseil de bande de la communauté, ouvre donc en 1972 le Centre Mère-enfant, afin d'améliorer les conditions de santé des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à cinq ans ¹⁶.

¹⁶ L'expérience du Centre Mère-enfant, à Manouane, n'est pas relatée dans cet article. D'une part parce que le Centre a avant tout une vocation préventive auprès des enfants d'âge préscolaire, quoique depuis quelques années on y a aussi intégré des cours prénatals et des cours de cuisine. D'autre part, le Centre Mère-enfant est une institution médicale mise sur pied et dirigée par le MSNBES. De 1975 à 1982, le personnel infirmier affecté à la direction du Centre a travaillé d'arrache-pied pour établir une bonne cohésion dans l'équipe de travail et avec la population. Les travailleuses amérindiennes y sont majoritaires, et à cette époque on travaillait sous le principe de non-hiérarchie entre le personnel du Centre. C'était une expérience originale et dont le dynamisme certain permettait de croire qu'on établissait les bases essentielles en vue d'une prise en charge par la population. Or, depuis 1982, avec le changement du personnel infirmier, on a sabré considérablement dans cette philosophie de vie et de fonctionnement, et des problèmes importants sont apparus. L'implication des travailleuses amérindiennes n'est plus la même et le Centre est de plus en plus critiqué par la population. Il va sans dire qu'avec les acquis du passé, la situation n'est pas irréversible, surtout si on tient compte que la prise en charge des services de santé par les communautés reste toujours un objectif politique important à atteindre pour les Amérindiens.

LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT AUJOURD'HUI

La majorité des femmes accouchent toujours à l'hôpital de Joliette. Les conditions ont quelque peu changé puisque maintenant elles partent beaucoup moins longtemps à l'avance (une semaine à quinze jours, dépendamment du déroulement de la grossesse). Elles se rendent dans la majorité des cas au foyer d'hébergement amérindien géré par un Blanc. Quelques-unes ont des amies ou de la parenté qui habitent maintenant à Joliette, et peuvent éviter ainsi le séjour au foyer, lieu plutôt triste et désolant ¹⁷.

À Joliette, elles sont beaucoup plus souvent qu'autrefois accompagnées de leur mari. On se débrouille pour trouver de l'argent, ou on insiste pour que le MSNBES paie les frais de séjour du mari. Bien souvent, quand ça ne fonctionne pas, on trouve d'autres moyens pour éviter la séparation durant ce moment important de la vie ; on donne du gibier ou du poisson au propriétaire du foyer, on fait des travaux de ménage et d'entretien général.

Ce foyer d'hébergement pour les malades et les femmes enceintes offre une certaine sécurité car les gens se retrouvent entre eux et peuvent converser dans leur langue. Il représente en même temps une sorte de frontière entre le monde « blanc » et le monde « indien ». Une image reste toujours inscrite en moi : c'est celle de tous ces gens, jeunes et vieux, malades et femmes enceintes, regroupés dans le petit salon dénudé du foyer, où l'unique activité est de regarder la télévision. Je songeais qu'autrefois l'environnement du malade et de la femme enceinte

¹⁷ Le Centre d'amitié autochtone pour les Attikameks de Weymontachie, situé à La Tuque, est très différent. C'est un foyer géré par des Amérindiens. Il y a des services sociaux, juridiques, d'hébergement, de documentation, des loisirs, etc. Par exemple, quand j'y suis allée, plusieurs femmes jasaient ensemble et fabriquaient des paniers d'écorce dans la salle commune. Il faut dire aussi que le foyer est un endroit où les autochtones vivant à La Tuque peuvent se retrouver, parler dans leur langue, développer des projets. Il est donc moins pénible pour les femmes enceintes de Weymontachie de s'y retrouver avant d'accoucher à l'hôpital de la ville.

était bien différent ; ces événements s'inscrivaient dans les activités quotidiennes, dans la joie ou la tristesse, au coeur de la vie familiale et communautaire.

Même si les Indiens de Manouane se rendent assez souvent à Joliette pour différentes raisons, et ce depuis près de vingt ans, la ville « blanche » reste un monde où l'on éprouve de la difficulté à s'affirmer et à dire ses besoins. Les jeunes parlent tous le français, mais les façons de communiquer demeurent si différentes que la barrière entre les deux mondes semble infranchissable. Les Amérindiens sont toujours en position minoritaire face à la domination des Blancs qui s'insinue partout et rend souvent si vulnérable, surtout quand on est malade ou qu'on va mettre un enfant au monde.

Mais que se passe-t-il quand les femmes de Manouane franchissent le seuil de l'hôpital ? Le personnel en obstétrique raconte :

On considère les femmes amérindiennes sur un pied d'égalité avec les *Blanches*. Il y a cependant des problèmes de *liaison entre les Blanches et les Indiennes*. Souvent les femmes *blanches* ne se sentent pas à l'aise dans une *chambre avec une femme indienne* car elle ne communique pas.

Cela peut avoir l'air d'un ghetto mais *quand c'est possible on place les femmes indiennes ensemble pour qu'elles se sentent plus à l'aise, pour briser leur isolement*. Elles *sont toujours dans des salles* car elles n'ont pas d'argent pour se payer *une chambre privée*.

Elles *n'arrivent jamais seules à l'hôpital. Elles sont accompagnées de leur mari ou d'autres femmes qui demeurent avec elles durant le travail*. Le mari assiste à l'accouchement *de sa femme* dans une proportion de 50% et moins. Comme les femmes accouchent majoritairement sans *anesthésie*, *les femmes indiennes aussi...*

... *C'est très rare qu'une Amérindienne va montrer qu'elle souffre, elle ne se plaint jamais. Elles sont très différentes de certaines Italiennes ou Libanaises qui ont déjà accouché dans cet hôpital et qui criaient beaucoup. Elles semblent plus dures à leur corps, leur seuil de tolérance est plus élevé.*

Durant le travail c'est comme *pour une Blanche*, cependant *l'expulsion du bébé est plus facile car elles ont un très bon bassin. L'application des*

forceps est plus rare chez les Indiennes que chez les Blanches ; le taux de césariennes est aussi beaucoup moins élevé ¹⁸.

Les femmes de Manouane disent :

On ne nous demande pas comment on veut accoucher, et nous ne le disons pas non plus de nous-mêmes.

On dit aussi que les Indiennes se visitent beaucoup entre elles, et reçoivent beaucoup de monde. Leurs parents, leurs amis viennent nombreux et pas toujours aux heures de visites ! Et c'est bien vrai. Même si la distance est longue entre Manouane et Joliette, on se déplace énormément pour aller voir ceux et celles qu'on aime à l'hôpital. Bien sûr, ces déplacements s'inscrivent dans un contexte plus large, car les habitants de Manouane se déplacent également à Joliette pour d'autres raisons, surtout pour magasiner ou visiter des amis ou des parents qui résident maintenant en ville. Cependant les déplacements les plus fréquents et les plus significatifs sont ceux qui concernent les gens malades, les femmes qui visitent leur médecin durant leur grossesse et qui accouchent en ville. Ce va-et-vient de la réserve à la ville draine également une quantité importante d'individus qui accompagnent les malades, les blessés ou les femmes enceintes. L'entourage qui se crée autour des personnes affectées par la maladie ou à la veille de mettre des enfants au monde m'apparaît un élément important d'une façon spécifique de vivre de tels événements.

Ces événements sont chargés d'une signification émotive et se vivent dans un rapport particulier avec une institution médicale qui est encore étrangère aux Amérindiens à bien des niveaux. Le déplacement en ville dans ce contexte est alors bien différent d'un petit voyage pour aller magasiner. Pour toutes ces raisons, il y a lieu de penser que les Amérindiens de Manouane reconstituent spontanément un réseau d'entraide et de solidarité enclos à l'intérieur d'une institution qui dépersonnalise l'accouchement et veut dominer du haut de son savoir médical tous les aspects de la vie, toutes les différences culturelles. Le personnel en obstétrique poursuit :

Nous avons l'impression que ça leur est imposé de venir accoucher ici à l'hôpital, ce n'est pas leur milieu. Il semble cependant que depuis trois ou

¹⁸ En 1983, à Manouane, sur 30 accouchements, il y a eu 6 césariennes.

quatre ans les femmes se sentent un peu plus à l'aise de venir à l'hôpital ; elles l'acceptent plus. Pourtant elles ont toujours hâte de partir et le demandent sans cesse. Elles veulent partir au bout de deux jours. C'est souvent le contraire pour les Blanches, elles demandent de rester plus longtemps.

Ce réseau de solidarité dont elles s'entourent à l'hôpital ne semble pas suffire ; elles ont hâte de retourner à la réserve parmi les leurs. C'est peut-être une façon spécifique de résister à l'institutionnalisation de l'accouchement !...

QUE VEULENT VIVRE LES FEMMES DE MANOUANE ?

Les femmes de Manouane n'ont pas de point de vue uniforme concernant la façon dont elles veulent vivre et contrôler leurs accouchements. De façon générale, les sages-femmes âgées du village considèrent que les femmes devraient pouvoir accoucher à la réserve, chez elles ou au dispensaire, si la grossesse se déroule bien. D'autres femmes estiment que, malgré tout, il vaut mieux se rendre à Joliette car il y a toujours des risques de complications. Les femmes ne se sentent pas toujours à l'aise dans ce qu'elles vivent et sont confuses par rapport à leur désir.

Ceci n'est pas surprenant car l'obligation faite aux Amérindiennes de recourir aux services médicaux officiels pour leurs accouchements est indissociable du processus de colonisation et de sédentarisation des autochtones et, en outre, le transport progressif des femmes enceintes à l'hôpital a graduellement détruit le processus de transmission des connaissances. Les filles aînées qui, pour la plupart, l'avaient appris de leurs mères, belles-mères ou tantes, n'ont pu expérimenter leur savoir. Ce savoir de sage-femme, savoir féminin qui se transmettait de génération en génération, s'est considérablement appauvri. D'une part les femmes n'ont plus dans leur entourage immédiat des ressources sur lesquelles elles peuvent constamment compter car les sages-femmes les plus expérimentées sont maintenant peu nombreuses et assez âgées ; d'autre part, face à un dispensaire qui n'est pas

organisé pour les accouchements, face aussi aux infirmières ¹⁹ qui de façon générale n'encouragent pas les femmes désireuses d'accoucher chez elles, l'hôpital devient par le fait même le seul lieu possible. On dit qu'il y a quelques années, les femmes parlaient souvent de leur désir de pouvoir accoucher dans la réserve. Maintenant elles semblent « accepter » d'aller à Joliette et ont de moins en moins tendance à remettre en question cette nouvelle réalité. Cependant quelques « entêtées » ont voulu accoucher chez elles et l'ont fait envers et contre tous.

Il y a une dizaine d'années, après un premier accouchement à l'hôpital, une jeune femme décide d'accoucher chez elle :

J'ai eu mon premier enfant à Joliette. À ma *seconde grossesse*, j'ai accouché à la maison. C'est une sage-femme qui m'a *accouchée*. C'était la grand-mère de mon mari et en même temps elle le montrait à ma tante. Les infirmières sont arrivées et le *bébé était* déjà né. Je préférais être tranquille durant les contractions et j'ai appelé les infirmières à la dernière minute. J'avais une *grande confiance* en la grand-mère de mon mari.

À ma troisième *grossesse j'ai* accouché chez moi aussi, mais *ce* sont les infirmières qui m'ont accouchée. La grand-mère de mon mari a assisté à l'accouchement mais les infirmières étaient arrivées avant elle. À ma quatrième grossesse j'ai de nouveau accouché à la maison avec les infirmières car la sage-femme ne pouvait pas venir. Il fallait vraiment être *décidée car* à mon dernier le médecin m'avait menacée de *ne pas me suivre* durant la *grossesse si je* m'obstinais à vouloir *accoucher dans* la réserve. Mes accouchements se sont bien Passés, dans le calme. Mon mari était près de moi, mes enfants aussi ; mon plus vieux a assisté à deux accouchements, mon *deuxième a* assisté à la naissance du dernier. Nous étions contents.

¹⁹ Il est important de nuancer ici le rapport des infirmières des dispensaires avec les Amérindiens. Elles travaillent la plupart du temps dans des conditions très difficiles (horaires chargés, fatigue, solitude, etc.). De plus elles possèdent peu d'autonomie et doivent appliquer les directives du ministère de la Santé. Il y a donc variation entre les individus. C'est l'institution médicale elle-même qui est critiquée et non chacun des individus. Certaines infirmières, dans plusieurs réserves, ont ainsi fait un travail extraordinaire auprès de la population, avec les femmes enceintes et les sages-femmes qui pouvaient encore aider lorsqu'il y avait urgence.

Il y a environ huit ans, une jeune femme s'organise également pour accoucher à la réserve :

J'ai eu mes trois premiers bébés à Joliette. J'ai trouvé ça difficile. Je restais souvent un mois au foyer à attendre ; mon mari ne pouvait pas venir, j'étais toute *seule et je m'ennuyais*. Mon *quatrième enfant*, je l'ai eu à Manouane, au dispensaire. *Je* ne voulais pas aller *accoucher à Joliette alors j'ai changé les dates*. *Ce sont les infirmières* qui m'ont accouchée, il n'y avait pas *de sages-femmes du village*. Mon mari était près de moi. Ça s'est *bien passé* et au bout de deux *heures* j'étais partie chez mon *beau-père*.

Très récemment, en 1982, une autre jeune femme qui avait déjà accouché quatre fois à l'hôpital, décide avec son mari d'accoucher de son cinquième enfant à la maison :

Ma décision était prise mais je n'en parlais pas car j'avais peur *que l'infirmier* ne veuille pas. Une fois je lui avais dit : « Si j'accouche ici, vas-tu venir me voir ? » Il riait, il pensait que c'était une farce. Je ne l'ai pas dit à mon *médecin* à Joliette non plus. *Le personnel* infirmier du dispensaire ainsi *que mon médecin* *voulaient* que je m'en aille à Joliette trois ou *quatre jours avant* la date prévue, et je ne suis pas partie.

Quand mes eaux ont crevé, j'ai *demandé à mon mari* d'aller chercher le réveil pour surveiller les contractions. Ma mère est venue, ma belle-mère, *Catherine la* vieille sage-femme et ma tante. *Catherine s'occupait* bien de moi, *elle* me disait de me promener et ça me faisait du bien. Plus tard, elles ont appelé l'infirmier. Il était surpris : « Tu aurais *dû* partir hier », m'a-t-il dit. C'est lui qui a fait l'accouchement. *Les femmes préparaient l'eau chaude pour laver le nouveau-né*.

L'accouchement a été très court, ça n'a pris que quatre heures. J'ai trouvé ça plus facile d'accoucher chez moi. Mon mari a beaucoup aimé ça aussi. Je me sentais bien avec ma parenté, ma mère était là. À l'hôpital, il y a seulement le mari qui peut assister à l'accouchement.

J'ai accouché dans ma chambre, sur mon lit. Ils ont sorti tous les meubles de la chambre et placé le lit au milieu afin d'avoir plus de place, pour que tout le monde se tienne de chaque côté du lit. Les femmes me tenaient les jambes, je tenais mon mari par le cou. Catherine a dit de brûler le pla-

centa et le cordon. Mon mari est sorti les brûler dehors. Je ne sais pas pourquoi il fallait les brûler.

Deux jours après je suis allée à Joliette voir le médecin car mon bébé avait la jaunisse. En me voyant, il m'a dit : « Tu m'as joué un bon tour en accouchant chez toi, mais tu as bien fait ça, il n'y a pas eu de complications ».

CHEZ LES AMÉRINDIENNES, IL N'Y A PLUS DE RELÈVE !...

À Weymontachie, Suzanne, une sage-femme de 50 ans, nous raconte des moments de sa vie comme femme et comme sage-femme, et se questionne sur cette relève qui ne semble plus possible. Ces propos furent recueillis par Labrecque (1983).

C'est ma grand-mère qui a accouché ma mère. J'ai eu tous mes enfants sauf un à l'hôpital de La Tuque. J'en ai eu un dans le bois car mon mari était parti à Casey. Deux sages-femmes se sont occupées de moi. J'ai trouvé ça différent d'accoucher ici plutôt qu'à l'hôpital car là-bas on m'endormait. Je ne connaissais pas réellement le travail. J'ai aimé mieux accoucher ici plutôt qu'à l'hôpital.

J'ai commencé à être sage-femme lorsque ma plus vieille avait un an. J'ai commencé avec des vieilles qui s'y connaissaient déjà, et la première chose que j'ai apprise c'est de couper le cordon.

Ce sont d'autres femmes déjà sages-femmes qui m'ont encouragée à le devenir. On me disait que s'il n'y en avait plus, la « race » s'éteindrait. J'ai appris avec deux vieilles femmes. J'ai commencé à les accompagner lorsque ma propre soeur a accouché. Je connais les plantes médicinales qui soulagent les femmes après l'accouchement. Maintenant on mélange ces plantes avec des médicaments achetés.

Actuellement il n'y a pas de relève pour faire la sage-femme. Quelques fois j'ai demandé à des femmes plus jeunes de venir avec moi, mais elles ont peur. Il y a de moins en moins d'accouchements sur la réserve. Les

femmes enceintes sont suivies par le médecin et vont accoucher à l'hôpital de La Tuque.

Si les femmes demandaient d'accoucher ici, le travail des sages-femmes pourrait continuer. Je fais partie du Conseil de santé comme sage-femme. Cependant, il n'y a pas de projet pour inciter les femmes à accoucher ici. Je voudrais en mettre un sur pied.

Il y a pas mal de femmes qui seraient capables de faire un accouchement. Habituellement on demande deux sages-femmes au chevet d'une femme qui va accoucher. Au dispensaire on ne m'a pas découragée. Au contraire des infirmières m'ont déjà appelé lors d'un accouchement pour avoir mes conseils et mon assistance.

Ces témoignages venant de Manouane et de Weymontachie sont très importants. Bien sûr ils racontent le vécu de femmes qui sont marginales dans leur réserve. Cependant elles sont aussi en quelque sorte un exemple pour les autres femmes car elles affirment leur autonomie et leur droit d'accoucher où et comme elles le désirent. Ces femmes, pour la plupart impliquées dans les comités d'éducation et les Conseils de santé, luttent à leur façon contre « l'institution médicale » dominante. Elles peuvent avoir une certaine influence sur la population de leur réserve, et aussi sur la population des autres réserves montagnaises et attikameques, à travers entre autres la circulation des informations et des idées dans les Conseils de santé implantés dans la majorité des onze villages attikameks et montagnais.

UN BREF REGARD DU CÔTÉ DE LA ROMAINE ET DE MINGAN

Du côté de la Basse Côte-Nord, la sédentarisation des Amérindiens est beaucoup plus récente, elle date des années 1950. C'est en 1959 qu'ouvre le premier dispensaire à La Romaine. Avant 1950 toutes les femmes de Mingan et de La Romaine accouchent dans le bois avec des sages-femmes. Il y a des infirmières qui les visitent sporadiquement car elles ont un grand territoire à parcourir.

Avec l'implantation des dispensaires et la présence plus permanente du personnel médical, les femmes sont envoyées assez systématiquement à l'hôpital malgré les distances qui sont très longues. Par exemple, au village de La Romaine, les femmes allaient accoucher à Sept-Îles (environ 480 km) ; elles allaient aussi à Blanc-Sablon (environ 320 km). Blanc-Sablon était moins loin mais le personnel infirmier parlait uniquement anglais. On avait engagé un Amérindien comme interprète, mais il n'était pas toujours disponible.

Autour de 1960, le gouvernement ouvre la route jusqu'à Havre Saint-Pierre. Les femmes de La Romaine commencent donc à aller plus souvent à Havre Saint-Pierre (environ 285 km) où on parle français. Cependant quand on juge qu'il peut y avoir des complications, les femmes sont acheminées à Sept-Îles, et quelques fois même à Québec. Elles doivent emprunter le bateau ou l'avion (selon les époques) pour s'y rendre.

De façon générale, jusqu'à l'ouverture de la route vers Havre Saint-Pierre, les femmes de Mingan vont accoucher à Sept-Îles par bateau (environ 215 km). Depuis que la route est construite, elles vont à Havre Saint-Pierre. La distance entre Mingan et le Havre étant seulement de 35 km, on assiste donc à une sérieuse amélioration concernant le transport des femmes enceintes et la proximité de leur village. Cependant, comme les femmes de La Romaine, elles peuvent se retrouver à Sept-Îles ou à Québec si on croit à des complications possibles.

Il y a encore de vieilles sages-femmes à La Romaine et à Mingan. Cependant comme elles sont âgées, elle ne se sentent plus capables de faire des accouchements. Les femmes entre 40 et 50 ans ont pu assister à des accouchements et pourraient en faire éventuellement. Mais comme dans toutes les réserves, rien n'est organisé en conséquence et les femmes ont perdu confiance en elles. Les jeunes Amérindiennes ne revendiquent pas ce rôle que détenait leur mère ou leur grand-mère. Le pouvoir médical, ainsi que l'idéologie religieuse et patriarcale, sont loin aussi de les y inciter. Par exemple, à l'un de ces villages, le discours du « curé » a une grande influence sur la population et le Conseil de bande ; ces propos recueillis par Beaudet et Bouchard (1982-1983) nous donnent une bonne idée de l'expression de cette idéologie :

Les sages-femmes ne font presque plus d'accouchements puisque toutes leurs filles et petites-filles accouchent à l'extérieur du village. Les sa-

ges-femmes ne veulent plus faire des accouchements parce qu'il y a trop de risques de perdre la mère et l'enfant. Avant les femmes étaient en forme, elles reprenaient le travail après l'accouchement. Mais maintenant les femmes ne font plus tellement d'exercice. Elles ont conservé l'alimentation d'autrefois, ce qui leur occasionne des problèmes de santé. Les jeunes femmes ne sont plus capables de faire ce que leur mère faisait.

LE DOSSIER DES SAGES-FEMMES : UN DOSSIER POLITIQUE

Le savoir et les pratiques des sages-femmes amérindiennes remontent à des temps anciens ; ils étaient inscrits dans la vie quotidienne des groupes familiaux et multifamiliaux bien avant l'arrivée des Européens. Malgré l'absence de littérature à ce sujet, on peut penser avec quasi-certitude que les Amérindiennes ont dû bien souvent aider les jeunes Européennes à mettre leurs enfants au monde. On ne peut pas commenter précisément cette réalité historique, mais il est permis de croire qu'il y a eu des liens d'entraide entre les femmes et les familles en ce qui concerne l'accouchement puisqu'il y en a eu à tous les autres niveaux de la vie : découverte du territoire, connaissance des techniques de chasse et de pêche, connaissance des plantes médicinales, etc.

Le processus de colonisation des Amérindiens du Québec a impliqué des hommes et des femmes qui, pour survivre, ont travaillé pour les grandes compagnies minières et forestières. Ces compagnies les exploitaient pour mieux spolier les territoires des Amérindiens. La logique de la dépossession a souvent tranché la réalité en deux parties nettement opposées : celle de « tous les Blancs colonisateurs » et celle des Amérindiens colonisés. On a peut-être oublié que des liens d'amitié et d'entraide ont existé, par exemple, entre les bûcherons blancs et les Amérindiens, et que l'affrontement se vivait à un autre niveau. On a aussi passé sous silence que la vie des femmes au Québec au début du 20^e siècle se rapprochait peut-être plus qu'on ne le pense de celle des Amérindiennes. Les propos d'une sage-femme vivant en Abitibi dans les années 1920, recueillis par Bouchard (1982) nous portent à le croire. Marie-Ange Levasseur raconte :

Combien j'ai mis d'enfants au monde ? Plusieurs ; je ne les ai pas comptés. Dans ce temps-là, on n'en refusait pas. C'était pour rendre service ; en même temps, il fallait bien vivre... J'y allais ! J'ai été chanceuse. Je n'ai jamais rien eu, aucun enfant mort. Tout allait pour le mieux ; des femmes m'aidaient aussi.

C'était l'une et c'était l'autre. Nous étions isolées. Il fallait bien s'aider. C'étaient tous des arrivants aussi : tout du monde à peu près de la même pauvreté. Tous pauvres. Le monde mangeait et s'habillait mais pas plus. C'est pour cela qu'on s'aidait, qu'on ne refusait pas de s'aider.

Le savoir de sage-femme n'est donc pas spécifique aux Amérindiennes. Par exemple, au Québec, tout au long du 19^e siècle et jusqu'au milieu du 20^e, les sages-femmes accouchent des milliers de femmes.

Cependant, autour des années 40, avec la montée du pouvoir médical dirigé par les hommes médecins, on met tout en oeuvre pour évincer les sages-femmes.

Pour conserver aux médecins ce territoire devenu précieux, on tentera de légitimer puis d'imposer la masculinisation des intervenants en obstétrique. Pour cela, il faudra non pas seulement décourager la pratique des sages-femmes mais aussi celles des futures femmes médecins et des infirmières spécialisées (Laforce, 1985).

Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'à la même époque l'accouchement devient graduellement une maladie, comme en témoigne l'ouverture des départements d'obstétrique dans les hôpitaux québécois en 1940 (Cornellier, 1981).

Au Québec, à partir surtout des années 70, le mouvement féministe prend un essor considérable. Particulièrement dans le domaine de la santé, face aux institutions médicales contrôlées par les hommes, les femmes veulent conquérir la maîtrise de leur corps et de leur santé. De là est né le mouvement pour la santé des femmes, les luttes pour l'avortement libre et gratuit, et la réappropriation du processus de la reproduction, de la grossesse et de l'accouchement. Des sages-femmes recommencent à faire des accouchements à la maison, dans l'illégalité ; dans les hôpitaux les femmes font valoir leurs droits et exigent d'accoucher comme elles le désirent.

En 1980, du mouvement pour l'humanisation et la démedicalisation de la naissance, naît le mouvement « Naissance-Renaissance ». Une association de sages-femmes se crée : des infirmières et des sages-femmes autodidactes revendiquent le droit de pratiquer leur métier au Québec en toute légalité.

Le mouvement sage-femme ne cessera de se battre pour que la profession de sage-femme soit ouverte à toute personne possédant une formation pertinente afin de sauvegarder la philosophie humaniste qui caractérise la sage-femme, et à cet égard, le mouvement sera très vigilant. Ce n'est pas seulement au ministère qu'appartient la décision, mais à toutes les femmes du Québec qui devront se prononcer massivement. Les sages-femmes autochtones devraient être les premières à exercer leur art dans les régions éloignées car là-bas, il y a urgence. Ce qui ne veut pas dire que l'on doive reléguer les sages-femmes uniquement dans ces régions où les médecins ne veulent pas mettre les pieds ! Ceci demeure une des grandes préoccupations de Naissance-Renaissance et du mouvement sage-femme. (Pinsonneault, 1985).

Les femmes amérindiennes ne sont pas directement engagées dans ces revendications car le contexte de leur lutte est bien différent, enraciné au cœur de la domination blanche et patriarcale. Comme le dit si bien l'Association des femmes autochtones du Québec : « Les femmes canadiennes affrontent leur unique problème en tant que femmes, tandis que les femmes autochtones doivent lutter en tant que femmes d'abord, puis en tant qu'autochtones ». (Association des femmes autochtones du Québec, s.d.).

Elles ont mené plusieurs batailles de front, dont la principale fut sans doute celle concernant l'alinéa discriminatoire 12.1 b de la Loi sur les Indiens. Les associations de femmes autochtones du Canada y ont concentré le meilleur de leurs énergies. Cet alinéa faisait en sorte que les femmes amérindiennes qui mariaient un homme blanc perdaient automatiquement leur statut d'indienne, statut qui était aussi perdu pour leurs enfants. Cette perte d'identité et de droits était inacceptable pour les femmes. Le 12 juin 1985, après de nombreuses représentations et revendications, la loi est amendée ; elles ont gagné. Les femmes et leurs enfants ne perdent plus leur statut lors d'un mariage avec un blanc. De plus cette victoire est rétroactive car toutes les femmes qui avaient perdu leur statut sont réinscrites et redeviennent membres de la bande. Pour elles, cependant, la lutte continue, car

elles doivent encore actuellement se faire reconnaître par leur bande si elles désirent retourner sur leur réserve.

Tout en menant cette bataille de longue haleine, l'Association des femmes autochtones du Québec n'en a pas moins dénoncé plus d'une fois les conditions de vie et de santé des femmes, les pratiques concernant l'accouchement et particulièrement celles touchant la stérilisation de nombreuses femmes amérindiennes (Association des femmes autochtones du Québec, 1980). Du mémoire que l'Association a présenté au MSNBES, Les services de santé, un problème crucial chez la population autochtone du Québec, il ressort nettement que la question de l'autonomie et de la santé des femmes est une question politique s'inscrivant d'emblée dans la lutte globale des autochtones pour la prise en charge de leurs territoires, de leurs ressources et de leurs habitudes de vie :

Il ne suffit pas d'accroître le personnel médical. Il faut qu'il soit en mesure de travailler dans le sens de la médecine traditionnelle. Quoi de mieux que des personnes qualifiées ayant par surcroît les connaissances de la médecine *blanche* actuelle (Association des femmes autochtones du Québec, 1980).

En 1982, le Conseil Attikamek-Montagnais, dans son étude des services de santé des onze réserves attikamèques et montagnaises du Québec, situe la problématique des conditions de vie et de santé des Amérindiens de la même façon et propose des recommandations, dont l'une est : « De faire une étude sur la médecine traditionnelle de la communauté [Manouane] et intégrer, au service de soins, les personnes qui la pratiquent » (Conseil Attikamek-Montagnais, 1982). L'attachement certain de nombre d'Amérindiens à la médecine traditionnelle ne devrait pas surprendre, car la mise sur pied des services de santé dans les réserves indiennes s'est faite en niant les connaissances traditionnelles de la pharmacopée indienne et des sages-femmes ; elle a ainsi imposé un modèle de dépendance propre aux méthodes colonisatrices.

Actuellement les leaders politiques des Attikameks et des Montagnais, en l'occurrence le Conseil Attikamek-Montagnais, sont engagés dans un processus à long terme de revendications territoriales. Toutes les énergies sont mobilisées sur cette question vitale pour les communautés amérindiennes. Peu de femmes sont impliquées dans ces revendications politiques globales au sein du CAM. Cepen-

dant, il ressort clairement que les femmes engagées socialement ou politiquement dans leurs réserves (particulièrement au niveau de l'éducation et de la santé) sont prêtes pour l'instant à mettre en veilleuse certaines revendications spécifiques. Elles le font car elles sont conscientes de l'importance d'être reconnus comme « premiers habitants du pays » et d'obtenir les territoires qui leur appartiennent. Cette conscience est d'ailleurs enracinée dans toute la population amérindienne.

Cependant les femmes ne sont pas dupes et savent très bien que leurs propres revendications ne seront pas nécessairement gagnées pour autant. Elles font face elles aussi à un pouvoir masculin dominant (par exemple les Conseils de bande) et il y a beaucoup de travail à faire pour transformer les relations hommes/femmes au niveau politique et privé.

C'est une question extrêmement délicate à discuter dans les réserves et les instances politiques amérindiennes. La solidarité des hommes et des femmes doit être forte pour parer aux injustices qui leur ont été faites. En même temps, dans le quotidien, les femmes subissent aussi plusieurs discriminations ; beaucoup de luttes sont à mener pour que les femmes affirment et revendiquent leur égalité dans la famille et dans la communauté. Elles devraient peut-être prendre leur juste place dans l'ensemble de ces revendications, et lutter pour se réapproprier des champs d'intervention qu'elles contrôlaient auparavant.

Des solidarités sont à construire entre femmes autochtones et femmes « québécoises » ; cependant c'est aux femmes amérindiennes elles-mêmes à décider de leurs propres revendications car elles ne s'orientent pas nécessairement de la même façon que celles du mouvement des femmes de la société « dominante ».

Au Québec, le dossier des sages-femmes est un dossier politique. Il pourrait l'être d'autant plus dans les communautés amérindiennes car il recoupe deux processus intimement liés, soit le processus de colonisation et de désappropriation des Amérindiens de leurs territoires et de leurs habitudes de vie, ainsi que le processus spécifique de la perte d'autonomie des femmes dans leurs rapports à leur maternité et à leur santé.

Références

Association des femmes autochtones du Québec, *Les services de santé, un problème crucial chez la population autochtone du Québec*, Mémoire présenté au ministère de la Santé et du Bien-Etre Canada, 1980, 25 p.

_____, Document de référence, Programme des femmes autochtones, s.d.

Beaudet, Christiane, Notes manuscrites de terrain (La Romaine), 1982.

Bouchard, G., « Quand j'étais sage-femme, Marie-Ange Levasseur Chamberland, 76 ans », *La Gazette des femmes*, Conseil du statut de la femme, vol. IV, n° 2, 1982, p. 14-17.

Bouchard, M., Notes de terrain manuscrites (Mingan), 1983.

Conseil Attikamek-Montagnais (CAM), Manouane, 1981, 46 p.

Conseil Attikamek-Montagnais (CAM), *Étude sur les services de santé des réserves attikamèques et montagnaises*, 1982.

Clermont, Normand, *Ma femme, ma hache et mon couteau croche, deux siècles d'histoire à Weymontachie*, Civilisation du Québec, ministère des Affaires culturelles, 1977.

Cornellier, Hélène, *Depuis que le monde est monde*, Dossier produit par Naisance-Renaissance, 1981, 41 p.

Ehrenreich, Barbara et Deindre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine*, Les Éditions du Remue-Ménage, 1976.

_____, *Des experts et des femmes, 150 ans de conseils prodigués aux femmes*, Éditions du Remue-Ménage, 1982.

Labrecque, Marie-France, Notes de terrain manuscrites (Weymontachie), 1983.

Lacasse, Fernande, « La conception de la santé chez les Indiens montagnais », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. XII, n° 1, 1980, p. 25-28.

Laforce, Hélène, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Institut québécois de recherche sur la culture, Collection Edmond-De-Nevers, n° 4, 1985.

Laget, Mireille, *Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique*, Seuil, 1982.

Leacock, Eleonor, "Women's Status in Egalitarian Society : Implications for Social Evolution", *Current Anthropology*, Vol. XIX, No. 2, 1978, p. 247-275.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, *Les Indiens : situation actuelle, Affaires indiennes et du Nord Canada*, 1980, 168 p.

Morissette, D., *Vitalités et regroupements chez les femmes autochtones du Québec*, Direction régionale du Québec, Secrétariat d'État, 1982.

Pinsonneault, C., Document synthèse de l'événement-rencontre « Femmes et sages-femmes : un lien privilégié », 3 et 4 mars 1985, Université McGill.

Routhier, Marie-Josée, Le rapport des femmes amérindiennes aux institutions de santé à Manouane, Recherche : *Les femmes amérindiennes au Québec : les cas attikamek et montagnais*, 1983.

Savard, Rémi et J.-R. Proulx, *Canada. Derrière l'épopée, les autochtones*, L'Hexagone, 1982. [Livre disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Tremblay, Johanne, Un savoir de sage-femme, Thèse de maîtrise, Département d'anthropologie, Université de Montréal, 1983.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

A) **La déstructuration de l'accouchement traditionnel**

3

Accoucher dans un iglou ²⁰

Par Rose DUFOR

« Le père n'est habituellement pas présent à l'enfantement. Nous croyons que la vie contient déjà suffisamment de souffrances pour éviter à l'homme celle de voir sa femme accoucher. » (Citée dans « Birthing in Other Cultures », paru dans *Great Expectations*, 1981, p. 6, traduction libre).

AVANT-PROPOS

[Retour à la table des matières](#)

Il y a à peine une génération, les femmes inuit ²¹ accouchaient seules ou assistées d'autres femmes. C'était avant l'introduction de la médecine occidentale. Ces femmes étaient autonomes et confiantes dans leur capacité de donner la vie. Leur conduite leur était dictée par la connaissance et l'écoute très précise qu'elles avaient de leur corps.

²⁰ Une première version de ce texte, sous le titre provisoire de « Perspective d'avenir : l'accouchement traditionnel inuit » a été présentée dans le cadre du colloque de l'ACSALF (Association canadienne des sociologues et anthropologues de langue française) lors du 53e congrès de l'ACFAS à l'Université du Québec à Chicoutimi, le 24 mai 1985.

²¹ Depuis la Convention de la Baie James, ceux que nous avons toujours connus sous le terme « Esquimaux » ont réclamé d'être appelés Inuit, comme ils se dénomment eux-mêmes. Inuit est le pluriel de Inuk et signifie être humain.

Ce modèle d'autonomie est maintenant révolu pour la jeune femme moderne inuit qui, comme ses soeurs québécoises et occidentales, est prise en charge par le système médical depuis le début de sa grossesse jusqu'à plusieurs semaines après la naissance de son enfant.

Le but de ce texte est d'offrir une description de l'accouchement des femmes d'un groupe inuit il y a quelques décennies, des connaissances sur lesquelles elles appuyaient leurs pratiques ainsi que des conditions familiales et sociales qui les entouraient et qui décriminaient leurs comportements pendant l'événement.

Les entrevues qui constituent la principale source des données présentées et discutées dans ce texte ont été réalisées lors de deux séjours d'une durée totale de six mois à Iglulik, au printemps et à l'été 1974 et au printemps 1975. Le village Iglulik, toponyme qui signifie « là où il y a des iglous », est situé en bordure de l'île d'Iglulik au nord-est de la presqu'île de Melville dans les Territoires du Nord-Ouest. Il est connu de ses habitants sous le toponyme d'Ikpiarjuk, qui signifie « poche, cul-de-sac », en raison de la forme qu'emprunte la Baie de Turton. L'île d'Iglulik est située entre le 80e et le 85e degrés de longitude ouest et le 60e et 70e degrés de latitude nord.

La raison de mon séjour était d'effectuer une recherche sur l'anthroponymie inuit, c'est-à-dire sur l'étude des noms personnels inuit, les circonstances de leur choix et de leur attribution et les conséquences qu'ils entraînent. Les données de cette recherche ont servi à la rédaction d'une thèse de maîtrise en anthropologie (Dufour, 1977). Comme l'identité de l'enfant est reliée à sa naissance, j'ai élargi le propos de mon enquête pour y inclure les menstruations, la grossesse et l'accouchement ²².

Les entrevues ont eu lieu pour la plupart au domicile des répondantes et totalisent 34 heures d'enregistrement. Toutes ces entrevues ont été réalisées en anglais avec traduction en langue inuit avec l'aide d'interprètes et ont été transcrites mot à mot en anglais. Les cassettes contenant le matériel d'enquête, de même que les notes de transcription sont disponibles pour consultation au laboratoire inuit du département d'anthropologie de l'Université Laval.

²² Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention accordée par le fonds FCAC du ministère de l'Éducation du gouvernement du Québec. J'ai également profité d'une bourse d'étude du Conseil des arts du Canada.

Cinq femmes, parmi les plus âgées du village, ont accepté de collaborer à ma recherche. Elles ont été choisies en raison de leur intérêt et de leur connaissance du sujet. Elles étaient toutes des Ikajurti, des femmes qui aident (lors de l'accouchement) et sont toutes, au moment de l'enquête, responsables d'une maisonnée et mères adoptives de jeunes enfants comme le veut la tradition inuit. Ce sont : Rose IQALLIJUQ, née vers 1904 ²³. Elle a eu un enfant de son premier mariage et dix de son second. Elisabeth TATTIGAT est née vers 1912. De son unique mariage, elle enfante treize fois. Sa fertilité révolue, elle adopte trois enfants. Rachel PIT-TAALUK est née vers 1912. De son premier mariage naissent dix enfants. Son second mariage demeure stérile et elle adopte trois enfants. Susan NIVVIATTIAQ est née vers 1915 ²⁴. Elle a donné naissance à douze enfants : neuf au cours de son premier mariage et trois lors de son second. Elle a de plus adopté deux de ses petits-enfants. Martha ANGUGAATTIAQ est née vers 1921. Elle enfante treize fois au cours de son unique mariage. Elle est la mère adoptive de trois de ses petits-enfants.

Je présenterai l'enfantement en suivant son déroulement chronologique. Cet ordre a été influencé par le classement que j'ai fait de mes données et par ma formation en sciences de la santé. Le texte se présente comme une narration entrecoupée de citations des femmes inuit. L'ensemble constitue cependant un seul et même discours construit à partir de ce que celles-ci m'ont dit pour décrire la naissance dans une autre culture. On comprendra que c'est la seule façon que j'ai trouvée de m'adresser à des lectrices et lecteurs « blancs » tout en laissant la parole aux femmes inuit.

Dans un premier temps, je parlerai de la naissance prématurée puis de la naissance à terme. La femme et l'enfantement constituent le cœur du texte. La troisième partie complète la démarche en décrivant les soins du nouveau-né et la pé-

²³ L'âge des plus vieux a été établi approximativement par des représentants gouvernementaux pour la distribution des pensions de retraite. Ce problème de datation n'existe pas pour ceux nés après 1931, c'est-à-dire depuis l'existence de la mission catholique puisque les missionnaires ont toujours tenu des registres.

²⁴ Concernant Susan NIVVIATTIAQ, j'ai écrit dans un texte antérieur (Dufour, 1984 : 18) qu'elle avait eu neuf enfants lors de son premier mariage et qu'elle en avait adopté cinq lors de son deuxième mariage. C'est une erreur qui m'a échappée lors de la relecture et que je tiens à corriger.

riode du post-partum. Comme l'avortement implique et entraîne de nombreuses prescriptions qui sont du même ordre que celles du post-partum, j'ai inclus un court développement de ce sujet. Je conclus par quelques réflexions.

Il aurait été certes pertinent et combien intéressant de faire une recension de la littérature sur ce sujet. Je m'en suis cependant tenue à l'inventaire de la seule revue *Inummarit* (terme qui signifie « adulte ») qui est la revue de l'Association culturelle d'Iglulik et dans laquelle j'ai retrouvé quelques informations provenant soit des mêmes femmes, soit de leurs mères maintenant décédées. Je les ai retenues en raison de leur intérêt évident. J'ai de plus utilisé des textes de Bernard Saladin D'Anglure, qui a donné une interprétation du symbolisme dans la reproduction inuit.

Il ne me reste plus qu'à souhaiter avoir été fidèle à la parole de ces femmes et espérer ne pas avoir trop déformé ce qu'elles m'ont transmis avec beaucoup de patience, en attendant l'heureux jour où elles l'écriront elles-mêmes.

LA GESTATION

Au début du siècle, la vie des peuples nordiques est nomade. Depuis le début de l'aménorrhée (absence de menstruations), la femme enceinte a calculé la succession des cycles lunaires pour prévoir le moment de son accouchement.

La grossesse n'est pas un empêchement au voyage ²⁵. La gestation fait partie de l'ordre naturel et ne justifie pas de changement dans le rythme de la vie. Les femmes enceintes se déplacent beaucoup en traîneau à chiens jusqu'au moment de la délivrance.

Nous n'avions pas à être traitées de façon plus délicate parce que nous étions enceintes. Aujourd'hui, quand les femmes sont enceintes, je pense qu'elles sont traitées plus gentiment qu'elles ne l'étaient anciennement. Depuis les temps anciens, quand il n'y avait ici que des Inuit, les femmes enceintes se déplaçaient en traîneau à chiens jusqu'au moment où elles étaient prêtes à enfanter.

²⁵ Ce texte constitue une suite d'un autre article sur les menstruations et la grossesse chez le même groupe culturel. (Dufour, 1984).

Pendant sa grossesse, elle coud des vêtements pour tous les membres de sa famille. Tâche anticipée et indispensable à la survie puisqu'elle ne pourra ni coudre, ni réaliser les différentes activités de son rôle d'épouse et de mère pendant la période post-partum. C'est une autre femme qui accroîtra sa tâche familiale de celle de la nouvelle accouchée.

LA NAISSANCE PRÉMATURÉE

La gestation normale dure neuf mois de calendrier ou dix cycles lunaires. Elle s'achève le plus souvent par la naissance d'un enfant sain et vigoureux. Les enfants nés à terme sont considérés comme ayant le meilleur potentiel de vie. Une naissance antérieure à cette limite est la plupart du temps la conséquence du surmenage, d'un travail trop rude ou de chutes de la mère.

Travailler trop fort ou tomber lourdement sur les fesses peut accidentellement provoquer le travail. Il en est de même du surmenage. Si la femme enceinte se dépêche et court tout le temps en travaillant, cela pourra lui arriver car elle sera épuisée.

Voilà pourquoi des femmes enfantent prématurément. Lorsqu'elles sont enceintes, les femmes doivent accomplir le même volume de travail et « surtout elles ne doivent pas l'amplifier car alors elles déclencheront leurs menstruations ». Ceci s'avère particulièrement fondé à la fin de la grossesse, « lorsque l'enfant est tourné et qu'il se prépare à glisser dans le canal pour être reçu ».

C'est la raison pour laquelle le grattage ayant pour but d'assouplir les peaux n'est pas recommandé pendant la grossesse et est interdit au dernier mois de la gestation.

On devrait parfois écouter nos maris. Un jour que j'étais enceinte et que je grattais une peau de caribou (pour l'assouplir), mon mari m'a dit de cesser ce travail (parce que j'étais enceinte). Lorsqu'il fut sorti, je suis retournée à la peau pour la gratter. Je n'ai pas senti de douleur mais j'ai entendu un écoulement près des aines. Quand mon mari est revenu, il m'a répété de cesser ce travail. Après quelques minutes, j'ai commencé à saigner. Je perdais trop de sang. Peu de temps après le bébé était né ... et la tête était toute égratignée.

La règle dicte une conduite pour mener sa grossesse à terme et prévenir l'avortement et la naissance prématurée. On considère, sans pouvoir expliquer pourquoi, que l'enfant né dans le septième mois ne peut pas vivre longtemps, alors que celui né le sixième mois, trois mois trop tôt, peut vivre normalement comme ceux

nés au neuvième mois. Il y a aussi des femmes qui ont des grossesses de dix mois. La raison en est simple et il ne faut pas s'inquiéter : c'est que la femme a un peu saigné pendant sa grossesse. Ainsi l'enfant qui se construit à partir de ce sang, a une croissance un peu plus lente et la grossesse s'en trouve donc un peu prolongée ²⁶.

LA NAISSANCE À TERME

Les femmes entretiennent une relation étroite à leur corps. Elles sont très attentives à tous les signes qu'il émet et le connaissent très bien.

La plupart, sinon toutes, sont capables d'identifier la présentation de leur enfant. Généralement aussi, elles sont capables de déterminer à quel moment il se tourne pour amorcer sa descente.

Vers la fin de ma grossesse, lorsque j'étais enceinte de mon dernier enfant, si je bougeais une jambe dans une certaine position, cette jambe devenait comme paralysée pour un court temps. J'ai pensé que c'était un signe de rétention du placenta. Plus tard j'ai compris que c'était le bébé qui avait changé de position. Il s'était tourné la tête en bas pour préparer lui-même sa sortie. Le bébé percute sur les côtés de l'utérus en tournant. Lors de ce mouvement circulaire de l'enfant, la mère peut ressentir une douleur dans ses jambes. Cette douleur ne cause aucun dommage physique à la mère ou à l'enfant.

Dans *les* jours qui précèdent la naissance de son enfant, la mère sent l'engagement de la tête dans son bassin. Tous ces signes lui indiquent la fin de sa gestation.

Ce sont les contractions utérines qui sont l'indication définitive du désir de l'enfant de quitter sa demeure utérine. Des douleurs sont liées à l'enfantement.

²⁶ Pour l'enfant né prématurément, Ackerknecht ; (1948 : 920) écrit que les Inuit ont été parmi les rares peuples à avoir inventé un incubateur. Il s'agissait de placer l'enfant à l'intérieur d'une peau de gros oiseau marin puis de le suspendre au-dessus de la chaleur du qullik (lampe habituellement de stéatite, alimentée de gras animal) qui était la source d'éclairage et de chauffage de l'habitat.

L'intensité des douleurs peut trouver une explication dans la naissance d'un fils qui est parfois vue comme plus douloureuse :

Quand j'ai donné naissance à mes enfants, j'ai eu beaucoup plus de douleurs lorsque j'ai eu un garçon que lorsque j'ai eu une fille. Quand j'ai eu ma première fille, j'ai pensé que ce serait aussi douloureux que lorsque j'ai eu mes deux fils mais à l'inverse la fille est sortie rapidement et je n'ai pas eu de douleur...

Pendant la période de travail, au cours des différentes étapes de la dilatation et de l'effacement du col utérin, la femme ne doit pas rester à attendre les douleurs. Elle doit plutôt marcher et s'activer, ainsi elle aura moins mal.

La durée du travail varie d'une naissance à l'autre. Les plus grandes craintes sont un accouchement long et la rétention placentaire. C'est pourquoi de nombreuses prescriptions sont faites à la femme enceinte : se lever tôt, ne jamais revenir sur ses pas, s'activer, jeter un coup d'oeil dehors. Le mari doit aussi se lever très tôt le matin et sortir rapidement. Pour se stimuler, le mari et la femme compétitionnent : le premier arrivé dehors est le gagnant. Dès son plus jeune âge, du moment qu'elle est capable de s'habiller et de sortir seule, la petite fille se fait dire de se lever rapidement, de s'habiller et de sortir dès son réveil afin que ses enfantements, le moment venu, soient rapides.

Quand j'étais en travail, après que les contractions utérines étaient commencées, j'avais mal pour un moment. Les douleurs augmentaient puis j'étais prête à sortir le bébé. La durée a été différente selon les enfants. Quelques fois tu peux sentir augmenter la douleur lentement et après un assez long moment le bébé arrive. D'autres fois, la douleur démarre brusquement et l'enfant arrive tout de suite, en même temps.

Il n'est pas facile de préciser en heures la durée du travail. Ce qui est certain, c'est qu'une durée de huit ou douze heures, toute une journée ou toute une nuit, sont considérés comme des exemples de travail long, trop long même ²⁷.

²⁷ Selon la cosmogonie inuit, si le garçon tarde à naître, son sexe peut changer et se transformer en fille : le pénis rentre à l'intérieur et forme le clitoris alors que le scrotum se fend pour former la vulve : c'est le phénomène du Sipiniq. Pour plus d'informations sur le sujet, consulter Dufour, 1975, 1977 ; Saladin D'Anglure, 1973, 1977 et Guérin, 1982.

AUTONOMIE DES FEMMES LORS DE LEURS ACCOUCHEMENTS

Dans la société plus ancienne, les femmes Iglulingmiut (qui habitent Iglulik) enfantaient seules. Cependant, une autre femme plus âgée et expérimentée veillait toujours. Celle-ci allait et venait de sa résidence à l'iglou d'accouchement (ou tente selon la saison) qui avait été construit pour l'occasion, pour l'encourager, la guider et s'assurer que le travail progressait et se déroulait normalement.

Les femmes devaient être seules lorsqu'elles donnaient naissance à leurs enfants. Il y avait une autre femme près de la porte, elle restait près de la porte, elle parlait seulement, elle lui donnait ses indications.

Ce comportement s'explique par les nombreuses prescriptions et interdits adressés à l'accouchée pour la période post-partum et qui s'étendaient à toute autre personne l'ayant touchée. Cependant en cas de difficultés, aide et assistance étaient apportées à la femme accouchante.

La vie nomade a cependant ses conséquences et il est arrivé à la plupart des femmes d'enfanter seules.

Je n'ai pas été la seule à enfanter pendant un voyage. Beaucoup d'autres femmes ont eu des enfants lors d'un déplacement. *Nous* voyagions beaucoup à cette époque. La grossesse n'était pas une excuse. Anciennement, même pendant la saison froide, les gens s'arrêtaient *quand une* femme était en travail. Dans une telle situation, l'homme devait construire d'urgence un petit iglou. Une lampe à l'huile (*qullik*) y était placée et allumée avec de l'huile de *phoque*. La lampe à l'huile était la seule source d'éclairage et de chauffage à cette époque.

Quelques fois, lorsque ces situations accidentelles se présentaient, ils n'avaient pas toujours le temps de réchauffer l'iglou et la femme devait avoir son *bébé dans* un iglou froid.

L'endurance et la vigueur au froid sont d'ailleurs des signes de la bonne santé du nouveau-né.

Un endroit froid pour enfanter ne fait aucune différence et pour la mère et pour son enfant. Je pense que les enfants nés à cette *époque avaient* de meilleures chances de survivre. Ils pouvaient vivre dans ces conditions très difficiles. Ils survivaient dans les pires situations comme par exemple naître au cours d'un voyage et ils passaient au travers.

Mais c'est là sans doute la langue du courage. D'autres cependant ne peuvent s'empêcher de noter combien il faisait froid.

Certains de mes enfants sont nés alors que j'étais seule et parfois alors que je venais d'entrer dans un nouvel iglou qui venait d'être construit. J'avais si froid que je tremblais. (Inummarit, 1973-b : 2).

Parfois c'est justement lors du voyage prévu pour se donner de l'assistance que les événements se précipitent.

C'est ainsi que j'ai eu un enfant pendant un voyage. Un moment j'ai cru que j'aurais mon enfant sur le traîneau. Mon mari a compris la situation sans que j'aie à lui dire. Nous nous rendions au camp de mes beaux-parents ; la distance entre nous et leur camp n'était pas très grande. Le camp était en vue, mon mari pressait les chiens d'aller plus vite. Nous atteignîmes le camp juste au moment où le *bébé* était prêt à sortir. Je me sentais étrange, juste assise, me supportant de mes mains. Je ne sentais rien d'autre, ne touchant rien, en *dehors de* mes mains que j'utilisais pour me soulever. La sensation de la tête qui s'engageait était tellement forte ; nous poursuivions notre route et la tête de l'enfant sortait. L'autre enfant que je portais sur mon dos pesait lourd parce qu'il dormait. L'enfant sur mon dos, l'enfant à l'intérieur de mon ventre et moi-même : quel poids ! Quelle lourdeur !

Aussitôt que nous atteignîmes l'iglou de ma belle-mère et que mes beaux-parents nous accueillirent, mon mari leur dit que j'enfanta. Quand on pense que nous voyagions ! Tout de suite ma belle-mère rentra dans l'iglou. J'ai compris plus tard qu'elle était allée préparer une place où je puisse m'étendre. Je rentrai, ma belle-mère m'enleva l'enfant *que je* portais sur mon dos pendant *que je retirais* mes pantalons. Puis je rampai vers *l'endroit préparé. Tout de suite, dès que je m'allongeai, le bébé jaillit* de mon corps. J'ai reçu un garçon.

IKAJURTI : LA FEMME QUI AIDE

Le mot inuit pour désigner la sage-femme ²⁸ est Ikajur/ti (aider/celle qui), littéralement la femme qui aide. Celle-ci apprenait d'une autre femme déjà elle-même sage-femme. Pour exercer ce rôle, elle devait avoir elle-même enfanté et avoir atteint une certaine maturité.

C'est seulement lorsque j'ai été une femme mûre que ma belle-mère a commencé à *demandeur mon assistance* durant l'enfantement d'autres femmes. Quand j'ai été *introduite au travail de sage-femme*, je n'y connaissais rien. Ma belle-mère m'a enseigné ce qui devait être fait. J'ai suivi sa *méthode de travail* et cela m'a beaucoup aidé puisque les enfants des femmes que j'ai assistées sont nés rapidement.

L'apprentissage se fait progressivement. D'abord des activités liées à un enfantement facile, sans complications, puis l'apprentissage des gestes plus délicats comme lors d'une rétention placentaire, d'une mauvaise présentation de l'enfant, etc.

Plusieurs femmes peuvent être présentes à une naissance et, dans ce cas, celle qui s'occupe de la mère n'aura pas nécessairement à s'occuper du nouveau-né, elle demandera à une autre de s'en charger.

Certaines « femmes qui aident » sont très populaires, celles qui font un bon travail, « celles qui suivent les conseils des vieux, des gens expérimentés ». Entre la mère et l'enfant, si de très grandes difficultés se présentent, on fera l'impossible pour sauver les deux mais l'assistance à la mère est d'abord privilégiée.

²⁸ On comprendra que sage-femme est ici utilisé dans son sens général et comme terme équivalent de Ikajurti.

LE TRAVAIL DE L'ENFANTEMMENT

L'enfant dans l'utérus est à l'intérieur d'un sac et baigne dans le liquide amniotique.

Le sac (*Kagluaq*) est là depuis le *début de* la grossesse et nous croyons que l'eau est *fabriquée* à partir du sang de la mère. Le *bébé* est *là-dedans*.

Le plus souvent, les contractions utérines et la tête de l'enfant provoquent spontanément la rupture des membranes laissant s'écouler le liquide amniotique. Si cette rupture ne se fait pas naturellement, la femme en travail ou la sage-femme pincera les membranes avec ses ongles. L'intervention est connue mais ne semble pas être obligatoirement pratiquée car on cite l'exemple d'enfants nés dans le sac encore intact.

Quelques fois, des enfants naissent enveloppés du sac, le sac indemne. On les appelle *Kagloulalik*. Il y a une ligne médiane qui sépare le sac. On l'ouvre au niveau de la tête et on descend. On enlève *d'abord* le sac de sur la tête.

Possiblement en raison de la rareté de ce phénomène, l'enfant né « coiffé » ²⁹ dirons-nous, est avantagé par la nature puisque :

... *quand l'enfant* naît avec le sac ou une partie *du* sac, il sera plus blanc plus propre pour le reste *de* sa vie. En comparaison, l'enfant né sans cet élément sera un peu sale. Ce *dernier* aura du « chapeau » qu'il faudra nettoyer.

²⁹ N'ayant pas réussi à identifier le mot qui qualifie cet enfant, j'utilise ici une catégorie de ma propre culture.

LES POSITIONS DE LA MÈRE POUR L'ENFANTEMMENT

C'est sur une peau de caribou que la femme inuit accouche. Pendant la dernière phase de travail, lorsque les contractions atteignent leur maximum d'intensité et que l'enfant pousse pour sortir, la mère explore différentes positions. Les trois positions qu'elle prend répondent à sa recherche du bien-être, pour favoriser la descente de son enfant et pour diminuer la douleur. La première position est la position accroupie ; la seconde consiste à s'étendre sur le côté en remontant le genou de la jambe extérieure ; la troisième est la posture agenouillée avec un gros coussin constitué de peau de caribou et deux piquets fichés au sol. Le coussin sert de point d'appui lorsqu'elle courbe le thorax vers l'avant de même que les piquets lorsqu'elle se redresse et veut s'agripper. Dans la position agenouillée, le bassin bascule puis se redresse. Ces trois positions physiologiques favorisent la descente et la sortie de l'enfant en ajoutant le jeu de la gravité et du poids de l'enfant aux contractions utérines. Il faut ajouter que la position accroupie est une position coutumière et quotidienne. Ainsi au moment d'accoucher les femmes inuit ont le périnée, les muscles des cuisses, des fesses et du dos forts, souples et contractiles.

J'ai essayé toutes les positions. J'ai eu mes quatre premiers accroupie et agenouillée et les autres étendue sur le côté.

J'ai préféré les positions accroupie et agenouillée parce que cela me semblait plus naturel pour moi. Peut-être que l'enfant descendait moins bien en position couchée. Par contre, parfois, j'avais envie d'allonger mes jambes.

Il n'y a donc pas une position idéale, la femme les expérimente toutes au cours d'une même naissance et d'une naissance à l'autre. L'enfant parfois inspire à la mère la position favorable.

On nous disait d'essayer des positions différentes. Si l'enfant prenait beaucoup de temps à venir en position accroupie la femme pensait qu'il (l'enfant) voulait naître en position étendue. Ainsi, il sortait plus facilement si je m'étendais sur le côté.

Toutes les positions ont leurs inconvénients, la position accroupie est un peu « paniquante parce qu'elle déséquilibre facilement ». Quant à la position agenouillée, elle est :

... difficile, quand tu mets ton enfant au monde et que tu dois à la fois garder la position, relever ton vêtement, t'agripper et tirer sur les pieux.

On me disait de m'installer dans la position la plus confortable et que si je me sentais inconfortable juste accroupie ou trop penchée je devais prendre une position intermédiaire et de m'agripper sur quelque chose.

On ne connaît pas de cas où se soit produit une déchirure du périnée. « On nous disait que la peau ne déchirerait pas parce qu'elle est très élastique et qu'on ne devait avoir aucune crainte. »

LES PRÉSENTATIONS DU BÉBÉ

Le plus souvent, les enfants se présentent par la tête. Toutes les femmes apprennent à identifier la présentation de leur bébé et la plupart sont capables de la corriger si nécessaire.

Quand tu es en travail et que tu t'aperçois que l'enfant se présente par la tête mais qu'il est plus d'un côté, tout ce que tu as à faire c'est de le pousser de l'autre côté. Peu après, il est dans une bonne position. La plupart des femmes sont capables de modifier la position du bébé s'il ne se présente pas par la tête. Si elle n'est pas capable de le faire, le bébé naîtra dans cette position.

Les manipulations pour modifier la présentation du bébé sont exécutées par pressions et palpations abdominales. La mère peut aussi obtenir quelques résultats en changeant elle-même de position. Le fait de passer de la position accroupie à debout ou de la position debout à étendue ou agenouillée favorise le glissement de l'enfant. Parfois, il faut faire plus, par exemple, si un pied se présente, il faut le repousser doucement à l'intérieur. L'enfant présentera alors ses deux pieds et naîtra aussi facilement que s'il se présentait par la tête. Si la parturiente n'arrive pas à modifier la présentation, son enfant naîtra comme il se présente.

L'ARRIVÉE DE L'ENFANT

Dès que l'enfant est sorti, la mère, si elle est seule, ou la femme qui aide, nettoie sa bouche et son nez afin de lui dégager les voies respiratoires.

Le plus important au moment de la naissance est que l'enfant doit pleurer.

Si l'enfant ne respire pas, on le réanimera en lui appliquant un peu de glace ou de neige sur le thorax.

Ma mère m'avait dit que si un enfant naissait mort, je devais lui mettre de la glace ou de la neige sur le thorax et la laisser fondre ; ainsi l'enfant revivrait.

Elle ne croyait pas à cette technique de réanimation mais elle a vécu deux expériences qui lui en ont démontré l'efficacité. La première fois, il s'agissait de sa fille qui ne respirait pas à sa naissance. La femme qui aide chercha de la glace pour l'appliquer sur le thorax de la nouvelle-née. Faute de glace, elle utilisa de la neige. Le résultat fut positif. La seconde fois, il s'agissait de son petit-fils. Elle assistait une de ses filles dont l'enfantement était difficile. L'enfant s'était présenté par les pieds.

Le corps de l'enfant était sorti mais sa tête était encore à l'intérieur. Je tirais et je disais à la mère d'aider l'enfant à sortir. Finalement, l'enfant est né mais il était mort. J'ai mis de la neige sur le thorax de l'enfant, l'enfant s'est réanimé. Il est toujours vivant.

ARRAQ : LE PLACENTA

Après la naissance de l'enfant suit une courte période d'attente. Les contractions utérines reprennent afin d'évacuer le placenta qui est désigné comme « le second ». Le placenta a autant d'importance que l'enfant et doit, comme l'enfant,

sortir rapidement du corps de la mère. De nombreuses prescriptions suivies pendant la grossesse incitent l'enfant à naître rapidement et préviennent la rétention placentaire. À titre d'exemple, pendant la grossesse, lorsque l'enfant bouge, il faut l'aider à se replacer en le bougeant latéralement car s'il s'appuie d'une façon prolongée sur le placenta, celui-ci risque d'adhérer fortement sur la paroi et d'être difficile à décoller. La rétention du placenta signifie la mort de la mère : il doit donc être extrait. Une « femme qui aide » expérimentée pourra plus facilement décider du moment de cette intervention qu'une non-initiée qui, elle, le retardera en raison de sa gravité.

À cette époque, nous vivions trois familles ensemble à une certaine distance d'ici. Madeleine était enceinte de son premier enfant. Elle donna naissance à ce premier bébé mais il était mort. Après une journée et demie, le placenta était toujours à l'intérieur de l'utérus. Madeleine était toute pâle. Il fallait prendre une décision. Le placenta devait être extrait et on m'expliqua comment procéder.

Cette technique est considérée comme extrêmement dangereuse. Seule une femme expérimentée peut l'exécuter. Elle doit d'abord couper ses ongles très courts puis introduire la main en suivant le cordon, sans tirer ni bouger, pour atteindre le placenta qu'elle décollera en glissant très délicatement le dos de la main le long de la paroi utérine. En fait, c'est moins la main que le petit doigt qui fait le travail.

MIKJSIAQ, LE CORDON OMBILICAL

Ce n'est qu'après l'expulsion du placenta que sera coupé le cordon ombilical. Et même alors, il faut attendre un peu afin d'avoir la certitude que l'enfant ne perdra pas de ce sang précieux fourni par la mère.

Aussitôt que l'enfant naît, je m'en occupe. La première chose à faire est de lui nettoyer la bouche et le nez. Ensuite vient le placenta. Il faut attendre que le placenta soit sorti avant de couper le cordon ombilical. Même après qu'il est sorti, il faut encore attendre un peu afin que tout le sang du placenta s'écoule dans le corps de l'enfant.

La sage-femme mesure la longueur de ses deux premières phalanges de l'index depuis le ventre de l'enfant. Le cordon est d'abord lié très serré afin d'éviter toute possibilité d'hémorragie puis il est sectionné.

Il y a très longtemps, la femme était seule pour enfanter. Elle nouait le cordon avec de la corde faite du tendon de caribou et le coupait de la main gauche avec un morceau de silex.

La règle était exactement la même pour les bébés-filles et les bébés-garçons. On disposait de cette pierre comme des restes de l'accouchement. Plus récemment le couteau féminin semi-circulaire appelé ulu (prononcer oulou) puis des ciseaux ont été utilisés.

Quand j'ai eu mes enfants [cette femme est née vers 1891] on utilisait des ciseaux. Une fois, ma soeur [née vers 1912] avait enfanté chez ses beaux-parents. Sa belle-mère lui avait dit de couper le cordon avec son ulu. Sa main était devenue très faible parce qu'elle avait peur.

Pour favoriser la guérison de la coupure ombilicale, on utilisera « le duvet du saule arctique et celui du coton de l'Arctique » (Inummarit, 1972 : 10).

LE RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS

Une complication susceptible de se produire immédiatement après la naissance de l'enfant et la délivrance du placenta est la rétroversion de l'utérus. L'exemple suivant l'illustre bien :

Tout de suite après que l'enfant et le placenta sont sortis, la femme a recommencé à avoir *des contractions* comme si elle reprenait le travail. J'ai essayé de comprendre ce qui se passait et j'ai découvert que l'utérus était renversé. Quand cela est arrivé, j'ai essayé de le replacer. Le vagin doit être fermé et j'ai fait profondément inspirer la femme et je lui ai fait garder cette inspiration aussi longtemps que possible afin d'éviter un nouveau renversement de l'utérus.

LES SUITES DE L'ACCOUCHEMENT

Pendant qu'une autre femme s'occupe du bébé, la femme qui aide continue d'assister la mère.

Après l'enfantement, on m'a dit de me déplacer sur une autre peau de caribou, une peau propre. On m'a donné un bassin d'eau pour me laver. Puis on m'a donné mon *bébé*. La femme doit *d'abord s'occuper d'elle-même*.

La peau souillée contenant le placenta, le cordon ombilical, le morceau de silex qui a servi à couper le cordon ombilical, etc. est fermement nouée puis portée assez loin pour que les chiens ne puissent s'en emparer et la manger. Il faut soustraire cette peau et son contenu à l'avidité des chiens car les suites de l'enfantement sont des substances humaines.

Le placenta est une partie du corps de la femme et une partie de son sang et il ne faut jamais laisser les chiens en manger parce que ceux-ci prendraient *l'habitude d'en manger* et voudraient en remanger.

Ces chiens deviendraient dangereux pour les humains. Ils pourraient mordre ou même « des choses encore plus terribles pourraient arriver ». Voilà ce que les Inuit considèrent comme un comportement digne des humains.

LES SOINS DU NOUVEAU-NÉ

Après que les voies respiratoires aient été nettoyées et le cordon ombilical sectionné selon les coutumes décrites plus haut, on procède à la toilette de l'enfant. Il est nettoyé à l'aide de peaux de lièvres. Des morceaux de peau de caribou, une peau d'oiseau ou des chiffons peuvent également être utilisées. Puis il est chaudement enveloppé dans une peau de caribou. La coutume interdit la couture anticipée des vêtements pour l'enfant à naître et prescrit à la sage-femme de lui en fabriquer dans les jours suivants. En attendant, lorsqu'il aura à sortir, il sera enve-

loppé dans une peau de lièvre et la mère le portera contre sa poitrine à l'intérieur de l'amauti ³⁰. Plus tard, il sera installé dans la poche dorsale du même vêtement. D'ailleurs, les premiers temps, « il ne faut pas trop faire de chose ou trop sortir avec un nouveau-né ».

Certaines sages-femmes ont de telles connaissances du corps humain qu'il leur est possible en examinant la structure osseuse du nouveau-né de prévoir sa croissance.

*Au début je ne faisais qu'assister la femme dans son travail. Puis j'ai commencé à apprendre à reconnaître certaines choses en palpant les os du nouveau-né. Je pouvais ainsi dire par l'ossature de l'enfant si sa croissance serait plus lente que la normale et apprécier sa taille future en disant s'il serait court ou grand. Quand les côtes d'un nouveau-né sont affaissées, l'enfant ne peut pas devenir très grand (*tall*) adulte alors que *quand ses côtes* sont bombées, il devient un adulte grand. Ces signes sont les mêmes pour les filles et pour les garçons.*

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le sein maternel est offert à l'enfant dès sa naissance. L'étroite relation qu'il entretenait avec sa mère est ainsi rétablie. « Quelques fois, l'enfant sort de la mère et pleure. Dès qu'il est né, la mère essaie de l'allaiter ». L'enfant reçoit le colostrum.

Le nouveau-né recevait de sa mère ce premier lait qui ressemble à de l'eau dans laquelle il y aurait de la graisse. Le lait devient blanc plus tard. *Déjà après une journée, la mère a plus de lait et l'enfant s'alimente plus facilement. Jusqu'à ce que l'enfant soit gros, il doit être éveillé pour être nourri.* (Inummarit, 1972 : 10).

³⁰ Le vêtement traditionnel de la femme inuit est l'amauti (prononcer amaouti), Le dos est fabriqué de telle sorte que l'enfant peut être logé dans cette « poche dorsale » pendant les 2 et parfois même 3 premières années de sa vie (Pharand, 1985 et Driscoll, 1980).

La mère allaitera son enfant jusqu'à ce qu'elle constate qu'un autre enfant se forme en elle. Alors, elle amènera l'enfant à se sevrer. Si aucune autre grossesse ne s'amorce, l'enfant pourra parfois être allaité jusqu'à l'âge de deux ans et parfois même trois ans comme se rappelle l'avoir fait une femme.

Toutes les femmes connaissent l'effet contraceptif de l'allaitement maternel. Seules certaines le constatent sur elles-mêmes et en bénéficient. À ce sujet, les femmes parlent de « différents types de femmes ».

Si la femme est d'un certain type, elle devient enceinte très rapidement même si elle allaite alors qu'il y a d'autres types de femmes qui prennent beaucoup de temps à devenir enceintes *quand elles allaitent*.

Habituellement, je pense que quand une femme allaite, elle mettra au moins deux ans avant de devenir à nouveau enceinte.

Possédant cette information, on peut se demander si les femmes utilisaient l'allaitement maternel pour espacer leurs grossesses.

Aucune femme ne pense ainsi. A cette époque, j'espérais ne pas redevenir enceinte trop rapidement. Je voulais m'amuser et avoir du plaisir en traîneau à chien et me promener dans les alentours. J'espérais ne pas avoir trop tôt un autre *bébé*. Je ne me suis jamais tracassée avec ça, je n'ai jamais refusé mon mari ou dit non. Quand tu as un mari, il est difficile de lui refuser ce qu'il désire.

D'ailleurs, ce n'est pas tout d'allaiter, encore faut-il qu'elle l'allaité fréquemment (aussi souvent que l'enfant pleure ou demande le sein) pour que l'effet contraceptif se produise.

Quand une femme vient d'avoir un enfant et qu'elle ne l'allaité pas trop souvent, elle devient rapidement enceinte si elle a un mari.

Sa production de lait dépend de son alimentation et de son hydratation. Tous les gibiers, toutes les viandes, tous les poissons sont autorisés à la condition d'être cuits ; la femme en post-partum ne doit jamais consommer de viande crue. Elle doit manger aussi en quantité « elle ne doit pas se priver s'il y a beaucoup de nourriture ». Elle doit également boire beaucoup d'eau et consommer le bouillon de cuisson.

Nous les *Esquimaux*, nous cuisons la viande dans une grande casserole avec de l'eau. Quand la viande est cuite, l'eau est devenue un bouillon brun qui est très bon. On y met aussi du gras, du sang et les abats de l'animal.

Elle buvait aussi du bouillon auquel le contenu du premier estomac d'un ruminant avait été ajouté ; ceci s'appelait *Neruka* (*Inumarit*, 1972 : 10).

Il ne faut pas que l'enfant ait froid. Il dort sur la même couche que ses parents mais on évite de le placer entre les parents parce qu'il est trop petit et qu'il pourrait être écrasé pendant le sommeil. Ce n'est qu'à l'époque où l'enfant peut se tenir assis qu'on le placera entre les parents pour dormir. « Un morceau de caribou, choisi dans la partie cervicale de la peau, est placé sous l'enfant en guise de couche. On la nettoie à l'aide d'une omoplate. » (*Inumarit*, 1972 : 10).

LE POST-PARTUM

Le corps féminin est perçu comme émetteur d'un grand pouvoir lorsque la femme saigne par ses voies génitales. Le sang utérin est considéré comme étant différent de celui qui s'écoule d'une blessure ou d'un saignement de nez. C'est le sang de la reproduction, la substance première à partir duquel s'élabore la conception d'un être humain. Ce pouvoir est considéré bénéfique à la condition que la femme prenne certaines dispositions. Le mépris des prescriptions a moins de conséquences sur la femme que sur l'ensemble du groupe car le gibier s'éloignera. Alors sévira ce qu'on craint et redoute le plus : la famine.

Les prescriptions qui accompagnent les menstruations n'exigent pas l'isolement. Il en va tout autrement lors de l'enfantement, depuis la rupture de la poche des eaux jusqu'au tarissement des saignements après un accouchement et lors d'un avortement. Ces règles touchent le voisinage, les activités quotidiennes, les activités sexuelles et l'alimentation de la femme.

Elle a donné naissance à son enfant dans un iglou d'enfantement (ou une tente). Elle devra y demeurer seule avec son enfant et y vivre séparée de son mari, de sa famille et de la communauté tant que le sang s'écoule, environ un mois lunaire

soit une vingtaine de jours ³¹. Le pouvoir qui émane d'elle est si puissant qu'il lui est même interdit de regarder à l'extérieur de son habitation. Elle doit s'alimenter de viande ou de poisson toujours cuits. Presque toutes les parties de l'animal lui sont permises, particulièrement les muscles.

Quand une femme saigne après avoir enfanté elle doit manger de la viande. Par exemple, si elle mange des côtes de caribou, elle peut manger la viande mais elle ne peut pas manger les parties très lisses et les articulations.

Ce sont probablement les cartilages et les tendons qui lui seraient interdits. Sa nourriture lui est apportée, de même que l'eau qu'elle consomme. Si elle dissimulait de la nourriture crue pour la manger, la famine apparaîtrait et sévirait jusqu'à ce qu'elle confesse la transgression de l'interdit. C'est peut-être pour éviter qu'elle ne contrevienne à la règle qu'elle doit prendre son repas devant témoin. Cette personne peut aussi bien être un adulte qu'un enfant.

Cette prescription de s'alimenter devant témoin semble stricte. Un mythe raconte :

... Un jour, ils *eurent un bébé*. Dans ce temps-là, il n'était pas permis à la femme de manger *seule*. *Quelques jours* après la naissance, le mari alla chasser. Il dit à sa femme *que lorsqu'elle aurait* besoin de boire *et de manger* elle devrait appeler le chien de tête de l'attelage pour s'asseoir devant *elle*, ainsi *elle* ne serait pas seule pendant qu'elle prendrait de la nourriture ou *de l'eau*.

Quand la femme eût faim, elle appela le chien de tête *pour qu'il s'assye devant elle*. Ainsi, il put la *surveiller*. Quand son mari revint *de la chasse*, la femme lui dit *qu'elle avait mangé devant le chien*.

Le mari peut venir visiter sa femme mais « il ne peut pas s'asseoir avec elle » et les relations sexuelles sont prohibées.

Mon mari et moi vivions avec un couple âgé et ils nous avaient dit *de ne pas aller ensemble après que j'avais eu un bébé* et aussi à la fin de la

³¹ Pour sa part, Albina AKSARJUAT dans Inummarit (1973-b : 2) dit que la mère devrait être deux mois sans sortir en attendant que l'utérus ait repris sa place.

grossesse. Ils nous avaient dit de ne pas se toucher pendant le mois qui suivait la naissance du bébé.

On explique qu'au cours de ce mois, l'utérus qui a été extrêmement distendu pendant la grossesse reprendra sa forme et sa position antérieure. L'utérus est pour quelque temps fragile. On prescrit donc l'abstinence sexuelle pendant l'involution utérine.

Un dernier interdit touche ses activités : pendant sa réclusion, la femme doit se reposer. Tout au plus, peut-elle effectuer quelques travaux de couture et elle ne peut coudre que pour elle-même. D'ailleurs l'exiguïté des lieux ne favorise pas l'activité et elle ne dispose que de l'essentiel : son ulu (couteau), son qullik (lampe) et le nécessaire pour préparer et cuire sa nourriture. Ainsi, les conditions maximales de repos lui sont assurées. Son mari et ses enfants ont été pris en charge le plus souvent par la mère ou la belle-mère.

Avec la fin de l'écoulement sanguin prend fin l'isolement. La femme fera sa toilette, changera de vêtements et retrouvera sa famille, son groupe et ses activités.

L'AVORTEMENT

L'avortement peut être provoqué ou spontané. Différentes techniques provoquent la libération du contenu de l'utérus. Que l'avortement soit provoqué ou spontané, il entraîne pour la femme de très nombreuses prescriptions et interdictions et quelques conséquences pour la famille. Lorsque l'avortement survient au début de la gestation :

... La substance qui provient de l'utérus a quelques-unes des caractéristiques d'un oeuf d'oiseau. Je l'ai soigneusement étudiée lorsque j'ai eu à m'occuper d'un avortement. Les différentes parties d'un oeuf d'oiseau sont difficiles à décrire. C'est la même chose avec un oeuf humain, en un peu plus compliqué. Je pense qu'au début de la gestation l'oeuf humain et l'oeuf d'oiseau sont grandement similaires. Le sperme se divise dans différentes parties du corps du bébé et l'aide à croître. Il aide beaucoup de différentes façons.

Comme pour la naissance prématurée, l'avortement peut être causé par le travail dur et excessif, les chutes, les coups et la rupture du sac amniotique. Il n'est pas toujours possible de prévenir un avortement. Il est des événements de la vie qui doivent suivre leurs cours. Si quelque chose doit arriver, on n'a parfois pas d'autres issues que de le laisser arriver.

Comme pour toutes les autres fois où elle a saigné génitalement, la femme doit dire son état. Soustraire cette information, et encore plus, camoufler un avortement serait dangereux pour la communauté toute entière comme il a été expliqué plus haut. La situation de la femme en ce qui a trait aux prescriptions et aux interdits est la même qu'en période post-partum. La première prescription est donc de dire son état.

Voilà ce qui est arrivé à une *femme*. *Elle* n'avait pas dit à *personne qu'elle* avait avorté. Après son avortement, elle avait *enfoui* l'enfant sous la neige. *Elle continua* à porter les mêmes pantalons *que pendant* sa grossesse et les bourrait avec *de la* peau de caribou afin *de* faire croire qu'elle était toujours *enceinte*. *Elle* continuait *ses* activités habituelles, *visitait quelques* amis, *etc.* À ce moment, la chasse était *pauvre* et les gens commencèrent à avoir faim. Ils se *demandaient si* *quelqu'un* avait brisé un tabou.

Avant *qu'elle* ne puisse *s'expliquer*, le bébé a été trouvé. Les gens commençaient à avoir faim et il n'y avait plus *de* gras pour le *quilik*. L'iglou *devenait froid*. Aussi ils mirent plus *de* neige sur l'iglou pour le rendre plus *chaud*. Il y avait deux iglous. Pendant *qu'ils mettaient de* la neige sur les iglous, ils trouvèrent le *bébé* à l'endroit où ils pelletaient. La personne qui avait trouvé l'enfant criait : « De qui provient ce bébé ? » La communauté avait été regroupée. Le chamane la découvrit et elle fut amenée à la réunion. Elle confessa ce qui lui était arrivé. Après cette confession, la chasse redevint fructueuse et la famine cessa.

Les prescriptions d'isolement et de voisinage, d'activités, d'alimentation, d'abstinence sexuelle, etc. après un avortement sont les mêmes qu'en période post-partum.

Les femmes ont observé que si l'utérus n'est pas complètement libéré, la femme saignera davantage.

Comme pour l'enfantement, si l'avortement se produit lors d'un déplacement, elle ne pourra pas poursuivre le voyage. Un iglou est rapidement construit.

La femme ne peut pas se déplacer aussi longtemps qu'elle saigne. Ma mère adoptive avait avorté alors que le groupe chassait. On mit une vieille tente au dessus d'elle sur-le-champ. Le reste du groupe continua la chasse.

Si la femme doit observer les prescriptions, ce n'est jamais au risque de sa vie.

Le reste du groupe était allé à la chasse à l'ours polaire et l'avait laissée seule. Elle entendit du bruit à l'extérieur de la tente. Elle n'était pas supposée regarder mais de toute façon, elle regarda. Il y avait là un ours polaire, elle s'enfuit. Quand elle avait regardé à l'extérieur de la tente, l'ours était juste là à côté d'elle, la bouche grande ouverte pour la manger. Elle courut loin en haut de la glace. Elle n'était pas supposée regarder mais elle a regardé partout autour.

Il n'y a pas eu de conséquence à la transgression de l'interdit « parce qu'elle l'a fait pour se protéger, elle ne l'a pas fait sournoisement ».

Lorsque le saignement s'est tari, la période de confinement qui peut durer un mois lunaire prend fin.

Avant de rejoindre les siens, la femme doit se purifier.

Lorsqu'elle ne saigne plus, la femme doit prendre de la neige où couchent les chiens. Cette neige est mélangée avec de la glace. Elle la fait fondre et bouillir puis l'utilise pour se laver.

Elle quitte les vieux vêtements qu'elle a portés pendant cette période et en revêt des propres. Elle peut maintenant retrouver les siens et ses activités habituelles.

L'AUTONOMIE DANS LA VIE

Je me rappelle avoir lu des récits d'explorateurs de l'Arctique qui racontent que la femme « esquimaude » accouche le sourire aux lèvres, met ensuite son bébé sur son dos et peut déjà courir derrière le traîneau afin de poursuivre le

voyage interrompu par son accouchement ! Rien n'est plus loin de la réalité et mon texte rejette cette image fantaisiste que la littérature a créée. Il a cependant ses limites, et ce sont les suivantes.

La première est imposée par la traduction et la transcription de l'information qui sont inévitablement transformatrices de la réalité. Pensons à la substance perdue par le passage de l'information de la langue inuit à l'anglais puis au français. Il y a des mots inuit ou mieux encore des catégories de cette culture qui n'ont pas d'équivalence. Nous devons donc reconnaître que la transmission du savoir d'une culture à une autre transforme cette connaissance.

La seconde limite est liée à l'écriture qui, quelque soit son style, ne permet pas de décrire ni de comprendre toute la réalité. L'écriture ne peut jamais crier victoire sur la distance culturelle, ni sur la totalité de ce qu'elle a entrepris de décrire. Ce qui est décrit ici ne constitue pas la totalité du savoir et des connaissances des femmes Iglulingmiut sur l'accouchement mais seulement une partie, celle sur laquelle j'ai posé des questions. Il y manque le plus difficile à saisir : le contexte symbolique, la composante psychologique, spirituelle... cette dimension non matérielle qui nécessite un détour vers l'intérieur de soi.

La troisième est le choix que j'ai fait du découpage technique de l'accouchement. Il est certain que les femmes inuit en choisiraient un autre qui nous ferait voir l'accouchement d'une autre perspective, la mienne étant celle de la chronologie et de la physiologie.

Ces limites étant posées, on peut affirmer à la suite de Bernard Saladin D'Anglure (1977) que chez les Inuit la reproduction ne peut pas se définir sans enfant, qu'un couple ne peut pas exister s'il n'a pas d'enfant et que le célibat est un phénomène très récent de la civilisation moderne. La grossesse y est un phénomène valorisé et exigeant. Il faut d'abord que la femme ait acquis la maturité physique et qu'ensuite elle soit attentive aux signes de son corps et compétente à reconnaître les manifestations de son bien-être et de son mal-être.

La période de gestation est une période caractérisée par l'abondance et les prescriptions vont dans le sens d'ajouter, de donner plus, etc. Ainsi, la femme enceinte mange plus et plus souvent, son alimentation est plus variée, etc. L'homme et la femme fabriquent ensemble leur enfant : la femme en lui donnant la vie et l'homme son sperme. C'est ainsi que tout au long de la grossesse, le couple inuit, à

toutes les fois qu'il fait l'amour, fabrique l'enfant (Dufour, 1984). On comprendra que dans ce contexte, la fidélité conjugale de la femme enceinte est valorisée. Sur le plan des activités quotidiennes, elle doit poursuivre ses occupations coutumières sans exagérer, ni en augmenter le nombre et en évitant les travaux trop durs et le surmenage. Dans l'ensemble aussi, les prescriptions culturelles indiquent aux femmes enceintes des moyens pour favoriser une naissance rapide et éviter la rétention placentaire. Les attitudes et les comportements de la mère sont autant d'incitations à l'enfant de naître rapidement : on souhaite que le travail soit bref et la naissance rapide. Afin d'inspirer son enfant dans ce sens, la femme enceinte doit être active : la fainéantise, l'oisiveté et la nonchalance sont déconseillées.

L'accouchement de la femme, la naissance de l'enfant sont des phénomènes naturels. C'est la femme qui accouche, c'est donc elle qui doit savoir quoi faire et comment le faire. L'autonomie et la confiance en sa capacité d'accoucher sont des caractéristiques de la femme inuit dans la société ancienne. Si elle peut être aidée par d'autres femmes, qui se sont qualifiées en ayant elles-mêmes eu des enfants, c'est d'abord sur elle-même que la femme doit compter pendant son accouchement.

Accoucher c'est un mouvement de vie de la femme inuit toute entière.

Références

Ackerknecht, Erwin H., "Medicine and Disease among Eskimos", *Ciba Symposia*, No 10, 1948, p. 916-921.

Driscoll, Bernadette, *The Inuit Amautik : I Like to be Full*, The Winnipeg Art Gallery, 1980.

Dufour, Rose, *Les noms de personnes chez les Inuit d'Iglulik*, Thèse de maîtrise, Université Laval, 1977.

Dufour, Rose, « Le phénomène du sipiniq chez les Inuit d'Iglulik », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. 5, n° 4, 1975.

Dufour, Rose, « Les menstruations et la grossesse chez les Iglulingmiut », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. 14, n° 3, 1984, p. 17-26.

Guérin, Yvonne, « La femme inuit dominée. Création mythique allochtone », *Anthropologie et sociétés*, vol. 4, n° 2, 1982, p. 65-69.

Entrevue avec Annie Majurtuq « Le soin des petits enfants » *Inummarit*, vol. 1, n° 4, Iglulik, 1972.

Entrevue avec Suzan Nivittiaq, "My mother once ate humans", *Inummarit*, vol. 2, n° 2, Iglulik, 1973-A.

Entrevue avec Albina Aksarjuat, « Coutumes inuit », *Inummarit*, vol. 2, n° 3, Iglulik, 1973-B.

Pharand, Sylvie, *Le vêtement des Inuit d'Iglulik*, Thèse de maîtrise, Université Laval, Québec, 1985.

Saladin D'Anglure, Bernard, « Iqallijuq ou les réminiscences d'une âme non inuit ». Film 16mm couleur avec son synchrone en langue inuit, Association Inuksiutit Inc., Université Laval, 1973.

Saladin D'Anglure, Bernard, « Nom et parenté chez les esquimaux Tarramiut du Nouveau-Québec (Canada) », Échanges et communications, Mélanges offerts à Claude Lévi-Strauss à l'occasion de son 60e anniversaire, Réunis par Jean Pouillon et Pierre Maranda, Paris, Mouton, 1970.

Saladin D'Anglure, Bernard, « Iqallikuaq ou les réminiscences d'une âme non inuit », *Études Inuit Studies*, vol. 1, n° 1, 1977, p. 33-63.

Saladin D'Anglure, Bernard, « Violences et enfantements inuit ou les noeuds de la vie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 4, n° 2, 1977, p. 65-69.

Saladin D'Anglure, Bernard, « L'homme (angut), le fils (irniq) et la lumière (qau) ou le Cercle du pouvoir masculin chez les Inuit de l'Arctique central », *Anthropologica*, N.S., vol. XX, n° 1-2, 1978, p. 101-144.

Saladin D'Anglure, Bernard, « Petit-ventre : l'enfant-géant du cosmos inuit. Ethnographie de l'Enfant et enfance de l'ethnographie dans l'Arctique central inuit », *L'Homme*, vol. 20, n° 1, 1980, p. 7-46.

The Winnipeg Art Gallery, « The Coming and Going of the Shaman - Eskimo Shamanism and Art », Catalogue d'exposition.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

A) **La déstructuration de l'accouchement traditionnel**

4

L'accouchement d'hier à demain: les femmes cries de la baie James ³²

Par Monique COURNOYER

[Retour à la table des matières](#)

Les femmes amérindiennes cries du territoire de la baie James accouchent actuellement dans des conditions définissables selon le modèle de l'accouchement médicalisé. La prise en charge qui en découle comporte des caractéristiques largement répandues et passablement bien connues : surveillance prénatale et accouchement placés sous la responsabilité du personnel professionnel attaché au système de soins, recours aux méthodes courantes de dépistage et de diagnostic (analyses de laboratoire de routine, échographie, amniocentèse, monitoring foetal), accouchement en milieu hospitalier avec la possibilité d'interventions obstétricales (analgésie ou anesthésie de la douleur, induction du travail, usage des forceps, épisiotomie, césarienne), surveillance postnatale également encadrée par le système de santé. Vu la nature non spécialisée du système de soins concrètement

³² Ce texte s'inspire des résultats d'une étude des perceptions des femmes cries sur leurs conditions d'accouchement (Cournoyer, 1986) réalisée dans le cadre des activités du Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal pour le compte du Conseil cri de la santé et des services sociaux. Les idées exposées dans le présent texte n'engagent cependant que l'auteur.

implanté sur le territoire de la baie James, la réalité de l'accouchement médicalisé entraîne toute une série de conséquences dont l'une devient particulièrement problématique pour les femmes : le transfert, avec séjour à l'extérieur de la communauté ou du territoire, vers des centres de services spécialisés ou ultra-spécialisés au moment même de l'accouchement ³³. Bien que la totalité des femmes n'y soit pas assujettie, le phénomène du transfert prend une ampleur et il a des répercussions qui ont suscité de nombreuses inquiétudes et interrogations ³⁴. Il faut ajouter que cette situation n'est pas unique aux femmes crie. À l'époque de notre enquête d'autres femmes amérindiennes ou inuit connaissaient un sort équivalent, au Québec ou ailleurs au Canada ³⁵.

Pourtant, au-delà de la situation actuelle et de ses aspects non désirables, il semble exister des possibilités de changement. Mais, d'où et comment le changement peut-il apparaître ? En se tournant vers l'accouchement tel que l'ont vécu leurs mères et leurs grands-mères, les femmes d'aujourd'hui pourraient trouver les clés leur ouvrant des perspectives de solution pour l'avenir. Il ne s'agit pas cependant de retourner au passé pour s'y arrêter, mais de remonter dans le passé pour ensuite aller plus loin en avant, pour dépasser les limites et contraintes du présent. En outre, ces perspectives nouvelles inspirées des aspects les plus positifs du passé paraissent pouvoir être élargies à la situation d'autres femmes au Québec ou ailleurs. D'où le double intérêt de la démarche.

Pour y arriver, notre présentation se développera en quatre parties. La première partie traitera de façon avant tout descriptive de l'accouchement vécu selon un

³³ De fait, il n'y a qu'un seul hôpital, dans les limites du territoire, où les femmes peuvent être reçues. C'est l'hôpital de Chisasibi où ont eu lieu le quart des accouchements des femmes crie entre 1982 et 1984 (Source : Registre des naissances, Ministère de la Santé et des Services sociaux).

³⁴ C'est précisément dans un courant de remise en question sur les services d'obstétrique offerts à l'hôpital de Chisasibi qu'est apparue l'idée d'effectuer une recherche sur les perceptions des femmes crie à ce sujet. Dans sa réalisation concrète, le projet s'est élargi à l'ensemble des conditions de l'accouchement.

³⁵ Guse (s.d.) a notamment exposé le problème de l'évacuation pour les femmes du Manitoba. Routhier (1984) a traité du même problème pour les femmes attikamèques de la Haute-Mauricie (cf réédition de ce texte dans le présent ouvrage). Quant aux Montagnaises de la Basse Côte-Nord, elles doivent faire face à la même situation (Cournoyer, 1986).

modèle appelé ici cri-amérindien. Les composantes principales de ce modèle seront dégagées en insistant sur le lien qui s'établissait entre la femme et son milieu. On verra ainsi comment le milieu traitait cet événement et quelles valeurs il lui attachait. La deuxième partie examinera le processus de changement qui a conduit à l'imposition progressive de l'accouchement médicalisé. La troisième partie portera sur la réalité subjective des perceptions des femmes cries d'aujourd'hui quant à leurs conditions d'accouchement. La quatrième et dernière partie proposera finalement une réflexion sur le changement souhaitable pour l'avenir. Reliant les résultats obtenus à des préoccupations d'ordre pratique, on tentera de signaler quelques balises et quelques-unes des conditions sur lesquelles ce changement pourrait s'appuyer.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire d'apporter certaines précisions sur la méthode utilisée dans la recherche qui est à l'origine du présent texte. L'étude des perceptions des femmes cries sur les conditions d'accouchement a été de type qualitatif. Elle a été menée au cours de l'année 1985, dans trois communautés cries de la côte est de la baie James. L'enquête sur le terrain a comporté des entrevues avec plusieurs catégories de répondant/es. La première est formée de femmes à la fois enceintes et mères, femmes qui avaient ainsi non seulement l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité, mais qui étaient en contact réel avec les services de santé actuels, vu qu'elles traversaient de nouveau cette expérience. Ces femmes avaient entre dix-huit et trente-cinq ans. Il y a eu 38 entrevues parmi cette catégorie. Dans chacune des trois communautés, des sages-femmes traditionnelles ont été interviewées. Elles ont apporté l'essentiel de l'information sur l'accouchement cri-amérindien. Ces entrevues sont au nombre de onze. Une troisième catégorie est constituée de représentant/es du personnel soignant (infirmier/es et médecins) en place à l'époque de l'enquête, de même que du personnel ayant travaillé dans le passé auprès des femmes. Cette catégorie regroupe seize entrevues. Enfin, à ces trois catégories s'ajoutent de nombreuses autres entrevues effectuées auprès de diverses personnes pouvant fournir un éclairage pertinent sur le problème à l'étude. Ces personnes occupaient des positions différentes dans la communauté : femmes ayant un rôle de représentation des intérêts de la population en matière de services de santé ou travaillant dans les services sociaux, femmes cries non enceintes et mères de famille, femmes amérindiennes non cries assimilées au groupe par le mariage, femmes blanches intégrées à la communauté

par les liens du mariage, du travail, ou les deux à la fois, autorités politiques locales, ministre du culte, etc. Pour ces répondant/es, on compte dix-neuf entrevues ce qui porte à 84 le total des entrevues réalisées sur le terrain. Selon les cas, les entrevues ont été faites en langue crie avec interprète, en anglais ou en français. Le matériel des entrevues a été soumis à une analyse de contenu de type qualitatif ³⁶.

Suite à la parution du rapport de recherche, un retour sur le terrain a été effectué à l'été 1985. Dans le but d'informer la population des résultats obtenus, sept communautés ont été ainsi visitées. Dans chaque village, des sessions d'information et de discussions ont réuni des groupes de femmes. Ces rencontres ont permis à la fois de valider et d'approfondir la démarche de recherche poursuivie. Quant au présent exposé, il ne vise pas tant à livrer de façon exhaustive les résultats atteints qu'à en dégager les implications et les applications à l'égard du changement.

L'ACCOUCHEMENT CRI-AMÉRINDIEN

Si l'on tente de remonter à environ quarante ou cinquante ans dans le temps ³⁷, on découvre que les femmes cries accouchaient dans des conditions qui répondent à un modèle foncièrement différent de l'accouchement médicalisé et, cela, à tous points de vue.

Un collectif familial

D'abord l'accouchement se produisait dans le cadre de vie et d'activité du groupe multi-familial ³⁸. Quand venait le temps de mettre un enfant au monde, la femme savait qu'elle pouvait compter sur ce groupe, de la même façon que le

³⁶ Pour plus de détails sur la méthode employée, consulter Cournoyer, 1986, chapitre 2. Les nombres d'entrevues rapportés ne se veulent pas statistiquement représentatifs, vu la méthode de recherche utilisée.

³⁷ C'est l'époque la plus lointaine à laquelle les données recueillies permettent de remonter.

³⁸ Ce groupe se composait de quelques familles apparentées dont les membres se répartissaient sur deux ou trois générations, ou plus.

groupe savait qu'il pouvait compter sur cette femme quand viendrait le tour des autres. Un principe de réciprocité est actif dans cette prise en charge familiale de l'accouchement. L'aide n'est pas et ne peut pas être unilatérale.

À l'intérieur du groupe, c'est sur la présence et le soutien de certains proches que la femme compte en tout premier lieu : la mère, le mari, la grand-mère ou la belle-mère, la soeur ou la belle-soeur, etc. Quelques proches seront immédiatement au chevet de la femme lors du travail et de l'enfantement, pour l'assister de diverses façons à traverser cet événement.

D'autres personnes pourront s'y ajouter pour apporter diverses formes d'aide : nourrir les enfants, entretenir le feu, aller chercher l'eau, etc. L'accouchante ³⁹ se retrouve donc au milieu d'un réseau où se développe une collaboration dense, continue et multiforme. Jamais la femme n'était laissée à elle-même, nous apprend le témoignage des sages-femmes rejointes pour notre enquête.

Un collectif féminin

Évoquer la réciprocité familiale ne doit pas faire perdre de vue la prédominance du rôle des femmes lors d'un tel événement. Ce sont d'abord des femmes qui prennent les décisions, posent les gestes, se rendent responsables de l'issue de l'accouchement. En règle générale, cela vaut pour les accouchements sans problèmes comme pour les cas où il s'en présente. Dans le collectif familial, les femmes occupent la place centrale, bien que les hommes n'en soient pas exclus. Le mari ou le père pourront être présents. Parfois, ils apporteront une aide tangible ⁴⁰.

Si plusieurs femmes offrent leur aide, il y a lieu cependant de distinguer une certaine « division du travail » dans l'agir féminin qui entoure l'accouchement. Cette distinction se rapporte surtout à la responsabilité prépondérante assumée par

³⁹ Nous employons ce néologisme, de préférence au terme « parturiente », à cause de sa trop forte connotation médicale et de préférence au terme « accouchée » où est évacuée une double dimension essentielle, à nos yeux : l'activité de la femme, au moment même où elle accouche.

⁴⁰ Quelques-unes des femmes interviewées ont reconnu que c'est leur père ou leur grand-père qui avait aidé leur mère à les mettre au monde.

une ou deux femmes aidantes et qui sont précisément celles que nous nommons « sages-femmes ». Il est intéressant de remarquer que ces femmes ne définissent pas leur action en se référant à un statut conférant une autorité, des privilèges ou des droits qui les placeraient au-dessus des autres. C'est toujours dans le cadre d'une relation d'aide qu'elles situent leur action auprès des autres femmes, aide qu'elles se disent toujours heureuses d'avoir offerte lorsqu'on venait la solliciter ⁴¹. Car en effet la sage-femme ne s'impose pas à la femme sur le point d'accoucher. C'est au contraire cette dernière qui la choisit.

Ici apparaît un autre aspect très important de l'accouchement cri-amérindien. L'aide et le soutien qui se construisent et s'organisent autour de la femme doivent respecter ses choix et combler ses prédilections, toutes choses le permettant par ailleurs. Il est évident que la mobilité des groupes familiaux, due aux activités assurant la survie, pouvait parfois limiter le choix réel de chaque femme. De plus, la coexistence des générations dans une même unité résidentielle faisait en sorte que la mère, la belle-mère ou la grand-mère étaient, dans bien des cas, les personnes toutes indiquées pour assister l'accouchante. Malgré cette détermination des ressources humaines où la femme puise le soutien technique et moral dont elle a besoin, le discours des sages-femmes insiste sur l'importance du choix. Sans doute ce choix était-il très valorisé parce qu'on le savait parfois impossible : les personnes normalement attendues et appréciées ne pouvant pas toujours être là, la possibilité de choisir quelqu'un d'autre devenait alors cruciale.

Les critères déterminant le choix des personnes aidantes, de même que la nature de l'aide apportée deviennent des révélateurs de la conception que l'on avait du processus de l'accouchement : un événement familial que la femme doit vivre dans un rapport d'harmonie et d'affectivité positive avec les personnes qui l'entourent, un événement physique critique mais normal, où la nature doit être respectée mais aidée. Derrière les choix concrets rapportés dans les récits d'accouchement se profile un ensemble de critères voulant que la femme demandait l'assistance d'une femme qu'elle considérait compétente, qui lui était connue et familière et, de plus, qu'elle appréciait ou qu'elle aimait.

⁴¹ En langue crie, on parle de cette personne en la désignant par l'expression « celle qui aide » ou « celle qui assiste ».

Reconnue à travers l'expérience antérieure, la compétence se mesurait au savoir-faire et au savoir-dire : au geste et à la parole qui soulageaient et amélioraient l'expérience de la mère et qui accueillaient l'arrivée de l'enfant. Ces habiletés, acquises au fil de l'observation et d'une participation croissante aux accouchements se produisant dans l'environnement immédiat, semblent avoir varié d'une sage-femme à l'autre. Aussi, certaines sages-femmes avaient-elles une réputation qui dépassait leur cadre de vie et qui les amenait à assister des femmes en dehors de leur territoire ou de leur groupe ethnique ⁴².

Quant au deuxième critère signalé, il va de pair avec une société où les rapports sociaux et les rapports familiaux se recouvrent. Dans leur vie quotidienne, les individus sont appelés à connaître de multiples liens familiaux concrets qui supposent une connaissance mutuelle entre les partenaires concernés. Comme l'accouchement se fait dans ce cadre de vie et d'activités quotidiennes, le recours à des personnes connues et familières va pour ainsi dire de soi, à moins que la famille nucléaire (père-mère-enfants) ne soit isolée temporairement et que l'accouchement survienne de façon imprévue, précisément en cette période d'isolement ⁴³.

Le troisième critère revêt un intérêt tout à fait particulier et riche d'enseignement pour la suite de notre propos. La qualité positive de la relation affective entre la femme aidée et la femme aidante était déterminante. On admettait qu'elle entraînait des répercussions concrètes sur l'accouchement. Une présence non désirée ou gênante était reconnue comme suffisante pour perturber, sinon interrompre le progrès du travail et compromettre ainsi le résultat de l'accouchement. Inversement, l'absence d'êtres particulièrement chers peut avoir un effet équivalent. Tout sentiment négatif éprouvé par la mère influence donc la venue au monde de l'enfant.

L'unité ou la symbiose entre la mère et l'enfant est posée comme principe ultime pour expliquer l'apparition de telles conséquences. L'enfant ressent ce que sa mère ressent, dit-on, et « il ne veut pas sortir ». L'accouchante a donc le privilège

⁴² Des sages-femmes crie ont ainsi aidé des femmes inuit. L'inverse se vérifie également dans les propos recueillis.

⁴³ Cela pouvait arriver lorsqu'un homme s'éloignait avec sa famille immédiate sur son territoire de chasse.

d'exclure ou d'inviter à ses côtés les personnes qu'elle veut et il ne semble pas, selon nos données, que de tels désirs étaient discutés.

Comme on l'aura sans doute deviné, ces critères de choix s'articulent étroitement pour ne former qu'un tout. La compétence prendra toute son ampleur et toute son efficacité dans le cadre d'une relation de connaissance et d'affection mutuelle. Autrement dit, la sage-femme sait d'autant mieux quoi dire et quoi faire qu'elle connaît et affectionne celle qu'elle aide. Par ailleurs, celle-ci devient plus accessible à l'aide et au soutien apportés et, de ce fait, plus coopérative, ce qui est considéré par les sages-femmes comme la meilleure garantie d'un accouchement facile et rapide.

En même temps que l'aide, le respect de la nature

Le soutien affectif et moral apporté par l'aidante principale qu'est la sage-femme, de même que par toutes les personnes présentes de près ou de loin, se double d'un soutien d'ordre technique. En ce domaine, la sage-femme a un rôle de premier plan car elle possède un savoir et un savoir-faire qui s'enrichissent avec l'expérience et qu'elle applique selon les cas. Il n'est sans doute pas nécessaire d'entrer ici dans la description détaillée des notions et des gestes dont la sage-femme a la maîtrise. Il suffira d'en retenir l'esprit ou le sens. L'aide technique fournie par la sage-femme pourrait se définir comme un complément au processus naturel qui, lui, conduira la femme à mettre son enfant au monde. Il s'agit donc de soutenir l'accouchante, de rendre plus supportable la douleur qu'elle éprouve, d'augmenter ses forces. On « n'intervient » pas, tel que le veut la signification de ce terme : on ne s'introduit pas dans le processus naturel pour le modifier. On soutient plutôt la femme afin de la rendre plus apte à le vivre. Les techniques utilisées ne sont pas invasives : on applique de la chaleur ou on masse une zone endolorie, on soutient physiquement la femme, on lui donne de l'emprise pour faciliter la poussée. Fait à remarquer : l'instrument de travail essentiel de la sage-femme, ce sont ses deux mains.

La mentalité sous-jacente aux gestes posés dans ces circonstances veut que, fondamentalement, il n'y a rien à faire : il n'y a qu'à laisser la nature suivre son cours. L'accouchement se fait de lui-même. Il ne sert à rien de se presser ou de s'activer autour de la femme. Cela contribuerait plutôt à l'énervier et à l'inquiéter ce qui, en retour, pourrait interférer sur le progrès du travail. Ce discours vaut pour le plus grand nombre des accouchements. Il reste que, dans les faits, des cas se compliquaient. La sage-femme, en accord avec les autres personnes présentes, prenait alors des mesures spéciales. Si ces mesures n'avaient pas l'effet escompté, on cherchait de l'aide : une sage-femme plus expérimentée, une personne reconnue pour avoir une influence sur la femme ou encore, le médecin-guérisseur ⁴⁴.

D'après les témoignages des sages-femmes, les cas compliqués étaient peu nombreux et elles n'ont rapporté que peu de cas de mortalité ⁴⁵. Selon elles, la majorité des femmes accouchaient aisément, plutôt rapidement même, et elles ne présentaient pas non plus de complications post-partum. Les sages-femmes sont unanimes pour attribuer cet état de fait au mode de vie mené par les femmes enceintes. Actives jusqu'au dernier moment, comportement qui leur était incidemment très recommandé, elles étaient plus fortes et en meilleure condition physique que ce n'est le cas aujourd'hui, ont déploré les sages-femmes. Elles savaient mieux prendre soin d'elles-mêmes et n'étaient pas aussi souvent malades qu'aujourd'hui, nous a-t-on fait remarquer plus d'une fois. La réussite de l'accouchement était donc perçue comme dépendant d'une attitude et d'un comportement préventifs tout au long de la grossesse. C'est le milieu familial, et en particulier les aînées, qui se faisait le garant de cette réussite en entourant la future mère d'attention et de conseils appropriés à chaque situation concrète : ne pas prendre froid aux pieds, bien s'alimenter, éviter les conflits, rester active mais sans excès, etc. Si le premier accouchement réussissait, les suivants allaient en faire autant, selon les dires qui nous ont été rapportés.

⁴⁴ Dans cet ordre de phénomène, il est intéressant de lire Claude Lévi-Strauss (1958) qui décrit et analyse l'intervention du shaman. Selon cet auteur, c'est en interprétant la difficulté d'accoucher par le biais du mythe qu'intervient le shaman auprès de la femme.

⁴⁵ Il nous est impossible de présenter des nombres ou des taux exacts à ce sujet.

Si une confiance est d'emblée placée dans la nature, il serait faux de croire qu'il y a abandon à la nature. Le laisser-faire n'est pas la règle. L'accouchement comporte ses dangers et entraîne la femme dans une période de crise dont on ne connaît jamais d'avance l'issue. On agit donc de manière à aider la nature durant la grossesse et l'accouchement, mais aussi après. Ainsi, par exemple, les femmes s'entraidaient-elles pour l'allaitement, soit en exécutant les tâches les plus lourdes de la nouvelle accouchée pour qu'elle puisse se reposer et allaiter plus facilement, soit en montrant comment faire à celle qui réussissait mal à donner le sein. Face à ce que nous appelons le « risque » ou la « complication », l'attitude adoptée n'est pas de nier, mais d'insister en contrepartie, sur la normalité de l'accouchement : « quelque chose qui vient avec la condition de femme ». Cette disposition à l'égard de la nature relève plus, à notre avis, d'une confiance éclairée que d'une confiance aveugle. Il n'en demeure pas moins que la nature constitue, dans la mentalité crie, la base d'un univers de représentation dominant et que c'est autour d'elle que s'articulent les justifications, les explications, les limitations des actes posés.

De la culture à la nature

Quel sens peut-on finalement donner à l'accouchement des femmes cries, avant qu'il ne soit affecté par la médicalisation ? Un des éléments de sens à retenir est la qualité de l'agir entourant cet événement. Cet agir ne se définit pas comme une intervention mais comme une forme d'aide et, mieux encore, comme une relation d'aide. Soulignée déjà par Marshall (1979) qui étudiait les problèmes et les soins de santé concernant les enfants à Fort-George (ancêtre de Chisasibi), la dimension d'aide apparaît fondamentale. Dans l'accouchement, la relation d'aide est double. Elle existe déjà chez la femme par rapport à elle-même (celle qui accouche doit s'aider) et elle existe aussi entre cette dernière et les autres, en particulier la sage-femme. Il importe de rappeler que ces deux relations sont mutuellement dépendantes. En s'aidant elle-même, c'est-à-dire en restant calme et en laissant venir les phases successives du travail et de la mise au monde, l'accouchante aide les autres à l'aider. De leur côté, celles-ci lui assurent le contexte favorable au contrôle et au calme. Sous ce point de vue, le résultat de l'accouchement n'est pas

attribuable à la compétence et à l'autorité d'un/e spécialiste extérieur/e à l'univers de la femme, mais se présente plutôt comme découlant d'une collaboration entre femmes d'abord et, cela, au sein de tout le groupe familial.

La relation d'aide s'accorde avec l'idée que la femme doit être active lors de l'accouchement. Il semble en effet difficile d'aider quelqu'un de passif. Ne fait-on pas alors les choses à sa place plutôt que d'aider ? Selon le modèle cri, ce n'est donc pas la sage-femme qui fait l'accouchement, ainsi que le veut un certain renversement des rôles suggéré dans notre terminologie occidentale. Au contraire, c'est la femme et son enfant à naître qui sont activement placés au centre de l'accouchement.

La relation d'aide paraît également compatible avec le pouvoir de choisir reconnu à l'accouchante. Qu'il s'agisse de sa position, de la sage-femme qui viendra l'assister, ou des personnes qui seront présentes ou devront quitter les lieux, la femme peut orienter l'événement selon ses désirs ou ses besoins. L'aide nous entraîne donc sur le terrain de relations non autoritaires où tout n'est pas décidé en dehors et indépendamment de la principale concernée.

Ces conditions que permet la relation d'aide font en sorte que la femme a un rôle actif à jouer dans son accouchement et que ses désirs et ses choix sont respectés. C'est donc l'autonomie que permet l'aide et comme il ne s'agit pas seulement de relation d'aide mais d'entraide, l'autonomie revêt ainsi une dimension collective. Prenant forme dans la collaboration, l'autonomie de toutes et de chacune dépend donc des conditions sociales de l'accouchement. En ce sens, l'accouchement des femmes crie rejoint de très près l'expérience des femmes mayas présentée par Jordan (1978), dans son analyse comparative de l'accouchement. Toute initiative et toute décision se prennent dans le contexte d'une interaction consensuelle entre la femme et sa famille.

La décision émerge comme le résultat d'un consensus négocié et reconnaît la compétence des personnes qui sont physiquement et émotionnellement engagées dans la tâche à réaliser, qui connaissent, par expérience, le déroulement de la naissance et qui sont capables d'évaluer les réactions de la femme puisqu'elles l'ont connue intimement dans plusieurs autres situations. (Jordan, 1978 : 65, traduction libre).

On ne peut s'empêcher de rappeler ici que l'aspiration à l'autonomie et à l'entraide ont servi de fer de lance dans la lutte des femmes pour l'humanisation de l'accouchement, un peu partout en Occident. Au Québec, de telles revendications ne vont pas sans évoquer une situation où, de fait, l'autonomie et la collaboration étaient la règle, ainsi que l'a fort bien montré Laforce (1985) dans son ouvrage sur l'histoire des sages-femmes.

Si l'accouchement, selon le modèle cri-amérindien, ne pouvait se produire sans aide, il ne pouvait pas non plus se produire sans que soit assurée l'intégration du corps et de l'esprit. La femme qui accouche, insiste-t-on, doit être en harmonie dans ses sentiments. Si elle a peur, si elle se sent contrariée ou frustrée par rapport à son environnement, l'accouchement pourra se laisser perturber et même s'interrompre. Apparaîtront alors les complications. De plus, l'intégration des forces physiques et psychiques ne concerne pas que la mère mais rejoint aussi l'enfant qu'elle porte en elle. Car la mère et l'enfant forment un tout. Or, c'est sur une vision analogue que repose l'approche holistique. Selon cette approche, telle que la conçoivent Peterson (1981) et Mehl (1981), l'existence de conflits peut induire un accouchement compliqué. La peur de l'accouchement reliée à ces conflits se fait sentir au plan physique : la femme se sent dépassée par la douleur et incapable de transformer le stress du travail d'une façon créative.

Elle est alors placée devant deux choix : échapper à la conscience de la douleur à travers la médication ou réagir au travail en développant un état de détresse qui se reflète *d'habitude psycho-physiologiquement*, dans l'inertie de l'utérus, la détresse foetale ou d'autres signes *physiques du stress*. Les complications physiques peuvent être le résultat naturel d'un état de détresse émotionnelle (...) (Peterson, 1981 : 5, traduction libre).

Il devient alors indiqué de prendre des moyens pour résoudre les conflits avant l'accouchement, plutôt que de se prémunir techniquement contre les risques durant l'accouchement ⁴⁶.

⁴⁶ Soulignons qu'il n'y a pas d'équivalence stricte entre la nature des conflits intra-psychiques des femmes nord-américaines traitées selon cette approche et les conflits vécus par les femmes crieuses d'hier, ni même d'aujourd'hui. Nous nous plaçons au niveau d'un équivalent fonctionnel, dans les effets qu'ils ont sur l'accouchement.

Toute cette réalité se fait encore plus intéressante à comprendre lorsqu'on découvre comment l'autonomie et la collaboration s'articulent à l'intégration corps-esprit. En effet, les résultats de notre étude montrent de diverses manières que le fait d'être entourée et aidée de personnes de son choix est perçu comme le meilleur moyen pour la femme de se laisser aller à l'accouchement. Alors, l'intégration corps-esprit se produit et « son corps s'ouvre ». L'harmonie corps-esprit n'est-elle pas ce qui conduit la femme à faire confiance dans la nature ? N'est-elle pas cette confiance même ?

On saisit dès lors l'importance accordée au fait d'accoucher dans son milieu, ainsi que nos résultats de recherche l'indiquent. Cela signifie la possibilité de partager son expérience, ce qui lui assure des conditions optimales. La confiance prédominante placée dans la nature prend donc tout son sens. Elle s'appuie sur la culture : sur l'idée que l'on se fait de l'accouchement comme événement normal et collectif, et d'autant plus normal que collectif. Elle s'appuie également sur l'actualisation de cette conception rendue possible par l'organisation sociale : insertion de la famille dans un groupe plus vaste avec qui elle partage l'ensemble de ses activités et collabore de façon régulière. Dans ce contexte, l'accouchement et la naissance sont accessibles au groupe. Plus, ce sont des réalités qui lui appartiennent et où il se reconnaît puisqu'elles relèvent de l'univers des relations entre la femme et sa famille. Comme le souligne Jordan,

La naissance est leur choix, leur problème, leur tâche et sera, finalement, leur accomplissement (1978 : 50, traduction libre).

C'est ce rapport élaboré entre la femme et son milieu lors de l'accouchement qu'allait profondément modifier l'intervention médicale.

L'ACCOUCHEMENT MÉDICALISÉ S'INTRODUIT ET S'IMPOSE

Dès le premier tiers du 20^e siècle, l'accouchement des femmes cries allait être progressivement touché et déstructuré par l'intervention médicale. Lorsque l'on considère ce processus, on remarque qu'il s'est toujours appuyé sur une certaine part de coexistence avec le modèle cri-amérindien. Selon les phases de ce processus, le modèle médical a plus ou moins dominé le modèle amérindien ⁴⁷. De plus cette coexistence s'est manifestée dans des formes variables selon les endroits. Par ailleurs, lorsqu'on adopte une vue d'ensemble de ce processus, on constate qu'il s'est opéré dans un double mouvement de généralisation : l'intervention médicale s'est d'abord appliquée à l'accouchement, puis à la grossesse et enfin à la conception et à la période postnatale pour finalement englober tout le cycle de la reproduction. Elle est également passée de l'accouchement compliqué à l'accouchement normal, pour les intégrer dans un même ensemble de soins, où le problème de distinguer pratiquement les deux se pose d'une façon très particulière, vu le contexte ⁴⁸.

L'analyse du développement de ce processus à Fort-George, par exemple, nous montre que l'intervention médicale était encore plutôt marginale, à l'approche des années 50, et qu'elle ne s'adressait qu'aux seuls cas de complication, et ce, durant le seul temps de l'année où le groupe se réunissait sur les lieux de la mission et du poste de traite ⁴⁹. Lorsque l'aide à l'accouchement restait sans effet et que tous les moyens locaux avaient été épuisés sans succès, on allait chercher

⁴⁷ Même aujourd'hui, ce modèle n'est pas complètement disparu. Nous verrons sous quels rapports il continue de subsister en abordant la quatrième section du texte.

⁴⁸ L'absence de services d'obstétrique dans sept des huit communautés du territoire et l'absence totale de services d'obstétrique spécialisés conduit à la pratique du transfert à l'extérieur du territoire dans une proportion très élevée des accouchements, alors que cette pratique ne paraîtrait indiquée que dans les cas de réelle complication.

⁴⁹ À cette époque, le rythme de vie comportait deux temps bien distincts : le regroupement durant l'été, la dispersion durant le reste de l'année.

l'infirmière ⁵⁰. Celle-ci venait sous la tente ou à la maison et elle devait s'accommoder des conditions ambiantes : présence des membres de la famille, accouchement par terre, près du feu, équipement puisé à même les effets matériels du ménage, etc. À part la présence et l'action de cette spécialiste professionnelle extérieure au groupe, l'accouchement conservait son caractère d'origine, et il ne faut pas oublier que tous les accouchements sans problèmes continuaient de se faire sans appel à l'intervention médicale.

Mais, à mesure que les ressources médicales se sont développées, l'intervention s'est intensifiée. Par conséquent, les femmes se familiarisaient peu à peu avec l'accouchement à l'hôpital, surtout lorsqu'il s'agissait de cas compliqués. De plus, si l'intervention s'était longtemps limitée au moment même de l'accouchement, parfois même aux dernières phases du travail, elle s'est peu à peu étendue. Au cours des années 50, la pratique du test de grossesse et celle de la surveillance prénatale sont apparues, le personnel soignant faisant un effort pour rejoindre de plus en plus les femmes enceintes.

Pourtant, une part substantielle des accouchements se produisait encore en dehors du contexte de l'intervention médicale ⁵¹. Le mode de vie semi-nomade y contribuait. En effet, les familles partaient sur les terrains de chasse, de l'automne jusqu'au début de l'été, et les femmes enceintes suivaient le groupe. Leur grossesse rendue à terme, elles accouchaient dans le bois, par leurs propres moyens. Face à ces habitudes de vie, il semble que les infirmières de l'époque aient opté pour une intervention sélective : « les femmes avaient confiance et on leur laissait cette confiance », rapportait une directrice des soins infirmiers. Cependant, on insistait davantage pour faire revenir à l'hôpital celles qui présentaient des risques de complications. Mais, si c'était possible, on invitait toujours à revenir.

Entre l'incitation et l'invitation, la marge peut paraître mince. Elle semble d'un côté suffisante pour qu'il y ait lieu de parler d'une intervention qui ne porte pas encore atteinte au modèle cri. D'un autre côté, même si l'intervention ne paraît pas encore de fait déstructurante, elle a introduit les éléments qui conduiront plus tard à la déstructuration.

⁵⁰ C'est beaucoup plus l'infirmière que le médecin qui se rendait au chevet des femmes. Du reste, il n'y a pas eu de médecin résidant avant 1962.

⁵¹ D'après nos données d'entrevues, c'était la majorité. D'après Romaniuk (1974), c'était un peu moins : 45% pour 1950-59.

Après 1960, le modèle médical se consolide et la déstructuration du modèle cri-amérindien commence à se faire évidente. Avec la présence d'un médecin sur place, à Fort-George, et avec l'instauration d'un régime d'assistance universelle par l'État (assurance-hospitalisation et assurance-maladie), l'intervention médicale modifie l'accouchement. Les femmes prirent l'habitude de ne pas partir l'hiver. Les accouchements se firent de plus en plus à l'hôpital. À partir de 1965, les femmes des trois villages de notre étude accouchaient à l'hôpital : à Fort-George ou à Moose Factory en Ontario. On dit qu'à la fin des années 70, il n'y avait plus d'accouchements dans le bois, sauf exception. Depuis 1982 surtout, à la suite des ententes intervenues entre le gouvernement québécois et le peuple cri lors de la signature de la Convention de la baie James, les femmes ont été dirigées vers des centres hospitaliers québécois.

Avec cette phase de consolidation, l'intervention médicale vise, dans tous les cas (normaux ou compliqués) une prise en charge qui va de la grossesse jusqu'après l'accouchement et qui atteint également la conception puisque, vers 1967, on a commencé à offrir des moyens de contraception artificiels aux femmes pour qui la grossesse était contre-indiquée pour des raisons de santé physique ⁵². Les lieux où se concentre toute cette intervention, c'est la clinique et l'hôpital, pour l'accouchement proprement dit.

Phénomène relativement nouveau dans l'histoire des femmes crie, l'accouchement pour toutes à l'hôpital se fait au nom de la sécurité. Accoucher à l'hôpital a cependant une conséquence importante : le transfert vers l'extérieur pour toutes les femmes, sauf celles de Chisasibi qui, en cas normal, peuvent accoucher dans leur communauté. Comme la recherche de sécurité conduit à un resserrement toujours plus grand des indications de complications, les femmes de Chisasibi font aujourd'hui face à l'évacuation vers des centres spécialisés dans une proportion de près de la moitié ⁵³. Car, l'hôpital de Chisasibi étant un petit hôpital non spécialisé, situé en région éloignée, le personnel médical préfère ne prendre aucune chance.

⁵² Au cours des dernières années, les moyens de contraception ont été offerts à toutes les femmes.

⁵³ En 1985, on a dirigé 25,76% des femmes de Chisasibi vers Val-D'Or, 12,12% vers Montréal et 6,06% vers Rouyn (Source : Registre des naissances, Ministère de la Santé et des Services sociaux).

Or le transfert à l'extérieur suppose une absence d'au moins deux semaines, mais il peut s'étendre sur une période beaucoup plus longue. Certains cas compliqués entraînent des absences pouvant durer un mois ou deux, avec tous les inconvénients qui en résultent pour la femme et sa famille. Surtout, le transfert laisse toujours planer la menace d'avoir à accoucher seule.

Au terme de ce long processus, l'accouchement cri se trouve donc à être coupé des ressources humaines collectives qui en assuraient la prise en charge. Il se voit aussi déraciné par rapport aux lieux où ces ressources se déployaient. L'accouchement médicalisé, spécialement dans le contexte d'un transfert à l'extérieur, a comme conséquence d'empêcher de se développer les liens très particuliers qui prenaient forme entre la femme et son entourage, ainsi que l'a montrée la première partie de ce texte. Car, même si la femme a la possibilité d'être accompagnée d'une ou de quelques personnes de sa famille, cela n'équivaut pas au phénomène de partage et de responsabilité collective et féminine apparaissant dans l'accouchement cri. Bien sûr, l'intervention médicale en matière d'accouchement ne s'est pas implantée isolément. Elle a suivi le rythme de l'acculturation qui, par ailleurs, a atteint pratiquement tous les domaines de la vie du peuple cri. Elle en paraît, pour cette raison même, d'autant plus irréversible.

Mais, paradoxalement, il apparaît que, si l'accouchement doit connaître un avenir différent, cela pourra venir, en partie, de l'intervention médicale elle-même. Car, au cours des dernières années, un souci d'améliorer la qualité de l'expérience des femmes s'est manifesté, sans doute tributaire du courant d'humanisation qui anime la réflexion et les pratiques concernant l'accouchement. La recherche dont il est ici question en est l'illustration même. Donc, il est possible de penser qu'après une phase de consolidation du modèle médical peu respectueuse des valeurs et des usages autochtones, on soit entré dans une nouvelle phase marquée du signe d'une plus grande ouverture à la réalité sociale et culturelle crie.

LES RÉACTIONS DES FEMMES À L'ACCOUCHEMENT MÉDICALISÉ

Après avoir vu ce qu'était l'accouchement selon le modèle cri-amérindien et la substitution qui en a été faite au profit du modèle médical, il reste à s'interroger sur les réactions des femmes à ces transformations. Ces réactions semblent avoir elles-mêmes changé dans le temps, à mesure que la réalité de l'accouchement médicalisé s'imposait. En d'autres termes, on ne saurait comprendre la réaction des femmes sans se rappeler la nature changeante du rapport entre les deux modèles. Le sens de ces réactions ne peut donc se comprendre sans le recul nécessaire du temps.

Si l'on en croit les sages-femmes, c'est avec un certain soulagement que l'on a accueilli, au début, l'intervention médicale, puisqu'elle se dirigeait vers les cas compliqués qu'elle abordait avec des moyens techniques plus développés. Il est remarquable de voir à quel point les témoignages des sages-femmes ne montrent pas de signes d'une tendance ou d'un effort pour préserver leur rôle face à l'accouchement. Elles ne pouvaient évidemment pas soupçonner l'ampleur qu'allait prendre l'intervention médicale. Maintenant qu'elles sont en mesure de la saisir, les sages-femmes ne se placent pas davantage en position de revendication. Certaines d'entre elles déclarent en toute simplicité que les infirmières et les médecins étaient beaucoup plus instruits qu'elles ne l'étaient et que ce savoir les autorisait à intervenir. Cela n'entraîne pas qu'elles se considéraient incompetentes. Au contraire, c'est plutôt un sentiment d'assurance et la conviction d'avoir su prendre soin des autres femmes qui se dégage de la vision que les sages-femmes conservent de leur action passée. De plus, c'est avec quelque inquiétude et un certain regard critique qu'elles ont réagi, lorsque l'intervention médicale dont elles étaient témoins se révélait techniquement inefficace ou irrespectueuse des valeurs et des usages dominants en milieu cri.

La réaction des sages-femmes relève donc d'un réalisme critique. Elles ne se sont pas opposées à l'intervention médicale. Souvent invitées à collaborer par les autorités médicales, elles disent avoir accepté de le faire par considération pour les autres femmes. Mais, tant à l'égard du personnel soignant que des femmes

elles-mêmes et des nouvelles habitudes de vie, elles pensent que les façons de faire d'autrefois présentaient des avantages aujourd'hui perdus.

Devant une intervention qui se généralisait et qui entraînait de plus en plus les femmes dans le contexte médico-hospitalier, diverses manifestations de résistance nous ont été signalées. Les femmes qui sont aujourd'hui dans la quarantaine ou la jeune cinquantaine sont précisément celles qui ont vécu ce mouvement de généralisation. Elles rapportent de nombreux exemples d'indifférence, de résistance et parfois de refus face à l'intervention médicale. On retardait ainsi le plus possible le moment de consulter pour ne se présenter que vers la fin de la grossesse ou lorsque l'accouchement devenait imminent. On changeait la date de ses dernières menstruations pour partir plus tard, dans les cas d'évacuation à l'extérieur. À l'hôpital même, certaines routines n'étaient pas comprises ni appréciées : le toucher vaginal, l'obligation de garder le lit durant le travail, la position sur le dos, les pieds placés dans les étrières, etc. Les plus obstinées essayaient d'y échapper mais, à la longue, les femmes se sont conformées aux nouveaux usages.

Les femmes aujourd'hui en âge d'avoir des enfants ⁵⁴, bien que certaines d'entre elles soient nées dans le bois, loin de l'hôpital et de l'intervention médicale, ont cependant grandi et ont fait l'apprentissage de l'accouchement dans un contexte où la médicalisation était devenue la règle. De plus, l'intervention médicale se faisait de plus en plus englobante et de plus en plus spécialisée, pour contrer au maximum les risques de la grossesse et de l'accouchement ⁵⁵.

Les jeunes femmes que nous avons interviewées paraissent très partagées dans leurs perceptions des conditions de l'accouchement. Leurs perceptions oscillent entre le modèle médical et le modèle cri-amérindien qui, à certains égards, reste vivant dans les mentalités et même dans les pratiques. Contrairement à leurs aî-

⁵⁴ C'est le groupe des femmes âgées de 20 à 24 ans qui, de 1982 à 1984, contribuait au plus grand pourcentage (38,5%) des naissances. Venait en deuxième lieu le groupe des 25-29 ans (22%) et, en troisième, celui des 15-19 ans (19,4%). Le groupe des 30-34 ans atteignait un pourcentage plus faible (14,4%). Enfin, les autres groupes se partageaient 5,7% des naissances. Source : Registre des naissances, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁵⁵ Il faut se rappeler qu'entre les années 70 et 80, un effort important était fait au Québec pour abaisser les taux de mortalité et de morbidité périnatales (Gagné, 1985 ; Blanchet et Levasseur, 1980).

nées ou à leurs mères, cependant ces jeunes femmes n'ont pas de contexte de référence fondamentalement différent. Elles ne connaissent que l'accouchement médicalisé.

Leurs réactions ne montrent aucun rejet ni aucune remise en question de l'existence même de l'intervention médicale. C'est pour des motifs de sécurité qu'elles y consentent ou qu'elles la recherchent, preuve qu'un transfert de légitimité ou de crédibilité s'est vraiment effectué. Pourtant, même si ces femmes donnent de nombreux signes d'une acceptation de l'intervention médicale, leurs perceptions comportent des réserves, des critiques, des aspirations qui sont en rapport de continuité évidente avec les façons de faire et de penser qui entourent l'accouchement dans la société crie. L'importance accordée à la personnalisation et à la continuité des soins, le souci de voir respecter l'intimité et la primauté de l'expérience de la femme, le désir de ne pas porter atteinte au caractère naturel du processus de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, le besoin d'être traitée avec une attitude de patience bienveillante sont des manifestations de cette persistance du modèle d'accouchement cri.

Mais le signe le plus remarquable de cette persistance est la valeur prioritairement reconnue au fait d'être entourée et soutenue de personnes de son entourage immédiat : mère, mari, belle-mère, soeur, etc. S'il est un souhait qui ne souffre pas d'ambiguïté, c'est bien celui de pouvoir accoucher en présence des siens et s'il est une contrainte qui soit lourde pour les femmes, c'est celle de partir à l'extérieur pour une période de temps indéterminée. Dans deux communautés touchées par notre étude, cette contrainte s'applique à tous les cas ; dans la troisième, elle s'applique dans les cas où l'on prévoit une complication. La continuité avec les valeurs culturelles les plus importantes se trouve donc à être gravement compromise, dans les communautés où l'accouchement ne se fait plus dans le milieu. Dans la troisième communauté, la continuité est plus assurée, mais elle reste menacée, puisque la moitié des femmes sont transférées à l'extérieur. Or, si le transfert vers un centre spécialisé est considéré, par les autorités médicales, comme le moyen de surmonter la complication, il est, dans la logique des mentalités crie, perçu comme un moyen de la provoquer. Car, éloignée des siens, la femme ne bénéficiera plus de l'environnement propice à un accouchement normal.

Auparavant, la culture offrait, pour l'accouchement, un ensemble de conditions qui autorisaient le choix, celui-ci n'étant évidemment pas illimité, puisque

les conditions, matérielles et non matérielles, n'étaient pas elles-mêmes illimitées. Mais aujourd'hui, il arrive que, pour la majorité des femmes, on se retrouve dans une situation où il n'y a plus de choix, même limité. Les choix se font par les experts, dans le cadre des directives émises par le système de santé, toutes choses extérieures à la femme et à son milieu. Avant, on parlait de choix, aujourd'hui, on parle de loi ⁵⁶.

L'ACCOUCHEMENT DE DEMAIN

Au terme de cette incursion dans l'univers de l'accouchement des femmes cries d'hier et d'aujourd'hui, nous aimerions examiner les possibilités de changement pour l'avenir. Car, il ne fait pas de doute qu'il y a nécessité de changement. La situation vécue ne correspond pas aux désirs des femmes, même si elles ne font que commencer à l'exprimer. Il est au moins certain qu'elle ne satisfait pas à un aspect très important de leur aspiration et que cet aspect a des racines profondes dans l'histoire. L'insatisfaction des femmes aussi bien que son fondement culturel indiquent déjà une direction au changement : un réenracinement ou une réappropriation de l'accouchement par le milieu cri. À la lumière des résultats de notre étude, il nous semble que la situation à inventer pour l'avenir devrait y tendre. Comment et jusqu'à quel point, il ne nous appartient pas de le dire. C'est plutôt aux femmes cries d'abord, dans le cadre de l'évolution de leur milieu culturel et social qu'il revient d'en décider.

Ainsi que l'a déjà écrit Jordan (1978) dans un ouvrage toujours d'actualité, bien qu'il ne soit pas des plus récents, les changements se sont la plupart du temps réalisés au détriment des traditions et dans le sens de l'imposition du modèle occidental de l'accouchement médicalisé. L'exemple cri ne pourrait-il pas fournir l'illustration d'un mouvement contraire ou, mieux, différent ? Car, il n'apparaît pas non plus souhaitable, ni nécessaire, d'éliminer de la définition de la situation à venir ceux et celles qui, au sein du personnel soignant, ont des compétences en matière d'accouchement. Jordan, dans l'ouvrage cité plus haut, proposait que le

⁵⁶ On est obligée d'aller accoucher à l'extérieur, disent les femmes (« *that's the law* »).

modèle à instaurer devrait inclure des critères qui soient acceptables autant pour une partie que pour l'autre ; dans le cas qui nous intéresse, cela voudrait dire autant pour les représentant/es de l'intervention médicale que pour la communauté et, en particulier, celle des femmes. Si cette proposition paraît théoriquement intéressante, nous croyons qu'elle demeure d'une application difficile, tellement les femmes criées ont perdu de terrain dans l'exercice des responsabilités face à l'accouchement. Pourtant, il n'y a pas lieu de démissionner, car la situation actuelle présente des facteurs favorables. Une ouverture est possible sur plus d'un côté à la fois et c'est ce qui rend la conjoncture actuelle porteuse d'avenir.

Ainsi, du côté du personnel soignant, on peut noter une disposition favorable et une sensibilité à l'égard des frustrations vécues par les femmes à cause du transfert à l'extérieur pour accoucher. De plus, une préoccupation au sujet de la qualité de l'expérience de l'accouchement est présente, sinon répandue, chez le personnel soignant. On s'interroge également sur la qualité des relations existant avec les intervenant/es durant tout le temps de la surveillance prénatale et postnatale. La catégorie des mères adolescentes est également l'objet d'une inquiétude particulière.

Au plan des conditions objectives, l'expérience nouvelle qui, en milieu inuit, permet maintenant aux femmes d'accoucher au Nord dans tous les cas normaux, peut servir d'exemple et de moteur au changement, en milieu cri. En effet, au Centre hospitalier de la baie d'Hudson, à Povungnituk, on n'a pas uniquement prévu des modalités d'accueil et d'intervention où la femme pourra se retrouver dans un environnement familial, même si elle doit quitter son village d'origine pour accoucher. On a aussi opté pour le développement de l'autonomie des femmes et de la communauté face à la santé, à la grossesse et à l'accouchement. Dans ce but, on a misé sur l'information et sur la participation des femmes comme moyens de soutenir et d'entourer celles qui accouchent. Cet exemple pourrait inspirer une réorientation des services actuellement offerts à la baie James.

D'un côté, il y aurait à envisager une révision en profondeur de la mission de l'Hôpital de Chisasibi, de façon à ce qu'il ait un rôle plus large et plus significatif en ce domaine. D'un autre côté, le réseau des cliniques communautaires pourrait être mis davantage à contribution pour une réappropriation de l'accouchement. On pourrait ainsi mieux équiper ces cliniques, perfectionner la formation du personnel infirmier dans le domaine de l'obstétrique, entamer la formation de sages-

femmes cries et, essentiellement, promouvoir activement l'autochtonisation du personnel soignant et l'implication de la population à l'égard de la santé et de l'accouchement. Toutes les sommes actuellement investies dans les opérations de transfert et de séjour à l'extérieur ne pourraient-elles pas être plutôt servir à la réintégration de l'accouchement dans l'univers auquel il se rattache ?

Par ailleurs, il nous a été permis de constater que, dans les communautés, les femmes des générations aînées sont inquiètes du sort des plus jeunes. Elles souhaitent un changement et elles sont manifestement favorables à un retour à l'entraide. Certaines des sages-femmes, parmi les plus jeunes, se disent prêtes à intervenir de nouveau si on le leur demandait, si les femmes le souhaitaient. Il y a donc tout un potentiel disponible au coeur même des communautés pour amorcer un mouvement de réappropriation de l'accouchement.

Enfin, dans ce mouvement, les femmes cries pourraient s'appuyer sur la solidarité des autres femmes. Au Québec, surtout depuis 1980, les femmes donnent leur avis et cherchent à faire valoir leurs attentes face aux conditions d'accouchement. Toutes les forces que réunit le mouvement pour l'humanisation de l'accouchement ne sauraient rester étrangères ni insensibles à la situation des femmes amérindiennes. Sans doute y a-t-il là un potentiel de ressources extérieures à mettre à profit. Si, dans le passé, la collaboration interne a assuré aux femmes l'autonomie en matière d'accouchement, il apparaît aujourd'hui concevable qu'une nouvelle autonomie tienne à une forme élargie de collaboration. On pourrait alors envisager une collaboration de nature transculturelle.

Malgré ces facteurs favorables, les obstacles au changement demeurent réels. Il ne faut pas sous-estimer l'état des mentalités qui se sont habituées à la dépendance et à la passivité. « Ce sont eux qui savent » (*they know*) entend-on souvent dire les femmes à propos des soins indiqués pour la grossesse ou l'accouchement. Ayant perdu l'essentiel des responsabilités en fait de support technique, on s'en remet maintenant à d'autres. Un vide s'est créé qu'il faudrait maintenant combler, avec tous les problèmes que cela suppose, tant du point de vue de la nature des connaissances que du point de vue de l'accès et des modes de transmission de celles-ci. Ici, il ne s'agit pas uniquement de former des sages-femmes mais de mettre les femmes en contact avec les connaissances contemporaines au sujet de l'accouchement et de relier ces connaissances à celles transmises par les traditions locales. À ce titre, un pas a été franchi avec la mise en place d'un mécanisme de

représentation en santé communautaire où, effectivement, les femmes ont une action prépondérante. Ce mécanisme pourrait être mis à profit pour améliorer les conditions de l'accouchement. Le travail ne fait cependant que commencer et il n'est pas encore partout effectif sur le territoire.

Enfin, et non le moindre des obstacles à entrevoir, la force d'inertie et de résistance au changement dans le système des services en place. Les enjeux financiers, professionnels, politiques et administratifs sont nombreux et complexes. S'ils ne sont pas clairement cernés, soupesés et hiérarchisés, on peut craindre que toute percée vers le changement ne se manifeste jamais. Par contre, et en dépit de leur importance, ces obstacles ne paraissent pas absolument insurmontables. De nouveau, il semble que c'est la détermination des femmes qui sera la clé pour l'ouverture vers une situation nouvelle.

Quelle voie les femmes prendront-elles et jusqu'où iront-elles sur cette voie ? Voudront-elles restructurer, sur une base moderne, le modèle cri d'accouchement ? Puiseront-elles, dans ce modèle, des éléments épars qu'elles réorganiseront dans une synthèse originale ou s'agira-t-il d'autre chose encore ? C'est d'abord à elles de le déterminer et la connaissance du passé peut leur faire découvrir des possibilités dont elles pourraient s'inspirer et qui auraient l'immense avantage de ne pas bousculer le présent puisque les forces du changement viendraient, après de longs détours, de l'intérieur même de l'histoire du peuple cri.

Références

Artswager-Kay, Margarita, *Anthropology of Human Birth*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 1982.

Association pour la santé publique du Québec, *Accoucher ou se faire accoucher*, Dossier d'information, Colloques sur l'humanisation des soins en périnatalité, publié en collaboration avec la Direction des communications, ministère des Affaires sociales, 1980.

Blanchet, Madeleine et Madeleine Levasseur, « Périnatalité : bilan et prospective », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, 1980, éd. spéciale, p. 10-29.

Cournoyer, Monique, Où et comment accoucher, Étude des perceptions des femmes crieuses sur les conditions de l'accouchement, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1986.

Dufour, Rose, Perspective d'avenir : l'accouchement traditionnel inuit, Communication présentée dans le cadre du colloque de l'Association canadienne des sociologues et anthropologues de langue française (ACSALF), Chicoutimi, mai 1985, 34 p.

Gagné, Jocelyne, Projet de politique en périnatalité, Document de travail, ministère des Affaires sociales, 25 avril 1985.

Guse, Lorna, Maternal Evacuation : A Study of the Experiences of Northern Manitoba Native Women, National Health Research and Development Program, Health and Welfare Canada, s.d..

Jordan, Brigitte, *Birth in Four Cultures, A Cross-Cultural Comparison of Childbirth in Yucatan*, Holland, Sweden and the United States, Eden Press, 1978.

Laforce, Hélène, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 1985.

Lévi-Strauss, Claude, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.

Marieskind, Helen I., *Women in the Health System. Patients, Providers and Programs*, St-Louis, C.V. Mosby and Company, St-Louis, 1980.

Marshall, Suzan, Children's Health and Curing Strategies among the Cree in Fort-George, Module du Nord québécois, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1979.

Mehl, Lewis et Gayle Harriet Peterson, "Holistic Screening for Risk", *Birth thing Normally, A Personal Growth Approach to Childbirth*, Mindbody Press, 1981, p. 173-200.

Morantz, Toby, « L'organisation sociale des Cris de Rupert House 1820-1840 », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. VI, n° 2, été 1976, p. 56-64.

Oakley, Ann, "Social Consequences of Obstetric Technology : the Importance of Measuring 'Soft' Outcomes", *Birth*, Vol. 10, No 2, 1983, summer, p. 99-109.

Peterson, Gayle Harriet, « Les sages-femmes et la science ». Communication présentée dans le cadre du colloque Femmes et *sages-femmes : un lien privilégié*, Université McGill, 3 et 4 mai 1985, Montréal.

Peterson, Gayle Harriet, *Birthing Normally, A Personal Approach to Child-birth*, Mindbody Press, 1981.

Robinson, Elizabeth, *Pregnancies, Deliveries and Perinatal Mortality in the James Bay Cree*, Québec, Canada, 1975-1984, Module du Nord québécois, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 1986, 16 p.

Romaniuk, Anatole, « Modernisation et fécondité : le cas des Indiens de la Baie James », *Les populations amérindiennes et Inuit du Canada, Aperçu démographique*, sous la direction de Louise Normandeau et Victor Piché, Les Presses de l'Université de Montréal, 1974, p. 78-102.

Routhier, Marie-Josée, « Que sont devenues les sages-femmes d'antan ? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane ». *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. XIV, n° 3, automne 1984, p. 26-37.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

B) L'invasion de la médecine technologique

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

B) **L'invasion de la médecine technologique**

5

La médicalisation de l'accouchement

Par France Laurendeau

AVANT-PROPOS

[Retour à la table des matières](#)

Cet article a été rédigé en 1981 à la suite d'un mémoire de maîtrise en sociologie intitulé : *Accoucher à l'hôpital* (1978). Il analyse des données qui ont déjà près de dix ans. J'avais donc certains scrupules à accepter la réédition de ce texte qui me semblait graduellement perdre de sa pertinence au fil des années. J'avais l'impression que bien des choses avaient changé depuis. Des progrès incontestables n'avaient-ils pas résulté des revendications des femmes : présence généralisée du père durant l'accouchement, possibilité d'accoucher en chambre de naissance, possibilité d'allaiter le bébé et de cohabiter avec lui à l'hôpital ? N'avait-on pas répondu à leurs attentes et ne pouvait-on pas désormais affirmer fièrement que l'accouchement humanisé était un acquis ? Quel intérêt pouvait donc avoir cet article pour les femmes d'aujourd'hui ? Pourquoi donc revenir sur le passé ?

Cela me semblait d'autant plus inutile qu'à la lumière d'un récent sondage initié par la Corporation professionnelle des médecins du Québec (Bouchard, 1985), 98,6% des 924 accouchées interrogées se déclaraient satisfaites de leur accouchement à l'hôpital ! Deux jours après l'accouchement, 90% d'entre elles auraient

recommencé dans les mêmes conditions. L'accueil à l'hôpital, l'information dispensée durant la grossesse, la disponibilité du médecin, l'environnement matériel étaient satisfaisants dans l'immense majorité des cas.

Une analyse plus poussée de ce sondage montre toutefois qu'il n'y a pas lieu de se surprendre de la satisfaction des nouvelles accouchées deux jours après l'heureux événement. De nombreux critiques (Roberge, 1986 ; Montreuil, 1986 ; Harting, 1986) ont expliqué pourquoi la méthode utilisée permet difficilement de conclure qu'un tel niveau de satisfaction est effectivement présent. Ce n'est pas non plus ce qui est le plus intéressant dans ce sondage, qui a été très mal interprété par la Corporation professionnelle des médecins.

Si l'on regarde de plus près les données factuelles que contient l'étude, plutôt que celles sur la satisfaction, on constate qu'une répondante sur trois s'est dite incommodée durant son séjour à l'hôpital soit à cause du bruit, de la nourriture ou de la qualité de l'environnement, soit encore à cause des douleurs, de son état de santé ou de la solitude. Ces résultats sont d'autant plus significatifs qu'ils coexistent avec un taux élevé de satisfaction générale : même les femmes qui ont reconnu avoir subi des désagréments à l'hôpital n'osent pas répondre qu'elles sont insatisfaites. Les désagréments ne font-ils pas partie de l'expérience de l'accouchement ? Si, malgré leur satisfaction, les femmes osent en parler, c'est certainement que ces désagréments n'étaient pas anodins. Ainsi, on peut supposer que plus d'une femme sur trois a été réellement incommodée durant son séjour à l'hôpital, sans juger bon de se déclarer insatisfaite. Il est donc pour le moins hasardeux, et à la limite malhonnête, de prétendre que tout va bien dans les salles d'accouchement des hôpitaux du Québec parce que les femmes s'y disent satisfaites.

Mon article s'intéresse à l'augmentation des interventions médicales durant l'accouchement. À cet égard, le sondage de la Corporation des médecins, réalisé en 1985 sur un excellent échantillon couvrant l'ensemble du Québec, confirme les tendances observées entre 1971 et 1978. Au milieu des années 80 (Bouchard, 1985) :

- Les césariennes touchent 18,8% des accouchées, soit près d'une sur cinq ;
- L'induction artificielle du travail affecte 26% des accouchées ;

- Plus de 80% des accouchées sont reliées à un soluté et/ou à un moniteur foetal ;
- 45% des femmes qui ont accouché sans césarienne ont subi une anesthésie et 32,7% une anesthésie épidurale ;
- 66,7% des femmes ont eu une épisiotomie.

Le sondage révèle par ailleurs que les interventions sont généralement plus fréquentes dans les hôpitaux universitaires que dans les hôpitaux non universitaires : on y fait entre autres plus d'anesthésies, on y retrouve plus de médecins spécialistes, on y a plus de chances d'être accouchées par un médecin remplaçant, on y change plus souvent de local. C'était également un constat de mon mémoire de maîtrise.

Il semble donc, à la lumière de ces résultats, que la médicalisation de l'accouchement a continué à s'accroître en parallèle avec l'introduction des mesures d'humanisation évoquées plus haut. À propos de ces mesures, le sondage révèle qu'un tiers des femmes ont été assistées par un autre médecin que leur médecin traitant, que la chambre de naissance reste encore très peu répandue (14,2%), que 13,1% des femmes auraient souhaité plus d'intimité avec leur bébé et leurs proches.

Même si 25% des répondantes au sondage affirment qu'elles ont eu le choix de refuser des interventions telles le rasage, le lavement, les médicaments, le soluté, l'anesthésie ou l'épisiotomie, et même si 50% des répondantes affirment avoir pu choisir le lieu de leur accouchement, la position, l'accoucheur et le type d'anesthésie utilisé pour la césarienne, il semble douteux qu'il s'agisse là de choix véritables. Pour choisir, il faut que des solutions de remplacement soient disponibles : on ne peut pas accoucher accroupie dans une salle d'accouchement, on ne peut pas refuser l'épisiotomie quand on expulse un bébé, on ne peut pas choisir la chambre de naissance si l'hôpital n'en a pas. Quand une femme est en travail, elle est particulièrement vulnérable et il lui est très difficile de faire valoir ses choix. Il est plus facile de s'en remettre au personnel hospitalier qui fait les choix pour elle ; d'ailleurs, l'hôpital n'est pas conçu pour offrir des choix, car les impératifs d'efficacité en font un lieu de contrainte dominé par l'autorité médicale.

Il reste heureux que certains progrès aient été réalisés dans les salles d'accouchement des hôpitaux québécois mais les critiques d'il y a dix ans restent toujours

d'actualité : le contrôle de l'accouchement repose toujours dans les mains des professionnels de la santé. L'aggravation du processus de médicalisation en témoigne. En ce sens, et je le regrette, cet article n'a pas trop mal vieilli.

France Laurendeau

Mars 1986

INTRODUCTION ⁵⁷

L'accouchement reste un sujet controversé. Dans les revues populaires, on parle d'accoucher sans violence et même d'accoucher chez soi (Lord, 1975 ; Paris, 1976 ; Villedieu, 1977 ; Sormany, 1978). Par ailleurs, face à cet engouement pour des accouchements plus humains (Leboyer, 1974), comme la participation des femmes aux colloques organisés en 1980 par l'Association pour la santé publique du Québec sur l'accouchement l'a bien manifesté, la profession médicale parle d'accouchement sans risque (Mercier, 1979). Or, à entendre les protagonistes de ce débat, il semble bien que le « sans violence » soit incompatible avec le « sans risque », l'humanisation impossible à réaliser dans un contexte de médicalisation. De part et d'autre, à grand renfort de statistiques et de recherches scientifiques, on cite des spécialistes prestigieux dont la crédibilité ne peut être mise en doute. Mais la plupart des spécialistes auxquels on se réfère font partie de la profession médicale. Ils ne sont donc pas des arbitres neutres dans ce débat, mais des partisans émotifs de la cause du « sans risque » qui mettent la science à la défense du pouvoir médical menacé de l'extérieur. Les femmes qui moussent la cause du « sans violence » n'ont souvent que leur propre expérience pour tout argument ; elles revendiquent de vivre pleinement leurs accouchements à leur propre rythme, entourées de personnes chères, de chaleur humaine, d'amour. Pourtant, elles essaient aussi de répondre à la profession médicale sur son propre terrain en utilisant la science pour démontrer la validité de leurs revendications. C'est là le terrain piégé sur lequel je me suis aventurée avec une certaine naïveté... et beaucoup de conviction.

⁵⁷ Cet article a d'abord été publié dans *Recherches sociographiques*, vol. XXIV, n° 2, mai-août 1983, p. 203-234. Nous remercions les éditeurs d'avoir aimablement accepté qu'il soit reproduit ici.

Car il se peut bien que la science n'ait rien à voir dans ce débat délibérément orienté sur l'évaluation des risques d'accoucher autrement qu'à l'hôpital sous contrôle médical. Il se peut aussi que les innovations techniques en obstétrique n'aient pas amélioré significativement le pronostic des mères et des nouveau-nés. Il se peut que le risque soit inhérent à l'activité humaine et que ce qui importe soit de choisir les risques que l'on prend en connaissance de cause. Il se peut enfin que, comme elle occulte la mort, notre société tente d'occulter la vie en dédramatisant par la technique l'acte de la naissance, en exorcisant l'angoisse et la peur. Et si l'on reproche aux femmes qui veulent accoucher chez elles de tourner le dos au progrès, on peut toujours se demander de quel progrès il s'agit et si la médicalisation, la technicisation et la routinisation croissantes de l'accouchement ont réellement amélioré la qualité de vie des femmes qui accouchent et de leurs enfants.

LE PROCESSUS DE MÉDICALISATION

Accoucher à l'hôpital au Québec est une pratique relativement récente. En effet, ce n'est que depuis les années 50 que plus de la moitié des naissances se déroulent à l'hôpital, comme le montre le tableau 1. L'accouchement est donc devenu une indication médicale pour hospitaliser les femmes et, par conséquent, le mode d'accouchement s'est transformé pour s'adapter aux conditions matérielles de l'hôpital et pour répondre adéquatement aux cas à risque élevé et aux cas d'urgence. D'ailleurs, c'est à cette fin que s'est développée une nouvelle technologie destinée à parer à toute éventualité lors d'un accouchement.

Tableau 1
Naissances à l'hôpital Canada et Québec, quelques années.
(en pourcentages)

ANNÉE	CANADA	QUÉBEC
1926	17.8	4.8
1930	26.6	7.2
1935	32.3	10.5
1940	45.3	15.6
1945	63.2	32.2
1950	76.0	47.8
1955	86.6	66.6
1960	94.6	85.2
1965	99.0	98.4
1970	99.6	99.5
1974	99.7	99.7

SOURCE : Statistique Canada, *Statistique de l'état civil, Naissances*, SC 84-204, 1974.

Au Québec, le regroupement des services d'obstétrique dans un moins grand nombre de centres hospitaliers, mieux équipés, en 1975 (Ministère des Affaires sociales, 1973, 1974) ; la concentration accrue des accouchements dans des centres spécialisés où se faisaient 24,6% des accouchements en 1972 contre 31,7% en 1977 (Ministère des Affaires sociales, non publié) (voir annexe 1) ; l'augmentation des accouchements assistés par des médecins spécialistes de 41% en 1971 à 49% en 1977 (Régie de l'assurance-maladie du Québec, non publié) et l'augmentation de 17% dans le nombre des gynécologues-obstétriciens entre 1971 et 1978 (voir annexe 2) ont profondément modifié l'organisation sociale entourant l'accouchement, de façon à encourager une utilisation plus intensive de techniques obstétricales comme la césarienne, l'induction médico-chirurgicale, le monitoring foetal, etc.

Ainsi, même les grossesses dites normales sont de plus en plus traitées comme des grossesses à risque élevé. Or, si ces techniques peuvent s'avérer efficaces et même essentielles pour les accouchements difficiles, leur innocuité n'a pas été

prouvée dans les cas où elles ne sont pas médicalement indiquées, sans compter les désagréments qu'elles peuvent comporter pour les femmes qui accouchent.

Accoucher à l'hôpital, c'est accepter de se soumettre aux traitements standards imposés dans ce cas par l'institution. Ainsi, la jaquette d'hôpital, le rasage de la vulve et parfois du pubis, le lavement, le soluté intraveineux, la position couchée, l'interdiction de boire et de manger, la rupture artificielle des membranes, le transfert à la salle d'accouchement, les jambes et les mains attachées à la table d'accouchement équipée d'étriers surélevés, l'anesthésie locale, l'épisiotomie et les points de suture ainsi que l'injection d'oxytociques dans le soluté après l'accouchement font partie de la routine que subissent durant les années 1970 la majorité des femmes qui accouchent. Et il s'agit d'un minimum ! Bien des femmes reçoivent en plus des calmants (sédatifs), sont branchées à un moniteur foetal, sont « provoquées » (induction médico-chirurgicale), sont anesthésiées sous épidurale (anesthésie régionale), sont accouchées avec les forceps ou même sont opérées (césariennes) (Haire, 1972 ; Laurendeau, 1978). Ces interventions ont augmenté depuis 1970 ; certaines sont routinières, d'autres sont exceptionnelles et comportent une rémunération supplémentaire pour le médecin.

Les interventions routinières

La préparation physique des femmes est exécutée par les infirmières et constitue la routine hospitalière de l'accouchement. Les autres actes tels la rupture des membranes, l'épisiotomie, l'utilisation de forceps, l'induction, l'anesthésie, etc. sont des actes médicaux pour lesquels les médecins sont rémunérés. Au Québec, depuis l'instauration du régime universel d'assurance-maladie, en 1970, les médecins sont payés à l'acte par une régie gouvernementale centralisée, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Ainsi l'accouchement valait 100 \$ entre 1976 et 1979 et était décrit de la façon suivante :

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et les actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens durant le travail ;

- la stimulation du travail ;
- la rupture des membranes ;
- le désencercelage du col ;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous faite par le médecin accoucheur ;
- le cathétérisme vésical ;
- la délivrance par voie vaginale ;
- l'épisiotomie et sa réparation ;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique ;
- la révision utérine ;
- la réparation de déchirures sauf celles du troisième degré (impliquant le sphincter anal) ;
- les soins hospitaliers postnatals n'excédant pas huit jours.

(Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1978)

Les visites prénatales sont rémunérées au tarif des visites ordinaires.

Tableau 2
Taux d'intervention au moment de l'accouchement, Québec, 1971-1977.
(en pourcentage des naissances)

ANNÉE	RUPTURE DE MEMBRANES	FORCEPS	ÉPISIOTOMIE
1971	2.6	24.1	43.5
1972	2.3	22.6	47.1
1973	3.0	22.6	49.2
1974	2.5	21.9	54.2
1975	2.4	22.1	56.9
1976	8.7	21.1	56.6
1977	9.1	15.8	57.7
Augmentation 1971-1977 (%)	+250	-34.4	+32.6
SOURCES : Ministère des affaires sociales, Fichier AH-101, 1978 : 1971-1975 : cité dans : Conseil du statut de la femme, <i>Pour les Québécoises : Égalité et indépendance</i> , Éditeur officiel du Québec, 1978, p. 1976-1977 : calculé à partir de données fournies par le Ministère des affaires sociales en proportion des accouchements obtenus auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.			

À cause du mode de rémunération et de la comptabilisation des actes qui en découlent, il est impossible de connaître la fréquence d'un acte médical particulier relié à l'accouchement à partir des données de la RAMQ. Ce n'est qu'en consultant les données du ministère des Affaires sociales (MAS), tirées du formulaire AH-101, que l'on peut avoir une idée approximative de la fréquence de ces actes : en effet, comme les médecins omettent très souvent de compléter les formulaires, il est difficile d'estimer l'ampleur des biais possibles dans ces chiffres. Malgré cette lacune de taille, le tableau 2 fournit quand même des indications quant à la manière dont certaines de ces interventions ont évolué entre 1971 et 1978.

La rupture artificielle de membranes (poche des eaux) a augmenté de 250% entre 1971 et 1977. Cependant cet acte, qui a pour but d'accélérer le travail, ne serait pratiqué, semble-t-il que sur 2,6% à 9,1% des femmes. D'après ce que révèle-

le l'observation directe d'accouchements dans plusieurs hôpitaux de Montréal (Laurendeau, 1978), il semble bien que dans tous les cas où les membranes ne se rompent pas d'elles-mêmes, le médecin procède à une rupture artificielle. Ces cas sont nombreux, ce qui tendrait à confirmer que les données des formulaires AH-101 sont incomplètes.

L'utilisation des forceps est en diminution constante si l'on en croit le tableau 2. On ne les utiliserait plus que dans 15,8% des cas en 1977 contre 24,1% en 1971 : la baisse aurait été de 34,4%.

L'épisiotomie (incision du périnée) affecterait 57,7% des accouchées en 1977 et elle aurait augmenté de 32,6% depuis 1971. Si l'on exclut du dénominateur les césariennes où l'épisiotomie est devenue inutile, on arrive à un pourcentage d'environ 80% comme le confirment d'ailleurs les résultats d'un sondage effectué par le MAS, où l'épisiotomie est évaluée à 82,5% des accouchements en 1979. (Lévesseur et Blanchet, 1979). En fait, l'épisiotomie est une opération de routine sur presque toutes les accouchées. Pourquoi donc ? L'épisiotomie est une mesure préventive qui évite les déchirements plus difficiles à réparer. De plus, il semblerait que l'épisiotomie prévienne les descentes de vessie ou d'utérus consécutives à l'accouchement. Pourtant, ces maladies sont en régression partout dans le monde, même dans les pays où on ne fait que très peu d'épisiotomies (Haire, 1972). D'ailleurs, on pourrait très souvent éviter l'épisiotomie si la femme exerçait son muscle pendant la grossesse et si on effectuait un massage du périnée au moment de l'expulsion pour permettre au muscle de se distendre. Des exercices postnatals permettent ensuite au périnée de retrouver son élasticité. (Coquatrix et Rocheleau-Parent, 1980).

Au Québec, l'analgésie et l'anesthésie sont très répandues. Bien que nous n'ayons pas de chiffres pour l'analgésie, un médecin québécois rapporte que « les sédatifs et les analgésiques, qui sont les plus largement utilisés, sont aussi les plus susceptibles de compromettre l'oxygénation et l'équilibre métabolique du fœtus » (Fortin, 1979 : 44). L'anesthésie n'est guère plus inoffensive. Durant les années 70, encore 3% à 4% des femmes accouchent sous anesthésie générale ; celle-ci modifie la ventilation de la mère et peut nuire à l'oxygénation du fœtus. L'anesthésie locale (bloc honteux et infiltration du périnée) est effectuée afin d'insensibiliser le périnée pour l'épisiotomie : en 1978-1979, elle touche 59,4% des femmes (Blanchet et al., 1979 : 4-5). Bien qu'elle comporte moins de dangers que l'anes-

thésie générale ou régionale, l'anesthésie locale a un effet dépresseur sur le coeur. De son côté, le bloc honteux est souvent associé à une modification des battements cardiaques (brachycardie) chez le fœtus (Fortin, 1979 : 43). Par ailleurs l'anesthésie épidurale, qui est rémunérée en supplément de l'accouchement car elle nécessite, comme l'anesthésie générale, la présence d'un anesthésiste, a augmenté de façon significative, passant de 13,6% en 1971 à 20,7% en 1978 (voir tableau 3). Au MAS, on avance le chiffre de vingt-deux à vingt-trois mille épidurales en 1978, ce qui porterait le taux à 28,7% des accouchements (incluant les césariennes) ; si l'on utilise ces dernières données, l'augmentation depuis 1979 passerait de 56,9% à 83,8% (Blanchet et al., 1979 : 7). Quoi qu'il en soit, l'augmentation reste importante ; et pourtant, l'anesthésie épidurale peut provoquer de l'hypotension chez la mère, elle augmente le besoin d'interventions obstétricales et ralentit le travail (Haire, 1972 : 23 ; Fortin, 1979 : 42).

Tableau 3
Anesthésie épidurale, Québec, 1971-1978.

ANNÉE	ANESTHÉSIE ÉPIDURALE	
	N	%
1971	11 968	13.6
1972	13 030	14.9
1973	15 692	18.0
1974	17 241	19.7
1975	20 414	22.6
1976	20 437	22.9
1977	20 758	23.9
1978	18 782	20.7
Augmentation 1971-1978 (%)		56.9

SOURCE : Statistiques non publiées de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, actes 0910 + 0911 (anesthésie épidurale simple + anesthésie épidurale continue) en pourcentage des accouchements (actes 6915 + 6916 + 6902 + 6903 + 6912).

Malgré la fragilité des données disponibles, on constate donc clairement une tendance à l'augmentation des interventions routinières au cours de l'accouchement.

Pourtant, on estime que les accouchements normaux constituent entre 65% et 95% de tous les accouchements selon que l'on soit plus ou moins conservateur (Coquatrix et Rocheleau-Parent, 1980 : 4). De plus, la nécessité et l'innocuité de ces interventions ne sont pas évidentes, mais elles font partie du mode d'organisation de l'accouchement à l'hôpital.

Les interventions exceptionnelles

Les techniques obstétricales telles la césarienne, l'induction médico-chirurgicale et le monitoring foetal se sont développées dans le but de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Elles s'adressent particulièrement aux grossesses à risque élevé, du moins en principe. Mais, comme la définition de ce qui constitue un risque en obstétrique devient de plus en plus étendue, la marge entre ce qui est exceptionnel et ce qui est routinier se rétrécit, de sorte qu'il devient très malaisé d'opérer de telles distinctions entre interventions exceptionnelles et interventions routinières, entre grossesses à risque élevé et grossesses normales. En effet, les interventions exceptionnelles sont tellement fréquentes aujourd'hui qu'elles caractérisent la pratique contemporaine de l'obstétrique. Par rapport aux naissances, qui n'ont augmenté que de 5,3% entre 1971 et 1976, ces interventions ont fait des bonds prodigieux (voir tableaux 4 et 5). Cependant, en l'absence de toute étude démontrant sérieusement l'efficacité de ces techniques par rapport à l'objectif visé, il est permis de s'interroger sur la nécessité d'intervenir de plus en plus souvent dans les accouchements sous prétexte que c'est la meilleure façon de sauver des vies et sur la tendance progressive à appliquer à des grossesses dites normales des techniques conçues pour des cas à risque élevé. L'examen des statistiques illustre bien l'importance croissante de chacune de ces interventions par rapport à l'ensemble des accouchements, et des recherches font état de leurs conséquences sur la santé des mères et des enfants.

La césarienne

La césarienne est une pratique absolument nécessaire quand il n'y a pas d'autre moyen de mettre au monde un enfant vivant. Cependant, elle est aussi effectuée dans des cas moins dramatiques, quand le médecin croit que l'opération offre de meilleures chances de survivance pour la mère et le bébé. Toutefois, ces critères sont largement subjectifs et varient d'un hôpital à l'autre (Marieskind, 1979 : 14).

Tableau 4
Naissances vivantes au Québec, 1971-1976.

ANNÉE	NAISSANCES VIVANTES	AUGMENTATION ANNUELLE (%)
1971	93 743	-
1972	88 118	-6.0
1973	89 412	1.4
1974	91 433	2.2
1975	96 268	5.2
1976	98 775	2.6
1971-1976		5.3

SOURCES : 1971-1975 : *Monographie des affaires sociales*, données démographiques, révision des naissances vivantes annuelles, Québec, 1950-1974, janvier 1977, p. 24.

1976 : Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil, Naissances*, SC 84--001, 1977.

TABLEAU 5
Interventions obstétricales exceptionnelles, Québec. 1971-1978.

Année	Césariennes		Induction médico-chirurgicale		Moniteurs foetaux	
	N	%	N	%	N	%
1971	5 288	6.0	2 957	3.4	291	0.3
1972	5 525	6.3	2 740	3.1	298	0.3
1973	6 325	7.3	2 546	2.9	538	0.6
1974	7 029	8.0	1 851	2.1	1 198	1.4
1975	8 009	8.9	1 930	2.1	4 036	4.5
1976	8 969	10.0	1 863	2.1	7 682	8.6
1977	10 745	12.4	1 769	2.0	10 602	12.2
1978	12 157	13.4	3 494	3.9	14 572	16.1
Augmentation 1971-1978 (%)		129.9		18.16		4 907.0

SOURCES : Statistiques non publiées de la Régie de l'assurance-maladie du Québec :

- césariennes (avec ou sans stérilisation incluant les soins post-opératoires) : acte 6912 en pourcentages des accouchements (actes 6915 + 6916 + 6902 + 6903 + 6912) ;
- induction médico-chirurgicale (du travail dans les cas de complications obstétricales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire) : acte 6921 (en pourcentage des accouchements) ;
- moniteurs foetaux (installation, contrôle et surveillance de moniteurs foetaux, soins à l'unité de soins intensifs pour grossesses à risque élevé) : actes 6931 + 6932 (en pourcentage des accouchements).

Pourtant, la césarienne reste une opération chirurgicale sérieuse dont la fréquence a plus que doublé au Québec en huit ans, passant de 6% des accouchements en 1971 à 13,4% en 1978. C'est une augmentation de 129,9% ! Cette situation n'est pas propre au Québec. Aux États-Unis, selon un rapport publié par le Department of Health, Education and Welfare, le taux de césariennes serait passé

de 5% en 1968 à 12,8% en 1977, s'élevant même jusqu'à 25% dans certains hôpitaux (Marieskind, 1979 : 1). Selon ce même rapport, ce taux serait passé, au Canada, de 4,8% en 1968 à 9% en 1974 (Marieskind, 1979 : 14). En Grande-Bretagne, l'augmentation semble moins forte : de 3,4% en 1964 à 4,9% en 1972 (Richards, 1978 : 79). Aux Pays-Bas, ce taux n'était que de 2% en 1971 (Kloosterman, 1978 : 91). Ce phénomène semble donc plus particulièrement nord-américain.

D'après une étude publiée en 1980 dans le prestigieux *New England Journal of Medicine* (Bottoms et al., 1980), trois chercheurs essaient d'expliquer l'augmentation du taux de césariennes à partir de cinq études recensées dans la littérature médicale américaine. Cette augmentation varie de 3,9% à 10,3% selon les études et elle s'explique par l'accroissement des indications suivantes : disproportion céphalo-pelvique et arrêt dans la progression du travail : 33,4% ; césariennes antérieures 23,1% ; présentations par le siège : 18,8% ; souffrance foetale 13,2% ; autres (placenta previa, abruptio placenta, diabète, prééclampsie) : 11,2%.

Tout en reconnaissant que des facteurs non médicaux peuvent affecter le taux de césariennes, les auteurs n'en constatent pas moins que, depuis une vingtaine d'années, des changements majeurs sont intervenus dans le traitement des problèmes obstétricaux afin, semble-t-il, d'améliorer le pronostic foetal. Ils concluent que, sans pour autant mettre en danger le fœtus, il est possible d'éviter l'opération et ses effets secondaires à un grand nombre de femmes présentant ces problèmes, en effectuant une sélection rigoureuse des femmes à opérer, point de vue partagé par d'autres auteurs (Young et Mahan, 1980).

En effet, la césarienne n'est pas sans risques. Dans une étude extensive du phénomène, Helen Marieskind (1979) examine les raisons qui peuvent expliquer l'augmentation du taux de césariennes et documente les effets secondaires de cette opération. Aujourd'hui, la césarienne n'est plus une opération dangereuse pour la mère. Cependant, elle comporte des risques qui méritent d'être considérés. Les complications résultant d'une césarienne sont nombreuses : douleurs et dépression, infections, hémorragies, adhérences, rupture utérine, etc. Si la mortalité maternelle après une césarienne est très rare, elle reste substantiellement plus élevée que dans le cas d'une délivrance par voie vaginale (Marieskind, 1979 : 43-45). Les infections sont assez fréquentes : 38,5% selon une étude menée au Texas ; 10% des opérées souffriraient d'hémorragies (Marieskind, 1979 : 79). Les enfants nés

par césarienne ont plus de difficultés respiratoires que les autres. Le taux de mortalité est aussi plus élevé chez ces enfants, mais on ne peut dire si c'est à cause de la césarienne elle-même ou des conditions qui y ont conduit (Marieskind, 1979 : 59-60). De plus, il existe toujours un risque que le diagnostic de maturité foetale soit incorrect et que la césarienne entraîne une naissance avant terme et mette en péril la vie et la santé de l'enfant. Finalement, les femmes qui ont une césarienne gardent souvent de cette expérience un sentiment de culpabilité et d'échec. C'est particulièrement le cas de celles qui ont subi une épreuve de travail ou qui ont suivi des cours prénatals où l'on glorifie l'accouchement naturel. Des conséquences psychologiques peuvent donc s'ajouter aux complications physiologiques.

Bref, les conséquences de la césarienne ne sont pas négligeables mais sont largement sous-estimées par la profession médicale qui prétend, dans le manuel classique d'obstétrique *Williams*, que « dans la pratique moderne de l'obstétrique, il n'y a pas de contre-indications à la césarienne » (Hellman et Pritchard, 1976, traduction libre). C'est d'ailleurs cette attitude « optimiste » qui conditionne largement l'utilisation des autres techniques obstétricales qui, en interférant avec le travail, conduisent souvent à la césarienne.

L'induction du travail

L'induction est le procédé par lequel on déclenche le travail avant qu'il ne commence spontanément, en injectant à la femme des hormones artificielles qui imitent l'action de l'oxytocine, hormone naturelle qui provoque les contractions utérines. Cette intervention est indiquée médicalement quand le bébé retarde trop et quand la mère est toxémique, mais elle est déconseillée unanimement par les manuels d'obstétrique quand elle est utilisée uniquement pour la convenance du médecin et des parents (Rindfuss et al., 1979). L'injection d'oxytociques est aussi utilisée pour accélérer un travail qui ne permet pas au col de l'utérus de se dilater ; c'est ce qu'on appelle la stimulation du travail, un acte inclus dans la rémunération de l'accouchement au Québec et dont il est difficile de connaître la fréquence.

Pour sa part, l'induction est comptabilisée à part et rapporte 21 \$ au médecin depuis 1970. Les statistiques de la RAMQ montrent que cet acte a diminué entre 1971 et 1974, pour se stabiliser entre 1974 et 1977. En 1978, cet acte augmente de

97,5% en une seule année, ce qui est pour le moins surprenant. Il est aussi étonnant que cette intervention n'affecte que de 2% à 4% des accouchées, alors qu'en Grande-Bretagne l'induction est passée de 13,75% des accouchements en 1963 à 37,2% en 1973 (Richards, 1978). Or, dans l'ensemble, les Anglais sont moins interventionnistes que les Nord-Américains, du moins si l'on se réfère aux césariennes, à l'utilisation des forceps, à l'épisiotomie, etc. Si les statistiques sont fiables, il y aurait donc considérablement moins d'inductions au Québec qu'en Grande-Bretagne.

Cependant, une étude effectuée aux États-Unis et au Canada tend à démontrer que l'induction est une pratique courante (Rindfuss et al., 1979). À partir des certificats de naissance pour l'année 1971, les auteurs constatent que la distribution des naissances par jour de la semaine n'est pas aléatoire : en effet, il y a significativement moins de naissances durant les fins de semaine et les jours de fête qu'au cours de la semaine. Or, avant la découverte des hormones synthétiques en 1951, ce phénomène n'existait pas et la distribution des naissances était aléatoire, comme l'on peut s'y attendre. Cette distribution inégale s'expliquerait par l'induction du travail effectuée sans raison médicale.

L'induction comporte des inconvénients. Le risque le plus évident est la prématurité lorsque l'âge du fœtus a été mal évalué ; à la limite, cela peut entraîner la mort du bébé car le poids à la naissance est le meilleur prédicteur de survie. De plus, l'induction déclenche des contractions plus fortes que celles d'un travail normal, de sorte que le bébé est soumis à rude épreuve vu qu'il reçoit moins d'oxygène qu'il ne le devrait. Si le fœtus est réellement prématuré, il peut souffrir de difficultés respiratoires à la naissance. Sa mère doit supporter des contractions beaucoup plus intenses, plus fréquentes et par conséquent plus pénibles, ce qui est parfois tellement intolérable que des médicaments contre la douleur sont requis, avec les inconvénients que cela comporte (Haire, 1972 : 16-19 ; Coquatrix et Rocheleau-Parent, 1980 : 17-18). Et si, malgré l'induction, la dilatation du col ne se fait pas, le cœur fœtal se fatigue et l'on recourt alors à la césarienne (Marieskind, 1979 : 167-168). Dans un article publié par la revue *Mother Jones*, cette situation est illustrée par un cas concret (Corea, 1980).

Même si l'induction médico-chirurgicale affecte peu de femmes au Québec, elle est en progression constante. Les risques qui y sont associés devraient pourtant susciter la prudence du corps médical dans son utilisation.

Le monitoring foetal

Le moniteur foetal (Electronic foetal monitor, ou E.F.M.) est un appareil qui permet d'enregistrer la fréquence et l'intensité des contractions utérines durant le travail, ainsi que les battements du coeur foetal. Au Québec, cet appareil a été introduit dans les salles d'accouchement au début des années 70. Il est destiné à la surveillance des grossesses à risque élevé puisqu'il permet de détecter la souffrance foetale durant le travail et, par conséquent, d'intervenir à temps. Plusieurs médecins le jugent toutefois utile dans tous les cas. Selon Alderman (1976), « dans 30% des cas, un travail à risque élevé survient dans des grossesses à faible risque. Par conséquent, je conseille le monitoring pour toutes les patientes » (traduction libre). Les autres médecins invités à se prononcer dans ce débat sur le monitoring foetal étaient aussi de cet avis.

Avant 1973, il y avait peu d'appareils au Québec. Mais, à partir de 1974, les hôpitaux se sont équipés de moniteurs de sorte que plus d'accouchées ont pu en bénéficier. En effet, en 1971, des moniteurs sont installés à 0,3% des accouchées. En 1978, 16,1% d'entre elles y sont branchées. Entre 1971 et 1978, cette pratique a connu une augmentation fulgurante de 526,6% ! Aux États-Unis, presque toutes les unités d'obstétrique disposent d'au moins un moniteur, probablement installé sur plus de la moitié des femmes enceintes (Quilligan, 1972). Dans une étude effectuée dans un hôpital de Cincinnati, en 1973, 5% des femmes ont été branchées au moniteur contre 33,9% en 1974 et 85,3% en 1975 (Amato, 1977). Cette innovation est en train de révolutionner la pratique de l'accouchement.

Une littérature médicale abondante s'est développée, principalement pour vanter les mérites du nouvel appareil qui remplace efficacement, semble-t-il, l'auscultation et qui a l'avantage d'enregistrer les contractions utérines et le rythme du coeur foetal sans interruption. Cependant, l'unanimité n'est pas faite sur la nécessité d'installer un moniteur à toute femme en travail. Certains médecins mettent en doute l'efficacité supérieure du moniteur sur l'auscultation et constatent, à partir d'une revue extensive de la littérature pertinente, qu'on n'a pas démontré les avantages du moniteur pour les grossesses normales ; de plus, ce procédé peut être dangereux (Banta et Tacker, 1979).

Le moniteur peut être installé de façon interne ou de façon externe. C'est la première manière qui détient la faveur des médecins car elle permet un enregistrement plus précis du coeur foetal ; on installe donc une électrode sur la tête du bébé, de préférence à une ceinture utilisée en externe. Les complications résultant de l'utilisation du moniteur interne sont plus importantes car il y a des risques d'infection, d'hémorragies et de lacérations mineures pour la mère par suite de l'installation. Pour l'enfant, les abcès du cuir chevelu, la cellulite, la perte de liquide céphalo-rachidien, les déchirures de vaisseaux sanguins et même la septicémie, entraînant la mort (fort rare heureusement), sont les principales complications. De plus, la position couchée est requise de la femme, bien que ce soit la pire position pour le travail puisque l'apport sanguin au fœtus est ainsi réduit et que l'inconfort de la mère peut produire du stress. La présence de la machine et la vue du tracé sur le papier sont aussi facteurs de stress (Marieskind, 1979 : 153-54).

Les appareils de monitoring foetal coûtent entre 6 500 \$ et 7 500 \$ (U.S.) (Marieskind, 1979 : 153-154, Coquatrix et Rocheleau-Parent, 1980 : 155). Cependant, ils comportent d'autres coûts, comme celui des enfants malformés ou sérieusement handicapés qui ont été sauvés et qui seraient morts autrement. Certaines études suggèrent que l'utilisation du moniteur provoque plus de césariennes. Cependant, il est très difficile d'établir une relation de causalité entre ces deux phénomènes (Marieskind, 1979 : 157). Il reste que cet appareil ne permet plus au personnel médical d'appliquer l'art d'écouter le coeur foetal et de sentir les contractions utérines puisque la machine le fait pour lui. Les inconvénients de ce procédé sont suffisants pour qu'on restreigne son utilisation aux grossesses à risque élevé. Si la tendance actuelle se poursuit au Québec, on atteindra très vite le niveau d'utilisation des États-Unis et ce, bien que le moniteur foetal n'ait pas démontré d'avantages pour la santé de la mère et du bébé dans les cas normaux.

LES EFFETS DE LA MÉDICALISATION SUR LA MORTALITÉ

À partir du milieu des années 50, accoucher à la maison est devenu désuet et dangereux. Toutes les femmes qui en avaient les moyens accouchaient à l'hôpital et, avec l'avènement en 1960 de l'assurance-hospitalisation au Québec, cette tendance s'est généralisée.

Dans le milieu hospitalier, sur le terrain du personnel médical, il a été possible de développer une technologie propre à contrôler le déroulement du processus de l'accouchement qui échappait jusque là à toute régularité. Cette technologie était donc destinée à rendre les accouchements prévisibles et uniformes afin de juguler le fléau de la mortalité périnatale, une des principales composantes de la mortalité infantile. C'est là que l'on a défini plus précisément quelles femmes étaient plus susceptibles de donner naissance à des enfants morts-nés ou qui ne vivraient pas au-delà de sept jours. On avait inventé le concept de « grossesse à risque élevé », qui a donné lieu à des techniques sophistiquées afin d'améliorer les pronostics de survie des bébés potentiellement en danger.

Si le concept de risque restait assez circonscrit au début, il s'est élargi peu à peu, à mesure que les connaissances s'approfondissaient à propos des facteurs de mortalité périnatale. Ainsi, aujourd'hui, peu de femmes échappent à l'un ou l'autre des critères de grossesse à risque élevé, de sorte qu'elles sont presque toutes traitées comme telles, au cas... Il n'y a pratiquement plus de grossesses normales. C'est ce qui explique que le nombre d'instruments à la disposition des médecins et la fréquence d'utilisation des techniques obstétricales se soient accrus et que toutes les femmes subissent, à des degrés divers, l'emprise de la technologie obstétricale au moment de l'accouchement.

C'était croire aux bienfaits indiscutables de la technologie et à la possibilité de maîtriser un phénomène vivant qui réservera toujours des surprises, sans en considérer les conséquences sur le rythme et le déroulement naturel de l'accouchement. C'était aussi ignorer l'aspect humain, psychique et fantasmatique de la naissance et son pouvoir déterminant sur le fonctionnement harmonieux du corps,

qui n'est pas une machine dont les rouages peuvent être disciplinés pour le mieux. Enfin, c'était croire qu'au point de vue sanitaire un contrôle efficace pouvait être exercé sur l'acte de naissance. L'hospitalisation des femmes pour accoucher et la technicisation du processus ont permis à l'appareil médical de prendre ce contrôle. Mais la médicalisation de l'accouchement a-t-elle eu les effets qu'on lui attribue sur la mortalité maternelle et périnatale ? N'aurait-elle pas d'autres conséquences ?

Au Québec

Depuis 1926, la mortalité périnatale et la mortalité maternelle ont beaucoup diminué au Québec. À quoi peut-on attribuer un tel phénomène ? Étant donné la complexité des facteurs qui affectent l'état de santé de la population, il serait pour le moins hasardeux d'affirmer, comme le font certains médecins (Mercier, 1979 : 44), que la principale cause de la baisse est l'hospitalisation des femmes enceintes au moment de l'accouchement et l'introduction de techniques obstétricales sophistiquées. C'est d'ailleurs ce que croient la plupart des gens pour qui l'hôpital et la présence de médecins sont la garantie d'accouchements sans risque.

Tableau 6
*Mortalité maternelle et mortalité périnatale, nombre et taux, Québec,
quelques années et 1970-1978.*

Année	Mortalité maternelle		Mortalité périnatale	
	N	Taux	N	Taux
		(10 000 NV) *		(1 000 N)*
1926	427	52	5 329	63.4
1930	463	55	5 329	61.9
1935	405	53.8	4 256	54.9
1940	377	45.0	4 552	52.7
1945	256	24.5	5 058	47.2
1950	182	15.3	5 588	45.8
1955	133	10.0	4 924	36.2
1960	85	6.2	4 549	32.4
1965	42	3.5	3 431	28.1
1970	22	2.4	2 153	22.3
1971	20	2.2	1 866	20.7
1972	18	2.2	1 615	19.2
1973	10	1.2	1 532	18.1
1974	12	1.4	1 440	16.7
1975	8	.9	1 475	15.2
1976	2	.2	1 429	14.7
1977	5	.5	1 345	14.0
1978	7	.7	1 186	12.4

SOURCES : Statistique Canada, *Statistique de l'état civil, Décès*, SC 84-204 ;
Registre de la population, Ministère des affaires sociales.

* NV : Naissances vivantes

N : Naissances totales (naissances vivantes + mortinaissances)

Cependant, si on se fie aux règles régissant la causalité en statistique (Hirschi et Selvin, 1973), il est difficile d'établir avec certitude une relation entre le taux d'hospitalisation pour accouchement et la baisse des taux de mortalité maternelle et périnatale. En effet, l'examen du tableau 7, qui synthétise les tableaux 1 et 6, montre que les variations dans le taux d'hospitalisation n'apportent pas de changement proportionnel dans les taux de mortalité. Ainsi, entre 1926 et 1950, 41,5% de l'augmentation des accouchements en milieu hospitalier aurait amené une baisse de 61,2% dans la mortalité maternelle et de 38,4% dans la mortalité périnatale. La hausse subséquente de 48,5% dans le taux d'hospitalisation aurait abaissé la mortalité maternelle de 38,8% et la mortalité périnatale de 61,6% entre 1950 et 1974. Les deux taux de mortalité se comportent inversement au cours de cette période. Comme on n'observe pas de diminution proportionnelle, cela semble suggérer l'influence d'autres facteurs que le taux d'hospitalisation. On ne peut donc conclure de ces données que l'hospitalisation des femmes qui accouchent est la cause de la baisse de la mortalité maternelle et périnatale, et ce, même sans calculer de coefficients de corrélation. Notons d'ailleurs qu'une recherche anglaise similaire (Tew, 1978, p. 56) démontre, dans pareil cas, l'absence de relation significative ($p < 0,05$) entre l'évolution de l'hospitalisation pour accoucher et la diminution de la mortalité avec des coefficients de corrélation de -0,26 pour les deux taux de mortalité. Il semblerait donc, à l'analyse attentive des statistiques, que l'hospitalisation massive des accouchées n'ait que peu d'effets sur les taux de mortalité maternelle et périnatale, contrairement à ce qui est couramment admis.

Tableau 7

Relation entre le pourcentage de naissances à l'hôpital et la mortalité maternelle et périnatale, Québec, 1926-1974.

Période	Points de variation		
	Accouchements à l'hôpital	Mortalité maternelle	Mortalité périnatale
1926-1950	37.0	-36.7	-17.6
1950-1974	51.9	-13.9	-28.2
PART DE LA VARIATION TOTALE (%)			
	Accouchements à l'hôpital	Mortalité maternelle	Mortalité périnatale
1926-1950	41.5	61.2	38.4
1950-1974	48.5	38.8	61.6
1926-1974	100.0	100.0	100.0
SOURCE : Manipulations à partir des tableaux 1 et 6.			

Par ailleurs, les techniques obstétricales sophistiquées sont d'invention récente et n'ont pas affecté la diminution de la mortalité avant 1965, date à laquelle les taux sont déjà considérablement abaissés. Si la décision d'hospitaliser les femmes lors de l'accouchement et les découvertes de l'obstétrique ne semblent pas la cause principale de la diminution de la mortalité maternelle et périnatale, quels facteurs peuvent donc expliquer de tels progrès depuis les années 20 ?

En ce qui concerne la mortalité maternelle, elle était due principalement à la septicémie puerpérale, à tel point que la Statistique de l'état civil comptabilise à part la mortalité maternelle pour cette cause pendant plusieurs années. L'emploi des sulfamides et des autres antibiotiques a permis une réduction non négligeable de 90% du taux de septicémie puerpérale entre 1941 et 1961 (Bureau fédéral de la statistique, 1961 : 53). On peut donc reconnaître la contribution de la science mé-

dicale dans ce domaine, en soulignant toutefois que ce n'est pas l'hôpital qui est ici le facteur en cause. Aujourd'hui, on compte sur les doigts les cas de mortalité maternelle qui, depuis 1975, sont toujours de moins de dix par année au Québec.

La mortalité infantile a connu une évolution semblable à la mortalité maternelle, avec cette différence qu'elle ne tend pas vers zéro mais vers un taux plancher approximatif de cinq pour mille naissances vivantes. En effet, un certain nombre de décès précoces est inévitable à cause de malformations congénitales. Les deux composantes de la mortalité infantile, la mortalité néonatale (survient avant vingt-huit jours) et la mortalité post-néonatale (entre vingt-huit jours et un an), n'ont pas évolué parallèlement. C'est la mortalité post-néonatale qui a connu la diminution la plus importante, passant de 58,6% des décès infantiles en 1926 à 27,9% en 1975. Ce sont donc les décès « attribuables surtout aux maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire, aux affections diathésiques, aux malformations et aux accidents » (Bureau fédéral de la statistique, 1961 : 49) qui ont le plus diminué, c'est-à-dire les maladies liées principalement à l'environnement du bébé que l'amélioration des conditions socio-sanitaires a contribué grandement à enrayer. Par conséquent, la mortalité néonatale est devenue relativement plus importante dans la mortalité infantile puisque 72,1% des enfants qui meurent avant un an sont décédés avant vingt-huit jours ; et, de ce nombre, 86,1% meurent avant d'avoir atteint l'âge d'une semaine (*Ibid.*). Ainsi, le noyau dur de la mortalité infantile, c'est la mortalité néonatale précoce (décès avant l'âge d'une semaine), une composante de la mortalité périnatale. Cette dernière inclut aussi les mortinaissances (décès de fœtus de vingt-huit semaines ou plus). La mortalité périnatale s'est donc surtout abaissée à cause de la réduction des mortinaissances. Les malformations congénitales, une cause importante de la mortalité néonatale précoce, resteront toujours irréductibles par les moyens techniques au moment de l'accouchement. Ce qu'il faut, c'est prévenir de telles malformations, si possible.

Les décès périnataux pour d'autres causes peuvent, semble-t-il, être évités grâce aux développements récents de la technologie obstétricale et de réanimation. Pourtant, une étude réalisée au Québec pour la période s'écoulant de 1965 à 1974 tend à infirmer pareille conclusion. L'auteur (Bernard, 1978) montre que la chute de la mortalité périnatale est étroitement associée à la diminution de la natalité puisque la corrélation s'établit à 0,94. Mais c'est surtout au changement dans la

structure d'âge des mères et de la parité (rang de naissance) qu'on peut attribuer la diminution de la mortalité périnatale :

Premièrement, quelle que soit la parité, le risque de mortalité périnatale s'accroît avec l'âge à partir de trente ans et, deuxièmement, la parité vient ajouter un poids important au risque *attribuable* à l'âge. (Bernard, 1978 : 11).

TABLEAU 8
*Taux de mortalité périnatale, selon l'âge maternel et la parité,
Québec. 1971. (pour 1000 naissances totales)*

ÂGE MATERNEL	TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE
Moins de 20 ans	24.2
20-24 ans	15.8
25-29 ans	15.5
30-34 ans	22.4
35 ans et plus	40.0
PARITÉ	
0	12.1
1	12.8
2 et 3	17.5
4	30.0

SOURCE : Jacqueline FABIA, Statistiques compilées dans le cadre d'études sur les effets de la consommation de cigarettes durant la grossesse, cité par Jean-Marc BERNARD, Les nouvelles configurations de la structure d'âge maternel et de la parité comme facteur important de la diminution de la mortalité infantile et périnatale au Québec (1965-1974), Communication présentée au 42^e congrès de l'AC-FAS, Ottawa, 1978, p. 11, note 1.

Le tableau 8 montre bien qu'à partir de l'âge de 20 ans, le taux de mortalité périnatale s'élève avec l'âge maternel et qu'il y a une relation positive entre la parité et la mortalité périnatale. Or, entre 1971 et 1974, le pourcentage de naissances du cinquième rang et plus est passé de 8,56% à 3,82% (Bernard, 1979 : 29). De plus,

l'âge moyen des mères s'est abaissé : la proportion de naissances attribuées aux mères de moins de vingt ans s'est maintenue entre 1970 et 1974, et celle des mères de trente-cinq ans et plus est passée de 10,4% des naissances à 6,2% (Bernard, 1979, graphique 5). Ces facteurs démographiques expliqueraient 35% de la diminution réelle de la mortalité périnatale au cours de cette période, ce qui jette un éclairage nouveau sur ce phénomène.

Le principal facteur associé à la mortalité périnatale est le poids du nouveau-né. Entre 1971 et 1974, le pourcentage de naissances de moins de 2 500 grammes est passé de 8,73% à 8,11%, soit une baisse de 7% (Bernard, 1979 : 31). La lenteur dans la diminution des naissances de faible poids s'explique partiellement par la consommation accrue de cigarettes chez les femmes enceintes. Par ailleurs, les naissances de faible poids pourraient être prévenues davantage par l'élimination de la cigarette, une alimentation suffisante et adéquate, une mère en bonne santé et suivie par le médecin au cours de sa grossesse que par un accouchement à l'hôpital à l'aide de techniques sophistiquées. En particulier, les soins prénatals semblent avoir un impact non négligeable sur la mortalité périnatale, du moins si l'on en croit l'expérience de Madera en Californie, où la mortalité néonatale a diminué significativement avec l'amélioration des soins prénatals, et augmenté avec le départ des sages-femmes responsables de dispenser ces soins (Montgomery, 1969 ; Lévy et al., 1971). D'autres recherches abondent dans le même sens (Dott et Fort, 1975 ; Gortmaker, 1979 ; Hemminki et al., 1978).

Autrement dit, c'est au cours de la grossesse qu'on peut influencer le plus sur la santé du bébé. À l'accouchement, les médecins essaient de sauver les bébés trop petits et ceux qui sont en détresse et, s'ils réussissent souvent, n'est-ce pas pour laisser vivre « un plus grand nombre de handicapés cérébraux dans la sphère motrice ou intellectuelle » (Fortin, 1979, p. 43 ; voir aussi Fryers, 1975 ; Gruenberg, 1979) ? Bien que les risques de handicaps croissent avec la multiplicité des problèmes prénatals, aucune étude prospective valable ne démontre qu'ils y sont liés de façon certaine.

À l'analyse de l'ensemble de ces données, il semble donc bien hasardeux d'imputer tout le crédit de la baisse de la mortalité maternelle et périnatale québécoise à l'hospitalisation des femmes et à l'utilisation des nouvelles techniques obstétricales. Bien que certaines découvertes, comme celle des antibiotiques et des techniques de réanimation par exemple, aient apporté une contribution certaine, des

facteurs démographiques, sociaux et environnementaux semblent jouer un rôle au moins aussi important dans ces phénomènes. D'ailleurs, des études effectuées dans d'autres pays tendent à démontrer que le contexte hospitalier et les techniques obstétricales ne comportent aucun avantage pour les grossesses normales. De telles expériences permettent de contester la nécessité absolue du mode d'accouchement nord-américain pour la sécurité des mères et des nouveau-nés.

Quelques expériences étrangères

La diminution de la mortalité maternelle et périnatale n'est pas un phénomène particulier au Québec : c'est le cas de tous les pays industrialisés et, si le Québec n'est pas en mauvaise position internationalement, d'autres pays le devancent sur ce plan. Le tableau 9 montre qu'en 1977, les pays scandinaves, les Pays-Bas et la Suisse ont des taux plus bas que le Canada et le Québec. Ces pays connaissent à peu près le même type d'organisation de l'accouchement que le Québec à l'exception des Pays-Bas où 50% des accouchements ont lieu à domicile à l'aide de sages-femmes. D'autre part, des études réalisées en Grande-Bretagne, où l'abolition du système d'accouchement à domicile est toute récente, montrent que la mortalité périnatale n'était pas plus élevée dans ce contexte. Finalement, une expérience contrôlée aux États-Unis tend à renforcer les résultats de l'étude anglaise.

Ces expériences replacent le débat sur l'accouchement dans une perspective nouvelle puisqu'elles démontrent que la médicalisation de l'accouchement, définie plus haut comme la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition et le déroulement du processus de la naissance, n'est pas nécessaire pour accoucher sans risque. En effet, en prenant un minimum de précautions, et dans la mesure où une assistance médicale est disponible, il est sécuritaire d'accoucher à domicile sans l'arsenal technique imposé à l'hôpital. Ainsi, la médicalisation de l'accouchement ne serait pas requise pour des raisons sanitaires, mais résulterait plutôt de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale.

Tableau 9*Taux de mortalité périnatale dans les pays où ce taux est le plus bas, 1965 et 1970-1977. (pour 1000 naissances vivantes)*

PAYS	ANNÉE								
	1965	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Canada	26.3	22.0	20.3	19.2	17.7	16.6	—	—	—
Danemark	24.2	18.0	17.5	16.2	—	—	13.4	12.7 10.7	13.4
États-Unis	28.5	27.8	26.3	24.8	—	—	20.7	16.9	—
Finlande	22.3	17.2	16.7	17.1	—	13.9	—	12.5	12.0
France	24.3	20.7	19.8	18.8	—	19.5	—	—	—
Japon	29.8	21.7	20.3	19.2	18.0	—	16.0	14.8	—
Norvège	21.6	19.3	17.9	17.6	16.8	—	14.2	13.3	13.0
Pays-Bas	23.4	18.8	17.8	16.7	16.4	—	14.0	14.5	13.0
Suède	19.9	16.5	15.7	14.4	14.1	—	11.1	10.7	—
Suisse	23.1	18.3	17.2	16.3	15.5	—	13.5	13.2	11.3

SOURCES : 1965-1973 : O.N.U., Annuaire démographique, 1975. 1974-1977 : O.M.S., Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, 1978, 1979.

L'exemple des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, 47% des femmes accouchaient à domicile, en 1975. Nulle part ailleurs dans les pays industrialisés ne retrouve-t-on pareil phénomène. Pourtant les mères et les bébés ne sont pas exposés à plus de risques pour autant. En effet, les taux de mortalité maternelle et périnatale sont plus bas que dans bien des pays industrialisés, où presque 100% des accouchements ont lieu à l'hôpital : respectivement 0,7 pour dix mille naissances et 13,5 pour mille naissances vivantes, en 1975 (Kloosterman, 1978 : 90).

Le système hollandais encourage le travail d'équipe entre le gynécologue-obstétricien et l'infirmière en obstétrique, pour les grossesses et accouchements à risque élevé, et entre la sage-femme et l'aide-infirmière spécialisée, pour les grossesses et accouchements normaux. Les femmes qui accouchent à domicile doivent être en excellente santé et ne pas présenter de risque médical. Ainsi, grâce à une sélection rigoureuse des cas et à des soins prénatals de qualité, le taux de mortalité périnatale pour les accouchements à la maison était de 4,2 pour mille en 1974 contre 22,4 pour mille pour les accouchements à l'hôpital. Par ailleurs, les villes hollandaises où l'hospitalisation est presque totale montrent des résultats moins bons que celles où moins de 50% des femmes sont hospitalisées. De plus, la césarienne (2% en 1971) et l'analgésie ainsi que l'anesthésie y sont fort rares. Dans un article où le système d'accouchement à la maison des Pays-Bas était discuté, un gynécologue-obstétricien hollandais montrait des réticences face à cette pratique « anachronique » mais concluait tout de même :

Ce n'est pas en envoyant tout le monde à l'hôpital que l'on réalise des progrès en obstétrique, mais en prenant des mesures préventives avant et pendant la grossesse. [...] Le plus important n'est pas d'emmener chaque femme à l'hôpital mais plutôt d'amener les soins obstétricaux modernes à chaque femme. En obstétrique, le diagnostic et les mesures préventives sont de loin plus importants que les mesures curatives (Haspels, 1974 : 87 ; traduction libre).

Le cas britannique

En Grande-Bretagne, l'hospitalisation des femmes pour l'accouchement a commencé tôt. En 1927, 15% des naissances avaient lieu à l'hôpital et, dès 1946, ce taux passait à 54% alors qu'au Québec les taux étaient respectivement de 5% et de 36%. Par la suite, la tendance à l'hospitalisation des femmes s'est ralentie puisque, en 1958, le taux s'est élevé à 64% alors qu'au Québec on atteignait déjà 79,3% et qu'en 1962, ce dernier taux montait à 95%. Or, en 1974, la Grande-Bretagne rejoignait le taux québécois de 1962, soit douze ans plus tard et, en 1970, encore 14% des accouchements avaient lieu à la maison (Huntingford, 1978 : 231).

En fait, la Grande-Bretagne, comme les autres pays industrialisés, tend vers l'hospitalisation de toutes les femmes pour l'accouchement, comme le recommandait en 1970 la Commission Peel (Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee) sous prétexte que l'hôpital est plus sécuritaire pour la mère et l'enfant. Or, une telle affirmation n'a pas été prouvée et les statistiques montreraient plutôt le contraire : en effet, en 1958, alors qu'il y avait encore 36% des accouchements qui se déroulaient à la maison, les taux de mortalité périnatale standardisés pour la parité, la classe sociale et la toxémie sont toujours plus bas pour les accouchements à la maison ; de même, pour les années 1967-1969, la mortalité maternelle standardisée pour l'âge maternel et la parité était inférieure pour les accouchements à la maison (Tew, 1978 : 59-61). En fait, selon Marjorie Tew, une infime partie de la différence entre les taux de mortalité non standardisés est attribuable à une proportion plus élevée d'accouchements à risque dans les hôpitaux.

Une des conséquences de ce mouvement général vers l'accouchement à l'hôpital a été l'utilisation accrue des techniques obstétricales. En 1958, 88,2% des accouchements étaient spontanés contre 83,7% en 1970. Pendant la même période, les césariennes sont passées de 2,7% à 4,5% et les accouchements à l'aide de forceps de 4,5% à 7,9%. En 1973, 5,2% des femmes accouchent par césarienne et 11,9% à l'aide de forceps. L'épisiotomie est de routine aujourd'hui alors qu'en 1958 on la faisait sur 12,5% des primipares et sur 3,5% des multipares. L'induction, d'après les statistiques du Queen Charlotte's Maternity Hospital, est passée

de 15,1% en 1970 à 26% en 1974 et l'épidurale de 3,7% à 58,5%. Ces derniers chiffres ne sont valables que pour cet hôpital, qui effectuait 3 341 accouchements en 1970 et 3 049 en 1974 ; cependant, ils indiquent l'orientation de la pratique obstétricale en Grande-Bretagne (Richards, 1978 : 73). Comme on l'a vu précédemment, ces pratiques comportent des inconvénients inquiétant certains spécialistes qui considèrent que l'hospitalisation généralisée des femmes pour l'accouchement les expose à des interventions parfois inutiles et risquées, inexistantes à la maison.

Le confort et les désirs individuels en ce qui regarde l'accouchement ont été sacrifiés graduellement au profit des intérêts bureaucratiques et professionnels, si l'on en croit le professeur Huntingford. En effet, la sage-femme et l'omnipraticien se sont vus graduellement retirés des soins en obstétrique, l'hôpital a remplacé la maison comme lieu de l'accouchement et, enfin, les besoins des individus ont été relégués au second plan derrière les exigences de la technologie. Pourtant, les bénéfices de tels changements n'ont guère été évalués, bien que l'on traite désormais toutes les femmes de la même façon. En obstétrique, il doit y avoir un équilibre entre le niveau d'interférence bénéfique pour les mères et les bébés et un niveau qui cesse de réduire la mortalité et la morbidité et qui peut même les augmenter. C'est cet équilibre qui a été perdu, selon le Dr. Huntingford, qui émet le souhait suivant :

À l'avenir, je m'attends à des progrès technologiques qui servent les besoins des femmes enceintes, qui augmentent leur *individualité plutôt* que de la diminuer et qui leur redonnent leur autonomie en leur permettant de faire des choix conscients (Huntingford, 1978 : 249 ; traduction libre)

De nouvelles pratiques aux États-Unis

Les États-Unis ont exercé une influence très marquante sur la pratique de l'obstétrique des vingt dernières années et ce, à travers le monde. C'est là que les principales innovations technologiques sont nées et qu'elles ont été généralisées le plus rapidement. Au Québec, l'influence américaine s'est faite sentir presque im-

médiatement et, à vrai dire, on ne peut réellement parler d'une pratique de l'obstétrique typiquement québécoise.

Cependant, les États-Unis n'ont pas créé de régime universel d'assurance-maladie et un accouchement, là-bas, coûte très cher : 1450 \$ selon Lewis Mehl (1978 : 103). De plus, le mouvement féministe y est très actif et la culture écologiste de plus en plus présente quoique encore marginale. Ce concours de circonstances a mené à l'éclosion de plusieurs groupes qui effectuent des accouchements à domicile, que ce soit sous la surveillance de sages-femmes (diplômées ou non) ou de médecins, et ce principalement en Californie.

Certaines de ces expériences ont fait l'objet d'évaluations ; bien que la sélection des femmes pour l'accouchement à domicile y ait été moins sévère qu'aux Pays-Bas, les résultats sont très positifs. En effet, dans une première évaluation portant sur 287 accouchements à la maison assistés par des sages-femmes non diplômées, la mortalité néo-natale a été de zéro pour mille et la mortalité périnatale de 3,5 pour mille, alors qu'elle était de 16,9 pour mille en 1976 pour l'ensemble des États-Unis (Mehl, 1978 : 98). Dans une autre étude portant cette fois sur 1 146 accouchements à la maison, il n'y a eu aucun cas de mortalité maternelle ; la mortalité périnatale s'élevait à 9,5 pour mille contre 20,3 pour mille en Californie en 1973. De plus, l'utilisation des techniques obstétricales est réduite au minimum (Mehl, 1978 : 99-103). Malheureusement, ces premières évaluations ne portaient que sur peu d'accouchements ou ne comportaient pas de données permettant de comparer l'accouchement à l'hôpital avec l'accouchement à domicile.

Pour combler cette lacune, Mehl et trois collègues (Mehl et al., 1976) ont effectué une étude où 1046 accouchements à la maison ont été comparés à 1046 accouchements à l'hôpital en fonction de l'âge, des facteurs de risque, de la durée de gestation, de la parité, de la scolarité et du statut socioéconomique. Les femmes transportées à l'hôpital en cours d'accouchement sont restées comptabilisées dans les résultats de l'accouchement à domicile.

Les résultats de cette étude montrent que les interventions au cours de l'accouchement ont été significativement plus nombreuses dans le groupe de femmes qui ont accouché à l'hôpital. Pourtant, il n'y a pas eu de différence significative dans l'incidence de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et des enfants neurologiquement anormaux. Par ailleurs, les complications durant le travail et au moment

de l'accouchement étaient différentes dans les deux groupes : à l'hôpital, il y a eu significativement plus de souffrance foetale intra-utérine, d'hypertension durant le travail, de méconium et de dystocie des épaules ; à la maison, il y a eu plus de dystocie du second stage, plus de saignements durant le travail et plus de présentations postérieures. Après l'accouchement, il y a eu plus d'hémorragies à l'hôpital. Pour leur part, les nouveau-nés ont connu plus de complications néonatales à l'hôpital, ils y ont reçu plus d'oxygène pour plus de deux minutes, ont eu plus de difficultés respiratoires pour plus de douze heures, ont eu besoin de plus de réanimation et ils avaient des scores APGAR plus faibles à une minute et cinq minutes que le groupe qui est né à domicile (Mehl, 1976 : 112-113).

En fait, les résultats des accouchements à domicile ont été meilleurs, dans l'ensemble, que ceux des accouchements à l'hôpital. Le contexte hospitalier ne serait-il pas iatrogène ? C'est du moins ce que croit l'auteur de la recherche qui suggère :

Beaucoup de gens croient que la plupart des techniques agressives que l'on retrouve à l'hôpital tels l'expulsion à l'aide de forceps une heure après le début du deuxième stage, le recours rapide à la césarienne, l'épisiotomie de routine, l'utilisation d'oxytociques pour stimuler le travail, etc. améliorent les résultats de l'accouchement, mais cette étude montre que cela n'est pas toujours le cas et avance même que la gestion agressive de l'accouchement tend à augmenter les risques (Mehl, 1976 : 113 ; traduction libre).

Plus récemment, le même auteur s'interrogeait avec des collègues sur la différence de résultats entre des accouchements assistés par des sages-femmes non professionnelles sélectionnées selon un certain nombre de critères et des accouchements à l'hôpital assistés par des médecins (Mehl et al., 1980). Utilisant la même méthodologie des échantillons pairés que dans l'étude précédente, les auteurs en confirment les résultats en partant de 421 cas par groupe. Ainsi, ils apportent une preuve supplémentaire de la validité des conclusions de la première recherche.

Aux Pays-Bas, où l'accouchement à domicile est largement répandu, en Grande-Bretagne, où il est en voie de disparition, et aux États-Unis, où il émerge comme une solution de rechange à l'accouchement à l'hôpital, les études rapportées ici confirment la validité de cette ancienne pratique qui va à contresens du

« progrès ». À la lumière des résultats de ces accouchements en termes de mortalité périnatale, il semble bien qu'accoucher à la maison sans le support d'une technologie médicale sophistiquée n'est pas plus risqué que d'accoucher à l'hôpital. Tel est du moins l'enseignement que nous donnent ces expériences venues d'ailleurs.

UNE TENTATIVE DE RÉCUPÉRATION

Malgré la tendance à médicaliser l'accouchement, on assiste parallèlement à ce qu'on a appelé l'humanisation des soins en obstétrique. Selon Madeleine Levasseur et Madeleine Blanchet (1979), l'humanisation des soins se manifeste par la présence du père au moment de l'accouchement, par la possibilité pour les femmes d'allaiter leur bébé, par la cohabitation et par l'assouplissement des horaires de visite. Si l'on en croit leur petit sondage effectué en 1980, l'humanisation des soins aurait progressé rapidement au Québec.

Aujourd'hui le père est partout accepté dans les salles d'accouchement. Cependant, en l'absence de conjoint, comme c'est de plus en plus fréquent, beaucoup d'hôpitaux interdisent encore la présence d'une amie, de la mère ou d'une soeur. La cohabitation mère-enfant est possible dans 60% des centres hospitaliers ; bien que certains centres ne posent aucune restriction à la cohabitation, la plupart exigeant que la femme occupe une chambre privée ou semi-privée, ce qui occasionne des frais supplémentaires. L'allaitement maternel est de plus en plus encouragé, de sorte que maintenant plus de 40% des femmes allaitent leur bébé. Pour ce faire, on leur amène le bébé dans leur chambre, alors que les femmes qui choisissent le biberon doivent se rendre à la pouponnière pour nourrir leur bébé, qui est, plus souvent qu'autrement, pris en charge par les puéricultrices. Dans ce cas, le contact mère-enfant n'est pas très favorisé. L'assouplissement des heures de visite a surtout rendu possible la présence du père ; dans plusieurs centres hospitaliers, le père est admis à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Des restrictions existent toutefois toujours pour les autres visiteurs, et particulièrement les enfants, dont la présence est rarement bienvenue dans les hôpitaux. Bien que ces mesures constituent de nettes améliorations, elles restent limitées à ce qui convient à l'hôpital et au médecin : on accepte le père en salle d'accouchement, mais personne

d'autre ; on peut cohabiter avec le bébé, mais pas en salle commune ; on peut nourrir le bébé à sa chambre, mais seulement si on l'allait. Les femmes doivent donc se contenter de ce qu'on leur offre ; elles n'ont pas le choix.

En plus de ces mesures qui tendent à se généraliser au Québec, quelques hôpitaux prétendent aujourd'hui, à grands renforts de publicité, utiliser la méthode Leboyer d'accouchement sans violence, tels l'hôpital Christ-Roi de Québec et l'hôpital Fleury de Montréal, pour ne nommer que ceux-là (Laurier, 1978, 1978a ; Tougas, 1978 ; Villa, 1979). Mais, en fait, les modifications apportées n'impliquent pas l'abandon de la technologie obstétricale et, s'il est peut-être plus plaisant d'accoucher dans la pénombre et de donner un bain au bébé, le contrôle sur l'accouchement reste toujours entre les mains du médecin qui ne change rien à la routine obstétricale (épisiotomie, anesthésie locale, soluté intraveineux, etc.). La chambre d'accouchement est une autre innovation qui se propose d'humaniser les soins : il s'agit tout simplement d'une chambre équipée d'un lit double sur lequel la femme accouche. Le Jewish General Hospital de Montréal et l'hôpital Saint-Joseph-de-Beauce de Beauceville, entre autres, disposent de chambres semblables. C'est un moyen terme entre la froide technicité de la salle d'accouchement et la chaleur du foyer. Cette séduisante option reste quand même dans le contexte hospitalier et, par conséquent, sous contrôle médical. Par ailleurs, dans certains hôpitaux, on peut accoucher en salle de travail si le médecin le permet.

Ces innovations n'auraient jamais été implantées si la baisse du taux de natalité et l'insatisfaction des femmes à l'égard des accouchements médicalisés ne s'étaient pas fait sentir. La menace de plus en plus réelle que des femmes recherchent ailleurs que dans le système de santé officiel l'assistance dont elles ont besoin pour accoucher a été un puissant incitatif au changement. En effet, un réseau de sages-femmes non professionnelles se développe au Québec, de sorte qu'il existe une solution de rechange à l'accouchement à l'hôpital, bien que ce service parallèle, qui n'est pas gratuit, soit encore embryonnaire. L'accessibilité à ce service reste limitée aux femmes qui le connaissent, qui sont à proximité et qui peuvent payer, ce qui réduit ses possibilités d'expansion. Tant qu'un tel service ne recevra pas la caution gouvernementale en étant financé à même les fonds publics, il restera marginal. Et il est fort improbable que l'État intervienne sur ce point, d'une part parce qu'il n'y a pas de pénurie de médecins prêts à faire des accouchements et, d'autre part, parce que la profession médicale n'est pas prête à

abandonner son monopole sur l'obstétrique, et surtout pas au profit de sages-femmes autodidactes.

L'humanisation a été un moyen utilisé par certains hôpitaux pour augmenter ou conserver leur clientèle afin de ne pas perdre leur droit de faire des accouchements. En effet, avec le regroupement des services d'obstétrique effectué par le MAS en 1975, les services où se faisaient moins de 500 accouchements par année ont été menacés de fermeture ; quelques mesures d'humanisation et un peu de publicité ont souvent suffi à faire affluer la clientèle. Car tous les hôpitaux n'offrent pas les mêmes avantages : le « magasinage » de l'hôpital et du médecin est de mise si l'on veut accoucher à son goût. Les institutions et les praticiens sont conscients de cette concurrence qui les oblige à se mettre à la mode du jour.

Les changements restent cependant superficiels : fondamentalement, les rapports entre les médecins et les femmes ne sont pas modifiés. Les revendications des femmes qui voulaient humaniser l'accouchement vont beaucoup plus loin que les quelques aménagements du contexte hospitalier qu'on leur a proposés : elles veulent décider quelles personnes seront présentes et les assisteront et quels actes seront posés. Tout cela reste encore entre les mains de l'appareil médical, qui a récupéré les revendications des femmes en leur faisant croire que l'humanisation des soins était la réponse à leurs problèmes (De Vries, 1980). La profession médicale n'a pas renoncé à son contrôle sur l'accouchement et les mesures d'humanisation n'ont pas dérangé ses habitudes non plus que la routine hospitalière.

CONCLUSION

La naissance a toujours été, dans toutes les sociétés, un événement social important entouré de coutumes et de rites particuliers. Dans les pays industrialisés, et surtout en Amérique du Nord, c'est le médecin, mais surtout le spécialiste en gynécologie-obstétrique, qui est l'expert en ce domaine : phénomène particulier à nos sociétés industrialisées contemporaines, le contrôle des fonctions reproductives a été transféré des femmes aux hommes (Oakley, 1976, 1978). C'est désormais la profession médicale qui définit la reproduction comme l'objet de son savoir et de son intervention et qui ne retient que la mortalité maternelle et périnata-

le comme critères de succès. Pour légitimer cette prise de contrôle, la profession médicale s'appuie sur la science, qui garantit le sérieux et la validité de son intervention.

Cette référence à la science suffit à emporter l'adhésion et le respect de la plupart des gens à l'égard de la médecine. D'ailleurs, la science est devenue le critère du vrai dans bien d'autres domaines aussi. En fait, toute la vie sociale est imprégnée de scientisme, c'est-à-dire la tendance à croire que la science résoudra tous les problèmes humains. Cette foi dans les possibilités infinies de la science, surtout quand il s'agit de médecine, confère à ceux qui la font un immense prestige. À cause de l'angoisse que nous nourrissons tous à l'égard de la maladie et de la mort, dans une société où seules la jeunesse, la santé et la beauté ont droit de cité, la science de la guérison est investie d'une énorme charge émotive qui rejaillit sur la profession médicale.

Depuis peu, une vague de critiques a dénoncé l'inefficacité de la médecine et son caractère iatrogène (Dubos, 1973 ; Powles, 1973 ; McKeown, 1976 ; Illich, 1976 ; Cochrane, 1977), mais sans l'ébranler sérieusement. On a voulu réduire la bio-médecine à un simple modèle de pratique en concurrence avec d'autres, comme par exemple, l'homéopathie, et dont la valeur diagnostique et thérapeutique n'est pas nécessairement supérieure. Porté par une profession qui s'est assuré le monopole, le modèle médical actuel demeure néanmoins nécessairement dominant.

Le pouvoir que confère à la profession médicale la légitimité de la science dont elle se réclame a pour conséquence l'impuissance des patients, impuissance créée et entretenue afin de maintenir leur dépendance à l'égard des professionnels, des experts, de ceux qui savent. Confronté à une relation inégale et à sens unique où il est subordonné au médecin-savant le patient-ignorant devient dépendant de l'aide professionnelle et de plus en plus incapable de résoudre ses problèmes lui-même. Son propre jugement sur son problème n'est plus pertinent et le patient, se croyant incompetent, s'aliène en adoptant le point de vue du professionnel sur son cas et en s'en remettant entièrement à lui sous prétexte que c'est pour son bien. Pourtant, si le patient n'est pas certain de ressortir guéri ou soulagé du bureau du médecin, ce dernier est assuré de son côté d'en retirer des revenus. Pour paraphraser John McKnight (1977), c'est le professionnel qui a besoin du client pour ga-

gner sa vie et qui a intérêt à entretenir sa dépendance et à créer de nouveaux besoins.

C'est ce qui se produit aussi pour les femmes qui accouchent. Bien qu'elles ne soient pas malades, elles sont des « patientes » et, comme telles, on ne leur reconnaît aucune compétence à s'occuper convenablement d'elles-mêmes quand elles sont enceintes et quand elles accouchent. Elles doivent donc se plier aux exigences imposées par l'appareil médical au moment de l'accouchement puisque c'est pour leur bien. En effet, ne risque-t-on pas autrement de mettre en danger la vie et la santé de la mère et du bébé ? Cet argument a légitimé le transfert des accouchements à l'hôpital, leur technicisation croissante et, par conséquent, le droit de la profession médicale d'exercer son contrôle sur l'accouchement. Par extension, la contraception et l'avortement relèvent aussi des prérogatives de la médecine, avec les conséquences que l'on sait : impuissance et dépendance des femmes à l'égard des professionnels, impossibilité pour elles de contrôler leur reproduction, leur corps et leur propre vie. C'est justement le contrôle sur leur vie que les femmes ont voulu récupérer en revendiquant d'accoucher à leur goût, comme d'avorter gratuitement quand elles le désirent et de disposer de contraceptifs efficaces et sans danger.

Le débat très vif qui a eu cours n'a pas été sans résultats concrets : les médecins ne s'étonnent plus de voir les femmes leur demander d'accoucher dans une chambre de naissance ou avec la méthode Leboyer. Individuellement, les femmes se débrouillent pour accoucher à leur goût, soit à la maison, soit avec une sage-femme, soit même à l'hôpital dans un contexte humanisé. Mais la montée des mesures d'humanisation n'a pas fait régresser les interventions médicales : la césarienne, par exemple, compte toujours en 1983, pour plus de 16% des naissances. Le pouvoir médical n'est pas sérieusement entamé mais grignoté petit à petit : le refus de faire de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc à Montréal une maison de naissance montre bien les limites des « concessions » qu'on fait aux femmes. L'humanisation des soins est à la mode. Le corps médical et l'institution hospitalière s'en accommodent tant bien que mal... pourvu que la technique et la science soient sauvées, pourvu que le pouvoir reste aux mains de ceux qui savent, pourvu que les femmes n'en demandent pas davantage. À l'heure actuelle, rien ne vient troubler la montée de la médicalisation de l'accouchement. Les mouvements de contestation se sont apaisés. Seuls quelques groupes continuent de plaider pour que l'on aille

au-delà de l'accouchement humanisé, vers l'accouchement contrôlé par celles qui en ont l'expérience intime.

ANNEXE I

Pourcentage d'accouchements en centre spécialisé en obstétrique : mode de calcul

Pour calculer ce taux, nous avons pris le nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans des centres spécialisés désignés par le Ministère des affaires sociales :

Région 1 :	Saint-Joseph de Rimouski
Région 2 :	Centre hospitalier de Chicoutimi
Région 3 :	Saint-Sacrement Saint-François-d'Assise
Région 4 :	Sainte-Marie de Trois-Rivières
Région 5 :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Région 6 :	Jewish General Hospital St-Mary's Hospital Notre-Dame Maisonneuve-Rosemont Sacré-Coeur Sainte-Justine Royal Victoria
Région 7 :	Sacré-Coeur de Hull

En 1972, la politique de regroupement des services d'obstétrique n'existait pas, de sorte que certains hôpitaux désignés en 1975 n'étaient pas spécialisés en 1972. Donc, il y avait un maximum de 24.6% des accouchements réalisés en centre spécialisé en obstétrique. En 1977, d'autres centres que ceux désignés par le M.A.S. disposent des équipements et du matériel spécialisés leur permettant d'accueillir des cas à risque élevé. Ainsi, il y a un minimum de 31.7% des accouchements qui se produisent en centre spécialisé. Entre 1972 et 1977, l'accroissement minimal du nombre d'accouchements qui ont eu lieu en centre spécialisé est de 29%.

ANNEXE 2

*Gynécologues-obstétriciens **
au Québec, nombre et rémunération moyenne, 1971-1978.

ANNÉE	GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS	
	N	RÉMUNÉRATION MOYENNE (\$)
1971	311	63 535
1972	329	65 959
1973	337	70 429
1974	350	72 238
1975	366	75 543
1976	370	78 403
1977	368	83 591
1978	364	88 110
Augmentation 1971-1978 (%)	17.04	38.7

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Statistiques annuelles, 1971 à 1978. * Pour les besoins de la recherche, nous avons regroupé dans ce tableau les gynécologues, les obstétriciens et les gynécologues-obstétriciens. Les deux premières spécialités ne s'enseignent plus séparément aujourd'hui.

Références

Alderman, M. (ed.), "Monitor Every Patient in Labor ?", *Patient Care*, Vol. XII, No 4, février, 1976.

Amato, J.C., "Foetal Monitoring in a Community Hospital : A Statistical Analysis", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. L, No 3, 1977.

Banta, D.A. et S.B. Tacker, "Policies Toward Medical Technology : The Case of Electronic Foetal Monitoring", *American Journal of Public Health*, Vol. LXIX, No. 9, septembre, 1979.

Bernard, Jean-Marc, Les nouvelles configurations de la structure d'âge maternelle et de la parité comme facteur important de la diminution de la mortalité infantile et périnatale au *Québec (1965-1974)*, communication présentée au 42e Congrès de l'ACFAS, Ottawa, 1979.

Blanchet, Madeleine, Guyon, Louise et Madeleine Levasseur, « Quoi de neuf en périnatalité ? », *Le médecin du Québec*, supplément Naître aujourd'hui, juin, 1979.

Bottoms, S.F., Rosen, M.G. et R.J. Sokol, "Current Concepts : the Increase in the Cesarean Birth Rate", *The New England Journal of Medicine*, CCCII, 10 mars 1980, p. 559-563.

Bouchard, Pierre (sous la direction de), *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois*, Sondage réalisé pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec par le Centre de sondage de l'Université de Montréal, Montréal, septembre 1985, 55 p.

Bureau fédéral de la statistique, *La statistique de l'état civil*, Naissances, 1961, p. 53.

Carlson, Rick J., *The End of Medicine*, New York, Wiley, 1975.

Cochrane, Archibald, *L'inflation médicale*, Paris, Galilée, 1977.

Coquatrix, Nicole et Lucille Rocheleau-Parent, « Accoucher en 1980... les anciens et les nouveaux risques », *Accoucher ou se faire accoucher*, dossier d'information, Association pour la santé publique du Québec, 1980.

Corea, Gena, "The Caeserean Epidemic", *Mother Jones*, Vol. V, No 6, 1980.

De Vries, Raymond G., "The Alternative Birth Center : Option or Cooptation ? ", *Women and Health*, Vol. V, No 3, automne 1980.

Dott, A.B. et A.T. Fort, "The Effect of Availability and Utilization of Prenatal Care and Hospital Services on Infant Mortality Rates", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No. 123, 1975, p. 854-860.

Dubos, René, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, 1973.

Fortin, Gilles, « Les médicaments en cours de grossesse », *Le médecin du Québec*, supplément Naître aujourd'hui, juin 1979.

Fryers, T., "Life Expectancy and Causes of Death in the Mentally retarded", *British Journal of Preventive and Social Medicine*, Vol. XXIX, No 61, 1975.

Gortmaker, S.L., "The Effect of Prenatal Care upon the Health of the New-born", *American Journal of Public Health*, Vol. LXIX, No 7, juillet 1979.

Gruenberg, Ernest M., "The failures of success", *Health and Society*, hiver 1979.

Haire, Doris, *The Cultural Warping of Childbirth*, Seattle, International Childbirth Education Association, juin 1972.

Harting, Claire, « Un sondage sur les accouchements dénoncé », *Le Journal de Montréal*, 12/02/86.

Haspels, Ary A., "Obstetric Care in the Netherlands", *Public Health*, London, 1974, p. 88.

Hellman, L. et J. Pritchard, Williams *Obstetrics*, 15e édition, New York, Appleton-Century Crofts, 1976.

Hemminki, E. et al., "Prevention of Low Birth Weight and Pre-term Birth : literature review and suggestions for research policy", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. LVI, No 3, 1978.

Hirschi, Travis et Hannan C. Selvin, *Principles of Survey Analysis*, New York, Free Press, 1973.

Huntingford, Peter, "Obstetric Practice : Past, Present and Future", dans Sheila Kitlinger et John A. Davis (eds.), *Op. cit.*, 1978

Illich, Ivan, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1976.

Kloosterman, G.J., "The Dutch System of Home Births", dans Sheila Kitlinger et John A. Davis (eds.), *Op. cit.*, 1978

Laurendeau, France, *Accoucher à l'hôpital*, mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal, 1978.

Laurier, Marie, « L'hôpital Fleury fait école dans le domaine de l'accouchement conscient », *Le Devoir*, 9 novembre 1978.

Laurier, Marie, « L'expérience de Fleury n'est pas unique, signalent les infirmières », *Le Devoir*, 10 novembre 1978a.

Leboyer, Frédérick, *Pour une naissance sans violence*, Paris, Seuil, 1974.

Levasseur, Madeleine et Madeleine Blanchet, « Sondage sur l'humanisation des soins périnataux », *Carrefour des affaires sociales*, vol. II, n° 1, novembre 1979, p. 30.

Lévy, B.S., Wilkinson F.S. et W. M. Marine, "Reducing Neonatal Mortality Rate with Nurse-midwives", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No. 109, janvier 1971.

Lord, Catherine, « Accoucher est une fête qui nous appartient », *Châtelaine*, vol. XVI, n° 10, octobre 1975.

Lord, Catherine, « Accouchements et chaînes de montage », *L'Actualité*, novembre 1978.

Marieskind, Helen I., *An Evaluation of Caesarean Section in the United States*, Washington (D.C.), Department of Health, Education and Welfare, 1979.

McKeown, Thomas, *The Role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis*, Londres, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

McKnight, John, « Le professionnalisme dans les services, un secours abrutissant », *Sociologie et sociétés*, vol. IX, n° 1, avril 1977.

Mehl, Lewis E. et al., "Home Versus Hospital Delivery : Comparisons of Matched Populations", Communication au congrès de l'American Public Health Association, Miami Beach (Florida), 20 octobre 1976.

Mehl, Lewis E., "The Outcome of Home Delivery Research in the United States", dans Sheila Kitzinger et John A. Davis (eds), *Op. cit.*, 1978.

Mehl, L.E. et al., "Evaluation of Outcomes of Non-Nurse Midwives : Matched Comparisons with Physicians". *Women and Realth*, Vol. V, No. 2, été 1980.

Mercier, Gilles, « L'accouchement sans risque, un mythe ? », *Le médecin du Québec*, supplément Naître aujourd'hui, juin 1979.

Ministère des Affaires sociales, *La périnatalité, une politique du ministère des Affaires sociales*, 1973.

Ministère des Affaires sociales, *Projet de regroupement des services d'obstétrique*, 1974.

Montgomery, T.A., "A Case for Nurse-Midwives", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No. 105, octobre 1969.

Montreuil, Sylvie, « Les femmes, satisfaites de leur accouchement ? ». *La Presse*, 26/02/86.

Oakley, Ann, "Wisewoman and Medicine Man : Changes in the Management of Childbirth", dans J. Mitchell et A. Oakley (eds), *The rights and Wrongs of Women*, Harmondsworth, Penguin Books, 1976.

Oakley, Ann, *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*, Martin Robertson, 1978.

Paris, Ginette, « Tu es née dans notre lit », *Châtelaine*, vol. XVII, n° 11, novembre 1976.

Powles, John, "On the Limitations of Modern Medicine" *Science, Medicine and Man*, Vol. I, No I, 19 73.

Quilligan, E.J., "The Obstetrical Intensive Care Unit", *Hospital Practice*, Vol. VII, No 6, 1972.

Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Cahiers de prestations à l'usage des médecins*, 1978.

Richards, M.P.M., "A Place of Safety ? An Examination of the Risks of Hospital Delivery", dans Sheila Kitzinger et John A. Davis (eds.), *The Place of Birth*, Oxford, New York, Toronto, Oxford University Press, 1978.

Rindfuss, R.R. et al., "Convenience and the occurrence of births. Induction of labor in the United States and Canada", *International Journal of Health Services*, Vol. IX, No 3, 1979.

Roberge, Huguette, « Les groupes d'humanisation des naissances contestent une étude », *La Presse*, 12/02/86.

Sormany, Pierre, « Le cercle vicieux de la chirurgie », *L'Actualité*, septembre 1978.

Tew, Marjorie, "The Case Against Hospital Deliveries : the Statistical Evidence", dans Sheila Kitzinger et John A. Davis (ed.), *Op. cit.*, 1978.

Tougas, Claudette, « Un accouchement à l'hôpital ... mais com-me à la maison », *La Presse*, 9 novembre 1978.

Villa, Julia, « Un effort d'humanisation, l'obstétrique à l'hôpital Christ-Roi de Québec », *Le Médecin du Québec*, supplément Naître aujourd'hui, juin 1979.

Villedieu, Yanick, « Mieux naître », *Québec Science*, vol. XVI, n° 1, septembre 1977.

Young, Diony et Charles Mahan, *Unnecessary Caesareans*, Minneapolis, International Childbirth Education Association, 1980.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

B) *L'invasion de la médecine technologique*

6

Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17^e au 20^e siècle

Par Hélène LAFORCE

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES DE LA NOUVELLE-FRANCE AU BAS-CANADA: 1650-1847

La sage-femme en Nouvelle-France : 1650-1760

L'influence de la France

[Retour à la table des matières](#)

Il est intéressant de constater que la métropole qui colonisa le Québec au 17^e siècle se situait alors à la fine pointe du savoir obstétrical. En effet, depuis deux siècles déjà, la renommée de l'école obstétricale française avait atteint un niveau international. Et cela grâce à ses écoles-maternités uniques au monde ainsi qu'aux découvertes de ses médecins et sages-femmes.

Comme le sont les balbutiements d'une science, les premières théories des chercheur/ses français paraîtront aujourd'hui simplistes. Celles-ci s'avéreront tou-

tefois fondamentales pour la compréhension des phénomènes physiques liés à l'accouchement ainsi qu'à l'élaboration de nouvelles techniques de pratique puis d'enseignement de l'art obstétrical. Voici un exemple parmi tant d'autres. En associant le fonctionnement de l'utérus à celui d'une machine en forme de pompe ⁵⁸, les scientifiques français parviendront à mieux prévenir les complications possibles au moyen de procédures manuelles. Les techniques développées alors avaient davantage pour but de sauvegarder la normalité du processus de la naissance, tout en minimisant les risques, que d'intervenir par le biais d'instruments. L'idéologie prônant la supériorité de l'interventionnisme instrumental sur toute autre technique n'est donc pas le fruit de la pensée française, même si elle l'intégrera facilement.

Les Français ne furent pas précurseurs que dans ce domaine. Ils furent aussi les premiers à produire des traités médicaux innovateurs départageant l'art médical en trois branches bien distinctes. Au sein de cette division, les médecins occupent la place de choix et régissent tout l'art du diagnostic, de la science et du traitement. Le ministère des chirurgiens est plus technique et s'exerce à chaque fois qu'une incision ou un pansement sont requis. Les matrones ou sages-femmes, sont recherchées « partout où leurs yeux et leurs doigts ont été admis par la pudeur pour l'examen de certaines parties qui les ont rendues nécessaires » ⁵⁹.

Cette division du travail est claire et précise. Chaque groupe est régi par des droits et devoirs et structuré selon une hiérarchie stricte. Les « maîtres/ses » s'occupent du contrôle de la qualité de l'art ; les « entretenus/es » sont payés par le roi ; les « ordinaires » et les « jurés » ont seuls le droit de présenter leurs expertises en justice et les « approuvés » jouissent de privilèges locaux.

⁵⁸ Ce modèle mécaniste aurait pu s'avérer faux. Fortuitement, il s'avéra exact.

⁵⁹ Claude De Ferrière. *Dictionnaire de la pratique de la médecine en France*. Paris, Delagrangé, 1773, t. II, p. 222.

*La transplantation des sages-femmes en Nouvelle-France :
1650-1760*

C'est avec toute cette complexité que sera transplantée l'infrastructure professionnelle des sages-femmes en Nouvelle-France. En 1740, tout un réseau de sages-femmes dessert la colonie, de la Louisiane à l'Île Royale (Nouvelle-Écosse). Chaque ville (Québec, Montréal, Louisbourg, la Nouvelle-Orléans) possède sa sage-femme « entretenue » et ses « matrones », « maîtresses-sages-femmes » ou « jurés », au territoire bien délimité. Chaque village s'enorgueillit d'une sage-femme « approuvée », autour de laquelle gravitent les assistantes sages-femmes et les accoucheuses représentant la relève ou l'arrière-garde. La hiérarchie est stricte et bien respectée.

Groupe hétérogène, la profession rassemble sous une même appellation de base des praticiennes de culture et de niveaux économiques fort différents. Plus on s'élève dans la hiérarchie et plus la praticienne est riche et cultivée. Les sages-femmes entretenues ont été formées à l'Hôtel-Dieu de Paris, qui est alors la meilleure école-maternité d'Europe, et leur salaire équivaut presque à celui du chirurgien du roi ⁶⁰. Les sages-femmes des campagnes ont reçu, elles, leurs connaissances en héritage d'une mère, d'une tante ou d'une grand-mère au gré des traditions familiales. Partout se pratique l'apprentissage et il n'est pas rare de lire la mention d'assistante accoucheuse dans les archives. Dans les villages, on exerce le plus souvent dans le cadre de l'entraide même si dans les villes s'amorce déjà une habitude de monétarisation.

Malgré cette diversité, ces sages-femmes se connaissent et se regroupent à l'intérieur d'organismes d'aide, tels les confréries ou les bureaux des pauvres. Dans une colonie où les regroupements corporatifs sont interdits, les sages-femmes n'en ont pas moins réussi à établir une filière de praticiennes leur servant au placement des enfants trouvés et aux mises en nourrice des enfants de la ville à

⁶⁰ 600 livres françaises pour le chirurgien le plus haut placé dans la colonie ; 400 livres françaises pour la sage-femme entretenue. À une époque où l'on payait l'expertise en justice d'un/e praticien/ne en fonction de la qualité de sa personne un chirurgien recevait 20 sols et une sage-femme en recevait 15.

la campagne. Ce qui est exceptionnel pour l'époque. Situé ainsi, leur rôle paraît tout autant social que médical. Il l'est d'ailleurs. Dans les villages, les sages-femmes sont souvent reconnues comme des conseillères à la fois morales et publiques. Dans les villes, la sage-femme salariée par le roi se doit d'être disponible en tout temps, et même gratuitement, pour les besoins des pauvres, assurant ainsi une forme d'assurance santé-grossesse précoce.

L'originalité du système québécois

Toutes proportions gardées, la petite colonie française d'outre-Atlantique semble mieux pourvue en sages-femmes que sa métropole qui connaît aux 17^e et 18^e siècles une pénurie de praticiennes. Ce luxe de fonctionnaires établis, fort coûteux dans son ensemble, reste bien sûr le fait d'un régime absolutiste qui désire que les sujets français jouissent partout des mêmes privilèges. Cette faveur de la métropole est toutefois loin d'être désintéressée. Depuis Colbert et ses subventions à l'enfantement, l'on s'était aperçu que la meilleure façon de peupler une colonie, sans dépeupler la France, était de la doter d'un bon système obstétrical. Il semble que ce pari fut opportun. L'analyse des taux de mortalité infantile et maternelle de cette période prouve en effet que non seulement les Québécoises du temps engendrèrent plus d'enfants mais qu'elles en perdirent aussi moins que leurs consœurs françaises ⁶¹.

Après à peine un siècle de colonisation, la colonie française que l'on appellera un jour le Québec n'est déjà plus la France. L'adaptation des coutumes françaises à un nouvel environnement, tant géographique que social, fait émerger une situation originale, voire avant-gardiste pour l'époque. Au cours de cette mutation, les Québécoises gagnent des droits presque inconnus de leurs consœurs européennes puisque ce ne sont plus les magistrats, les seigneurs ou les curés mais bien les femmes elles-mêmes qui élisent leurs sages-femmes. Privilège qui donne aux femmes de la Nouvelle-France un pouvoir réel de décision dans le domaine des accouchements. Et il y a plus.

⁶¹ Voir à ce sujet Hubert Charbonneau, *Vie et mort de nos ancêtres*, Montréal, Boréal Express, 1972, p. 210.

Au moment où s'amorce en France, de 1720 à 1760, une guerre sans merci entre les chirurgiens et les sages-femmes, il est intéressant de constater que ces deux corps de métier pratiquent dans la petite colonie sans se heurter et en se respectant réciproquement. Loin de dénigrer cette profession, les chirurgiens et médecins endossent au contraire les sages-femmes auprès des autorités, demandant qu'on en envoie en plus grand nombre. Se voisinant d'une façon étroite, chirurgiens et sages-femmes se lient même par des ententes matrimoniales et des responsabilités parentales (parrainat, marrainat).

Structurées et hiérarchisées, bien établies dans leur territoire, efficaces et même avant-gardistes, il n'est donc pas surprenant que ce soient ces sages-femmes qui revendiquent en 1755 au ministre des colonies, la création d'une école d'enseignement de l'art des accouchements ⁶². Projet ambitieux qui les aurait placées en figure de proue du système canadien, prêtes à amorcer le virage quasi technologique qu'effectue au 18^e siècle le savoir obstétrical européen. Comment alors expliquer la disparition de la profession qui va suivre ? S'agirait-il de l'un des effets de la Conquête ?

Les sages-femmes de la Conquête au Bas-Canada (1760-1840) : une profession bien adaptée

L'influence de l'Angleterre sur l'élaboration du système obstétrical québécois

Avec l'arrivée d'un nouveau maître, c'est dans un tout autre scénario qu'il faut replacer l'élaboration du système obstétrical québécois. Une analyse minutieuse permet cependant de constater que les anciennes traditions se poursuivent. Ces dernières doivent néanmoins trouver leur place au cœur des nouvelles règles du jeu qu'apporte le conquérant anglais.

L'Angleterre, à la fin du 18^e siècle, représente pour la colonie beaucoup plus qu'une nouvelle administration. C'est une nouvelle façon de percevoir la réalité

⁶² Archives des colonies, série B, 2 mars 1755.

politique et économique qui s'impose avec la venue du libéralisme, d'une révolution industrielle d'envergure et de la pratique du système parlementaire. C'est aussi, via le puritanisme, une autre manière de concevoir la morale, le rôle des femmes dans la société et même la science. L'impact du protestantisme, qui privilégiera l'intervention de l'homme sur la nature, aura une influence prédominante sur la médecine et l'obstétrique.

Dans cette noble Albion du début du 18^e siècle, la pratique des accouchements se déroule à l'intérieur d'une espèce de « *free market* » non réglementé où médecins et chirurgiens se livrent une lutte féroce. La pratique des accouchements y est encore du ressort des sages-femmes mais l'entrée en scène des forceps, créés par le chirurgien-barbier Chamberlain ⁶³, amène un nouvel enjeu dans le territoire obstétrical. En 1700, cette innovation inaugurera une nouvelle façon de concevoir l'obstétrique et suscitera une polémique qui reste actuelle presque trois cents ans plus tard.

En effet, en 1760, au moment où les Anglais s'installent au Canada, vient de s'achever en Grande-Bretagne le premier débat interventionniste. Dans les nouvelles écoles-maternités de Londres, Glasgow et Édimbourg, médecins et sages-femmes se sont penchés pendant quelques décennies sur un problème de taille. Quel type de connaissances faut-il pour intervenir dans le processus normal de l'accouchement ? Quand et comment utiliser les forceps ? Comme les dangers

⁶³ *Le Petit Robert 2* (1981) ne fait aucune mention de cet homme et c'est dommage. Si les forceps du temps s'avéraient être à l'usage tout autant un instrument de vie que de mort, il est hors de doute qu'ils restaient bénéfiques, bien employés dans les cas difficiles. C'est l'utilisation qu'on en fera qui reste déplorable plus que le principe même. L'utilisation prématurée des forceps pouvait occasionner des dommages, provoquer des infections et des hémorragies et bien souvent écraser la tête du fœtus. Il ne semble pas qu'à cette époque l'utilisation des forceps ait été rendue illégale pour les sages-femmes - comme c'était le cas en France - car nous savons que plusieurs sages-femmes célèbres les utilisèrent en Grande-Bretagne. La réticence de la majorité des membres de la profession envers cet instrument s'explique sans doute : 1) par le coût et la force physique nécessaire à l'utilisation des premiers instruments, 2) par les dangers réels d'utilisation et l'angoisse provoquée chez la femme en couches prévenue contre l'utilisation destructive de l'instrument, 3) par le fait que les chirurgiens refusèrent de vendre des forceps aux sages-femmes et que la tradition de la sage-femmerie connaissait de toutes manières d'autres coutumes.

d'utilisation paraissaient réels, d'autant plus que les chirurgiens qui les utilisaient s'en servaient en toutes occasions, les docteurs des facultés universitaires s'entendirent avec un groupe de sages-femmes d'élite pour convenir que la nature s'avèrait généralement adéquate dans son processus et que toute intervention pouvait faire encourir aux femmes un danger certain ⁶⁴.

C'est à partir de ce consensus que les médecins anglais organisèrent, à la fin du 18^e siècle, un nouvel encadrement légal à leur système obstétrical. L'art des accouchements y devient, au détriment des chirurgiens, une entreprise partagée entre les docteurs, érudits peu enclins à utiliser leurs mains, et les sages-femmes certifiées.

*La réorganisation du système obstétrical québécois
suite à la Conquête anglaise : l'acte médical de 1788*

C'est sans doute pour cette raison que les chirurgiens Blake et Fisher, qui seront consultés lors de l'élaboration de la première loi médicale québécoise de 1788, se montreront favorables à la survie des sages-femmes dans la colonie. Projetant les valeurs de leur temps, ils ne faisaient que reproduire, comme d'ailleurs leurs collègues de Nouvelle-Angleterre, le point de vue des docteurs anglais. De plus, n'aurait-il pas paru injuste aux sages-femmes britanniques de ne pouvoir retrouver dans une colonie anglaise les mêmes privilèges qu'elles venaient d'acquérir dans la mère-patrie ? Il y a pourtant, particulièrement au Québec, d'autres explications possibles à ce préjugé favorable. Ce dernier tient en grande partie, aussi, au verdict d'incompétence des médecins canadiens que porteront les chirurgiens anglais dès leur arrivée en terre canadienne ⁶⁵. Constat qui, même s'il est reconfirmé par les enquêtes de 1819 et celle du fameux rapport Durham en 1831,

⁶⁴ Cela n'en empêchera pas moins les chirurgiens d'utiliser les forceps le plus souvent possible, que l'accouchement soit normal ou non. Cela allait, en raccourcissant le temps du travail, leur donner un net avantage sur les sages-femmes. L'instrument fait la réputation de l'accoucheur et on conseille même à celui-ci, en France, d'en faire montre (Gélis, 1977).

⁶⁵ Enquêtes que l'on retrouve dans le « Rapport du Comité concernant la population, l'agriculture et la colonisation », part. n° 18. Documents constitutionnels 1759-1791, Archives publiques du Canada, p. 918.

doit être regardé aujourd'hui avec prudence, vu l'attitude généralement méprisante dont témoignent les Britanniques vis-à-vis des coloniaux.

Voilà donc vraisemblablement pourquoi les chirurgiens-enquêteurs recommandent en 1775, puis en 1776, la certification des sages-femmes des villes par les mêmes bureaux de contrôle que les médecins (1790-1847) et leur reconnaissance légale. Ils proposent aussi la création d'une école de sages-femmes. L'école ne sera pas mise sur pied mais la profession de sages-femmes sera légalisée. Les sages-femmes seront de ce fait reconnues comme « officiers publics » par le lieutenant-gouverneur et inscrites dans la gazette officielle. Elles occupent aussi un espace spécifique dans les annuaires officiels, dans la section des praticiens médicaux. Dans les villages, les sages-femmes continuent toujours d'être approuvées et contrôlées par l'Église aussi bien que recommandées par un médecin.

Au niveau de l'acquisition des savoirs, les sages-femmes peuvent s'inscrire dans les villes à des cours donnés par des médecins accoucheurs ou poursuivre, comme les médecins, leur apprentissage avec un médecin ou une sage-femme. On peut même supposer que les connaissances des sages-femmes diplômées des nouvelles écoles britanniques surclassaient celles des médecins québécois, qui n'avaient, eux, aucun lieu spécialisé pour apprendre. Les communications plutôt sommaires que ces derniers présenteront de 1820 à 1822, dans le cadre des conférences de la Société médicale de Québec, nous le confirment ⁶⁶.

Côté efficacité et satisfaction de la clientèle, les archives historiques offrent, de fait, le meilleur verdict que l'on puisse trouver : celui des bénéficiaires. Cela est d'autant plus intéressant qu'il est rare, en histoire, de pouvoir ainsi saisir le point de vue des populations du 19^e siècle.

Aux alentours de 1820, deux institutions privées créées afin de pouvoir aider et assister les femmes pauvres lors de leurs couches, voient le jour à Québec. Il s'agit du *Dispensaire de Québec*, créé en 1818 par des médecins à l'approche clinique et de la *Société compatissante de Québec*, administrée dès 1819 par des femmes défrayant le service de sages-femmes. Le fonctionnement de ces deux organismes est construit sur le même modèle. Les praticien/nes offrent leurs services gratuitement, dans la mesure où les femmes sont recommandées par un des

⁶⁶ H. Laforce. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1983, p. 94.

donateur/trices de l'organisation, et se rendent à domicile. Au moment où le Dispensaire fermera ses portes en 1819, soit un an plus tard, son fondateur notera qu'il est dommage qu'aucune femme enceinte ne se soit présentée pour demander leur aide. À l'inverse, la Société compatissante sera débordée dès la première année de sa création par les demandes des femmes et engagera encore en 1862, soit 42 ans après son inauguration, quatre sages-femmes à son service ⁶⁷. Que dire de plus !

Légalisée, structurée, pourquoi ne pas dire compétente, la profession de sage-femme est donc bien installée au moment où s'instaure la Corporation des médecins en 1847. Rien ne laisse alors présager sa disparition future. Et pourtant, déjà à cette époque, les mécanismes qui préluèderont à son élimination sont en place.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES ET MÉCANISMES QUI PRÉVAUDRONT À LA DISPARITION DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC : LE CONTRÔLE DU LÉGAL ET DES SAVOIRS

Il semble que les différentes interventions des médecins vis-à-vis des sages-femmes dépendent de deux variables majeures : les cycles des surplus d'effectifs des médecins et les influences des différents types de médecine en cours en Amérique du Nord et en Europe. Interactions qu'on peut resituer au Québec à l'intérieur de deux phases principales. De 1760 à 1870, les médecins tentent de partager le territoire de l'obstétrique avec des sages-femmes dont ils contrôlent la formation comme en Europe. Puis, à partir de 1870, s'installe une nouvelle tendance qui est celle de les évincer totalement de ce champ de pratique.

⁶⁷ Archives de la paroisse *Notre-Dame-de-Québec*, 42e procès-verbal de la Société compatissante de Québec, 1862.

Les différentes étapes de la « mise au rancart légale des sages-femmes

De 1788 à 1840 : un temps où tout était possible

Dans un premier temps, un groupe de médecins, dirigé par le docteur-député Pierre de Sales Laterrière, tente d'établir un système de contrôle des sages-femmes qui leur assurerait la survie tout en restant sous la tutelle des médecins. Ce groupe présente, de 1790 à 1840, trois projets de loi proposant la certification des sages-femmes des campagnes par les médecins qui assureraient leur formation, ainsi que la parution de « petits catéchismes » visant à leur éducation. Ce même groupe tente d'ouvrir entre autres des cours de sage-femme au Dispensaire de Québec en 1818.

Malgré la parution d'un manuel d'enseignement pour les sages-femmes des campagnes et la nécessité légale pour ces dernières d'obtenir une certification d'un médecin après 1800, il semble que ces mesures eurent peu d'effets pratiques. L'on sent, de moins en moins feutrée à partir de 1820, la montée d'un nouveau groupe de jeunes médecins qui revendiquent des mesures plus draconiennes vis-à-vis des sages-femmes. Cette confrontation n'empêchera pas F.-X. Trudel, à la maternité de Sainte-Pélagie (Montréal) et le Dr. Trestler à la maternité de McGill, de former de nombreuses sages-femmes. Elle n'en augure pas moins assez mal pour l'avenir de cette profession féminine.

On peut, en effet, difficilement imaginer ce qui serait advenu des sages-femmes si le groupe des médecins sympathisants (les « traditionnalistes ») avait eu gain de cause sur leurs détracteurs (médecins « radicaux »). Les sages-femmes mises sous tutelle auraient-elles pu acquérir leur indépendance comme le feront les chirurgiens-dentistes en 1870, les vétérinaires en 1905, les chirurgiens et médecins homéopathes en 1865 et les pharmaciens en 1870 ? Nul ne peut le dire. On peut néanmoins supposer qu'un tel encadrement aurait permis à ces femmes de se réunir, de s'organiser et d'ainsi offrir une solution de remplacement légale à la montée du savoir médical en obstétrique.

*Le temps de l'implantation des bases légales
du monopole médical*

Alors pourquoi ne pas avoir assisté à la création d'une association de sages-femmes au milieu du 19^e siècle ? Deux raisons majeures peuvent l'expliquer. La première est le fait que les conditions socio-économiques des femmes se dégradant au milieu du 19^e siècle, celles-ci se trouvent exclues de tous les lieux de savoir et n'ont de ce fait aucun moyen de se réunir pour faire front commun et défendre leurs droits. La seconde, et sans doute la plus importante, est que les surplus d'effectifs des médecins prennent des proportions alarmantes, justement au moment où survient l'effritement de leur territoire dû à l'émancipation des autres professions. Par exemple, les médecins qui avaient obtenu le monopole sur la vente des médicaments en 1863 le perdent deux ans plus tard avec la légalisation de l'Association des pharmaciens. Aux aguets, ils ne peuvent laisser échapper le territoire de l'obstétrique devenu de plus en plus vital pour leur profession, ce qui serait advenu avec la professionnalisation des sages-femmes.

Si, de 1847 à 1870, les médecins, occupés à bien asseoir leur unité et leurs institutions d'enseignement, se montrent tolérants vis-à-vis des sages-femmes, en 1870, leurs assises bien établies, ils passent à l'action. À partir de ce moment, ces praticiens seront partout et à tous les niveaux, veillant à la fructification de leurs gains. Cela inclut autant la surveillance et le harcèlement des sages-femmes des campagnes (1890-1980) que le contrôle de celles qui sont diplômées, qu'elles soient sages-femmes (1870-1920), infirmières sages-femmes (1920-1980) ou immigrées (1920-1986). Le contrôle des médecins s'avérera plus tenace et rigoureux pour les sages-femmes diplômées qui sont sans doute les plus menaçantes.

Le contrôle des sages-femmes québécoises : de 1870 à 1986

Dans un premier temps, la Corporation laisse se continuer la pratique des sages-femmes autodidactes dans les campagnes en espérant que ce groupe s'éteigne de lui-même avec la venue du « progrès » et de la « civilisation » : il s'agit ici du

médecin et de l'hôpital. En fait, au départ, la Corporation tente de poursuivre ces pratiquantes par le biais d'amendes mais doit vite se montrer tolérante dans les cas où la population les défend. C'est le cas du village de Sacré-Coeur au Saguenay en 1919. La Corporation règlera alors hors cours pour ne pas établir de précédent.

Dans un second temps, leur action touchera plus particulièrement la limitation du territoire des sages-femmes diplômées. Un procès survenu en 1879 nous prouve que tout développement de cette profession était devenu impossible. C'est au moment où les médecins sont le plus hantés par l'excès de leurs effectifs dans les villes qu'une sage-femme obtient par le biais de la magistrature un gain important pour sa profession. S'appuyant sur la déposition du Dr. Hingston, alors président de la Corporation, le juge décrète :

« que la demanderesse a le droit de donner les soins qu'elle a donnés, que le mot sage-femme doit être pris dans le sens large, que les sages-femmes peuvent exercer leur profession pendant et avant la grossesse, qu'ainsi elles peuvent voir à ce que les organes de la femme soient placés dans un état convenable à la conception et à une grossesse heureuse » ⁶⁸.

Comme ce verdict est important « puisqu'il établit un précédent tendant à étendre les privilèges et les droits des sages-femmes » ⁶⁹, la Corporation agit avec célérité. Le docteur Hingston affirme dans un article publié en 1880 qu'il n'avait pas le choix dans son témoignage puisque « le Bureau de médecine venait d'apporter une définition de ce terme (sage-femme) lors de sa dernière réunion de mai 1879 » ⁷⁰. Qu'à cela ne tienne. Le Bureau n'aura qu'à se réunir de nouveau en avril 1880 et à apporter un autre amendement aux règles pour que le gain des sages-femmes réalisé par le biais de la justice devienne caduc. Le nouvel amendement se lira ainsi : « la licence de sage-femme ne lui donnera que le droit de faire des accouchements et non de pratiquer la médecine même dans les cas résultant de l'accouchement » ⁷¹.

⁶⁸ « ... Des sages-femmes ». *L'Union médicale du Canada*. vol. IX, 1880, p. 275.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 277.

⁷⁰ « ... Des sages-femmes ». *L'Abeille médicale*. vol. 2, 1880, p. 255.

⁷¹ « ... Des sages-femmes ». *L'Union médicale du Canada*. vol. IX, 1880, p. 277.

Ainsi contrôlée, l'extension de la profession s'avérait impossible. La venue massive des sages-femmes étrangères, plus conscientisées et mieux structurées, aurait pu apporter un nouveau leadership à la profession. Mais là aussi la Corporation veillait.

Le cas des sages-femmes immigrées

Pour illustrer la situation des sages-femmes immigrées nous nous servirons d'un cas d'ailleurs très imagé : celui d'Anna Farina Colantini, sage-femme italienne ⁷².

Assurée en 1961 par l'Ambassade du Canada à Rome de pouvoir exercer la profession qu'elle pratique depuis plus de 15 ans, cette sage-femme diplômée d'une des meilleures maternités d'Italie se voit refuser l'octroi d'un certificat de pratique par la Corporation des médecins, sous prétexte qu'elle n'a pas suivi dans une université canadienne les six mois de cours qu'exige l'article 33 de la loi médicale. Parrainée par un médecin de ses amis qui prend sa défense, payant les services d'un avocat, cette femme accepte finalement de suivre les cours... mais voilà, ces cours ne sont offerts qu'à l'Hôpital St-Sacrement de Québec et réservés aux seules religieuses missionnaires.

L'exemple des sages-femmes immigrées démontre bien la manière dont les médecins se sont préoccupés du sort des sages-femmes en général. Le fait que tous les procès concernant les sages-femmes immigrées se soient réglés hors cours nous renseigne par une voie indirecte sur l'intégrité du processus. Dans une lettre adressée au registraire de la Corporation en 1963, le docteur Augustin Roy résume bien l'attitude de cette dernière.

Il semble que la politique actuelle du Collège soit de ne pas octroyer de licence de sage-femme. En l'occurrence, je me demande s'il ne serait pas sage de faire disparaître complètement de nos règlements ce fameux article 33. Cet article est vétuste et va contre les moeurs actuelles de la po-

⁷² Archives de la Corporation des médecins. « Dossier sages-femmes », cas de Anna Farina Colantini, 1961.

pulation. Je crois qu'en agissant ainsi, le Collège pourrait éviter des problèmes futurs ⁷³.

N'est-il pas révélateur, d'ailleurs, que la Corporation n'ait jamais demandé au législateur, du moins officiellement, d'abolir l'article 33 ?

En résumé

Concrètement, la situation se présente ainsi. La loi reconnaît jusqu'à notre époque le droit d'exercice des sages-femmes mais ces dernières se voient systématiquement placées dans l'illégalité à cause du refus de la Corporation des médecins de leur accorder des permis de pratique. Ce processus légal n'aurait jamais pu se réaliser sans son pendant institutionnel que sera le contrôle des facultés d'enseignement par les médecins. C'est de ce contrôle dont il sera question dans les pages suivantes.

1847-1930 : le temps de l'élaboration et du contrôle des lieux de savoir

1847-1870 : la création des facultés universitaires

L'époque qui va de 1840 à 1870 est une période essentielle pour l'affirmation du savoir des médecins. C'est le temps de la création des facultés universitaires de médecine. Délaissant l'expérience des écoles privées américaines, prolifiques en conflits et souvent peu viables car plus enclines à faire de l'argent qu'à offrir des cours sérieux, le législateur québécois opte pour la centralisation. Cela implique que toutes les écoles de médecine devront s'associer à une université qui elle, décernera les diplômes. Comme il y eut peu d'universités, il y aura peu de facultés de médecine. En 1829, le Montréal Lying In s'associe à la faculté de médecine de McGill. L'École de chirurgie et de médecine de Montréal s'allie à ce qui deviendra

⁷³ Ibid., Lettre de Augustin Roy à J.-B. Jobin, avril 1963, p. 2.

la future Université de Montréal en 1845. L'École de Québec ouvre sa propre faculté à l'Université Laval en 1848. Bishop fera de même en 1871. Encore aujourd'hui, on ne dénombre que quatre facultés de médecine au Québec soit celles de Laval, Montréal, McGill et Sherbrooke.

Cette concentration sera fort importante car elle permettra un meilleur contrôle de ces institutions et de leurs savoirs autant de la part de l'Etat que de la Corporation. Si les sages-femmes gardent encore leur place à l'intérieur de cette infrastructure - c'est encore une maîtresse sage-femme qui enseigne aux internes de la maternité de McGill jusqu'en 1880 ; des cours sont aussi offerts aux sages-femmes, à Ste-Pélagie, jusqu'en 1920 - elles perdent cependant peu à peu le contrôle administratif et formel dans ces mêmes institutions. Si les femmes en général, et les sages-femmes et religieuses en particulier, n'avaient pas été évincées de ces véritables lieux de décision, l'histoire qui va suivre aurait sans doute été différente.

Étalée sur une longue période, l'analyse des différents mécanismes par lesquels s'effectue le contrôle des savoirs peut être divisée en deux étapes : le contrôle des maternités, de 1840 à 1880, et l'emprise du savoir gynécologique, de 1870 à 1930.

Le contrôle des maternités

L'influence des facultés universitaires apparaît dès le moment où ces institutions s'implantent à l'intérieur des maternités-refuges dirigées par des religieuses. Maternités qui « accueillent » depuis 1840 les filles-mères pour accoucher. D'abord introduits comme bénévoles, les praticiens francophones imposent graduellement leurs directives et leur façon de voir grâce aux contrats de plus en plus serrés qui les lient avec les congrégations religieuses. Les religieuses n'ont d'ailleurs guère le choix puisque elles ont besoin des subventions universitaires. De leur côté, les médecins doivent mettre à leur main ce matériel d'enseignement, devenu de plus en plus important avec l'amélioration de la formation pratique en obstétrique et l'augmentation des étudiants en médecine.

Du côté anglophone, la procédure sera plus simple. Les médecins n'auront qu'à investir le conseil d'administration de la maternité de McGill et à faire démissionner la sage-femme instructrice, en 1880. Du côté francophone, la mainmise graduelle des médecins sera aussi efficace. Elle aura pour conséquence d'abolir après 1920 les cours de sage-femme pour les remplacer par ceux d'infirmière.

De fait, l'on ne peut véritablement utiliser le terme abolir. La manière est plus subtile. En 1913, puis en 1915, la supérieure de Ste-Pélagie demande à la Corporation des médecins la permission de prolonger les stages de sage-femme pour les rendre conformes aux critères de la loi. « Ceci afin de former des sages-femmes plus compétentes qui par leurs soins intelligents ne mettraient ni la sécurité du public ni la réputation de l'école en danger » ⁷⁴. Dans un mémoire important, le groupe de religieuses propose la création d'un cours de sage-femme autonome qui servirait de recyclage possible aux infirmières. Comme les médecins demandent eux aussi à pareille date plus d'heures de stage, la Corporation ne répondra jamais à la requête des religieuses. Il n'y avait de place que pour un praticien en obstétrique et on avait décidé que ce serait le médecin.

La montée et le triomphe du savoir gynécologique

La création des facultés universitaires aura un autre impact, plus difficilement perceptible sur l'évolution du savoir obstétrical. En obtenant le droit de contrôler l'entrée des étudiants en médecine, les médecins excluront les femmes des facultés médicales francophones jusqu'en 1920. Elles n'auront ainsi aucun droit de parole dans ces hauts lieux de savoir où se crée et s'affirme l'approche gynécologique qui sera bien enracinée dès 1930. Approche pourtant fondamentale car c'est à partir d'elle que l'on déterminera les concepts modernes de « la nature féminine », que l'on définira l'accouchement comme un événement pathologique et dangereux et que l'on privilégiera l'approche interventionniste (anesthésie, forceps, césariennes, pubiotomie, etc.), prémisse à la déshumanisation des soins.

⁷⁴ Archives de la Miséricorde, Lettre de la supérieure au secrétaire de la Corporation des médecins, 8 mai 1915.

En 1920, circulait partout ce précepte d'un des éminents gynécologues du temps : « That modern women were the nervous inefficient product of modern civilisation » (cité par Summey et Hurst, 1986 : 140). Selon ce gynécologue, le 20e siècle, avec son environnement et son éducation, a accentué l'hypersensibilité de la femme, particulièrement de la femme bourgeoise qui est la clientèle cible pour les médecins de l'époque, atrophiant ses capacités nerveuses et physiques. Ce qui légitimera l'emprise grandissante et protectrice du contrôle médical.

Contestée en Europe par les sages-femmes qui parviendront à sauvegarder une approche plus normale du processus de la grossesse en limitant l'intervention des gynécologues aux cas à risques, cette thèse sera aussi prise à partie au Québec par les « traditionnalistes ». Le gain des « radicaux » aura finalement des répercussions importantes pour les femmes. Il sera la base d'une vaste campagne de publicité visant à attirer les femmes dans les hôpitaux, jugés plus sécuritaires (1880-1920). Il marquera aussi le début de l'hospitalisation des parturientes qui prendra après 1960 une ampleur sans précédent. Il aura enfin comme conséquence d'éloigner les femmes-médecins de la pratique de l'obstétrique, leur « faiblesse physique » et leur « coeur tendre » ne leur permettant pas d'affronter un spectacle si difficile à supporter pour leur sensibilité. C'est cette même vision de la nature féminine qui servira d'argument à la limitation du champ de pratique des infirmières spécialisées en obstétrique.

La position des infirmières vis-à-vis des sages-femmes

Impliquées en tant qu'infirmières des colonies au Québec de 1920 à 1970 ou à l'échelle de l'aide internationale, les infirmières sont les premières impliquées par les enjeux du dossier sage-femme. La possibilité d'une formation spécialisée en obstétrique qui leur est offerte sporadiquement de 1940 à 1972, ainsi que de spécialisation sage-femme de 1962 à 1972 à l'Hôpital Saint-Sacrement de Québec, les positionne comme les premières sages-femmes potentielles. Quelle est donc leur position dans ce débat ?

De 1897 à 1920, la surintendante de l'Ordre de Victoria, Charlotte Hanington, tente de convaincre les infirmières de se lancer dans la profession de sage-femme. L'Association des infirmières du Canada refuse une première fois de s'impliquer

dans cette voie parce que les travaux ménagers associés à la tâche des sages-femmes que propose Hanington semblent inconciliables avec la mystique de Nightingale. Elles s'opposent par la suite en 1917, par peur de la concurrence à leur profession que peut amener la venue de sages-femmes britanniques. La sage-femme pourrait en effet devenir une concurrente potentielle à la profession d'infirmière déjà peu établie, si on se fie à la réaction d'un groupe d'infirmières de Québec qui demande l'abolition du cours de sage-femme donné par l'Institut technique de Québec en 1930.

Globalement, c'est surtout parce que les infirmières endossent généralement l'idée que le médecin est le meilleur intervenant dans les cas d'obstétrique qu'elles refusent d'investir une profession qui pourrait leur assurer une nouvelle autonomie. Le débat est encore ouvert à notre époque, entre l'Ordre des infirmières et les différents regroupements syndicaux d'infirmières.

LES RAISONS ET INTÉRÊTS DES MÉDECINS À INTERVENIR EN OBSTÉTRIQUE

L'élimination de la profession de sage-femme par les médecins se situe donc, chronologiquement, entre 1840 et 1960. Elle tient à des causes et à des mécanismes qui ont été étudiés par de nombreux chercheurs et chercheuses à l'échelle internationale, ce qui montre bien que la situation québécoise n'est pas unique en son genre. De nombreux historien/nes tant américains, australiens que canadiens, ont observé le même scénario de base dans leur pays d'origine ⁷⁵. Ils en ont tous tiré des constatations similaires.

⁷⁵ Pour l'Australie, consulter Evan Willis, *Medical Dominance : The Division of Labor in Australian Health Care*, George Allen & Unwin Australer Phy. Ltd., 1983. Aux États-Unis, la bibliographie sur les sages-femmes comprend plusieurs centaines de titres. Est à conseiller plus particulièrement l'excellente synthèse de Richard et Dorothee Wertz, *Lying In : A History of Childbirth in America*, publié chez Schocken Book en 1977. Aussi, de Judith Wlazer Leavitt, "Science Enters the Birthing Room : Obstetrics in America since the Eighteenth Century", *Journal of American History*, sept. 1970 et de Frances Kobrin, "The American Midwife Controversy", *Bulletin of the History of Medicine*, juillet-août 1966, qui sont des classiques. En Ontario, il faut noter

Les médecins évacuent les sages-femmes du domaine de l'obstétrique parce que ce champ de pratique devient, à mesure que les surplus d'effectifs médicaux alimentent la concurrence, l'exercice de base pour l'établissement d'une clientèle. Cette élimination ne dépend pas d'une efficacité supérieure de la pratique obstétricale par rapport à celle de la sage-femmerie, même si des critères d'efficacité seront utilisés a posteriori pour légitimer la démarche. Des études rigoureuses ont prouvé que l'intrusion massive des médecins en obstétrique entre 1900 et 1930, qui est l'époque de l'évacuation des sages-femmes, n'a pas abaissé les taux de mortalité périnatale (Oppenheimer, 1983 ; Wertz, 1979). Au contraire, il semblerait même que ces taux auraient augmenté à cause du type d'intervention pratiqué bien souvent par des médecins encore inexpérimentés dans leur technique. Selon un rapport de la Maison Blanche datant de 1933 (*Foetal, Newborn and Maternal Mortality and Morbidity*), le nombre d'enfants morts à cause de blessures se serait accru de 40 à 50% de 1915 à 1929, tandis que la moitié de la mortalité des femmes en couches aurait été redevable à des interventions inadéquates.

De plus, il serait faux de croire que l'élimination des sages-femmes tiendrait à une prise de position unanime de la part des membres de la profession médicale. Les positions des médecins vis-à-vis des sages-femmes ont été au cours du dernier centenaire tout aussi diverses que contradictoires. Les historiens Jean-Marie Fecteau et Jacques Bernier pour le Québec et Howard S. Berliner pour les États-Unis ont d'ailleurs démontré que les orientations prises par la profession médicale au tournant du siècle, qui déterminent encore aujourd'hui l'idéologie de la pratique médicale, ont été le fait d'un groupe très particulier de médecins qu'on a appelé « les réguliers » (Fecteau, 1976 ; Berliner, 1976 ; Bernier, 1979). Ce sont eux qui, en s'immiscant à l'intérieur des instances législatives et institutionnelles, ont pu gagner à la Corporation médicale le pouvoir de censure qu'elle détient maintenant en matière de santé.

Enfin, autre détail intéressant, il est remarquable de noter que les pays où la profession de sage-femme a été évacuée sont tous d'anciennes colonies britanniques. Le fait que ce soient d'anciennes colonies est d'importance. D'abord parce que ce sont des lieux où l'absence de traditions issues d'un mandarinat médical a laissé toute latitude à la libre concurrence dans le domaine médical. Ensuite, les

le travail remarquable de Jane Lewis, Lesley Biggs et Jo Oppenheimer dont les travaux sont parus dans l'Ontario Historical Society en mars 1983.

colonies sont généralement des lieux où les grossesses sont nombreuses, ce qui ne pouvait que revaloriser l'image des grandes familles et par le fait même de l'obstétrique. Mais l'Angleterre n'est pas la seule à posséder des colonies. Doit-on entrevoir, dans cette similitude, un effet du génie protestant très favorable au principe de la domination de l'homme sur la nature ainsi qu'aux répercussions en obstétrique des libéralismes économique et institutionnel britanniques ?...

L'ÉLIMINATION DES SAGES-FEMMES : UNE LEÇON DE L'HISTOIRE

La disparition des sages-femmes au Québec est liée à un processus d'élimination qui s'inscrit dans les enjeux de la concurrence. Cette disparition est importante car elle enlève aux femmes une solution de rechange importante dans un domaine primordial pour elles. Mais l'importance du rôle des médecins ne doit pas nous faire oublier un fait. Cette concurrence est autant une affaire de femmes que d'hommes. Si les médecins ont réussi pendant un siècle à établir puis à stabiliser leur monopole, c'est que le discours d'efficacité qu'ils ont transmis a été bien intégré par les femmes, qui l'ont accepté. En 1900, les journalistes de *Femmes du Canada* écrivaient : « s'il est encore possible d'obtenir une formation de sage-femme ainsi qu'un permis de pratique, ce métier leur apparaît comme une chose du passé ».

Il est peut-être intéressant de réfléchir sur cette dimension de l'histoire au moment où s'annoncent d'autres dépossessions.

Références

Berliner, Howard S., « La consolidation du pouvoir médical au début du siècle : une nouvelle interprétation du rapport Flexner », 1976, p. 93-118 dans *Médecine et société. Les années 80*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 4e édition, 1985, 554 p.

Bernier, Jacques, « Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921, quelques données statistiques », *Recherches sociographiques*, vol. XX, n° 1, janvier-avril 1979, p. 41-58.

Fecteau, Jean-Marie, *Pauvres, indigents et assistés au Québec : modes successifs d'insertion de l'État dans le processus de réduction des discordances sociales*, Québec, MAS, juillet 1976, polycopié, 375 p.

Gélis, Jacques, « La formation des sages-femmes et accoucheurs au 17e et 18e siècles ; évolution d'un matériel et d'une pédagogie », *Annales de démographie historique*, 1977.

Laforce, Hélène, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1983, 236 p.

Oppenheimer, Jo, "Childbirth in Ontario : the transition from home to hospital in the early twentieth century", p. 37-59, dans *Ontario Historical Society*, Vol. 75, No 1 (mars) 1983.

Summey, Pamela S. and Marshe Hurst, "Ob/Gyn. on the Rise : the evolution of professional ideology in the twentieth century-Part I", *Women & Health*, Vol. II (1), Spring 1986, p. 140.

Wertz, Richard et Dorothée, Lying in : *A history of childbirth in America*, New York, Schocken Book, 1979, 260 p.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

B) **L'invasion de la médecine technologique**

7

Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle ⁷⁶

*Par Marc Renaud, Suzanne Doré
Roxane Bernard, Odile Kremp*

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

Au cours de la dernière décennie, la médicalisation de la grossesse a fait l'objet d'un débat social important. C'est le mouvement féministe qui fut au coeur de ces polémiques. Il a questionné divers aspects de la prise en charge de la grossesse normale, dénoncé les abus d'un professionnalisme qualifié de sexiste, autoritaire et discriminatoire, de même que les effets de dépendance et de passivité engendrés par la monopolisation du savoir médical ⁷⁷. Ce sont les féministes encore qui ont dans plusieurs cas alerté l'opinion publique et le milieu médical des dangers et

⁷⁶ Cette recherche a bénéficié de l'appui financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, du ministère des Relations internationales (Accords de coopération franco-québécoise) et de l'Institut de recherches en santé et sécurité du travail.

⁷⁷ Corea, 1977 ; De Koninck, Saillant, Dunnigan, 1983 ; Ehrenreich, English, 1982 ; Roberts, 1981 ; Scully, 1980.

de l'inutilité de certaines pratiques : on n'a qu'à penser à leur implication dans le dossier du DES ou dans celui des interventions chirurgicales et technologiques lors de l'accouchement (épisiotomie, monitoring foetal, etc.). À l'opposé, cependant, d'autres ont soutenu que la médecine, loin d'aliéner les femmes, les a sauvées. Pour Shorter, par exemple, c'est la médecine qui a mis un terme à leurs souffrances millénaires, réduit au maximum les risques de mortalité et de morbidité associés à la grossesse et garanti la sécurité de l'accouchement. Plus encore, selon lui, « la fin de l'infériorisation physique de la femme a été une condition sine qua non de la naissance du féminisme » (Shorter, 1984 : 10) et est largement tributaire des progrès de la médecine et de la chirurgie. Quant au contrôle médical de la maternité et à son corollaire, l'absence d'autonomie des femmes, c'est le prix à payer pour avoir de beaux bébés bien roses et faire de l'accouchement un moment privilégié de la féminité.

Médecine de libération ou médecine d'oppression, les positions s'affrontent sans toujours se réalimenter, en enlisant le débat dans une polémique stérile entre partisans et adversaires de la médecine moderne. Pour dépasser ce débat, il faut aller voir comment concrètement a évolué la prise en charge médicale de la grossesse normale. Faire l'histoire sociale de l'obstétrique, c'est voir comment ce champ de pratique s'est constitué, dans quel contexte, avec quels appuis et avec quelles conséquences. C'est aussi voir à l'oeuvre un processus d'essais-erreurs dans le choix des techniques d'intervention comme dans celui des normes d'une « bonne » grossesse. Bref, c'est comprendre pourquoi et comment la médecine a atteint, en matière de grossesse, la position hégémonique qu'on lui connaît maintenant.

C'est cette histoire sociale de l'obstétrique que nous avons tenté de faire en analysant de manière comparative les 17 éditions du Williams' Obstetrics au cours de ce siècle (1906 à 1985 inclusivement). Manuel le plus utilisé en Amérique du Nord pour la formation des étudiants, il est le représentant exemplaire des normes et des pratiques de la communauté médicale. Il en exprime, à chaque édition, les consensus de base ⁷⁸.

⁷⁸ L'étude se poursuit en intégrant d'autres manuels : elle vise à comparer l'évolution de la prise en charge obstétricale de la grossesse normale dans différents contextes sociaux et scientifiques (par exemple, le Combined

Le constat le plus important - et que nous décrirons tout au long de ce texte - c'est que le regard médical sur la grossesse a changé radicalement tout au long de notre siècle. À telle enseigne d'ailleurs qu'il faut voir, dans l'histoire de l'obstétrique, trois périodes distinctes, en rupture les unes avec les autres, sur l'ensemble des éléments décrits dans le tableau 1.

À chacune des périodes, le contexte, le regard et les pratiques se transforment. On peut les découper ainsi :

- I. 1906-1950 : Le regard médical essaie de s'affirmer. Les obstétriciens ont de plus en plus le sentiment de pouvoir agir efficacement sur le déroulement de la grossesse, mais doivent négocier avec les femmes l'utilisation de leurs services.
- II. 1950-197 : Le regard médical devient légitime, suite aux succès remportés en particulier au chapitre de la mortalité maternelle. Il s'institutionnalise dans l'hôpital et dans une spécialité, celle de l'obstétrique. La grossesse est dès lors médicalisée, s'octroyant l'adhésion de la clientèle.
- III. 1971-1985 : Le regard médical devient hégémonique. C'est lui seul qui définit ce qui doit être fait pour avoir une bonne issue de grossesse. De plus, l'introduction des techniques de la sémiologie foetale modifie considérablement la prise en charge de la grossesse normale : le fœtus devient en quelque sorte le nouveau patient.

Tableau 1
Principales variables analysées dans le manuel

CONTEXTE	REGARD MÉDICAL	PRATIQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Progrès des connaissances et développement technologique - Réduction de la mortalité maternelle et périnatale - Organisation des soins - Organisation professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Conception de la grossesse, des femmes et de la prise en charge de la grossesse normale 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi médical souhaité - Types d'intervention privilégiés - Conseils sanitaires privilégiés

Depuis le début du siècle, le Williams montre que le nombre des obstétriciens en Amérique du Nord augmente, la qualité de la formation s'améliore, le pourcentage d'accouchements à l'hôpital s'accroît (pour atteindre presque 100% à la fin des années 50). Avec l'amélioration des conditions de vie (et donc de santé) et avec l'apparition des transfusions sanguines (édition de 1930), de certains antibiotiques et des sulfamides (édition de 1941), la mortalité maternelle diminue radicalement, de 80 décès par 10 000 naissances vivantes en 1920 à quatre dans les années 50, à près de zéro depuis 1975. Le déclin de la mortalité néonatale fut plus lent, passant de plus de 30 décès par 1 000 naissances vivantes en 1935 à près d'une vingtaine durant les années 50 et 60 (découverte de la pénicilline, découverte des sous-groupes sanguins rhésus (1940) et du rôle de l'iso-immunisation foeto-maternelle), à moins de dix dans les années 80 (développement des techniques de diagnostic prénatal, de la néonatalogie, etc.).

À travers ces progrès remarquables, ce sont les rapports que le médecin entretient avec les femmes enceintes qui se modifient profondément. La grossesse devient de plus en plus une sorte de maladie ou, à tout le moins, de phénomène

qu'on doit suivre médicalement de très près. Les facteurs sociaux et environnementaux sont de plus en plus négligés au profit des seuls facteurs biologiques. L'essor de la technologie fait en sorte que le suivi de grossesse relève d'une expertise de plus en plus sophistiquée. Bref, pour prévenir les mauvaises issues de grossesse (malformation, prématurité, trop petit poids à la naissance), les rapports entre le médecin et sa patiente se transforment au point de devenir méconnaissables d'une période à l'autre. C'est ce que nous verrons en examinant chacune des périodes, selon les différents éléments présentés dans le tableau 1.

PREMIÈRE PÉRIODE : VERS L'AFFIRMATION DU REGARD MÉDICAL (1906-1950)

La très forte mortalité maternelle et périnatale du début du siècle pousse la profession médicale à intervenir. Cependant, l'insuffisance des connaissances et des outils thérapeutiques et par là l'absence de résultats sanitaires tangibles, la quasi-inexistence de ressources professionnelles et matérielles, l'habitude sociale de l'accouchement à domicile, parfois sans assistance médicale, constituent des obstacles de taille quant à son désir d'intervention.

L'histoire de cette première période est celle de la disparition progressive de ces obstacles et du passage d'une préoccupation pour la grossesse à une véritable maîtrise.

Éléments contextuels

Connaissance et technologie médicales

Jusqu'aux années 30, les progrès scientifiques sont lents ; l'obstétrique connaît à peine les mécanismes physiologiques de la grossesse et dispose de peu de moyens d'intervention. Qui plus est, certaines interventions comportent des risques élevés de mortalité par infection et hémorragie. On connaît peu de choses sur le fœtus, lequel est vu comme partie intégrante de la mère. Les signaux qu'il émet

ne sont pris en considération que dans la mesure où ils participent au diagnostic de certitude de la grossesse. Jusqu'en 1936, la fin prématurée de la vie foetale n'est envisagée qu'au chapitre de l'avortement.

À partir des années 30, on assiste au développement accéléré des connaissances et des outils thérapeutiques. Les rayons X, bien qu'utilisés depuis le début du siècle pour la pelvimétrie, constituent à partir de 1926 le premier moyen technologique de confirmation de la grossesse et un outil apte à fournir des renseignements sur la position du fœtus et certaines malformations fœtales ; ils facilitent la prise de décision quant à l'induction prématurée du travail. Une meilleure connaissance des hormones de grossesse permet la mise au point des premiers tests de grossesse. C'est en 1930 qu'on introduit les transfusions sanguines et on mentionne en 1941 l'emploi des antibiotiques et des sulfamidés.

La connaissance du fœtus progresse, bien que lentement, grâce à l'observation des produits de fausse couche ou d'avortement et à l'expérimentation animale (différences entre la circulation fœtale et néonatale, détermination du sexe (édition de 1926), hormonologie). Mais il faut attendre la naissance pour diagnostiquer avec certitude la plupart des malformations. La syphilis est, jusqu'à la 7^e édition (édition de 1936), la principale cause de mortalité fœtale. L'érythroblastose fœtale reste mystérieuse, jusqu'à ce que Landsteiner découvre les sous-groupes sanguins rhésus (édition de 1940) et Levine le rôle de l'iso-immunisation foeto-maternelle dans la genèse de cette maladie (édition de 1941).

Par ailleurs, la prématurité devient une maladie du nouveau-né (1941, 8^e édition), mais elle n'est définie qu'en fonction du poids et non en fonction de l'âge gestationnel : sont prématurés les nouveaux-nés pesant de 1500 à 2 500 grammes. Ses causes sont mal comprises, il n'y a donc pas de prévention. Jusqu'à la 8^e édition (1941), la mortalité du fœtus ou du nouveau-né est abordée cas par cas (syphilis, certaines présentations, hémorragies intra-crâniennes, etc.). Dans la 8^e édition (1941), un paragraphe apparaît, « La mortalité infantile », qui regroupe toutes les morts fœtales et néonatales jusqu'au quatorzième jour de vie. Il se constitue ainsi un début de vision globale de la mortalité et de la morbidité.

Santé maternelle et infantile

Jusqu'aux années 30, le rachitisme est responsable chez les mères d'un fort taux de bassins rétrécis, cause de plusieurs difficultés lors de l'accouchement. L'hémorragie, l'infection puerpérale et la toxémie sont les trois principales causes de mortalité et rendent compte d'environ 90% des décès maternels liés au processus reproductif. Peu de progrès sont accomplis en matière de morbidité périnatale.

Le regard médical

Le regard médical s'affirme sans s'imposer tout à fait. Les soins prénatals émergent et la préoccupation centrale de l'obstétrique, pendant toute cette période, est de convaincre les femmes enceintes du bien-fondé d'un suivi médical.

Le Williams insiste beaucoup sur la nécessité pour le médecin de gagner la confiance de la femme et de l'encourager à consulter et à lui faire part de ses symptômes, plutôt qu'elle ne s'en remette à ses amies. On explique longuement au médecin comment venir à bout des résistances des femmes à se soumettre aux examens. Les termes utilisés pour décrire le rôle du médecin sont éloquentes : de 1919 à 1926, il doit encourager la femme enceinte à s'enregistrer au dispensaire et à y retourner mensuellement. À partir de 1926, il doit lui enseigner de telles pratiques. Règle générale, l'obstétricien s'adresse à ses patientes sur un ton beaucoup plus « éducatif » qu'autoritaire. Les femmes possèdent encore un pouvoir de négociation et de décision. Ce sont elles qui décident en outre du lieu d'accouchement ⁷⁹.

Par ailleurs, le Williams met en relief l'importance du rôle psychologique de l'obstétricien : celui-ci doit sécuriser la femme enceinte.

Le médecin a le devoir de gagner la confiance de sa patiente. Il doit l'encourager à venir le voir chaque fois que quelque chose l'inquiète plutôt

⁷⁹ Le choix est proposé à partir de l'édition de 1919. Auparavant, on ne mentionnait que le domicile de la patiente comme lieu d'accouchement.

que de la laisser prendre conseil auprès de ses amies. Lors de sa première grossesse, une femme a généralement besoin d'être rassurée relativement aux dangers de la parturition. Savoir qu'elle est entre les mains d'un médecin compétent et consciencieux contribuera largement à la paix de son esprit aussi bien qu'à son bien-être physique (Williams, 1re éd., 1906 : 175, traduction libre).

C'est donc beaucoup sur la base des besoins psychologiques de la femme, tels que perçus par l'obstétrique, qu'on définit la relation médecin-patiente.

L'idée suivant laquelle des soins prénatals sont nécessaires, progresse durant toute la période. Le premier jugement porté sur le bien-fondé des soins prénatals sera émis en 1926. On mentionne la nécessité d'une supervision stricte et vigilante des symptômes. On note aussi le bien-fondé des dépenses publiques en ce domaine et on qualifie les initiatives prises en matière de soins prénatals de « réalisations honorables ».

Cette volonté de « vendre » des soins prénatals aux femmes s'appuie sur une certaine conception de la grossesse et sur un jugement par rapport aux femmes enceintes. La grossesse est d'abord présentée comme un processus normal mais on prend bien soin de souligner que la frontière entre santé et maladie est difficile à tracer. La normalité est donc à la limite une porte ouverte sur la maladie puisque les changements physiologiques accompagnant la grossesse menacent la santé de la femme.

Mais quand on garde en mémoire les nombreux changements qui surviennent dans l'organisme maternel, il appert que la frontière entre santé et maladie est moins distincte au moment de la gestation qu'à tout autre moment. Les dérèglements légers qui ordinairement n'ont que peu de conséquences, peuvent aisément donner lieu à des conditions pathologiques pouvant menacer sérieusement la vie de la mère ou de l'enfant, ou les deux (Williams, 1re, éd., 1906 : 175, traduction libre).

De plus, on émet un jugement sur l'indolence et le manque d'intelligence de plusieurs patientes. Dans ce contexte, les soins prénatals et la supervision des infirmières permet alors de faire suivre aux femmes « récalcitrantes et ignorantes » les directives médicales.

À moins d'être suivies par des infirmières prénatales, plusieurs patientes négligeront, par manque d'intelligence et indolence, de suivre les instructions qui leur sont données. Et je ne connais pas de meilleure façon de dépenser de l'argent qu'en fournissant ce type de soins (Williams, 5e éd., 1926 : 228, traduction libre).

La pratique

Le suivi de grossesse

Les obstétriciens sont peu nombreux et comme les omnipraticiens ils interviennent peu et souvent très tard dans la grossesse.

Un seul examen est d'abord prévu, six semaines avant la date anticipée de l'accouchement. Un long paragraphe vise même à convaincre le médecin de l'effectuer : c'est un devoir impérieux auquel il ne doit pas se dérober car un nombre incalculable de morts maternelles et infantiles, lui dit-on, peuvent résulter d'une telle omission. Une seule visite est prévue avant cet examen préliminaire dont l'objectif est de prévoir la date d'accouchement et remettre à la femme une carte imprimée sur laquelle sont énumérées les conduites à suivre durant la grossesse et les symptômes à signaler. L'édition de 1930 du Williams propose deux examens préliminaires, le premier ayant lieu lors de la première visite. Cette proposition ne devient une règle qu'en 1941. À la même occasion, le paragraphe destiné à convaincre les médecins d'effectuer les examens disparaît.

Le suivi de grossesse au dispensaire ou à domicile relève surtout des infirmières qui constituent une véritable courroie de transmission entre l'obstétrique et les femmes. Le suivi qu'elles assurent se résume alors à quelques interventions : prises de sang et recueil des urines, pesée, mesure de la pression sanguine, conseils divers. La fréquence des visites (éditions de 1926 à 1950) est d'une fois par mois jusqu'au septième mois et d'une fois aux deux semaines ensuite. Mais comme il y a peu d'infirmières affectées au suivi prénatal et que les femmes sont souvent récalcitrantes, peu de femmes sont effectivement prises en charge de telle manière.

Interventions médicales privilégiées

Les interventions de type clinique (palpations, pelvimétrie, etc.) sont nettement privilégiées si on se fie à l'espace qui leur est accordé relativement à l'espace textuel total consacré aux interventions : 89% en 1910 et 61% en 1950. Cependant leur importance relative décroît tout au long de la période et on voit augmenter celle des interventions technologiques (tests de laboratoire, radiologie, etc., passant de 3% à 13% et due essentiellement à l'utilisation accrue des rayons X) et surtout celle des conseils alimentaires : pratiquement inexistants en 1910, ils occupent, en 1950, 15% de l'espace textuel consacré aux interventions.

Les conseils sanitaires

En cette première période, les conseils sanitaires sont généralement peu nombreux et s'appuient rarement sur des arguments épidémiologiques ou toxicologiques. Ainsi la diète restreinte préconisée dans le but d'éviter l'accouchement difficile ne repose que sur l'expérience clinique alors que la proscription du bain et des relations sexuelles repose sur l'ignorance de l'étiologie des infections puerpérales, sur des croyances (on croit que l'infection peut s'introduire dans le corps de la femme lors du bain) et sur des observations très partielles (on a relevé des cas d'infection puerpérale chez des femmes ayant eu des rapports sexuels durant le dernier mois de leur grossesse).

Tableau 2
Objectifs et conseils sanitaires
1re période : 1906-1950

Objectifs prioritaires	Conseils prioritaires
Éviter l'accouchement difficile	Diète restreinte pendant les 2 ou 3 derniers mois pour celles qui ont pris trop de poids ou qui ont donné naissance par le passé à des gros bébés (1906-1930)
Éviter la toxémie	Garder le lit et diète restreinte durant les 2 ou 3 derniers mois pour la patiente dont la prise de poids est excessive (1930-1950)
Éviter l'infection puerpérale	Ne pas prendre de bain ni avoir de relations sexuelles le dernier mois. Prendre un supplément de vitamine A.
Éviter l'avortement spontané	Aucun sport
Objectifs	Conseils
Améliorer l'état général	<ul style="list-style-type: none"> - Activer la fonction intestinale - Repos et air pur - Vêtements souples, corsets peu serrés - Repos au travail pour les pauvres - Manger à sa faim - Se divertir
Faciliter l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Traction des mamelons
Rencontrer les besoins métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> - Suppléments de vitamine B (1941) - Diète équilibrée (viandes, légumes, fruits, pain) (1945) - 1 pinte de lait par jour (calcium)

On prescrit une vie raisonnable et équilibrée. Plusieurs conseils sont énoncés de façon très générale : prendre suffisamment de repos, d'air pur et de divertissement, manger à sa faim, porter des vêtements souples et des corsets peu serrés.

Au début du siècle, on prescrit la diète restreinte dans le but de faciliter l'accouchement en abaissant le poids du bébé. En 1930, on associe un gain de poids excessif à la présence d'un oedème suggérant la toxémie : c'est sur cette nouvelle base que la restriction diététique sera maintenue jusqu'en 1950 puis amplifiée considérablement durant toute la deuxième période de l'obstétrique américaine (1950-1970), pour être complètement abandonnée dans la troisième période.

À la fin de cette période, les recherches expérimentales menées sur le rôle des vitamines et des minéraux pendant la grossesse ont permis d'identifier les besoins nutritionnels. On suggère alors des suppléments vitaminiques. Les effets iatrogènes des surdoses de vitamines et de minéraux ne seront clairement établis que vingt ans plus tard.

DEUXIÈME PÉRIODE : L'INSTITUTIONNALISATION DU REGARD MÉDICAL (1950-1971)

Dans le manuel, la deuxième période s'ouvre d'emblée sur les succès remportés depuis 1935, en particulier au chapitre de la mortalité maternelle. Les facteurs invoqués pour rendre compte de cette amélioration sont essentiellement de type médical : mouvement pour les soins prénatals ; meilleure formation des obstétriciens et des omnipraticiens ; formation des infirmières-sages-femmes ; augmentation des effectifs professionnels ; plus grande accessibilité aux soins prénatals et obstétricaux ; implication accrue de l'État et de divers organismes dans l'organisation des soins ; augmentation du nombre de cliniques ; accouchement à l'hôpital ; progrès thérapeutiques. Le Williams est muet quant au rôle joué par les facteurs sociaux et environnementaux. Il ne mentionne en aucun cas l'amélioration pourtant substantielle des conditions de vie de la population.

L'obstétrique s'attribue donc tout le crédit de cette victoire. Fort d'une crédibilité sociale accrue (déclin de la mortalité maternelle), d'une légitimité scientifique toujours croissante et des moyens mis en place depuis les années 30, le regard médical s'institutionnalise. Au même moment, un changement paradigmatique

important survient : une nouvelle vision du fœtus surgit, modifiant considérablement le regard médical.

Les statistiques révèlent un écart considérable entre la diminution de la mortalité maternelle et celle beaucoup plus faible de la mortalité périnatale. Or, l'obstétrique s'attendait à une diminution similaire des deux taux : on croyait fermement que de bons traitements accordés à la mère suffisaient à garantir la survie et la bonne santé du fœtus et, éventuellement, du nouveau-né. L'édition de 1976 l'affirme sans équivoque :

Avant les 25 dernières années, le sanctuaire intra-utérin était tenu comme inviolable. On soignait la mère et on considérait le fœtus comme un organe maternel transitoire. La philosophie qui régnait alors était que de bons soins maternels allaient automatiquement fournir ce qu'il y a de mieux pour les produits de conception (Williams, 15e éd., 1976 : 265, traduction libre).

On est dès lors conduit à dissocier jusqu'à un certain point le fœtus de la mère, à lui accorder une relative indépendance : il devient ainsi objet de préoccupation pour l'obstétrique.

Les changements significatifs auxquels nous assistons en cette période se reflètent dans l'organisation du *Williams*.

À titre d'exemple, en 1950, apparaît le chapitre « Obstetrics in Broad Perspective » qui fera dorénavant office d'introduction générale au manuel : il nous présente la définition et les buts de l'obstétrique, les statistiques de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales de même que l'interprétation qu'en fait la spécialité. Il identifie les moyens aptes à améliorer la situation, établit les priorités et trace les perspectives d'avenir. Ce chapitre introduit une préoccupation de type santé publique, c'est-à-dire axée sur la santé des populations plutôt que des individus.

Éléments contextuels

Connaissance et technologie médicales

On généralise durant cette seconde période l'utilisation des moyens thérapeutiques apparus à la fin de la première période (transfusions sanguines, antibiotiques, etc.) et on commence à développer la sémiologie foetale. On connaît mieux certaines maladies foetales. Plus on avance dans cette période, plus on assistera à une véritable explosion des connaissances ⁸⁰.

-
- ⁸⁰
- La découverte de la pénicilline et de son passage à travers la barrière placentaire règle le problème de la mortalité foetale par syphilis puisqu'on peut maintenant traiter le fœtus en traitant sa mère (10e édition, p. 717) ;
 - La mise en évidence, par Barr en 1949, de la chromatine sexuelle dans toutes les cellules nucléées est mise à profit pour étudier le sexe du fœtus à partir des cellules du liquide amniotique (12e édition), ce qui permet le diagnostic anténatal des maladies liées au sexe.
 - La compréhension du mécanisme de l'iso-immunisation foetomaternelle va permettre une thérapeutique beaucoup plus active
 - a) Les premières exsanguino-transfusions, décrites par Diamond en 1948, sont intégrées dans la pratique courante dans l'édition de 1956 ;
 - b) Les premières amniocentèses pour dosage de la bilirubine font leur apparition ;
 - c) Les particularités du liquide amniotique au cours des incompatibilités sévères sont étudiées par Bevis dès 1950 au moment de la rupture des membranes. Il essaie d'apprécier la gravité de la maladie pour l'enfant à naître ; mais c'est Liley qui inaugure la thérapeutique foetale proprement dite en réalisant, en 1961, des amniocentèses pour faire des dosages de bilirubine dans le liquide amniotique, évaluant ainsi la gravité de l'atteinte foetale avant la naissance ;
 - d) On procède aux premières transfusions in utero (1963) après repérage du placenta et du fœtus par amniographie (13e édition) ;
 - e) Le concept de souffrance foetale apparaît clairement dans la 13e édition (1966), quand on peut enregistrer en permanence le rythme cardiaque foetal pendant l'accouchement, en parallèle avec les contractions utérines.

Santé maternelle et infantile

La mortalité maternelle continue sa régression et le profil des causes se modifie. En 1967, la triade classique (hémorragie, toxémie, infection puerpérale) n'est plus impliquée que dans 60% des cas de mortalité. Les statistiques hospitalières mettent en évidence le rôle de plus en plus important joué par des facteurs tels troubles cardiaques, accidents vasculaires, anesthésie, etc. (édition de 1971). Le Williams se fixe pour objectif de réduire le taux de mortalité maternelle à un irréductible minimum. Quant à la mortalité périnatale, elle diminue mais demeure considérable. Pendant toute la période, on cherche à en identifier et à en élucider les causes.

Le regard médical

Les acquis de la première période, tant sur le plan des connaissances et moyens thérapeutiques, de l'amélioration des taux de mortalité maternelle et de l'organisation beaucoup plus structurée des soins, permettent à la médecine de devenir l'institution privilégiée pour prendre la grossesse en charge. La deuxième période se caractérise par une nouvelle vision des soins prénatals centrée sur la prévention et guidée par la nouvelle préoccupation pour le fœtus.

La prise en charge médicale des femmes devient plus complète. L'obstétricien intervient dès le début de la grossesse et suit sa patiente de près jusqu'au terme du processus : ses interventions s'accroissent et se diversifient. De plus, la crédibilité sociale de la profession, de même que la légitimité scientifique accrue de son action confèrent à l'obstétricien une plus grande assurance. « Obstetrics marches on » souligne-t-on dans la préface à l'édition de 1956 : cette phrase résume assez bien le ton de toute la période et témoigne de la confiance accrue dans les pouvoirs de la science.

Il ne suffit plus d'« encourager la femme à s'enregistrer au dispensaire et à y retourner » (édition de 1919) ni de lui « enseigner » de telles pratiques (1926-1945). Ce temps est révolu où le médecin devait faire comprendre à la femme

l'importance de lui signaler ses symptômes et où il devait la convaincre de se soumettre à un examen. Désormais, il est du devoir et de la responsabilité de la femme de se présenter à tous les rendez-vous prévus et de se conformer aux conseils médicaux. On ne mentionne plus le choix du lieu d'accouchement : le *Williams* cite plutôt l'hospitalisation comme l'une des causes du déclin de la mortalité maternelle. On ne parle plus du travail qu'effectuaient les infirmières-visiteuses. Le suivi de grossesse est dorénavant solidement pris en main par la profession médicale et par elle seule.

Il n'est plus question du manque d'intelligence et de l'indolence des patientes, caractéristiques d'un temps où les soins prénatals émergeaient : toute la population (dixit l'édition de 1956) sait maintenant ce qui constitue de bons soins d'obstétrique, tant par l'expérience, les examens prémaritaux que par ce que la presse populaire en a dit. À l'heure où les soins prénatals sont entrés dans les mœurs, on considère la femme à la fois informée de l'absolue nécessité de voir un médecin et ignorante quant au processus physiologique complexe de la grossesse. La femme doit donc se soumettre en toute connaissance de cause.

Si la relation médecin-patient se fonde, comme à la première période, sur les besoins psychologiques des femmes, elle est dorénavant vécue sur une base régulière et non plus intermittente.

En cette deuxième période, la notion de prévention devient centrale. On parle dorénavant d'éviter et de prévenir la mortalité et la morbidité : plus que la survie, on vise la santé (pour la mère et le nouveau-né tout au moins). Le but ultime de l'obstétrique est que chaque grossesse débouche sur une mère et un bébé en bonne santé physique et mentale. Alors que les soins prénatals visaient, dans la première période, à permettre à la mère de faire face à ses obligations tout en étant enceinte, ici, l'objectif est de s'assurer que la mère puisse répondre à tous les besoins de son fœtus.

Le jugement porté sur la pertinence des soins se fait beaucoup plus assuré et confiant, voire autoritaire. Les soins prénatals deviennent une nécessité absolue et on mentionne qu'ils sont utiles à toutes les femmes enceintes.

En effet, les soins prénatals sont d'une absolue nécessité si on veut qu'un nombre substantiel de femmes évitent un désastre. Et ils sont salutaires pour toutes. (*Williams*, 10e éd., 1950 : 312, traduction libre).

De plus, on justifie les soins prénatals de manière inconditionnelle en puisant aux exemples cliniques du passé une image plutôt terrifiante de la grossesse. Cette image permet de faire ressortir la nécessité de prévenir ce qu'on qualifie tour à tour de désastre, de calamité puis de catastrophe.

Avant l'essor de l'obstétrique contemporaine, le médecin n'avait habituellement eu qu'un entretien avec sa patiente avant l'accouchement. Lors de cet entretien, il ne cherchait souvent qu'à calculer la date probable de son accouchement. Lorsqu'il la revoyait par la suite, elle pouvait être en pleine crise de convulsion éclamptique ou s'efforcer vainement de venir à bout de la résistance offerte par un bassin rétréci.

C'est dans la prévention de telles calamités que les soins et la supervision de la femme enceinte se sont révélés d'une telle valeur ⁸¹. (Williams, 10^e éd., 1950 : 312, traduction libre).

On applique donc l'exemple catastrophe du début du siècle à la situation contemporaine. Toutes les femmes doivent être surveillées étroitement puisque le désastre les guette !

Ainsi, malgré les différences notables survenues depuis les années 30 dans le contexte socio-sanitaire et médical, la conception de la grossesse, propre à la première période, se renforce : au lieu de dégager la grossesse normale de la grossesse pathologique, l'obstétrique américaine les confond davantage. Seule la supervision médicale peut garantir une bonne grossesse.

À la fois non malade et sur le bord de la catastrophe, la femme doit se plier à l'observation constante de son médecin : seul celui-ci peut lui confirmer son statut de non-malade, confirmation sans laquelle elle risque sa vie et celle de son enfant. La prévention médicale prend alors tout son sens : surveiller l'irruption de cette maladie sournoise cachée derrière une apparente grossesse normale. Prévention-diagnostic, prévention-détection, voici les termes définissant le mieux le sens de l'intervention prénatale.

⁸¹ Cette citation apparaît dans toutes les éditions couvrant la 2^e période.

La pratique

Le suivi de grossesse

La femme doit être vue le plus tôt possible et la fréquence des visites augmente : toutes les quatre semaines jusqu'au septième mois ; toutes les deux semaines jusqu'au neuvième mois ; chaque semaine au cours du dernier mois.

Les examens sont beaucoup plus complets que durant la première période et ils renseignent davantage sur l'état du fœtus. L'entrevue, plus structurée, donne une place importante à l'anamnèse (histoire de cas) ; on recueille de manière beaucoup plus systématique et précise les antécédents familiaux et de grossesse. On dispose d'une terminologie apte à caractériser la patiente en matière d'expérience de grossesse.

Caractérisation de l'intervention

Les interventions médicales et les conseils sanitaires augmentent jusqu'à porter sur un nombre d'objets de 50% supérieur à ce qu'il était à la fin de la première période. D'une part, on voit apparaître toute une panoplie de conseils et de recommandations relatifs aux problèmes mineurs de santé (nausée, maux de dos, varices, etc.), aux immunisations et aux médicaments : c'est l'émergence des interventions médicales de type thérapeutique. D'autre part, les conseils sanitaires englobent de nouveaux sujets : cigarette, alcool, emploi, soins dentaires, gain de poids, etc. Les conseils ayant trait à l'alimentation, davantage systématisés qu'à la première période, portent sur un plus grand nombre d'objets.

Les interventions cliniques demeurent nettement privilégiées mais leur importance relative continue de décroître. Les interventions technologiques continuent leur progression avec l'utilisation accrue des rayons X, l'apparition des nouveaux tests de laboratoire et l'émergence de l'échographie (édition de 1971).

Les conseils sanitaires

En général d'abord, les conseils sont davantage fondés sur une argumentation scientifique qu'à la première période. Par ailleurs, la prévention de la prématurité apparaît parmi les priorités de l'obstétrique et davantage de conseils se rapportent aux habitudes de vie.

La deuxième période est marquée par le règne du contrôle du gain de poids. En effet, à partir de 1950, la communauté médicale diagnostique la prise de poids excessive durant la grossesse comme un problème majeur.

Sur bien des points, une prise excessive de poids durant la grossesse s'avère hautement indésirable. On souligne de plus en plus l'importance de restreindre l'augmentation de poids à 25 livres au maximum, ou mieux, à 20 livres (Williams, 10^e éd., 1950 : 314, traduction libre).

De là, l'intervention médicale se fait très directive :

Cependant, il peut être difficile dans plusieurs cas de maintenir la prise de poids en dessous de 20 livres et cela nécessitera un contrôle diététique attentif et beaucoup de discipline. C'est un objectif que l'on doit cependant fortement désirer atteindre (Williams, 10^e éd., 1950 : 314, traduction libre).

Cette rigidité de l'intervention s'appuie paradoxalement sur une argumentation peu convaincante.

D'après Dieckmann, la prise de poids devrait être limitée à 8 kg, ou environ 18 livres ; et à cette fin, il a recours, avec l'aide de diététiciens, à une diète de 1800 calories (Williams, 10^e éd., 1950 : 314, traduction libre).

Tableau 3
Objectifs et conseils sanitaires
2e période : 1950-1971

Objectifs prioritaires	Conseils prioritaires
Éviter les complications sans fin et la toxémie	Restreindre le gain de poids avec discipline à environ 20 lbs
Prévenir les infections puerpérales	Supplément de Vitamine A
Prévenir la prématurité	Ne pas fumer plus de 6 ou 10 cigarettes par jour Éviter les relations sexuelles le dernier mois
Objectifs	Conseils
Rencontrer les besoins métaboliques	Diète équilibrée : viande, légumes, fruits, pain (conseils spécifiques) Diète riche en protéines (surtout animales) Ne pas augmenter la ration calorique Suppléments de Vitamines A, B, D durant la 2e moitié de la grossesse 1 pinte de lait par jour (calcium)
Améliorer l'état général de santé	Activer la fonction intestinale Porter des vêtements pratiques et attrayants
Prévenir la fatigue	Repos, air pur, sports (sauf si violents) Emploi : éviter les efforts physiques et prendre des périodes de repos
Faciliter l'allaitement	Pas de traction de mamelons
Éviter les chutes pouvant occasionner des dommages à l'utérus et au placenta	Pas de bain le dernier mois

Plus quelqu'un pratique l'obstétrique, plus il est convaincu qu'une prise excessive de poids pendant la grossesse cause un nombre sans fin de complications tant majeures que mineures (Williams, 10^e éd., 1950 : 314, traduction libre).

Durant toute la période (1950-1970), la toxémie rend compte d'environ 20% des décès maternels, lesquels sont en régression continue depuis 1930. Son étiologie demeure cependant obscure ; on sait simplement qu'un gain de poids excessif peut en être un symptôme. Il apparaît donc légitime de préconiser la restriction du gain de poids. Ce qui est surprenant, c'est que cette mesure s'applique de manière très contraignante tout au long de la grossesse et à toutes les femmes enceintes. De plus, malgré le fait que les changements physiologiques induits par la grossesse augmentent les besoins caloriques, on conseille d'ingérer la même quantité de calories qu'avant d'être enceinte. L'inactivité des femmes, note-t-on, compense l'augmentation des besoins.

La prévention des infections puerpérales n'implique plus dorénavant l'interdiction du bain et des relations sexuelles durant le dernier mois. La découverte des streptocoques et de leur rôle à titre d'agents infectieux a rendu caduques ces deux normes. Elles seront cependant maintenues sur la base d'une autre argumentation : les relations sexuelles seront interdites en vue de prévenir la prématurité et le bain proscrit dans le but d'éviter le risque de chute.

La prévention de la prématurité entraîne l'émergence de nouveaux sujets d'intérêt médical (l'alcool et la cigarette). Cependant, les conclusions que les auteurs du *Williams* tirent des quelques études poursuivies sur ces sujets ne mènent pas encore à des restrictions marquées. La cigarette est permise dans les limites « raisonnables » et on ne relève aucun effet nuisible de l'alcool.

TROISIÈME PÉRIODE : L'HÉGÉMONIE DU REGARD MÉDICAL (1971-1985)

L'accès direct au fœtus, rendu possible par la technologie, révolutionne l'obstétrique : le nouveau paradigme, pressenti à la deuxième période, devient maintenant pleinement opératoire. On peut désormais surveiller la croissance du fœtus, évaluer sa santé, établir des diagnostics intra-utérins et même intervenir (médicalement ou chirurgicalement) dans certains cas. Plus exposé que la mère à des risques sérieux de morbidité et de mortalité, le fœtus devient la priorité de l'obstétrique et la notion de « risque » émerge pour rapidement occuper une place centrale. La prévention atteint un niveau supérieur : les soins prénatals sont dorénavant entrepris avant même que la grossesse ne se produise.

Si la première moitié du siècle marquait la priorité à la mère et si les années 50 amorcèrent une transition avec l'émergence d'une préoccupation pour le fœtus, la dernière période opérera un renversement complet. L'état du fœtus devient l'indicateur clé de la qualité de la grossesse, laquelle est donc encore davantage définie comme phénomène médical. Le regard médical devient hégémonique.

Cette hégémonie est renforcée par le contexte : la signification sociale de la grossesse se modifie avec la contraception, la régulation des naissances, l'entrée plus massive des femmes sur le marché du travail. L'enfant devient d'autant plus précieux qu'il est rare, désiré et planifié.

L'obstétrique vise maintenant le bien-être physique, intellectuel et émotif de l'enfant. Elle se définit maintenant comme science biologique et sociale, ayant des responsabilités accrues tant sur le plan moral que médical.

Des contradictions notoires traversent pourtant l'obstétrique, partagée entre une volonté d'autocritique et d'ouverture aux dimensions sociales d'une part, et l'euphorie des pouvoirs technologiques qui la gagne, d'autre part. On peut y lire à la fois l'enjeu social entourant la grossesse et l'incroyable diversité des possibilités contenues dans le « présent technologique ».

Éléments contextuels

Connaissance et technologie médicales

Avec l'avènement des ultrasons, le fœtus devient accessible et les obstétriciens le considèrent comme leur « deuxième patient ». On peut non seulement voir qu'il existe mais étudier sa croissance, sa santé, sa maturité, sa vitalité et même son bien-être. La 14^e édition (1971) marque un tournant, avec un long paragraphe consacré au diagnostic intra-utérin, puis un chapitre entier devient nécessaire (éditions de 1976, 1980 et 1985) : "Technics to Evaluate Fetal Health".

Les techniques utilisées sont nombreuses : échographie, effet Doppler, amniocentèse, prélèvement de sang fœtal, biopsie du chorion, résonance magnétique nucléaire... ⁸²

Santé maternelle et infantile

La mortalité maternelle continue de décroître, ce n'est plus un objectif central. Par contre, la mortalité périnatale reste à l'ordre du jour. Si de 1950 à 1965 elle a régressé lentement, son déclin s'est beaucoup accéléré par la suite. De 1970 à

-
- ⁸² Ces techniques combinées permettent :
- a) de surveiller la croissance fœtale ;
 - b) de réaliser plus d'une centaine de diagnostics prénatals (17^e édition) et d'éviter la naissance d'enfants malformés ou porteurs de maladies graves incurables ;
 - c) de connaître la maturité du fœtus et donc de provoquer sa naissance si l'on pense que son environnement in utero lui est néfaste ;
 - d) enfin d'étudier son bien-être :
 - enregistrement prolongé du rythme cardiaque fœtal spontané, ou modifié par une situation de stress artificielle, ou pendant l'accouchement ;
 - comptage par échographie ou par la mère du nombre des mouvements du fœtus pendant un temps donné ;
 - établissement de « profils biophysiques » qui intègrent rythme cardiaque, mouvements respiratoires et mouvements du fœtus (17^e édition).

1980, le taux chute de 11,6% comparativement à 10,4% pour les vingt années précédentes (1950-1970). En 1977, pour la première fois aux États-Unis, le nombre de morts néonatales (causées principalement par les faibles poids à la naissance) est inférieur à celui des morts foetales.

L'édition de 1976 se donnait comme objectif d'atteindre le seuil minimal de mortalité périnatale : l'édition de 1980 estimait à 180 le nombre de morts périnatales pour une mort maternelle, celle de 1985 à un peu plus de 100.

La terminologie épidémiologique devient de plus en plus précise. Les prématurés sont les enfants nés avant la 37^e semaine de gestation, quel que soit leur poids. Les postmatures, nés après la 42^e semaine de gestation, sont considérés de plus en plus comme des nouveaux-nés à risque eux aussi. On parle de retard de croissance intra-utérin (15^e édition) lorsque les nouveaux-nés ont un poids de naissance inférieur à ce que voudrait leur âge gestationnel.

Ces distinctions sont importantes car on sait maintenant qu'à âge gestationnel égal, les prématurés les plus gros sont les plus résistants et que les enfants nés à terme mais atteints de retards de croissance intra-utérins sévères peuvent avoir un avenir moins favorable que beaucoup de prématurés.

Le regard médical

L'avènement des nouvelles technologies et la priorité accordée au fœtus constituent les faits marquants (et indissociables) de cette troisième période.

À partir de 1971, l'ancienne conception de la grossesse se renforce encore davantage. En effet, depuis que le fœtus est considéré comme prioritaire, l'attention de l'obstétrique est centrée sur les risques qu'il encourt, beaucoup plus considérables que ceux auxquels est maintenant exposée la mère. La prévention de tels risques, rendue possible par la technologie, repousse la grossesse normale encore plus à la frontière du pathologique : la normalité n'est démontrable qu'a posteriori, après la naissance. On atteint donc la situation paradoxale où la grossesse est perçue comme un phénomène plus risqué que jamais, dans un contexte où pourtant la mortalité maternelle et périnatale est au plus bas et où on possède nombre de connaissances et d'outils aptes à contrôler la morbidité.

Dorénavant la santé foetale constitue l'indicateur clé de la qualité de la grossesse. Le spécialiste devient donc le seul à pouvoir se prononcer sur le déroulement de la grossesse puisqu'il a seul accès au fœtus, vu sa technologie sophistiquée.

Les aspects psychologiques de la relation médecin-patiente sont par ailleurs secondarisés : on privilégie dorénavant la compétence du médecin et non plus ses qualités humaines. L'obstétrique définit désormais les besoins des femmes surtout en termes de qualité de l'expertise médicale.

Dans la même foulée, le Williams rappelle au médecin d'éviter certains abus tels : brusquer les patients en précipitant l'entretien, faire preuve d'indifférence face à leurs questions et préoccupations, exiger le signalement des symptômes uniquement aux dates prévues de visite. Les soins prénatals, lit-on, comportent un danger qu'il faudrait éviter : ils procurent souvent à la femme un sentiment de sécurité non fondé et, par là, l'encouragent à la passivité. Laissée à ses seuls instincts, dans les mêmes circonstances, dit-on, elle aurait réagi promptement plutôt que d'attendre.

On arrive à une situation paradoxale où l'obstétrique voudrait bien éviter les contre-performances causées par les effets « pervers » du pouvoir médical, sans toutefois reconnaître aux femmes une place et un potentiel d'action réels en matière de santé.

Si la mention des besoins psychologiques de la femme disparaît à toute fin pratique après 1971, elle est remplacée par d'autres référents. Dans sa relation avec sa patiente, le médecin doit maintenant tenir compte des facteurs psychosociaux : la « bonne obstétrique » est mise en échec, souligne-t-on, par l'intolérance et les préjugés envers les pauvres, les non mariées et les femmes d'origine ethnique différente. Le médecin se doit donc de répondre à l'ensemble des demandes des clientes qu'il reçoit sans que ses préjugés et son intolérance interfèrent dans sa relation.

En cette période d'hégémonie du regard médical, l'obstétrique élargit considérablement son champ d'action et accroît ses responsabilités. Elle se définit maintenant comme une science biologique et sociale. Le « fœtus-enfant » étant devenu sa préoccupation centrale, elle vise à garantir le droit de l'enfant à être « bien-né »

physiquement, mentalement et émotivement, concept « fondamental à la dignité humaine », lit-on, et incompatible avec une fertilité incontrôlée.

La logique de la prise en charge globale et des soins continus de santé remplace la vision des soins prénatals comme moment d'intervention « particulier ». S'il n'est plus nécessaire de définir explicitement les soins prénatals en termes de conseils et de surveillance des comportements, c'est que ce contenu fait déjà l'objet de la pratique médicale usuelle, qu'il est intégré dans les us et coutumes de la périnatalité.

Quant au jugement porté sur la pertinence des soins prénatals, on note un changement important. Ainsi, en 1976, un questionnement critique s'amorce à propos des pratiques préventives en périnatalité. On analyse les effets non désirables à la fois d'une pratique trop interventionniste de la médecine et d'une passivité médicale qui néglige à l'opposé des signes pathologiques importants. Cette critique s'affirme considérablement dans les deux dernières éditions. De mauvais soins prénatals, souligne-t-on, peuvent être plus dommageables qu'aucun.

Il est inutile de dire que les soins prénatals ne devraient faire aucun mal. Néanmoins, les soins prénatals ont quelquefois été une épée à deux tranchants. Plutôt que d'améliorer l'issue de la grossesse, c'est à l'occasion l'exact opposé qui s'est produit et ce, de multiples façons : cela inclut les conseils diététiques inappropriés en vue d'une restriction rigide de poids, la prescription inutile de drogues potentiellement dangereuses telles que des diurétiques puissants et le fait de ne pas encourager la femme à rapporter immédiatement un événement anormal mais la faire attendre jusqu'au prochain rendez-vous (Williams, 16e éd., 1980 : 303-304, traduction libre).

On peut voir ainsi que la façon dont on apprécie le potentiel des soins prénatals se modifie à partir des années 70. Si, jusqu'à ce moment, la surveillance et la supervision sont interprétées comme des nécessités, voire des nécessités absolues, on introduit par la suite les limites et les erreurs possibles de tels contrôles. La toute-puissance de la prévention prénatale est mise en échec par la reconnaissance des abus passés.

Parallèlement, on met en relief la difficulté médicale à établir la frontière entre santé et maladie, laquelle tend à faire stigmatiser indûment la grossesse comme un

état anormal. Il est alors important pour les médecins d'être familiers avec les changements « normaux » et « anormaux » associés à la grossesse. L'intervention médicale se doit d'être plus nuancée et plus informée scientifiquement.

Paradoxalement, tout en critiquant la tendance exagérée à stigmatiser la grossesse normale comme une maladie, ces nuances accroîtront la surveillance de la grossesse. Ne faut-il pas de façon plus précise s'assurer scientifiquement que la grossesse est normale ? La normalité est à prouver et la preuve exige une expertise de plus en plus grande. Ainsi, l'édition de 1985 juge insuffisant le concept de grossesse à haut risque et propose de lui adjoindre celui de grossesse à risque croissant. Des grossesses initialement catégorisées à faible risque, dit-on, se sont avérées par la suite à risque élevé et n'ont pas profité de toute l'attention médicale requise en raison de leur première évaluation.

Autre paradoxe, la dimension sociale de la prévention et l'interventionnisme technologique lourd cohabitent. Dans les années 70, devant la résistance de la mortalité périnatale, l'obstétrique souligne la nécessité de mieux saisir l'impact des facteurs sociaux dans l'étiologie de certaines complications (ex. : naissances de bébés de faible poids). Au tournant des années 80 toutefois, les espoirs renaissent. Les années glorieuses de la médecine foetale s'amorcent, et bien qu'on continue à souhaiter l'ouverture sociale de l'obstétrique, C'est l'euphorie des pouvoirs technologiques qui occupe l'avant-scène.

Le diagnostic et la thérapie foetaux apparaissent maintenant comme des outils légitimes de l'obstétricien. De plus, les moyens que l'obstétricien peut employer pour rencontrer les besoins du fœtus augmentent *chaque année*. Nous sommes d'avis que c'est le moment le plus passionnant pour être obstétricien. Qui aurait rêvé - même quelques années plus tôt - que nous pourrions être au service du fœtus en tant que médecins ? Ou que l'on pourrait surveiller avec précision le bien-être et la croissance du fœtus et connaître son état de santé ? C'est un moment passionnant et nous vous invitons à vous joindre à cette aventure excitante de la médecine maternelle et foetale (Williams, préface de la 16^e éd., 1980, traduction libre).

La pratique

Le suivi de grossesse

Idéalement, les soins prénatals débutent maintenant avant la grossesse ; ils s'inscrivent dans la continuité des soins généraux de santé accordés à la femme. On peut ainsi connaître les maladies qui ont affecté et affectent actuellement la patiente et conséquemment les éliminer ou tout au moins en minimiser les effets avant la grossesse. La prévention passe à un niveau supérieur.

La femme doit être vue aussitôt qu'il y a probabilité raisonnable de grossesse et la fréquence des visites est la suivante : à toutes les quatre semaines jusqu'au septième mois ; à toutes les deux semaines (au moins) jusqu'au neuvième mois ; à chaque semaine ensuite, s'il n'y a pas d'anomalie.

De 1976 à 1985, on suggère un calendrier de visites aussi chargé mais plus souple, c'est-à-dire accordé au rythme du développement foetal, afin d'être mieux en mesure d'évaluer l'état de santé du fœtus.

Par ailleurs, la détermination de l'âge gestationnel acquiert une importance capitale, un plus grand nombre d'examen visent l'évaluation de la santé foetale et on suit de plus près la médication.

Caractérisation de l'intervention

En cette troisième période, la liste des objets relatifs au domaine des conseils sanitaires n'augmente que d'un élément, soit la consommation des drogues « dures ». Les interventions médicales portent sur davantage d'objets. Cette augmentation est essentiellement due à l'émergence des techniques de surveillance de la santé foetale et maternelle. Pour la première fois, au cours du siècle, le type d'intervention privilégié n'est plus clinique mais bien technologique.

L'intervention clinique, largement majoritaire jusqu'en 1950, ne représente plus qu'environ 50% de l'ensemble des interventions en 1961 ; à partir de 1976,

les interventions technologiques dominant complètement, comme le montre le graphique 1.

Les conseils sanitaires

Cette période présente des changements majeurs par rapport à la précédente. Sur un plan très général, la prévention de la toxémie et des infections puerpérales disparaît des priorités médicales pour faire place à celle des bébés de faible poids à la naissance et du syndrome d'alcoolisme foetal. Les conseils prioritaires sont dorénavant davantage définis en fonction du fœtus et du nouveau-né. Les conseils relatifs aux habitudes de vie se précisent.

Si la diète demeure toujours une priorité médicale, les pratiques ont pris une tendance fort différente. Avec la percée des études d'Eastman et Jackson sur les effets négatifs d'une trop faible prise de poids sur l'issue de grossesse, la vogue de la restriction du gain de poids a fait place à la problématique opposée : la surveillance de la prise de poids !

En effet, il faut prendre au moins 20 à 25 livres voire, en 1985, 20 à 27 livres, pour assurer la meilleure issue de grossesse. Ce sont maintenant la prise insuffisante de poids ou le poids initial de la mère avant la grossesse qui deviennent des sujets de préoccupation :

Les grossesses chez les femmes de cette catégorie (moins de 120 livres) devraient être vues comme des grossesses à haut risque et suivies étroitement, en particulier au niveau du gain de poids (Williams, 14^e éd., 1971 : 337, traduction libre).

Graphique 1

*Pourcentage * du nombre de lignes allouées aux interventions cliniques, technologiques, ainsi qu'aux conseils alimentaires (éditions de 1910 à 1985)*

% = nombre de lignes
nombre de lignes total alloué aux interventions

Tableau 4
Objectifs et conseils sanitaires
3e période : 1971-1985

Objectifs prioritaires	Conseils prioritaires
Prévenir faibles poids	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer bon gain de poids, surveiller population à risque - Manger selon appétit, diète équilibrée : conseils spécifiques - Pas de cigarette - Emploi : (?) - Sexualité : (?) - Alcool en société : (?)
Rencontrer besoins métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la ration calorique - Augmenter la ration protéinique - Pas de supplément vitaminique sauf acide folique - Supplément de fer - 1 chopine de lait par jour - Utilisation de sel iodé - Fluor : (?)
Prévenir syndrome d'alcoolisme foetal	<ul style="list-style-type: none"> - Déconseiller la grossesse - Si grossesse : avortement
Objectifs	Conseils
Améliorer l'état général	<ul style="list-style-type: none"> - Douches vaginales si nécessaires : précautions - Vêtements pratiques - Activer fonction intestinale - Examen dentaire (1985).
Éviter de tomber	<ul style="list-style-type: none"> - Attention lors du bain
Faciliter l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Ne rien faire aux seins

Pour ces femmes, on suggère une diète augmentée, un suivi étroit et une réévaluation de la diète en cours de grossesse. Le *Williams* critique vivement les restrictions diététiques sévères imposées par le passé :

La restriction calorique rigide s'appuyait sur un raisonnement erroné, découlant de l'observation selon laquelle une prise de poids excessive était la manifestation marquante de l'éclampsie et de la pré-éclampsie. Le fait que la prise de poids dans les cas de pré-éclampsie résultait de la présence d'un oedème plutôt que d'une ration calorique excessive n'était généralement pas compris (Williams, 16e éd., 1980 : 303, traduction libre).

D'autres conseils sont établis dans le but de prévenir les faibles poids de naissance. Parmi les plus importants, notons la condamnation définitive de la cigarette. L'alcool en société, le travail et la sexualité ne font pas l'objet de recommandations claires, la communauté médicale n'ayant pas statué sur les hypothèses et débats scientifiques les concernant.

Par ailleurs, on déconseille maintenant les suppléments vitaminiques, de nouvelles études démontrant l'effet négatif des surdoses sur la santé du bébé. On apprend aussi qu'une consommation trop grande de lait nuit à l'absorption du calcium (ce pourquoi il était recommandé). Ce qui amène les auteurs à suggérer la consommation d'une chopine de lait par jour (au lieu d'une pinte).

Une nouvelle priorité apparaît : la prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal, clairement identifié depuis 1976. On proscriit depuis ce temps la grossesse chez les femmes alcooliques et on va même jusqu'à suggérer l'avortement lorsque la situation se présente.

UNE RÉVOLUTION REPRODUCTIVE ?

L'évolution de la prise en charge médicale de la grossesse au 20e siècle s'avère riche en péripéties. Tout d'abord, des progrès indéniables sont survenus aux chapitres de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles et de la prévention des risques associés au processus reproductif. Si on ne peut isoler et par là mesurer l'apport proprement médical à ces progrès, on peut à coup sûr affirmer que

l'introduction de l'asepsie, des antibiotiques, des transfusions sanguines, de la technologie foetale, etc., ont grandement contribué à la survie et au mieux-être des mères et de leurs enfants.

Toutefois, la science médicale ne progresse pas de façon linéaire, par simple cumul des connaissances ; elle se construit selon un processus essai/erreur et par ruptures paradigmatiques. L'analyse de l'évolution des conseils sanitaires a démontré et illustré le processus essai/erreur, lequel déborde largement de ce seul domaine et s'étend à l'ensemble du développement des connaissances et pratiques médicales ⁸³. Par ailleurs, l'« avènement du fœtus » a mis en évidence l'importance des changements paradigmatiques : l'impact qu'il a exercé sur le développement de l'obstétrique et de son intervention s'est avéré crucial.

Si la grossesse est de mieux en mieux maîtrisée, elle fait concurremment l'objet d'un processus de médicalisation. L'évolution de la conception obstétricale de la grossesse en constitue un exemple éloquent : tout au long du siècle, la grossesse est de plus en plus considérée comme un phénomène risqué malgré tous les progrès socio-médicaux enregistrés. Le suivi médical se resserre. La grossesse est soumise à un nombre d'interventions toujours croissant. De plus en plus de comportements sont traités selon une optique et dans un objectif médical. Le suivi de grossesse relève d'une expertise de plus en plus sophistiquée. La conception de la grossesse comme phénomène purement médical exclut toute possibilité d'autonomie des femmes : leur compétence en matière de grossesse n'est jugée qu'à l'aube du niveau de développement des connaissances et de la technologie médicales.

Serions-nous maintenant à l'aube d'une période de sagesse ? Il est permis d'en douter. Plusieurs questions restent en suspens. L'utilisation des outils technologiques, par exemple, fait toujours problème. Les rayons X (Roentgen, 1895) ont été utilisés pendant plus de 50 ans avant que leur dangerosité ne soit reconnue. Ce n'est qu'en 1956 qu'est paru un article de Stewart (12^e édition, 1961) rapportant la présence de leucémies chez des enfants dont les mères avaient eu des radiographies pendant la grossesse ; dans la 14^e édition (1971), l'échographie est présentée

⁸³ Nous présenterons dans un article ultérieur le processus de construction par essai/erreur des normes relatives à l'utilisation des rayons X et de l'échographie.

comme un meilleur moyen de diagnostiquer la grossesse, parce que plus précoce et vraisemblablement moins dangereux : qu'en est-il vraiment ? Les débats sont vifs concernant le nombre d'échographies nécessaires, surtout dans les grossesses considérées comme normales (17^e édition, 1985). Peut-être ne s'apercevra-t-on que dans quelques années des effets secondaires des études échographiques menées pour déterminer le bien-être foetal. Par ailleurs, toutes les techniques invasives (amniocentèse, biopsie chorale, prélèvement de sang foetal) comportent un risque certain, même s'il diminue avec l'habileté des utilisateurs.

Si la prévention prend un visage plus mesuré, autocritique et social, la montée des technologies et l'euphorie qu'elle soulève rappelle en plusieurs points l'optimisme des années 50. Le domaine d'espoir se déplace. Or, comme le souligne si bien John B. McKinlay (McKinlay, 1981), la valeur et l'efficacité des innovations sont rarement prouvées :

Ce qui est inquiétant, c'est la façon dont à peu près toutes les innovations s'insèrent, avec le support actif de l'État, dans l'organisation sanitaire des pays sans aucune évaluation adéquate ni avant ni durant leur carrière. La maxime légale selon laquelle toute personne est présumée innocente avant d'être trouvée coupable semble aussi s'appliquer dans l'ensemble aux innovations médicales. On les considère efficaces *jusqu'à preuve du contraire*. Quand on démontre à l'occasion l'inefficacité de *quelque chose*, il est difficile par la suite de le retirer à cause des groupes de pressions *qui* y sont associés ou *qui*, même, dépendent de sa survie. À la différence des nihilistes, l'auteur n'est certainement pas opposé à toutes et chacune des interventions chirurgicales, *diagnostiques ou pharmaceutiques*.

Manifestement, s'opposer aux innovations signifierait s'opposer au progrès. Par contre, on doit s'opposer à ce que l'État supporte prématurément l'introduction et la prolifération *de toutes* les innovations prometteuses, sans exiger une démonstration *de leur* efficience (McKinlay, 1981 : 400-401, traduction libre).

D'autres questions inquiètent. Le raffinement actuel de la sémiologie foetale, non seulement renseigne sur la santé du fœtus mais soulève un ensemble d'enjeux éthiques ; par exemple, l'établissement de normes de qualité foetale permettra vraisemblablement une sélection de « bons » fœtus... Par ailleurs, jusqu'à quelles limites les tendances actuelles à la normalisation des habitudes de vie et à l'ac-

croissement de la responsabilisation individuelle se développeront-elles, dans un contexte où la médicalisation de la grossesse et celle de la société cumulent leurs effets ?

Que nous réserve l'obstétrique dans les années qui viennent ? Une évaluation systématique de ses pratiques en termes d'efficacité, de risques et d'avantages ? Une sensibilisation aux besoins des parents et des enfants ? Une reconnaissance des droits à l'information et à la décision de ceux-ci ? Une croyance et une application aveugle des nouvelles technologies ? Dans un contexte où l'obstétrique donne la priorité au fœtus, comment les femmes et les couples concilieront-ils leurs désirs de se réapproprier la grossesse et de mettre au monde des bébés parfaits ? Comment se règlera le dilemme entre droit de la mère et droit du fœtus ? Comment et dans quelle mesure, enfin, l'ensemble de ces tendances et de ces paradoxes seront-ils négociés socialement et qui sera convié à définir les orientations futures de l'obstétrique ?

Que l'obstétrique redéploie des préoccupations sociales ou qu'elle s'enferme dans la technicité, ce sont les années qui viennent qui seront déterminantes. Une meilleure connaissance des caractéristiques et des performances passées de l'obstétrique de même que l'analyse des nouvelles orientations de la spécialité et de leur impact possible sur l'espace de liberté et d'autonomie des usagers, permettent d'éclairer les dilemmes auxquels l'obstétrique est confrontée et d'alerter notre vigilance. Ce que nous sommes en train de vivre C'est une « révolution reproductive » où contraception, maîtrise de la reproduction et exigences d'un bébé parfait concourent à multiplier les enjeux. L'obstétrique est à la croisée des chemins et, sans aucun doute, la balle est aussi dans le camp de l'utilisateur.

Références

Corea, Gena, *The hidden malpractice*, New York, William Morrow, 1977.

De Koninck, Maria, Saillant, Francine et Lise Dunnigan, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Éditeur officiel, 1983.

Dreifus, Claudia (ed.), *Seizing our bodies, the politics of women's health*, New York, Vintage Books, 1977.

Eastman, Nicholson, J., Williams *Obstetrics*, 10e et 11e éd., New York, Appleton-Century-Croft Inc., 1950, 1956.

Eastman, Nicholson, J. et Louis M. Hellman, Williams *Obstetrics*, 12e éd., New York, Appleton-Century-Croft Inc., 1961.

Eastman, Nicholson, J. et Louis M. Hellman, Williams *Obstetrics*, 13e éd., New York, Appleton-Century-Croft Inc., 1966.

Ehrenreich, Barbara et Deindre English, *Des experts et des femmes. 150 ans de conseils prodigués aux femmes*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1982.

Freidson, Eliott, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Heilman, Louis M., Pritchard, Jack A. et al., Williams *Obstetrics*, 13e éd., New York, Appleton-Century-Croft Inc, 1971.

McKinlay, J.B., "From 'Promising Report' to 'Standard Procedure' : Seven stages in the career of a medical innovation", *Milibank memorial fund quaterly*, Vol. 59, No 3, 1981, p. 374-411.

Oakley, Ann, *The captured womb*, Oxford & New York, Basil Blackwell, 1984.

Pritchard, Jack A. et Paul C. MacDonald, Williams *Obstetrics*, 15e et 16e éd., New York, Appleton-Century-Croft Inc, 1976, 1980.

Pritchard, Jack A. et Paul C. MacDonald, Williams *Obstetrics*, 17e éd., New York, Appleton-Century-Croft Inc, 1985.

Roberts, H. (ed.), *Women, health and reproduction*, London-Boston, Routledge and Kegan Paul, 1981.

Scully, Diane, *Men who control women's health*, Boston, Houghton Mifflin, 1980.

Shorter, Edward, *Le corps des femmes*, Paris, Seuil, 1984.

Stander, Henricus J., *Textbook of Obstetrics*, 7e à 10e éd., New York and London, D. Appleton-Century Company Inc, 1936, 1941, 1945.

Williams, Witridge J., *Obstetrics*, 1re à 6e éd. New York and London, D. Appleton and Company, 1906, 1910, 1919, 1926, 1930.

Zola, Irving K., « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation » dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff. *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981, p. 31-51.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

B) **L'invasion de la médecine technologique**

8

La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes ?

Par Anne QUÉNIART

COMPRENDRE LA MATERNITÉ «DE L'INTÉRIEUR»

[Retour à la table des matières](#)

Longtemps associée aux mystères et à la puissance d'une nature incontrôlable, la maternité, devenue acte médical, semble n'avoir aujourd'hui plus de secret ; avec le développement des sciences de la reproduction, on est en voie d'en maîtriser les différents paramètres. Certain/es s'en réjouissent et voient dans les nouvelles technologies « de la vie » le moyen de libérer totalement les femmes de la nature, de la fatalité de leur destin biologique (Firestone, 1971) et de ce qu'elle implique en termes d'inégalités sociales ; on voit même dans la Science le moyen de réaliser l'égalité en droit de tous devant la procréation, de faire des femmes les égales de l'homme en tous points - l'un serait ainsi l'autre (Badinter, 1986). D'autres, au contraire, s'inquiètent de la perversité du contrôle médical et social qu'induisent et favorisent les développements actuels des connaissances et des techniques (Gavarini, 1986).

Parallèlement à cet envahissement de la technologie dans le processus de perpétuation de la vie, il s'opère, depuis plusieurs années, un élargissement du champ normatif entourant la maternité. On assiste, entre autres, à la profusion de discours médicaux faisant des débuts de la gestation un moment chargé de risques potentiels pour le développement du fœtus et l'état de santé futur du nouveau-né. C'est du vécu des femmes au cours de ces premiers mois de la grossesse, et notamment de leur perméabilité relative face à la technologie médicale, dont je vais traiter dans cet article.

Reprenant, pour ce faire, certaines des analyses de ma thèse de doctorat en sociologie ⁸⁴, il me paraît essentiel, pour commencer, d'en exposer d'abord brièvement les orientations théoriques et méthodologiques. Cette thèse porte, plus globalement, sur le vécu de la transition à la maternité, expression qui désigne les processus de la grossesse et de l'accouchement. La langue française ne possède en effet qu'un seul mot, maternité, pour désigner à la fois le « devenir mère » (gestation, parturition) et « l'être mère » (qui recouvre une bonne part de l'existence des femmes dans l'espace de la famille), alors que la langue anglaise dispose de deux termes, soit « maternity » et « motherhood ». La littérature sociologique qui se rapporte à mon sujet est peu prolixe, cette dimension de la vie des femmes ayant surtout fait l'objet de recherches strictement médicales et d'études d'ordre psychologique ou psychanalytique.

Les principales thèses en ce domaine viennent essentiellement de la sociologie médicale américaine et britannique des années 50 et 60 ⁸⁵, puis de la sociologie de la santé, telle qu'elle s'est développée en Amérique du Nord au cours des années 70 et 80 ⁸⁶, et de ce qu'on peut appeler la sociologie historique européen-

⁸⁴ Anne Quéniart, *Le façonnement social de la grossesse : une analyse des diverses dimensions du vécu des femmes*. Thèse de doctorat, sociologie, Université du Québec à Montréal, 1987, 657 pages. Je tiens ici à remercier Anne Laperrière, ma directrice de thèse, qui a lu et commenté les premières versions de ce texte.

⁸⁵ Voir entre autres (en bibliographie) les auteurs suivants : Rosengren, 1961 et 1962 ; Donabedian et Rosenfeld, 1961 ; Illsley, 1967 ; McKinlay, 1968 ; Gardiner, 1969.

⁸⁶ Voir entre autres les analyses critiques de Freidson, 1973 ; Illich, 1975 ; Renaud et al., 1980 ; voir aussi les analyses féministes qui bien qu'en marge du courant de la sociologie de la santé, y participent de par leur réflexion critique sur les biais sexistes de la médecine : Scully, 1980 ; Rich, 1980 ;

ne ⁸⁷. Cette distinction « temporelle » n'est pas de nature purement académique : elle révèle en fait une différence d'approche et de préoccupation dans l'appréhension de ces faits socioculturels que sont la grossesse et l'accouchement. En effet, d'un côté, on s'attache surtout, par le biais de recherches empiriques de type quantitatif, à mettre en relation les conduites et attitudes des femmes enceintes (nombre de visites chez le médecin, par exemple) avec leur milieu social immédiat ; de l'autre, on est d'abord préoccupé par les structures et les pratiques médicales entourant la naissance, dont on étudie les caractéristiques passées et actuelles.

Le premier type de littérature nous donne donc surtout des données brutes sur les comportements des femmes au cours de la grossesse - celle-ci étant définie comme un acte médical ; cependant, on ne trouve aucune analyse sur la signification sociale de ces comportements, ni sur les diverses dimensions (affectives, sociales, corporelles) du vécu des femmes. Dans le second type de littérature, on apprend essentiellement comment se manifeste, concrètement, la médicalisation de la maternité (nombre d'interventions, etc.). Cependant, là encore, on est peu renseigné sur la façon dont les femmes vivent cette expérience. En fait, c'est là la principale limite de l'ensemble de la littérature sociologique que d'évacuer le vécu des femmes et surtout le sens même que celles-ci donnent à la maternité.

C'est contre ce courant général d'évacuation du vécu des premières concernées par la grossesse, les femmes, que s'inscrit ma recherche. Leur laisser la parole, elles qui ne sont souvent que l'envers anonyme du légitime et de l'institutionnel (Herzlich, 1969), dégager la signification qu'elles accordent à la maternité, comprendre comment elles construisent leur réalité sociale, tels étaient mes objectifs premiers. S'il s'agissait de questionner le social à partir d'expériences individuelles, c'était pour relier ensuite ces vécus particuliers à la structure sociale qui les fonde ou les détermine (Dagenais, 1981). Cette démarche m'apparaît d'autant plus importante que le discours sociologique dominant a gommé les femmes comme sujets sociaux, les a renvoyées dans la « Nature » sous prétexte de leur biologie spécifique. En outre, socialement, il est d'autant plus urgent de faire émerger le vécu des femmes qu'à leur effacement des champs de la recherche en sciences sociales semble s'ajouter aujourd'hui, à l'heure où se profile la possibilité de faire

Ehrenreich et English, 1982 ; etc. Au Québec, voir Blanchet, Guyon et Levasseur, 1979 ; Coquatrix, 1980 ; Rocheleau-Parent, 1980 ; etc.

⁸⁷ Voir, entre autres, Laget, 1982 et Gélis, 1984.

« évoluer » les embryons puis les fœtus dans des utérus artificiels, une remise en cause de leur place et de leur rôle dans le processus même de la perpétuation de la vie.

Ces objectifs et orientations méthodologiques m'ont amenée, sur le plan méthodologique, à privilégier une approche qualitative qui, par sa souplesse et sa flexibilité, en termes d'instruments de cueillette de données - entretiens, observations sur le terrain - me paraissait plus adéquate à la saisie de l'intérieur d'une expérience complexe. Concrètement j'ai réalisé des entrevues en profondeur ⁸⁸ avec une cinquantaine de femmes, toutes primipares ⁸⁹, ayant accouché à l'hôpital ⁹⁰. Leur âge varie de 19 à 40 ans, elles sont toutes mariées ou conjointes de fait, ont une scolarité moyenne et modale de 15,1 ans ; un peu plus de la moitié d'entre elles sont sur le marché du travail, y occupant des emplois de type col blanc, semi-professionnel et professionnel ; quant aux autres répondantes, la plupart se définissent comme femmes au foyer, quelques-unes comme étant sans emploi (au chômage ou étudiantes). En plus de ces entrevues, j'ai effectué, pendant quatre mois, des observations systématiques dans quatre groupes de cours prénatals, totalisant une autre cinquantaine de femmes, présentant sensiblement les mêmes caractéristiques ⁹¹.

À cette nécessité de comprendre la maternité de l'intérieur correspondait aussi celle de la saisir dans ses dimensions à la fois affectives, sociales et corporelles. Sur le plan théorique, j'ai donc emprunté aux ethnologues et aux anthropologues leur perspective intégratrice : j'ai tenté ainsi de ne pas dissocier le vécu de la grossesse et de l'accouchement des facteurs sociaux dont il dépend, des normes et des valeurs qui le concernent, des structures institutionnelles qui l'encadrent ; de même, il m'a paru essentiel de saisir comment le social agit sur le corps et comment l'affectif est relié au social.

⁸⁸ Les entrevues auprès des femmes, d'une durée de deux heures trente environ, se sont déroulées environ quatre mois après leur accouchement.

⁸⁹ C'est-à-dire qui donnaient naissance pour la première fois.

⁹⁰ 7 Plus précisément dans deux hôpitaux montréalais possédant des Chambres de naissance.

⁹¹ Ces observations ont été réalisées dans le cadre d'un emploi d'agente de recherche au Département de santé communautaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en 1984.

En d'autres termes, loin de réduire la maternité à son évidence organique, naturelle, je l'ai envisagée comme un fait social, comme le lieu, notamment, d'un rapport particulier de la femme à son corps, à la science et à la technique médicales, de même qu'aux « autres », au « social ».

Dans cet article, centré sur le vécu des premiers mois de la grossesse, je vais montrer, dans un premier temps, comment la prégnance de plus en plus grande d'une nouvelle conception de la prévention, axée sur la notion de risque, crée, chez les femmes, une obsession de la normalité, les amenant à rechercher la certitude à tout prix. Dans un second temps, je me propose de dégager l'impact, sur le vécu des femmes enceintes, de la place de plus en plus grande de la technique dans les pratiques médicales entourant la maternité.

LA PRÉGNANCE DE L'IDÉOLOGIE DU RISQUE

Ce qui est frappant, dans le récit des femmes, ce n'est pas tant leur ambivalence face à leur grossesse, dont on parle beaucoup, que leur sentiment d'insécurité et ce, à tous les niveaux : on a peur de l'avenir et de ce qu'il implique en termes de responsabilités, on craint d'être déformée, dans son corps, par la maternité, de ne pas retrouver son corps de femme, on a peur aussi d'être jugée dans sa décision même d'être mère, etc. Ce sentiment d'insécurité est présent tout au long de la grossesse et il vient, bien sûr, de ce que mes répondantes (des primipares) vivent une expérience nouvelle : au niveau du corps, elles en méconnaissent les signes, voire la sensation ; au niveau socio-affectif, elles en devinent les implications sans pouvoir néanmoins les prévoir de façon certaine.

Au début de la grossesse, cependant, le sentiment d'insécurité est plus aigu et cela tient essentiellement, selon mes analyses, à la prégnance, de plus en plus grande, de ce qu'on peut appeler l'idéologie du risque, c'est-à-dire d'un ensemble de discours, centrés sur la notion de risque, qui prétendent « construire les conditions objectives du danger pour en déduire de nouvelles modalités d'intervention » (Castel, 1983 : 123). Cette idéologie est présente dans tous les domaines de la vie sociale et elle fait partie des nouvelles stratégies préventives qui se développent

depuis quelques années, non sans rapport avec le désinvestissement économique de l'État dans le champ des politiques sociales. On y autonomise la notion de risque par rapport à celle de danger : un risque ne résulte pas de la présence d'un danger précis, porté par un individu ; il est plutôt « un effet de la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables » (Castel, 1983 : 119).

Par exemple, en ce qui concerne la grossesse, c'est en plus de la prise en considération des antécédents génétiques des femmes, la mise en relation de données telles que l'âge de celles-ci, leur poids, leur taille, etc., mais aussi et surtout de données relatives à leurs comportements ou habitudes de vie qui permet l'élaboration de catégories de femmes enceintes : celles qui sont « à risques » - moindres ou élevés - et celles qui ne le sont pas. Les stratégies préventives, tout en renforçant la responsabilité individuelle, comme on va le voir, opèrent une dissolution de la notion de sujet, d'individu, qu'elles remplacent par celle de facteurs, de facteurs de risques. On parle ainsi, dans le domaine de la santé, de « population à risques » tout comme en économie on parle de secteurs à risques. D'un côté, on calcule les risques en se conformant à un idéal de gestion optimale (Jeudy, 1984), de l'autre, on rend chaque individu responsable de cette gestion.

Ces nouveaux dispositifs préventifs, au centre desquels se trouve la notion de risque, représentent en fait de nouvelles modalités de la surveillance, du contrôle social, qui devient indirect (Barel, 1982), plus diffus et surtout qui ordonne à chacun d'être responsable de sa vie, de sa santé, de sa sécurité ; bref, on invite l'individu à gérer sa vie et ses risques selon des règles socialement prescrites sur lesquelles il n'a pas d'emprise et selon des données qu'il ne peut relativiser. Ces stratégies reflètent bien ainsi certaines caractéristiques fondamentales de nos sociétés modernes, à savoir la psychologisation des rapports sociaux, des modalités de la socialisation (Lipovetsky, 1983). Ainsi, l'intégration sociale s'accomplit aujourd'hui de plus en plus par la suggestion, en invoquant la santé, la sécurité et la rationalité.

Au niveau de la maternité, il s'est produit, en ce qui a trait au risque, deux glissements de sens. On est d'abord passé, pour qualifier la grossesse, de la notion de pathologie (discours qu'on peut associer aux 18^e - 19^e siècles) à la notion du risque. Puis, plus récemment, on a déplacé le risque de la grossesse au fœtus : ce n'est plus tant la grossesse qui comporte des risques, sauf pour quelques femmes

bien identifiées (on les appelle « les femmes à risques », voire même « les grossesses à risque élevé » ⁹² ; aujourd'hui, à l'heure de la « bébologie », cette prétendue science qui étudie, dès la conception, le « bébé » dans tous ses états et sous toutes ses formes, ce serait plutôt le fœtus qui court des risques si sa mère ne fait pas attention, par exemple, si elle fume, si elle boit, etc.

Ce glissement de sens n'est pas sans rapport, et c'est à première vue un paradoxe, avec le courant de l'humanisation de la maternité. En effet, ce courant, se basant sur les statistiques médicales qui montrent que la majorité des naissances se déroulent normalement, dénonce l'extrême médicalisation dont toutes les femmes font l'objet au nom des quelques naissances à problème. La médecine a récupéré ce discours critique : on s'entend maintenant pour dire que la plupart des naissances ne posent pas de problème, que la grossesse est un phénomène normal ; mais en même temps, on affirme que les modalités de sa prise en charge, de sa gestion par les femmes, elles, peuvent entraîner des risques pour le fœtus, ce qui justifie d'ailleurs la médicalisation qui se poursuit. On tend ainsi à établir des liens de cause à effet entre les habitudes de vie des femmes enceintes et les risques de malformation ou autres risques du bébé à la naissance. On ne renseigne cependant jamais les femmes sur les taux réels de malformation des nouveaux-nés dans la population, ni sur le fait que ces malformations résultent d'un ensemble de facteurs ; en outre, on passe sous silence, on évacue l'impact non seulement des structures médicales mais aussi de l'environnement au sens large sur l'état de santé des nouveaux-nés : les rythmes de travail, la pollution, etc. En d'autres termes, on déplace la responsabilité des structures médicales - salles d'accouchement traumatisantes, cours prénatals non adaptés au vécu - et des variables socio-environnementales « lourdes » aux femmes elles-mêmes : on individualise la responsabilité, tout comme on l'a fait d'ailleurs en ce qui a trait à la pauvreté et à l'échec scolaire et, d'une façon générale, dans tous les domaines où des processus de domination - et des intérêts sociaux, politiques et économiques - sont en jeu.

Cette idéologie est d'autant plus prégnante qu'elle est diffusée largement par les médias, la littérature de vulgarisation et même par la littérature romanesque.

⁹² Au Québec on emploie le sigle GARE, qui signifie aussi « attention », pour désigner ces « grossesses à risque élevé ».

Dans de récents romans ⁹³, le personnage principal est... le fœtus, qui nous raconte ses états d'âme tout au long de son périple utérin, de « sa » conception à « sa » naissance, états d'âme largement déterminés par ceux de sa déjà mère. Au niveau des médias, je ne rapporte ici qu'un exemple, tiré d'un quotidien montréalais ⁹⁴ illustrant bien cette idéologie. On y titre « L'alcool prive le fœtus d'oxygène » et on y affirme, sans aucune nuance quant aux quantités ou au contexte, que l'absorption d'alcool pendant la grossesse « provoque un arrêt momentané de la circulation dans le cordon ombilical et par conséquent, une réduction de l'irrigation en oxygène du cerveau du fœtus ». On précise ensuite que ces recherches ont été faites sur des guenons, mais qu'un obstétricien-gynécologue a obtenu les mêmes résultats auprès des femmes. On sous-titre alors : « Un fœtus ivre » et on peut lire que ce médecin « a constaté qu'un verre suffit pour priver le fœtus d'oxygène et que l'enfant dans le ventre d'une femme qui continue à boire peut devenir complètement ivre ». Notons que le mot enfant a d'autant plus d'impact sur les femmes qu'il les amène à voir, à imaginer leur propre bébé.

Dans toutes les entrevues réalisées, on constate l'extrême sensibilité des femmes à ce type de discours et plus généralement à l'idéologie du risque. Cette dernière provoque chez elles une sorte de panique lors des trois premiers mois. La plupart, à l'annonce de leur grossesse (certaines même avant), modifient leurs habitudes de vie, dont on dit qu'elles sont néfastes pour le bon développement du bébé, ou les adaptent à leur nouvel état : elles arrêtent de fumer, de boire du café, etc. :

Quand le test a été positif, la *première chose* que j'ai fait c'est de jeter mon paquet de *cigarettes*. J'ai trouvé ça pas mal toff . J'étais *nerveuse*. J'ai toffé quatre mois puis j'ai repris. *Mais c'était pas si pire* parce que c'est vraiment les trois premiers mois où c'est dangereux pour le *bébé*. Alors tu veux pas prendre de chances.

Les femmes qui se refusent à changer leur vie ou qui ont de la difficulté à modifier certains de leurs comportements, ou bien se culpabilisent elles-mêmes, ou bien et surtout se voient culpabilisées par leur entourage, notamment par leur

⁹³ Voir par exemple Michel Braudeau, *Naissance d'une passion*, Seuil, 1985 et François Weyergans, *La vie d'un bébé*, Gallimard, 1986.

⁹⁴ *La Presse*, Montréal, mercredi 22 août 1984.

conjoint, même si lui continue de fumer ou de laisser à sa femme l'entière charge du travail domestique. Plus encore, certaines répondantes se sentent coupables d'avoir fumé ou consommé de l'alcool au début de leur grossesse alors qu'elles ne savaient pas encore qu'elles étaient enceintes :

J'ai eu peur tout le long de ma grossesse pour mon bébé, parce que j'avais été à un party et j'avais beaucoup bu et j'étais enceinte mais je ne le savais pas encore. Tu deviens paranoïaque parce qu'on te dit que si t'as bu de l'alcool, si t'as fumé des cigarettes, c'est les trois premiers mois qui sont les pires et pis ton enfant va être débile. Tu as peur vraiment d'avoir engendré un débile. Tu es craintive face à ça.

L'OBSESSION DE LA NORMALITÉ

L'insécurité de départ des femmes, accentuée par l'idéologie du risque, crée chez elles une obsession de la normalité, obsession qui elle-même, en retour, nourrit leur insécurité :

Moi j'ai eu beaucoup d'angoisses. Premièrement, est-ce qu'il serait normal, correct ? Est-ce qu'il va être infirme ? Va-t-il tout avoir ? Puis est-ce qu'il serait normalement intelligent ? S'il fallait que ce soit pas un vrai bébé ? S'il fallait qu'il lui manque quelque chose.

Si l'on se questionne sur la normalité du « produit », du résultat du processus (le bébé), on s'interroge également sur la normalité du processus lui-même. Tout ce que l'on vit se juge à l'aube de la norme médicale. À cet égard, on constate que toutes les femmes se réfèrent massivement à la littérature de vulgarisation médicale, peut-être parce qu'aujourd'hui, l'écrit tend à remplacer la tradition orale de la mère à la fille. Or, ce qui est frappant, c'est que les femmes consultent cette littérature non seulement pour s'informer, mais aussi et surtout pour comparer leur vécu aux normes médicales. Ainsi, celles dont les signes correspondent à ceux définis comme faisant partie d'une grossesse normale tendent à résumer ce qu'elles ressentaient en disant que « tout était correct » et ce, même si certains symptômes de leurs corps, comme des pertes de sang ou des crampes, leur semblaient inquiétants :

Je peux dire que j'ai eu un début de grossesse tout à fait normal. J'ai eu des pertes de sang mais il paraît que c'est normal, enfin, j'avais lu que c'est les vaisseaux sanguins. J'avais un peu peur de faire une fausse-couche mais ça a tenu. Si des médecins disent que c'est normal chez certaines femmes, c'est que c'est normal. C'est ça que je me disais.

C'est donc dire que la notion de normalité en vient elle-même à endiguer les signes d'alarme du corps. À la limite, comme le montrent certains témoignages, la réalité corporelle importe moins que le discours scientifique, que l'idéologie médicale. Quant aux femmes ayant des symptômes différents de ceux décrits ou qui ne trouvent aucune information à leur sujet, elles voient dans cette étape-ci de leur grossesse une phase à problèmes :

Au début, j'ai eu des problèmes. J'ai perdu du sang et j'ai paniqué parce que quand t'es enceinte, t'es pas menstruée, pis en plus, ils en parlaient pas dans le livre qu'on avait. Y disait, le premier signe de la grossesse, c'est que t'es pu menstruée.

Chez ces femmes, c'est l'indéfinition ou la non-définition normative de leur ressentir qui engendre des peurs. En d'autres termes, l'anormal ne se situe plus strictement dans les frontières de ce qui est défini comme tel mais envahit tout le champ de l'indéfini.

La peur qu'il n'arrive quelque chose au bébé ou que celui-ci ne soit anormal, qui revient dans toutes les entrevues, est d'autant plus grande que les femmes ne savent plus trop où commencent et où s'arrêtent les risques encourus : le champ normatif concernant la grossesse ne cesse de s'étendre. De plus, cette peur semble liée ou à tout le moins accentuée par le mode même de transmission de l'idéologie du risque : celle-ci est véhiculée sur le mode de la suggestion-dissuasion et non sur celui de l'interdit ; elle met en jeu la responsabilité individuelle et l'« autopunition », et non la responsabilité collective et la sanction sociale. Ainsi, on n'interdit pas aux femmes enceintes de fumer ou de boire de l'alcool : on les en dissuade en leur montrant toutes les conséquences éventuelles (possibles) de leurs comportements... L'intériorisation des contraintes sociales s'avère supportée et renforcée par cette assimilation psychologique.

Par ailleurs, la recherche de la normalité envahit d'autant plus le vécu des femmes que ces dernières en sont souvent considérées comme les principales si-

non les seules responsables. À cet égard, les répondantes âgées de plus de 35 ans sont particulièrement insécurisées. Cela vient, selon mes analyses, de l'association révélée par la médecine entre l'âge des femmes et le risque de maladies chromosomiques, dont le mongolisme :

Étant donné mon âge, j'avais une grosse peur d'avoir un bébé mongol. Tu te dis qu'à partir de 35 ans le risque augmente de façon exponentielle. Je voyais la courbe rendue à 40 ans et je me disais, mon dieu, c'est pas une chance mais un risque sur 200 ou quelque chose comme ça.

Si l'on ne peut remettre en cause la relation, bien établie, entre le taux d'enfants présentant une telle maladie chromosomique et l'âge de la mère, en revanche, on doit faire remarquer que « le milieu médical ignore encore largement les dangers liés à l'âge du père ». Or, « les corrélations établies avec l'âge de la mère négligent souvent le fait que le mari est également plus âgé » (Postel-Vinay, 1985 : 20-22).

Cette emphase mise sur les femmes dans la recherche statistique est révélatrice de la conception médicale dominante de la femme enceinte comme mère porteuse responsable, dès la conception, de ce que sera le futur enfant, et qui omet, de façon générale, la prise en compte des variables socio-environnementales ainsi que... le rôle du conjoint. C'est cette même logique réductrice que l'on retrouve à la base de l'idéologie du risque et qui lui donne tant de force, attribuant à la seule femme la responsabilité du bon déroulement de la grossesse.

L'OBTENTION DE LA CERTITUDE À TOUT PRIX

Il n'est pas surprenant que les femmes éprouvent en conséquence un besoin d'être rassurées à tout prix, voire même, et c'est un paradoxe, quel qu'en soit le prix ou le risque. À cet égard, la logique médicale est insidieuse : en mettant l'accent sur les risques pour le fœtus lors des trois premiers mois, on joue sur la peur et surtout sur la responsabilité des femmes envers un tiers. En présentant ensuite les techniques comme moyens de mesurer voire de corriger ou même d'éviter ces risques, on est à peu près certain qu'elles obtiendront la faveur des femmes. C'est

ce que laissent entrevoir plusieurs de mes entrevues. Ainsi, certaines répondantes ont émis le désir de « pouvoir passer un test dès le début, pour savoir si le bébé sera normal et tout » :

Je suis tout à fait pour des examens pour savoir si ton bébé va être normal. Si ça peut rassurer les femmes, pourquoi les rejeter. On s'inquiète assez les premiers mois.

Mon amie a eu une amniocentèse et je trouve qu'elle a vécu ça mieux que moi. Avec ce test, tu sais tout de suite s'il va être normal. Mais ça a l'air que bientôt on pourra même savoir quelle taille il aura, la couleur de ses yeux, juste par un examen comme le pap test.

Plus encore, plusieurs femmes sont prêtes à prendre des risques pour en éviter d'autres qui semblent plus menaçants. Leurs témoignages sur l'amniocentèse l'illustrent bien. Celles qui ont passé cet examen se sentent privilégiées parce qu'elles savent très tôt, disent-elles, que le bébé est normal. Plus encore, connaissant les risques élevés de fausse-couche encourus suite à ce test, elles affirment que : « Ça vaut la peine de prendre une chance pour savoir s'il est normal, pour être sûr qu'il est normalement constitué ». Les autres parlent de cet examen comme étant un privilège auquel elles n'ont pas eu droit. Elles affirment que si elles avaient eu le choix elles auraient accepté avec joie parce que c'est rassurant de savoir.

Beaucoup des témoignages recueillis viennent donc illustrer l'analyse de Louise Vandelac ⁹⁵ selon laquelle il s'opère, au fil des années, un glissement d'une technique à l'autre, rendant anodins des tests autrefois considérés comme dangereux ou risqués - comme l'amniocentèse - ou rendant accessibles à toutes des examens autrefois réservés aux cas spéciaux, comme l'échographie. Parmi mes répondantes, seules quelques-unes ont dû passer cet examen en raison de complications dans le déroulement de leur grossesse ; toutes les autres ont eu une échographie de routine et ce, pour être rassurées : « mon médecin m'a dit : on le fait passer pour voir si le placenta est bien placé et pour voir s'il n'y a pas de malformations chez le fœtus » ; « mon médecin préférait que je passe une échographie pour être bien certain que tout allait bien et pour me rassurer aussi ». Encore toutes imprégnées de l'idéologie du risque, il semble difficile pour les femmes de

⁹⁵ Voir son entrevue avec Lucie Nadeau (Vandelac, 1985).

refuser sans angoisses de passer une échographie, examen dont on leur dit qu'il sert à dépister les malformations. Sans remettre en cause la capacité de l'échographie à repérer celles-ci, on doit se questionner sur le fait que l'on ne semble pas informer les femmes adéquatement, par exemple sur les taux réels de malformations des nouveaux-nés ou sur les risques potentiels des ultrasons sur le développement du fœtus. Comment peut-on choisir si l'on n'a pas en main les différents paramètres ? L'échographie illustre bien cette façon insidieuse qu'a la médecine de suggérer et de canaliser des choix (Barel, 1982).

LA TECHNIQUE, COMME SEULE RÉPONSE À L'INSÉCURITÉ DES FEMMES

La domination de la technique sur l'évaluation du bon déroulement de la grossesse se voit parachevée dans le fait qu'elle se présente comme le seul moyen de rassurer totalement les femmes, le seul moyen d'apaiser les craintes qu'elles éprouvent - craintes que la médecine elle-même a contribué à créer ou à accentuer. En d'autres termes, la seule réponse que donne l'institution médicale aux angoisses des femmes et même à leur simple demande d'information ou de support, est d'ordre technique.

C'est là une des caractéristiques de notre médecine moderne que de répondre aux angoisses et au mal-être des gens en multipliant les tests, les examens techniques de tous genres. Que l'on pense au nombre de personnes, et notamment de femmes, qui vont consulter leur médecin parce qu'elles ne se sentent pas en forme, mal dans leur peau, éternellement fatiguées, etc. En général, on répond à leur demande explicite d'être « soignées » en les envoyant passer une batterie de tests, de la prise de sang à la radiographie des poumons. Ces tests, dans la plupart des cas, ne révèlent aucun problème d'ordre médical proprement dit. De même, on répond à la douleur en l'annulant (par l'anesthésie), aux difficultés des gens à dormir en provoquant le sommeil (barbituriques), etc.

Cette approche, cependant, n'est pas le propre de la seule médecine, pourrait-on dire. En effet, elle est aussi celle de notre société globale et de chacun de nous. Nous réglons de plus en plus nos angoisses et nos problèmes existentiels à coup

d'aspirines ou en allant passer une kyrielle d'examens. La situation semble, à bien des égards, paradoxale : tout se passe comme si les médecins eux-mêmes se retrouvaient dans l'incapacité de rassurer les gens, non seulement parce qu'eux-mêmes semblent avoir oublié (ou laissé tomber - efficacité oblige) l'art de réconforter, mais aussi parce que les patients eux-mêmes exigent de plus en plus, pour être rassurés, des preuves tangibles qu'amènent les tests de tous genres. Mes répondantes en sont un bon exemple. Toutes ne se sont pas vues suggérer l'amniocentèse, l'échographie, la césarienne sous anesthésie générale, le moniteur fœtal, etc.

Moi, j'avais bien des craintes, à cause de mon âge, 34 ans, c'est un peu limite. Alors, j'ai exigé de passer une échographie. Pour moi, c'était le seul moyen de savoir enfin s'il était correct, parce que à 34 ans, t'as pas droit à l'amniocentèse. C'est à partir de 35.

Mon médecin, elle me dit, tout est beau, ta grossesse est tout à fait normale. Sauf que, elle est pas dans mon ventre, je veux dire, tout à coup, il lui manque un bras, elle peut pas le savoir comme ça. Fait que je lui ai demandé. Elle dit : pas de problème, si ça peut te rassurer, on va en passer une. Elle était ben correcte pour ça. J'ai pas eu à me battre.

Pour plusieurs femmes, la technique est non seulement la seule réponse qu'on donne à leur insécurité, mais également la seule qu'elles acceptent, qu'elles jugent acceptable. Leur perméabilité face aux nouvelles technologies de diagnostic ou de traitement du fœtus in utero ⁹⁶, de même que face aux techniques obstétricales en général ne peut se comprendre qu'en se situant au niveau plus général de l'emprise de la technique dans nos sociétés.

⁹⁶ Notons que très peu de mes répondantes sont ouvertes aux nouvelles technologies visant à remplacer certaines séquences de la reproduction, telles la fécondation in vitro, les utérus artificiels, etc., estimant « les liens du ventre » essentiels à l'apprentissage (affectif, social) de leur futur rôle de mère. Voir à ce sujet le chapitre 2 de la section 3 intitulé « Les paradoxes des liens du ventre ».

L'EMPRISE DE LA TECHNIQUE SUR LE VÉCU DES FEMMES

Aujourd'hui, en effet, la plupart des activités humaines, tant celles relevant du public (école, loisirs, travail) que celles concernant le privé et même l'intime (la vie, l'amour, la mort), font maintenant l'objet de techniques, sont dotés d'instruments ou de façons de faire issus de la technique (Ellul, 1977). La maternité n'y échappe pas ; elle est envahie non seulement par cette technicisation du geste et par la profusion de méthodes/recettes « douces » - techniques de respiration, de relaxation - mais aussi par des techniques concrètes - de l'échographie au moniteur foetal sans oublier les nouvelles technologies de pointe. Cette technologisation de la maternité est de plus en plus critiquée : on dénonce surtout la tendance à imposer à toutes, à généraliser des techniques conçues pour les femmes vivant une grossesse à risques.

À cet égard, on peut reprocher deux choses aux analyses concernant les techniques relatives à la maternité. La première, c'est qu'elles tendent à présenter les femmes, les usagères, comme des victimes et à laisser sous-entendre que seuls les experts ont un rôle actif face à la technologie - création, invention, décision, imposition ; on étudie la seule influence de ces experts et leurs techniques sur les femmes, négligeant de prendre en compte l'inverse, à savoir le sens que celles-ci accordent aux techniques de même que la place qu'elles leur donnent. Le second reproche qu'on peut faire aux analyses actuelles c'est qu'elles se centrent sur les aspects quantitatifs de la technique, oubliant ses aspects qualitatifs.

Le plus fondamental des effets qualitatifs de la technique c'est peut-être cette façon qu'on a de considérer comme normal quand ce n'est pas nécessaire, essentiel, le recours aux techniques dans notre vie de tous les jours. Le vécu de mes répondantes témoigne bien de cette nouvelle attitude mentale : pour elles, les techniques peuvent tout ou presque tout. Elles valident leur ressenti, les rassurent sur leur bébé, voire même sur la normalité de ce qu'elles vivent. Les médecins non plus n'échappent pas à cette emprise : s'ils s'équipent de plus en plus d'instruments, d'outils techniques, n'est-ce pas, à l'instar des femmes, pour se rassurer et

pour se protéger contre d'éventuels procès ? ⁹⁷. En outre, n'est-ce pas parce qu'un médecin qui refuserait d'y faire appel risquerait de perdre une bonne partie de sa clientèle (que l'on pense à l'échographie) ? Enfin, et surtout, s'ils ont recours à la technique, n'est-ce pas également pour valider leur propre savoir ? En fait, les tests et les techniques, d'éléments ou de support du diagnostic qu'ils étaient, tendent de plus en plus à tenir lieu de diagnostic : le jugement humain est évacué peu à peu chez l'expert comme chez la femme. L'échographie en est un bon exemple : c'est elle qui amène « l'assurance du vrai » pour les femmes :

Avec l'échographie, tu vois ton bébé, alors de le voir, ça te rassure parce que tu vois vraiment qu'il est là. C'est pas juste un ventre que t'as, c'est quelqu'un qui est en dedans de toi. De le voir, c'est comme plus vrai. T'es plus sûre.

Notons que cette importance du voir ⁹⁸, qui revient dans tous les récits, montre comment la technique en vient à transformer notre façon d'appréhender les choses : la grossesse, phénomène du corps, des sensations, tend à se vivre d'abord sur le mode du spectacle ; on fournit aux femmes le moyen d'assister à leur grossesse en spectatrices, mettant de côté pour un temps du moins toute réalité intérieure. Quant aux médecins, ils basent de plus en plus leur diagnostic au cours de la grossesse, sur la lecture des résultats de l'amniocentèse, de l'échographie, et des autres tests classiques (prises de sang, d'urine, etc.). Le recours de plus en plus fréquent à la technique en vient ainsi à transformer la relation thérapeutique elle-même : « le moment synthétique du diagnostic n'est plus la relation concrète avec la personne (...) mais le rapport établi entre les différentes expertises qui constituent son dossier » (Castel, 1985 : 119). Plus encore, au cours de l'expérience de la maternité, mes analyses montrent finalement que le sujet (le médecin comme la femme) est de moins en moins pris en compte dans l'évaluation du déroulement de la grossesse, puis de l'accouchement.

⁹⁷ Maria de Koninck, étudiante au doctorat en sociologie à l'Université Laval, me signalait récemment à ce sujet qu'une enquête menée auprès de gynécologues-obstétriciens américains révèle que 66,9% d'entre eux déclaraient, en 1985, avoir fait l'objet de poursuites au cours de leur carrière.

⁹⁸ Au sujet de cette importance du voir, de la prédominance de la vue et les autres sensations, consulter le chapitre 2 de la section 2 de ma thèse consacrée à l'échographie, de même que la section 3 traitant du rapport au corps.

L'ÉVACUATION DU SUJET

C'est là l'aspect fondamental de la technique que d'évaluer le sujet. Même quand le sujet est présent physiquement, il est évacué au profit de la technique. Le vécu des femmes au moment de l'amniocentèse et de l'échographie l'illustre bien : lors de ces examens, tous les regards sont tournés vers l'écran, tout comme ils le sont d'ailleurs de plus en plus pendant l'accouchement avec le recours au moniteur foetal, faisant de la femme et de son corps un « ventre-relais », intermédiaire pour atteindre l'intérieur, l'utérus, le bébé. La technique renforce ainsi l'emphase mise par les médecins ⁹⁹ sur celui qui est défini très tôt comme l'enjeu de la maternité, le fœtus. En outre, il se produit également un effacement de l'humain lui-même derrière les techniques et ce, à deux niveaux. Tout d'abord, celles-ci n'exigent plus forcément la présence de l'individu. Par exemple, au cours de l'accouchement, le moniteur foetal permet de donner congé au personnel médical, du moins pour un temps, et ce, tout en lui permettant de surveiller le déroulement du travail. De même, lors de l'échographie, il n'est pas nécessaire que le médecin soit présent et il ne l'est pas en général : il base son diagnostic à partir du cliché que le technicien tire de cet examen. De surcroît, même quand l'humain est présent, il se trouve dans une position seconde par rapport à la technique. Ainsi en est-il justement du technicien lors de l'échographie : sans lui, les femmes ne peuvent interpréter l'image sur l'écran et pourtant, ce n'est pas lui qui est perçu comme les rassurant mais bien l'échographie elle-même. De même, pour plusieurs de mes répondantes, c'est grâce au moniteur foetal que le conjoint a pu être utile pendant l'accouchement et non grâce à son support affectif (encouragement, tendresse) et effectif (massages, etc.).

⁹⁹ Cette emphase sur le bébé ressort dans les descriptions que font mes répondantes des visites chez leur médecin (thème que je ne peux aborder ici) : ce qui est écouté, ausculté, palpé, etc. c'est leur ventre et, à travers lui, le bébé, d'où le sentiment de nombreuses femmes de n'être « qu'un numéro » voire même « juste une porteuse d'enfant ». Voir à ce sujet la section 2 de la thèse et en particulier le chapitre 1, intitulé « Les paramètres de la relation thérapeutique ».

UNE SÉCURITÉ FUGACE ET PARTIELLE

Si mes répondantes sont fascinées par la technique, en même temps, elles souffrent de ses limites. Tout d'abord, les divers tests, s'ils rassurent en général, s'ils amènent la certitude du bon déroulement de la grossesse, ne le font finalement que pour un temps :

L'échographie, c'est merveilleux, ça te rassure de voir le bébé. Sauf que le reste de ta grossesse, l'échographie, elle est loin. Tu t'inquiètes pareil. Tu sais pas si entre temps, le fœtus s'est bien développé. Surtout avant qu'il bouge, c'est énervant.

Parce qu'il ne concerne et ne peut représenter en lui-même qu'un moment précis dans le temps, le pouvoir de sécurisation des techniques est éphémère. En fait, seule la conscience de l'historicité d'une situation ou d'une expérience - de sa globalité comme de sa continuité - peut rassurer autrement que ponctuellement, ce que la technique ne peut offrir : son efficacité est « sans jeu et sans évocation, sans souvenir et sans projet. Elle (...) s'est imposée à la place des médiations poétiques » (Ellul, 1977 : 47).

Contrairement aux autres systèmes de médiation qui sont plurivoques et instables, la technique est univoque et stable, mais aussi simplificatrice, superficielle : elle ne permet pas une saisie globale de ce à quoi elle s'applique, elle engendre une perte du sens de la totalité et de son évolution. Plus encore, elle tend à désigner tout ce qu'elle ne retient pas ; « ce qui ne peut être manié, manipulé, utilisé, se trouve rejeté hors du valable » (Ellul, 1977 : 57). L'échographie et d'autres techniques obstétricales le montrent bien : elles s'attachent à sonder l'utérus, évacuant ainsi les autres dimensions de la maternité (l'affectif, le social, etc.), ce dont les femmes souffrent. En outre, même ce « corps-contenu », elles n'en saisissent pas la globalité : elles n'en photographient ou mesurent qu'un moment et qu'un aspect précis de son évolution. La permanence du pouvoir de « rassurance » de la technique ne pourrait ainsi être obtenue que par une multiplication à l'infini de son utilisation...

Ces limites de la technique expliquent que pour les répondantes, un retour au corps et à ses sensations sont nécessaires. Passés les premiers mois de la grossesse, c'est par leur corps qui s'impose de plus en plus, tant de l'intérieur (perception des mouvements du fœtus) que de l'extérieur (visibilité du ventre), que les femmes sont rassurées, sur le long terme, quant à la viabilité de leur bébé. En même temps - et on touche là à un tout autre aspect de la maternité que je ne peux développer ici - celui-ci s'impose de plus en plus comme un « autrui » avec lequel elles entrent en communication et non plus simplement comme un fœtus.

AU RISQUE D'EN PERDRE LE SENS ?

Pour conclure, je dois souligner tout d'abord qu'il ne s'agit pas, en ce qui a trait à l'idéologie du risque, de nier les effets nocifs possibles de certaines habitudes de vie des femmes enceintes (tabac, alcool) sur le nouveau-né (faible poids à la naissance, etc.). Mais, dans la perspective sociologique qui est la mienne, on doit s'interroger sur la façon dont sont véhiculés ces discours sur le risque et sur leurs effets sociaux. À cet égard, bien que l'on se base, pour déterminer les risques en question, sur la mise en relation de différents facteurs, on ne révèle et présente généralement aux femmes, dans la littérature de vulgarisation ou dans les médias, qu'un de ces facteurs, hors contexte. Ceci a pour effet, on l'a vu, d'interdire l'emprise du sujet sur ce discours scientifique (médical) qu'il ne peut relativiser. De plus, partie prenante d'une préoccupation sans cesse grandissante pour le fœtus (comme en témoigne l'énorme publicité entourant les recherches sur les nouvelles technologies de la reproduction), l'idéologie du risque renforce le processus de responsabilisation exclusive des femmes dans la maternité, accentue la mystique de la « bonne mère » - dont les intérêts et les besoins propres doivent passer après ceux de sa progéniture. En outre, l'emphase mise sur le risque masque et évacue une autre composante de l'insécurité des femmes, celle qui ressort du conflit de rôles qu'elles ressentent : la grossesse est vécue comme un moment de flottement de leur identité - acquisition prochaine du statut et du rôle de mère - dont les différentes composantes, affectives, sociales et corporelles sont en train de se modifier. Or, les témoignages montrent que les femmes, si elles recherchent compréhension et reconnaissance sociale, ne reçoivent essentiellement que des conseils d'ordre

médical, même de la part de leurs proches qui reprennent à leur compte les discours sur le risque.

À cet égard, ce qui est suggéré aux femmes, ce sont bien plus que de simples restrictions alimentaires : c'est une nouvelle manière d'être, définie par la médecine. En fait, elles entrent très tôt dans un processus analogue à celui décrit par Goffman (1968) sous le concept d'institutionnalisation, à savoir le processus insidieux par lequel les individus sont placés - pris dans les mailles d'un réseau de services professionnalisés ; objets d'un contrôle social et moral, ils se voient obligés de s'adapter à l'institution, d'intérioriser ses normes officielles et ainsi, d'abandonner leur propre moi. En invitant les femmes enceintes à se conformer à certaines normes de conduite, on leur assigne en même temps un nouveau rôle social, celui d'une femme déjà mère, rôle auquel est attachée une responsabilité, celle de « produire un enfant en bonne santé » ; on leur demande d'agir, de se comporter d'abord et presque exclusivement en fonction du futur bébé, c'est-à-dire de s'oublier elles-mêmes. Modifier ses habitudes de vie devient très vite changer sa vie, ce à quoi d'ailleurs plusieurs de mes répondantes se refusent :

Dès que t'es enceinte, faut pu faire ci, faut pu faire ça, faut bien manger, faut se reposer, faut pu fumer. Moi j'ai dit : oh, je suis prête à faire attention mais je suis pas pour changer toute ma vie parce qu'aujourd'hui je suis enceinte. Puis j'ai dit aux gens, si vous voulez tellement que je fasse attention pour le bébé, arrêtez donc de fumer vous autres aussi. En plus, on te demande de faire attention à 56 affaires, mais on te demande de continuer à travailler. Finalement, c'est très incohérent.

Et en effet, si l'on demande aux femmes, et à elles seules, de modifier leurs habitudes de vie, de se reposer, d'allaiter leur bébé, etc., en revanche, on les « invite » à continuer de travailler (dans le privé et le public) ; surtout, on ne s'interroge pas sur l'impact des rythmes de travail, de la pollution, etc., sur le déroulement de la grossesse et sur la santé des nouveaux-nés ¹⁰⁰. Enfin, les analyses sur la

¹⁰⁰ Notons cependant qu'au Québec, avec la loi sur la santé et sécurité au travail et notamment la mesure du « retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite », on commence à prendre en considération les variables autres que celles relatives à l'état de santé des femmes et à leurs comportements et habitudes de vie : on admet que certaines tâches, certains emplois peuvent

maternité doivent aussi poser la question des effets iatrogènes de cette idéologie du risque (stress, peurs) chez les femmes.

En ce qui a trait à la technique, il ne s'agit pas non plus de nier son utilité, mais plutôt de questionner le fait qu'elle devienne de plus en plus la *seule* réponse à l'insécurité des femmes que propose la médecine et aussi la seule réponse que nous y donnons, comme société : on a délégué peu à peu tout ce qui a trait à la naissance à des experts. Il s'opère ainsi une restriction du sens de la maternité, de la naissance - tout comme il se produit aujourd'hui un déni du sens de la mort (Thomas, 1978), de la douleur : tout devient affaire de technique. Le traitement de la douleur illustre bien cette perte du sens. De plus en plus, on y répond par l'analgésie. Ainsi en est-il lors de l'accouchement : si, au Québec, la pratique de l'anesthésie générale diminue (Blanchet et al., 1979), en revanche on favorise de plus en plus souvent le recours aux anesthésies locales ou aux péridurales. Ce faisant, on tend, à travers la suppression des symptômes, des sensations désagréables ou douloureuses, à éliminer le sens lui-même, à empêcher une saisie de sens et ce, à deux niveaux : d'une part, on annule la douleur « concrètement » - on en fait disparaître les manifestations - et d'autre part, on désamorce son caractère tragique. Cela se remarque même dans le langage employé : on parle, lors de la naissance, non plus de douleur mais de contractions. Dans le même ordre d'idées, l'avortement, médicalisé, devient un IVG et du coup, « les conflits qui lui sont rattachés ne trouvent pas d'expression possible dans le système hospitalier qui répare une erreur de contraception » (Baudry, 1985 : 45).

Si la technique peut rassurer les femmes - à tort ou à raison - sur le bon déroulement biologique de la grossesse, elle ne permet pas cependant de combler leur peur diffuse, mais très grande, quant à ce qu'implique la venue d'un enfant dans leur vie ; elle évacue tout le vécu psychosocial qui s'y rattache ; et surtout, elle délégitime et évacue le sens même que les femmes donnent à cette expérience qui vient transformer leur corps, leur vie et leur sens de la vie. D'où l'importance de recherches qui portent sur les femmes et surtout qui partent de leur vécu. À cet égard, s'il est important de travailler sur les enjeux des nouvelles technologies, il me paraît tout aussi essentiel de ne pas oublier de s'interroger sur la signification et la place qu'elles prennent pour les femmes et ce qui y est sous-jacent. Car, en

comporter des « risques », des dangers pour la poursuite de la grossesse ou l'état de santé du nouveau-né.

sous-estimant l'analyse de l'expérience globale de la maternité pour ne s'attarder qu'aux techniques parfois sensationnelles qui l'entourent, on risque de participer à cette restriction de sens et à l'évacuation des femmes des champs décrétés significatifs.

RÉFÉRENCES

Arditti, Rita, Dvelli Klein, Renate et Minden Shelley (dir.), *Test-Tube Women : What Future for Motherhood ?*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1984.

Badinter, Élisabeth, *L'un et l'autre*, Paris, Les Éditions Odile Jacob, 1986.

Barel, Yves, *La marginalité sociale*, Paris, PUF, 1982.

Baudry, Patrick, « Organisation et socialité ; l'hôpital », *Action et recherches sociales*, n° 1, mars 1984, p. 39-51.

Beaulieu, Carole, « Droit de la reproduction : serons-nous des incubateurs ambulants ? », *La vie en rose*, avril 1985, p. 14-15.

Bensaid, Norbert, *La lumière médicale*, Seuil, 1981.

Blanchet, Madeleine, Guyon, Louise et Madeleine Levasseur, « Quoi de neuf en périnatalité ? », *Le médecin du Québec*, vol. 14, n° 6, juin 1979, p. 42-59.

Boisvert, Manon, « La fécondation in vitro au Québec », *La Gazette des femmes*, juillet-août 1985, p. 17-18.

Castel, Robert, « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en science sociale*, n° 47-48, juin 1983, p. 119-127.

Collectif Maternité en mouvement. *Les femmes, la re/production et les hommes de science*, Grenoble/Montréal, PUG/Éditions Saint-Martin, 1986.

Collectif Accoucher ou se faire accoucher, Dossier d'information de l'Association pour la santé publique du Québec, Montréal, Presses du ministère des Communications du Québec, octobre 1980.

Conte, Natalie et Ginette Sauvé, « Les dernières-nées de la reproduction », *Qui-vive*, automne 1985.

Coquatrix, Nicole, « Peut-on humaniser une industrie ? », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, septembre 1980.

Dagenais, Huguette, « Quand la sociologie devient action : impact du féminisme sur la pratique sociologique », *Sociologie et sociétés*, vol. XIII, n° 2, octobre 1981, p. 49-66.

De Billy, Hélène. « Une révolution biologique », *La Gazette des femmes*, juillet-août, p. 13-15.

Delaisi de Parseval, Geneviève et Alain Janaud, *L'enfant à tout prix. Essai sur la médicalisation du lien de filiation*, Paris, Seuil, 1983.

De Vilaine, A. M., « L'homme-machine, la femme-cobaye, les bébés-éprouvettes et les enfants de la science », Actes du colloque « génétique, procréation et droit », Maison de la chimie, Paris, 18-19 janvier 1985, Actes Sud, Hubert Nyssan Éd.

Donabedian, Avedis et Leonard Rosenfeld, "Some Factors Influencing Prenatal Care", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 265, July 1961, p. 1-6.

Ehrenreich, B. et D. English, *Des experts et des femmes*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1982.

Ellul, Jacques, *Le système technicien*, Paris, Calman-Lévy, 1977.

Escomel, Gloria, « Stérilité : jusqu'où faut-il aller pour avoir un enfant ? », *La Gazette des femmes*, mai-juin 1986, p. 11-20.

Firestone, Shulamith, *La dialectique du sexe*, Paris, Stock, 1971.

Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1967.

Franklin, Ursula, *Les femmes changeront-elles la technologie ou la technologie changera-t-elle ?*, Les documents de l'ICREF, Ottawa, 1985.

Freidson, Eliott, *Profession of Medicine*, New York, Dodd-Mead and Co., 1973.

Friedman, Georges, *Sept essais sur l'homme et la technique*, Paris, Média-tions, 1966.

Gardiner, S.H., "Motivation for Obstetric Care", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 33, N° 3, March 1969.

Gavarini, Laurence, « De l'utérus à la mère-machine », dans *Maternité en mouvement. Les femmes, la reproduction et les hommes de science*, sous la direction de A.M. De Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Grenoble/Montréal, Presses de l'Université de Grenoble/Éditions Saint-Martin, 1986, p. 191-206.

Gélis, Jacques, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne, 16e et 19e siècle*, Paris, Fayard, 1984.

Goffman, Erving, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.

Habernas, Jürgen, *La technique et la science comme idéologie*, Paris, Denoël-Gonthier, 1973.

Hern, Warren M., "The Illness Parameters of Pregnancy". *Social Science and Medicine*, N° 9, p. 365-372.

Herzlich, Claudine, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions Mouton, 1969.

Illich, Ivan, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

Illsley, Raymond, "The Sociological Study of Reproduction and Its Outcome", *Childrearing-Its Social and Psychological Aspects*, Edited by Stephen Richardson and Alan F. Guttmacher, The Williams & Wilkins Company, 1967.

Jeudy, Jean-Pierre, « Pour une critique de la notion de risque », *Action et recherches sociales*, n° 3, novembre 1984, p. 57-69.

Knibiehler, Yvonne et Catherine Fouquet, *La femme et les médecins*, Paris, Hachette, 1983.

Laget, Mireille, *La naissance avant l'âge de la clinique*, Paris, Seuil, 1982.

Light, Harriett K. et Carol Fenster, "Maternal Concerns during Pregnancy", *American Journal of Obstetric and Gynecology*, Vol. 118, N° 1, January 1974.

Lipovetsky, Gilles, *L'ère du vide, essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 1983.

Mauss, Marcel, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950. [Livre disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

McKinlay, John B., "The Sick Role-Illness and Pregnancy", *Social Science and Medicine*, 1969, p. 561-572.

McNurlen, Lewis J., "Childbirth : a Family Affair", *Sociological Symposium*, N° 8, Spring 1972, p. 23-27.

Morin, F. Edmonde, *La rouge différence ou les rythmes de la femme*, Paris, Seuil, 1982.

Morin, F. Edmonde, *Petit manuel de guérilla à l'usage des femmes enceintes*, Paris, Seuil.

Nadeau, Lucie, « À quand les mères-machines ? Entrevue avec Louise Vandellac », *Pour le socialisme*, automne 1985.

Postel-Vinay, Olivier, « Papas : arrêtez à 40 ans », *Science et vie*, n° 816, septembre 1985, p. 20-25.

Quénart, Anne, *Les diverses dimensions du vécu de la maternité*, Rapport de recherche, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), 1984.

Quénart, Anne, *Le façonnement social de la grossesse : une analyse des diverses dimensions du vécu des femmes*, thèse de doctorat en sociologie, UQAM, 1987.

Renaud, Marc (sous la direction de), *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1980.

Rich, Adrienne, *Naître d'une femme. La maternité en tant qu'expérience et institution*, Paris, Denoël-Gonthier, 1980.

Rocheleau-Parent, Lucille, « Accoucher ou se faire accoucher », *Carrefour des Affaires sociales*, n° 2, septembre 1980, p. 4-21.

Rosengren, William R., "Social Status, Attitudes Toward Pregnancy and Childrearing Attitudes", *Social Forces*, Vol. 41, p. 127-134.

Rosengren, William R., "Social Instability and Attitudes toward Pregnancy as a Social Role", *Social Problems*, N° 9, 1962, p. 378.

Scully, Diane, *Men who Control Women's Health*, Boston, 1980.

Tabet, Paola, « Fertilité naturelle, reproduction forcée ». *L'arraisonnement des femmes*, op. cit..

Testard, Jacques, *De l'éprouvette au bébé spectacle*, Bruxelles, Éditions Complexe, Collection Le genre humain, 1984.

Thibault, Odette, « Réflexion d'une femme biologiste et féministe », *Actes du colloque génétique, procréation et droit*, Maison de la chimie, Paris, 18-19 janvier 1985, Actes Sud, Hubert Nyssan Éd.

Thomas, Louis-Vincent, *Mort et pouvoir*, Paris, Payot, 1978.

Thullier, Pierre, *Jeux et enjeux de la science*, Paris, Laffont, 1972.

Thullier, Pierre, *Les biologistes vont-ils prendre le pouvoir ?*, Paris, Complexes, 1981.

Vandelac, Louise (sous la direction de), *Du travail et de l'amour. Les dessous du travail domestique*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1985.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

C) Jusqu'où ira la technologie ?

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

C) Jusqu'où ira la technologie ?

9

Multiplication des césariennes : phénomène chirurgical ou... officine de laboratoire ¹⁰¹

Par Maria De Koninck

[Retour à la table des matières](#)

Médicalisation de l'accouchement : comme l'a bien démontré France Laurendeau dans un autre texte de ce livre, ce terme désigne un phénomène global, mais aussi plusieurs réalités. La thèse de madame Laurendeau est que ce phénomène est caractérisé par l'hospitalisation des accouchées et par l'usage de techniques obstétricales, ces deux situations allant de pair. Ces phénomènes sont les manifestations d'une transformation importante du déroulement et de l'encadrement de l'accouchement, transformation qui est la conséquence d'une définition « culturelle » davantage que « naturelle » de cet événement, définition formulée par l'institution médicale, maintenant seule légitimée à l'intervenir.

C'est en effet seulement par une transformation idéologique du naturel en culturel que la médecine a pu définir la reproduction comme sa spécialité (Oa-

¹⁰¹ Ce texte comprend les éléments théoriques retenus lors de la préparation d'une recherche empirique sur l'expérience maternelle vécue au moment de la césarienne. L'auteure tient à souligner qu'il s'agit d'un cadre de référence initial et nullement des résultats de la recherche.

kley, 1980). Tant qu'on percevait l'accouchement comme un phénomène essentiellement naturel, les femmes en étaient les gardiennes. Médicalisation signifie donc un autre regard sur un événement considéré antérieurement comme naturel. Regard qui y lit une potentialité de pathologie et propose la technique pour y remédier. C'est avec la montée du rationalisme qu'à la métaphore corps/nature s'est substituée la métaphore corps/machine, écrit Arney (1982), machine qui se brise ou peut se briser. Cette évolution, si on peut ainsi qualifier ce mouvement, a provoqué un changement dans les lieux, les actrices ou acteurs, et les interventions.

Le constat de la médicalisation est fait. Il est étayé. Mais signifie-t-il un aboutissement ? Doit-on y voir une fin ? S'agit-il d'un processus partiel ? Une de ses manifestations, l'augmentation de la fréquence des césariennes, m'amène à poser quelques questions.

Pourquoi s'intéresser particulièrement à la césarienne ? Pour plus d'une raison. Chirurgie serait la première réponse. Chirurgie implique expert, implique anesthésie-passivité. Chirurgie implique coupure, marque sur le corps. Du point de vue strictement clinique, il s'agit d'une intervention importante, se distinguant ainsi des autres interventions obstétricales.

Mais il y a plus. La césarienne est la seule intervention qui modifie essentiellement les séquences du déroulement de l'accouchement. On crée un autre passage pour l'enfant. Il n'y a plus d'expulsion, il y a extraction. Cette définition présuppose l'intervention d'un tiers dans le processus même de l'enfantement. La césarienne est la seule intervention obstétricale par laquelle le processus complet de l'enfantement n'est pas réalisé dans le corps d'une femme. L'expert devient essentiel ; plus qu'un simple support, il est accoucheur.

L'intervention chirurgicale exige la passivité. La force et la puissance de la femme expulsant l'enfant, longtemps à la fois craintes et célébrées, disparaissent lorsqu'il y a césarienne. À la place, il y a savoir scientifique et intervention technique. Or, au Québec, près d'une femme sur cinq vit maintenant ainsi son accouchement. Ce phénomène est-il révélateur d'une transformation du processus d'enfantement dont l'aboutissement serait que le siège premier de la reproduction humaine se situerait à l'extérieur du corps des femmes ?

Dans les pages qui suivent, je me propose de présenter les éléments qui sous-tendent cette question. D'abord l'histoire de la césarienne : comment, d'une inter-

vention exceptionnelle, on en est passé à une pratique usuelle. Puis, le contexte de la pratique de la césarienne, du côté des experts, mais aussi de celui des femmes. Je terminerai par quelques hypothèses sur ce qui me paraît être en germe dans la situation actuelle.

L'INTERVENTION EN QUESTION...

La césarienne consiste en une incision de l'abdomen pratiquée sur une femme enceinte pour extraire un fœtus. La technique de cette chirurgie a évolué au cours des années, se perfectionnant sous deux aspects : elle est à la fois moins mutilante qu'elle ne l'était et comporte moins de risques de morbidité et de mortalité.

Ce n'est pas une innovation moderne ! Pratiquée depuis longtemps, elle aurait existé chez les Grecs et les Romains. L'origine de son nom demeure sujet à controverse : il s'agirait d'une mesure législative romaine selon laquelle une intervention devait être pratiquée sur une femme décédée à la fin d'une grossesse pour en extraire le fœtus, et non pas de la naissance de César comme le veut la légende (Cohen et Estner, 1983). Les toutes premières césariennes auraient été pratiquées pour permettre des enterrements distincts pour la mère et l'enfant, puis pour sauver l'enfant vivant au sein d'une mère morte et finalement pour sauver à la fois la mère et l'enfant (Laget, 1982 ; Cohen, Estner, 1983). Ce n'est qu'à la fin du 18^e siècle que l'on a commencé à la percevoir comme une intervention acceptable. Son usage s'est répandu progressivement pour finalement devenir courant après la Deuxième Guerre mondiale. Le développement de mesures aseptiques et l'usage d'antibiotiques devaient avoir raison des réticences qui en freinaient la pratique, comme ce fut le cas pour d'autres interventions.

C'est aussi sous la forme de mythes que l'on retrouve la césarienne à travers l'histoire : naissance différente, réservée à des êtres exceptionnels (Pundel, 1969 ; Laget, 1982). À une certaine époque, une naissance vivante par l'abdomen semblait inconcevable ; c'est pourquoi on la réservait à des êtres perçus comme supérieurs à la nature. Mireille Laget (1982) propose comme interprétation à l'existence de ces mythes la conception du passage vaginal comme lieu impur, puisque situé près du siège des fonctions anales. La fabulation liée à la naissance par l'ab-

domen montre bien que depuis toujours on éprouve le besoin de donner un sens au passage à la vie qui n'est pas le passage naturel. L'existence de mythes sur ce type de naissance témoigne de cette recherche de sens.

D'une intervention pratiquement inconcevable, la césarienne est donc devenue une intervention exceptionnelle et dangereuse puis une pratique admise et reconnue comme avantageuse dans certains cas. Depuis le début des années 70 toutefois, cette évolution s'est accentuée et le taux d'interventions a franchi le cap de 10% des accouchements en Amérique du Nord (Bottoms et al, 1980). Au Québec, on devait passer de six césariennes pour 100 accouchements en 1971, à 13,4% en 1978 (Blanchet, Levasseur, 1980), pour atteindre 18,8% en 1985 (Centre de sondage de l'Université de Montréal, 1985) avec des variantes régionales allant de 11% dans les Laurentides à 21% au Saguenay-Lac Saint-Jean (RAMQ, 1985). Cette augmentation marquée n'est toutefois pas réservée à la seule pratique de la césarienne, puisque d'autres interventions ont connu le même sort comme l'a bien montré aussi France Laurendeau. Une première lecture suggère donc qu'il ne s'agit là que d'un volet de la médicalisation de l'accouchement. Pourtant, sa gravité, les constructions imaginaires dont elle fait l'objet et son aspect déterminant dans le processus de l'enfantement permettent de penser que les conséquences à long terme de sa pratique fréquente pourraient devenir plus lourdes.

QU'EN DISENT LES EXPERTS ?

Du côté des experts, on retrouve deux écoles de pensée. D'une part, la césarienne est perçue comme un des facteurs responsables de l'amélioration des taux de morbidité et de mortalité périnatales ; son utilisation est donc préconisée sur cette base. D'autre part, on lui reconnaît une valeur certaine, mais aussi des inconvénients ; on cherche alors à définir des balises pour son utilisation. Dans les deux cas, il y a acquis technique et le débat se déroule sur le terrain de l'épidémiologie en des termes quantitatifs. Il est parfois, mais rarement, fait mention de l'expérience maternelle.

Les arguments sont issus d'une évaluation coûts/bénéfices. Il y a mésentente sur la sécurité même de l'intervention ; selon certains, les risques, contrairement à

ce que l'on raconte, perdurent... (Evrard et Gold, 1977 ; Minkoff et Schwarz, 1980 ; Rubin et al., 1981 ; Pettiti et al., 1982). Pour d'autres, ils sont minimes si on les compare aux avantages. À cela s'ajoute l'aspect financier ; la césarienne nécessite en effet la présence d'un chirurgien et prolonge le séjour hospitalier, sans compter la rémunération même de l'intervenant si on adopte le point de vue de la personne ou de l'organisme payeur ! ¹⁰²

C'est sur cette toile de fond que se dessine le débat autour des indications, c'est-à-dire des facteurs dont la présence justifie le recours à la chirurgie. En élargissant les indications (à l'instar des risques comme le soulignent Anne Quéniart et France Laurendeau dans le présent ouvrage), la chirurgie devient un moyen de plus en plus privilégié pour intervenir lors de la présence de certaines situations. Les indications sont ainsi réparties entre indications « relatives » et indications « absolues »... Ce sont les premières qui, bien sûr, laissent plus de place à l'évaluation clinique et qui font l'objet de controverse. On note parmi celles-ci, la dystocie, terme qui réfère à des problèmes rencontrés lors du travail sur lequel les spécialistes ont de la difficulté à s'entendre ¹⁰³. Outre cette polémique - par exemple, à partir de combien de temps considère-t-on que le travail a assez duré ? - la controverse porte sur les indications suivantes : la présentation de siège, la détresse foetale, l'échec d'une induction du travail et la prématurité (Marieskind, 1979 ; National Institute of Health, 1980 ; Mann et Gallant, 1979 ; Westgren et al., 1985). L'âge de la mère est également un facteur devant lequel les attitudes varient. La limite de 40 ans pour un accouchement vaginal est très souvent admise ; dans certains milieux cette limite se situe plutôt à 35 ans. Cette indication encadre la capacité d'enfanter ; au-delà d'un certain âge, l'expert est nécessaire, la femme ne peut plus compléter un accouchement seule.

¹⁰² Dr Jeffrey Phelan, promoteur de l'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) et auteur de nombreux articles sur le sujet, déclarait le 25 octobre 1985, lors d'une communication qu'il présentait dans le cadre d'une conférence nationale canadienne sur la césarienne tenue à Niagara-on-the-Lake, en Ontario, que c'est la nécessité de la présence d'un chirurgien qui avait été l'élément déclencheur de cette nouvelle pratique dans son hôpital...

¹⁰³ Une définition a été retenue suite à la conférence nationale tenue en octobre 1985. Celle-ci est présentée dans le rapport final de la conférence (Planning Committee of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth, 1986).

C'est autour de la loi « césarienne un jour, césarienne toujours » que le débat est le plus animé depuis quelques années. Jusqu'à tout récemment, cette règle, qui date de 1916 (Cohen et Estner, 1983), a été largement observée en Amérique du Nord. Elle est toutefois maintenant remise en cause et au Québec dans certains milieux, on accepte une épreuve de travail chez une femme qui a antérieurement subi une césarienne. Il va sans dire que tant que tenait ce protocole, toute augmentation dans le taux des premières césariennes avait sur le taux global un effet multiplicateur.

Les raisons qui justifient le recours à la césarienne, dont certaines sont controversées, sont donc multiples ¹⁰⁴. À l'origine de l'augmentation de sa fréquence (Marieskind, 1979 ; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1982), on retrouve les indications qui font appel au jugement clinique. De mesure d'urgence, la césarienne serait devenue élective. Il ne s'agit plus de sauver la mère et/ou l'enfant, mais d'améliorer le résultat de l'accouchement. Avec les techniques actuellement disponibles, on surveille le déroulement du travail et on choisit d'intervenir dans un nombre de cas de plus en plus important.

On peut ramener la question au choix de la technologie et aux liens intrinsèques entre les interventions. D'ailleurs, la cristallisation du débat se fait entre une approche en harmonie avec la nature, reposant sur une confiance en cette dernière, et qui prône notamment la valeur de l'attente, et une approche qui priorise la technique et le quantitatif. Les choix, ainsi perçus, semblent tenir plus de valeurs (portées souvent par des orientations scientifiques) que de faits. Ce traitement de la question paraît toutefois réductionniste dans la mesure où un élément nouveau nous force à élargir cette perspective. En effet, s'il y a choix technique, c'est que l'on cherche à améliorer la situation et l'on croit que la technique peut permettre d'y arriver. Cette amélioration recherchée n'est plus une question de mortalité ou même de morbidité. Ce qui est maintenant en cause, dit-on, c'est la qualité du fœtus : c'est cette approche qui est nouvelle.

¹⁰⁴ On assiste depuis peu à une réaction dans certains milieux face au taux élevé de césariennes. Cette réaction prend la forme de propositions sur ses indications. La Corporation professionnelle des médecins du Québec (1986) fait ainsi des suggestions dans une publication récente.

LE FOETUS : VERS UNE INDÉPENDANCE... DE LA MÈRE ?

L'amélioration générale dans les taux de survie en périnatalité a en effet favorisé le développement d'une autre préoccupation, axée sur le fœtus. Sa définition même est en mutation : il est en voie de devenir une personne avec des droits indépendants de ceux de la femme qui le porte. Cette définition se concrétise médicalement dans une nouvelle discipline médicale, la néonatalogie, centrée sur le nouveau-né. Les frontières de son champ d'action, avec la viabilité de plus en plus précoce du fœtus, reculent constamment.

Lors de l'arrivée d'un nouveau-né, on s'empresse d'évaluer son état et d'agir pour lui permettre de rencontrer les standards ; on fait survivre des bébés de façon essentiellement et exclusivement technologique, le néo-natologiste terminant ainsi la confection de bébés inachevés. On commence même à intervenir sur des fœtus encore au sein de leur mère. C'est donc le développement d'une discipline, distincte de l'obstétrique, centrée sur le fœtus et le nouveau-né.

On a compris qu'en agissant sur la mère, puis subséquentement sur l'enfant lui-même, on pouvait influencer le résultat de la grossesse, le produit et sa qualité (définie scientifiquement). Au-delà d'une extension de la médecine au champ de la reproduction, avec une expertise centrée sur la mère, on en est passé à une autre expertise, centrée sur le nouveau-né, le fœtus et l'embryon.

Cette évolution peut être retracée dans le discours médical comme le texte de Renaud et al. le montre abondamment dans ce livre. En 1971, le *Williams Obstetrics* ¹⁰⁵ identifiait pour la première fois le fœtus comme un patient. Cette approche implique dorénavant que l'obstétricien doit, lors d'interventions au moment d'une grossesse ou d'un accouchement, considérer qu'il traite deux patients distincts et se préoccuper du bien-être des deux. Dans l'édition de 1980, on peut y lire que le fœtus a maintenant un statut de second patient, mais que les risques de

¹⁰⁵ Il s'agit d'un ouvrage de référence américain qui fait autorité en obstétrique (Pritchard et MacDonald, 1980).

morbidity et de mortalité qu'il encourt sont habituellement beaucoup plus importants que ceux auxquels sa mère doit faire face (Pritchard et MacDonald, 1980 : 329). Ce changement semble vouloir se réaliser aux dépens des droits de la mère sur son propre corps. L'enfant qu'elle porte n'est plus considéré comme intégré à elle et de moins en moins dépendant d'elle ; la limite de la viabilité sans la mère recule (Corea, 1985).

En effet, on a assisté aux États-Unis ¹⁰⁶, ces dernières années, à des situations dans lesquelles les droits du fœtus ont été mis en opposition à ceux de la femme qui le portait. Il s'agit de cas où des femmes refusaient de subir une césarienne. On a alors eu recours à l'institution juridique qui, à partir de l'évaluation médicale, ordonna que l'on procède à l'intervention (Jurow, 1984). En 1982, suite à l'analyse de ces cas, George Annas émettait la possibilité qu'un jour on prescrive aux femmes enceintes des conduites obligatoires, telles garder le repos pendant toute la grossesse, pour mener un bébé à terme (Annas, 1982).

Or, en 1984, Janet Gallagher relevait en plus de trois césariennes forcées, les cas suivants : une femme en Californie a été contre sa volonté confinée à un hôpital pour y passer les dernières semaines de sa grossesse, un juge de cour juvénile déclarant agir ainsi au nom de l'enfant à naître ; à Baltimore, un médecin a tenté d'obtenir de la cour juvénile une ordonnance pour empêcher une femme enceinte de sept mois de consommer tout médicament en vente libre ; en Caroline du Nord une usine interdit l'accès à certains emplois bien rémunérés de cols bleus au nom de sa politique de « vulnérabilité fœtale » ; au Maryland, un homme a obtenu pour une courte période, une ordonnance interdisant à son épouse, (dont il était séparé) de recourir à un avortement ; il devait alors argumenter que ce geste allait à l'encontre des statuts de l'État relatifs aux enfants maltraités ; plusieurs États auraient adopté des statuts établissant une équivalence entre la mort criminelle causée d'un fœtus et un meurtre (Gallagher, 1984). Plus près de nous, se profile l'autorisation de procréer : un article canadien paru en 1982 suggère en effet aux femmes de plus de 35 ans de consulter pour une évaluation avant de concevoir un enfant (Guimond et al., 1981).

¹⁰⁶ Précurseurs du Canada... ; la question traitée ici a été soulevée lors de la conférence à Niagara-on-the-Lake ; elle est restée en suspens. De plus, un livre vient de paraître au Québec pour la défense des droits du fœtus à des soins pré-nataux (Keyserlingk, 1985).

La légitimité des interventions médicales dans la reproduction s'est d'abord construite au nom de la science ; elle vient maintenant au nom du fœtus. Le pronostic foetal serait ainsi un des facteurs expliquant une partie de la fréquence de la pratique de la césarienne (Bottoms et al., 1980). En 1976, O. Hunter Jones écrivait que l'analyse de 50 questionnaires remplis par des professeurs d'écoles médicales « représentatives » révélait un changement d'attitudes. L'accent mis autrefois sur la mère et l'accouchement s'était déplacé vers le « résultat » foetal (Jones, 1976 : 527). Guimond et Dandavino qualifient ce mouvement de « nouvelle philosophie obstétricale » (1981).

Ce pronostic foetal fait appel à une conception selon laquelle la sortie de l'enfant par l'abdomen est préférable à une sortie vaginale parce qu'elle lui évite un « traumatisme » (Ott, 1981 : 691) ¹⁰⁷. Ainsi, un médecin explique, dans l'un des questionnaires analysés par O. Hunter Jones, l'existence d'un souhait croissant d'éviter au fœtus tout problème potentiel (Jones, 1976 : 527).

On intervient aujourd'hui promptement lorsque l'on perçoit de la détresse foetale. Selon Baskett (1978), les néo-natologistes auraient joué un rôle dans cette situation. Or, cette pratique se maintiendra, nous dit l'historien Harold Speert. L'accouchement par voie abdominale est devenu tellement sécuritaire et courant, écrit-il, que la seule évaluation qu'une inertie ou un délai dans le travail peut être compromettant pour le fœtus en justifie la pratique. S'interrogeant sur la tendance actuelle, il se demande si la césarienne ne deviendra pas la façon usuelle et préférée d'accoucher, transformant de telle sorte la naissance vaginale en une situation exceptionnelle. Il va même jusqu'à soulever l'hypothèse que la fonction du vagin comme passage lors de la naissance sera éventuellement reléguée à l'histoire (Speert, 1980 : 248).

En 1976, le Dr. William F. Kroener, commentant un texte de L.T. Hibbard sur l'augmentation du taux de césariennes avançait que « le concept de l'accouchement vaginal cédait sa place » (the long-held concept of vaginal delivery if at all possible is rapidly giving way). Selon lui, le nouveau principe est qu'un tel accouchement ne se ferait que chez des patientes sélectionnées (Hibbard, 1976 : 804). La néonatalogie aurait participé au développement de cette façon de voir. Selon

¹⁰⁷ Déjà en 1920, le médecin américain DeLee prônait l'usage des forceps et l'épisiotomie pour ces mêmes raisons (Wertz et Wertz, 1979).

Hibbard (1976), la césarienne augmente les chances de survie du nouveau-né et en élargit ainsi les indications. On cherche maintenant, écrit-il, à éliminer les conséquences à long terme de la naissance. La césarienne est à ses yeux, dans le contexte actuel, le seul moyen d'éviter les mauvais résultats imprévisibles d'une naissance vaginale (Hibbard, 1976 : 803). Seuls s'y opposent le risque maternel, celui de l'invalidité et les coûts.

On s'est donc progressivement éloigné d'une préoccupation de survie pour tendre vers une amélioration de la qualité du produit : ainsi, affirme Norman Thornton, ce qui préoccupe les obstétriciens n'est pas tant le taux de césariennes que la qualité du produit qu'ils accouchent (the product they deliver) (Jones, 1976 : 527). L'absence de références à l'expérience maternelle et même parfois à la mère dans les publications scientifiques sur la césarienne témoigne de cette vision des choses. Lors de la conférence tenue à Niagara-on-the-Lake à laquelle j'ai fait référence à quelques reprises, j'ai été frappée combien les termes rappelant que les sujets des interventions demeurent d'abord des personnes sont évacuées du discours.

Le passage de l'expérience individuelle et collective féminine dans la reproduction à l'expérience scientifique se fait donc par l'émergence du fœtus comme objet autonome. Gena Corea rapporte, dans *The Mother Machine* (1985), une anecdote significative à cet égard. Une infirmière lui a en effet raconté que le département d'obstétrique où elle travaille n'est plus identifié comme département du travail et de l'accouchement (Labor and Delivery), mais comme une unité de soins foetaux intensifs (Fetal Intensive Care Unit). Ce n'est plus de la mère que dépend le fœtus, mais de la science.

Cette évolution prend place dans un contexte où le taux de natalité diminue. Le résultat de l'accouchement devient donc d'autant plus précieux qu'il risque d'être le seul que vivra une femme. Conséquemment, une attitude protectionniste face à l'enfant à naître prend forme (Guillaumin, 1981). Cette expérience unique est interprétée scientifiquement et tout est mis en oeuvre pour que le pronostic foetal soit le meilleur. Ceci peut impliquer un nombre important d'interventions, culminant dans une césarienne, surtout lorsque cette reproduction « unique » a lieu alors que la mère a plus de trente ans, âge considéré comme avancé pour une première grossesse.

Dans le discours médical présenté ici, discours qui est très loin de celui que tiennent de nombreux praticiens mais qui est véhiculé par des périodiques spécialisés qui font autorité, la mère est donc secondarisée lors d'une décision d'intervention chirurgicale. Elle devient même coupable si elle refuse une intervention jugée nécessaire par l'expert. Leiberman et al. (1979) écrivent à ce sujet, en guise de ligne de conduite, que le fœtus a un droit légal à la vie ; si une patiente refuse un traitement qui vise à permettre de le sauver, le médecin devrait, selon eux, avoir légalement le droit de la prévenir qu'elle commet un crime (p. 515).

La perception de la mère et celle du fœtus ont donc connu une évolution déterminante pour l'avenir. Raines fait remarquer que « l'émergence des droits du fœtus là où ils entrent en conflit avec la santé et les intérêts personnels de l'"hôtesse maternelle" provoquera éventuellement des situations complexes, surtout lorsque les droits liés à la viabilité entraveront le choix de la femme enceinte » (Raines, 1984 : 599, traduction libre). Mère « hôtesse », mère réceptacle : le fœtus est au premier plan, ses droits seraient éventuellement prioritaires. Alors que l'incompatibilité entre les intérêts de la mère et ceux du fœtus demeure inconcevable pour certains praticiens, on peut s'interroger si le développement et le raffinement de techniques qui accentuent la possibilité d'une perception du fœtus comme autonome (moniteur fœtal, mais surtout échographie, puisqu'il y a vision) ne risquent pas de les amener eux aussi éventuellement à partager cette façon de voir.

Mon hypothèse : cette évolution s'inscrit dans le cadre plus large des développements actuels dans le domaine de la reproduction. La perspective déjà concrétisée dans certains cas, on l'a vu, du contrôle légal de l'expert sur le corps de la mère au nom du fœtus et selon une conception qui en fait une « hôtesse », porte à de multiples conséquences. Si le « pronostic fœtal optimal » intervient de plus en plus (Guimond, Dandavino, 1981), pronostic selon lequel la qualité et non la survie est en cause, ne peut-on poser l'hypothèse d'une sujétion éventuellement complète de la mère à l'expert au nom d'une « amélioration du produit » ? Et ce produit n'est-il pas le même que celui que l'on cherche à fabriquer en laboratoire ?

Avant d'aller plus loin, il convient de s'arrêter sur l'expérience que vivent les premières concernées : les femmes.

DU CÔTÉ DES FEMMES

Deux approches permettent d'aborder cette question. Il faut, dans un premier temps, considérer qui sont les femmes qui subissent des césariennes et dans un second temps, comment les femmes se situent par rapport au discours présenté plus haut. La première démarche n'est pas des plus faciles ! En effet, les études identifiant les femmes qui subissent des césariennes sont éparpillées et partielles et celles qui traitent de l'impact de la chirurgie sur l'expérience maternelle sont contradictoires.

Ainsi, Sylvie Marcoux (1981) qui a réalisé une recherche sur la situation dans la région de Québec de 1973 à 1979, a observé que ce sont les femmes les moins scolarisées qui sont susceptibles de subir une chirurgie. Pour interpréter ces données, on doit toutefois tenir compte de l'universalité des services de santé au Québec. En France, une recherche a permis de constater plutôt que les interventions seraient plus fréquentes chez les femmes professionnelles scolarisées (Guillumin, 1981). Dans une autre recherche, menée aux États-Unis cette fois (Hurst et Sumney, 1984), on conclut que ce sont les femmes appartenant aux groupes socio-économiques ayant le moins de risques médicaux qui subissent la chirurgie. L'interprétation des auteures est à l'effet que le système de soins américain à deux classes (privé et public) pourrait expliquer cette situation. Le taux très élevé de césariennes au Brésil est aussi attribuable à une pratique plus importante auprès de femmes utilisant des services privés (Janowitz et al., 1982).

Cette dernière tendance serait cohérente avec ce qui a été observé antérieurement dans le développement de l'obstétrique. Ce sont d'abord les femmes des couches sociales favorisées qui ont eu recours aux services des médecins plutôt qu'à ceux des sages-femmes, renversant ainsi des pratiques traditionnelles (Kniebielher et Fouquet, 1980 ; Starr, 1982). Selon Dorothy Wertz (1983), cela était même aux États-Unis en 1830, le symbole d'une appartenance à la classe moyenne. Cette façon de faire suscite un questionnement sur l'adhésion à des pratiques considérées comme scientifiques et ultérieurement à des pratiques relevant de la technologie, comme étant libératrices et sources d'amélioration dans les conditions d'accouchement.

L'étude de Sylvie Marcoux (1981) nous informe également que l'âge moyen des mères césarisées dans la région de Québec était plus faible en 1979 qu'en 1973. Aux États-Unis, une étude menée en Californie (1979) indiquait que le taux augmentait plus rapidement chez les jeunes femmes, confirmant les constatations de l'étude évaluative de la pratique de la césarienne réalisée par Helen Marieskind (1979).

Comme on ne peut tracer un portrait précis de celles qui subissent cette chirurgie, on demeure dans une ignorance relative face à leurs réactions. Du côté des spécialistes en éducation prénatale et en soins infirmiers, on se préoccupe toutefois de l'impact de l'intervention. Selon Marut et Mercer (1979), Lipson et Tilden (1980) et Mercer et al. (1983), l'expérience de la césarienne serait plus négative que celle d'un accouchement vaginal. Dyanne Affonso (1981) qui a mené une centaine d'entrevues auprès de femmes césarisées dans les jours qui ont suivi l'intervention, fait ressortir dans son étude la complexité des sentiments qu'elles ressentent, ceux-ci allant de la frustration et la colère à la satisfaction et au soulagement. Par contre, selon Bradley et al. (1983), la césarienne serait une expérience facile à assimiler. De façon générale, on associe trois facteurs à la qualité de l'expérience : le fait qu'il s'agisse d'une intervention planifiée ou non, le type d'anesthésie et la présence du père. On ne peut passer sous silence que plusieurs études ont tenté d'évaluer l'impact de la césarienne sur la famille et sur le père (Mutryn, 1984a ; 1984b). L'objectif de celles-ci est manifestement la dédramatisation de l'intervention chirurgicale.

Cette préoccupation de dédramatisation soulève deux autres questions. La première est celle de l'ambiguïté inhérente à la normalisation de la césarienne. Elle facilite l'expérience de celles qui ont à la vivre et les démarginalise. Par contre, elle participe à son acceptation comme façon d'enfanter aussi « naturelle » que l'accouchement vaginal, ce qui d'un point de vue individuel peut être souhaitable, mais devient discutable d'un point de vue collectif en autant que l'on considère la chirurgie comme une intervention devant demeurer exceptionnelle. La seconde est celle de la césarienne comme partie de la quincaillerie technologique libératrice. Cette vision des choses s'articule surtout autour de la douleur, perçue comme évitable ou tout au moins comme pouvant être atténuée par un recours à la technologie. La complexité de cette question ne doit pas nous amener à l'éluder,

car c'est autour d'elle que sont polarisés plusieurs aspects de l'utilisation de la technologie dans le domaine de l'accouchement.

C'est ce que font d'ailleurs clairement ressortir les premiers résultats de ma recherche présentement en cours, sur l'expérience maternelle vécue au moment d'un accouchement par césarienne. On retrouve ainsi, chez les femmes, un écho au discours médical analysé précédemment. Cet écho nous indique que l'un des axes du processus de normalisation de la césarienne est sa perception comme moyen de contrer la douleur. La conception de la technologie libératrice et le refus de la douleur qui la sous-tend sont toutefois tributaires d'un contexte socio-culturel. Pour être appréhendés, ils doivent donc être situés dans ce contexte social plus large.

Mais il y a plus. On constate également que pour beaucoup de femmes, la notion de risques inhérents à l'accouchement est bien assimilée et conséquemment elles ressentent une responsabilité importante face à l'enfant qu'elles portent. Cette responsabilité est généralement bien ancrée au cours de la grossesse. D'où un discours qui, à l'instar de celui que nous avons déjà présenté, propose que tout soit mis en oeuvre pour rendre l'enfantement sécuritaire, la césarienne apparaissant dans ce cadre comme une des façons accessibles et relativement simples d'atteindre cet objectif.

Le terrain de rencontre entre la pratique médicale et cette conception de la césarienne à laquelle adhèrent plusieurs femmes est à nouveau le terrain juridique. Des poursuites légales sont ainsi intentées contre des médecins qui n'ont pas pratiqué de césarienne alors que les femmes considéraient qu'ils auraient dû le faire. La peur des poursuites était d'ailleurs déjà relevée en 1979 par Helen Marieskind comme un des éléments déterminants pour la hausse du taux de chirurgie aux États-Unis. Leur nombre grandissant serait d'ailleurs à l'origine de la pratique d'une médecine de plus en plus défensive (Korcok, 1986). Au Québec, l'augmentation des montants de primes d'assurance pour les médecins qui pratiquent l'obstétrique participe à la mise en place d'un climat favorisant le recours à des interventions pour se protéger d'éventuelles poursuites. Comme le souligne Arney (1982), une telle situation restreint l'exercice du jugement clinique et favorise le développement de protocoles serrés.

Ainsi perçu, le processus de normalisation de la césarienne nous réfère donc à des changements qui dépassent très largement la stricte pratique médicale, cette dernière devant être analysée sous l'angle d'une pratique institutionnelle avec ce que cela implique comme reflet des valeurs dominantes dans une société.

Ce n'est donc plus la seule institution médicale qui doit être questionnée, mais la collectivité et particulièrement les femmes. Il leur revient comme premières concernées de définir le sens qu'elles donnent aux aspects inhérents à l'accouchement que sont non seulement la douleur mais aussi la peur de l'inconnu et de la mort, ainsi que le recours à la technologie qu'elles souhaitent pour y faire face. Leur perception de l'enfant qu'elles portent ainsi que de leur compétence à lui donner la vie influencent leur attitude face aux experts. Attitude à laquelle ces derniers répondent. C'est ainsi que la place accordée à la valeur de la « normalité » du bébé est en partie véhiculée par les femmes elles-mêmes. Au nom de cette valeur, elles acceptent que l'expérience maternelle perde du terrain. L'adhésion aux techniques peut aussi être interrogée en ce sens. Connaître le sexe de l'enfant à naître, par exemple, est possiblement un élément qui lui donne un statut indépendant.

Pour certaines toutefois, regroupées dans le mouvement féministe et dans le mouvement d'humanisation des soins, la position est déjà claire : elles ne veulent pas adhérer à une perspective technologique de l'accouchement et elles remettent en question la pratique de la césarienne à grande échelle. Leur discours en est un de remise en cause et leurs pratiques proposent une solution de remplacement aux pratiques institutionnelles. Un mouvement spécifiquement consacré à la césarienne y a une place ; son action connaît du succès. Il est centré sur l'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) et vise à faire tomber la loi de « césarienne un jour, césarienne toujours », pour rendre possible un accouchement vaginal chez des femmes qui ont antérieurement subi une césarienne. Cette approche a de plus en plus d'adeptes, même au Québec ! Elle a fait l'objet d'un consensus lors de la conférence nationale tenue en Ontario et est maintenant recommandée par la Corporation professionnelle des médecins du Québec (1986).

Cet enjeu est significatif non seulement pour l'expérience maternelle, mais pour son symbolisme : il renverse un acquis, la nécessité de la chirurgie et de l'expert. Le corps découpé peut fonctionner seul à nouveau. Cette tendance considérée isolément des développements dans le domaine de la reproduction humaine

pourrait laisser croire à un certain retour à des accouchements sans intervention. Ceci n'est toutefois vrai que dans la mesure où ce qui préside à la décision tient compte des intérêts et de l'expérience de la mère et non pas exclusivement du bien-être du fœtus. Il n'en demeure pas moins qu'à l'intérieur de cette problématique, un aspect cohérent avec les tendances précédentes apparaît. Pour certaines femmes dont le premier accouchement a été traumatisant (long travail se terminant par une césarienne par exemple), l'AVAC devient une décision imposée au même titre que l'est parfois la césarienne.

LE DEVENIR

Ce rapide tour d'horizon nous ramène à notre point de départ. À partir de ces considérations, peut-on poser des hypothèses sur un devenir de l'accouchement au-delà de la médicalisation ?

Pendant que l'accouchement chirurgical progressait, on a assisté au développement de plusieurs nouvelles technologies dans le domaine de la reproduction dont certaines sont présentées en détail dans ce volume par André Jean. Les caractères inhérents à ces technologies, qui nous paraissent significatifs à partir d'une réflexion sur l'accouchement, sont les suivants : dissociation de la procréation d'un rapport sexuel, médiation essentielle d'un expert dans le processus de la reproduction, découpage du processus de reproduction physique et social entre plusieurs parents (et experts), sélection des qualités du fœtus. Ces caractères induisent des changements dans la participation des femmes à la reproduction. Les phases et périodes au cours desquelles elles sont nécessaires se voient réduites. Le caractère essentiel de la maternité d'une femme dans le processus s'en trouve ainsi miné. Leur responsabilité sociale est aussi objet de transformation ; à cet égard, Barbara Katz Rothman souligne qu'avec le diagnostic prénatal les femmes ont perdu le choix de ne pas choisir (1984).

Si l'on reprend les différentes étapes du processus par lequel la maternité est ainsi remise en cause, on peut dégager le schéma suivant. Dans un premier temps, on a défini la maternité biologique comme un objet médical, faisant ainsi progresser la perception rationnelle du phénomène (Guillaumin, 1981) : la reproduction a

alors partiellement glissé aux mains des experts. Le corps des femmes découvert, perçu comme porteur de bris potentiel est toutefois demeuré central. L'encadrement, culturellement féminin, est devenu expertise médicale.

Dans un second temps, une nouvelle dimension apparaît, avec la définition chirurgicale, soit celle de l'instrument/culture capable de modifier le cours de l'accouchement. Le corps de la femme n'est plus suffisant, ou plutôt il est incompetent pour accomplir l'ensemble de la tâche. On peut penser que déjà ici on a les germes de la remise en cause de « l'unicité corporelle » (Gavarini, 1985) de la femme dans la reproduction. L'expert devient participant. Comme disait Norman Thornton, en se référant aux chirurgiens, on leur accorde même une exclusivité dans l'action : "they deliver " (ils accouchent) (Jones, 1976). L'appui éventuel de l'institution légale à cette perception risque de leur donner un pouvoir décisionnel, sanctionnant la substitution de l'expert/accoucheur à la mère.

Avec les nouvelles technologies on assiste à des transformations complémentaires dans la prise en charge de fonctions assumées jusque là par le corps féminin. L'expertise devient encore plus spécialisée, les biologistes prennent la relève. C'est la substitution éventuelle totale de la nature par la technique. Il y a reproduction artificielle et aussi possibilité d'une répartition des étapes du processus de reproduction entre des femmes différentes qui, si elle n'exclut pas les femmes, n'en fait pas moins éclater la maternité.

CONCLUSION

C'est ainsi, située dans un contexte global, que la pratique fréquente de la césarienne nous paraît porteuse de signification sociale lourde. L'évolution du phénomène considérée dans un contexte plus large semble susceptible d'avoir un impact sur la situation des femmes au-delà des débats épidémiologiques entourant sa pratique. Cet impact est perçu comme inquiétant, entre autres, parce qu'il permet le développement d'une opposition entre les intérêts de la mère et ceux de son fœtus, opposition médiatisée par les experts et éventuellement admise par les femmes. La mère devient un réceptacle d'où il faut libérer l'enfant. C'est une vi-

sion négative de son corps qui sous-tend certaines décisions : le col n'est plus passage mais source de mutilations.

Ma question est fondamentalement celle-ci : la normalisation de la pratique de la césarienne est-elle une des formes que revêt un changement social, permettant la mise en place d'un contexte favorable au développement de recherches, dont l'aboutissement serait que l'ensemble du processus de reproduction se réalisera en dehors du corps des femmes ? Ce contexte, nécessitant l'adhésion à de nouvelles valeurs, serait celui dans lequel l'institution médicale a déjà partiellement remplacé les femmes dans l'enfantement. C'est aussi celui de la perception de l'intervention technologique comme généralement supérieure et préférable au processus physiologique naturel. Même si la vision négative du corps des femmes n'est pas une invention du 20^e siècle, la possibilité concrète de l'éviter ou tout au moins d'en réduire les fonctions lors de la reproduction l'est. Dans cette optique, les recherches pour la création d'un utérus artificiel revêtent un caractère particulièrement significatif.

Ces interrogations relatives à la pratique fréquente de la césarienne tiennent donc à sa perception comme étape d'un processus, étape caractérisée par le passage de la définition médicale de l'accouchement à la définition chirurgicale et conduisant à la reproduction exclusivement technologique. L'élargissement des indications de la césarienne donnant une place plus large au fœtus, l'augmentation de la fréquence des interventions et la normalisation de la chirurgie pourraient être des mécanismes permettant de franchir cette dernière étape.

Quelles seront les conséquences de ce changement ? Quelle sera la nature du nouveau rapport des femmes à la maternité/expérience, rapport médiatisé et découpé ? Maintenant que les hommes pourront vivre la paternité en excluant les relations avec les femmes, qu'advieront les rapports hommes/femmes ? Ces questions se dégagent de ce qui est inhérent aux développements amorcés. Pour y répondre il nous paraît essentiel de clarifier les enjeux de la pratique chirurgicale actuelle et du processus de sa normalisation du côté des femmes. C'est à l'intérieur même de cette dernière, et du discours qui l'entoure, que les options déjà prises pourront être élucidées et que les éléments de réflexion nécessaires aux choix à faire pour l'avenir pourront être dégagés.

RÉFÉRENCES

Affonso, Dyanne D., *Impact of Cesarean Childbirth*, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981.

Annas, George J., "Forced Cesareans : The Most Unkindest Cut of All". *The Hastings Centre Report*, Vol. 12, No 3, June 1982, p. 16-17, 45.

Arney, William Ray, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, The University of Chicago Press, 1982.

Baskett, T.F., "Cesarean Section : What is an acceptable rate ?" *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 118, May 6 1978, p. 1019-1020.

Blanchet, Madeleine, Madeleine LEVASSEUR, « Périnatalité : bilan et prospective », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, septembre 1980, p. 10-29.

Bottoms, Sydney F., Rosen Mortimer, G. et Robert J. Sokol, "The Increase in the Cesarean Birth Rate", *New England Journal of Medicine*, Vol. 302, No 10, March 6 1980, p. 559-563.

Bradley, Christine F., Ross, Susan E. et Jennifer Warnyca, "A Prospective Study of Mothers Attitudes and Feelings Following Cesarean and Vaginal Births", *Birth*, Vol. 10, No 2, Summer 1983, p. 79-83.

Centre de sondage de l'Université de Montréal, Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois, *Sondage* réalisé pour la Corporation professionnelle des médecins du Québec, 1985.

Cohen, Nancy Wainer et Lois J. Estner, *Silent Knife*, Mass., Bergin Garvey Publishers Inc., 1983.

Corea, Gena, *The Mother Machine*, New York, Harper and Row, 1985.

Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Exercice de l'obstétrique*, Montréal, Service des communications, 1986.

Evrard, John R., Gold, Edwin, M., "Cesarean Section and Maternal Mortality in Rhode Island : Incidence and Risk Factors 1965-75", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 50, 1977, p. 594.

Gallagher, Janet, "The Foetus and the Law-Whose Life is it Anyway", *Ms*, September 1984, Vol. XIII, No 3, p. 62-63, 134-135.

Gavarini, Laurence, « Bio-médecine porteuse. La mère "in vitro" », *Génétique, procréation et droit, Actes du colloque*, Actes Sud, Paris, Hubert Nyssen éditeur, 1985, p. 490-509.

Guillaumin, Jeanne, "Babies by Cesarean : Who Chooses, Who Controls ?", *The Hastings Centre Report*, Vol. 11, No 3, June 1981, p. 15-18.

Guimond, Pierre, Adrien Dandavino « Évolution dans l'incidence et les indications de césariennes », *L'union médicale du Canada*, tome 110, mars 1981, p. 229-232.

Hibbard, Lester T., "Changing Trends in Cesarean Section", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 125, No 6, July 15 1976, p. 798-803.

Hurst, Marsha et Pamela S. Summey, "Childbirth and Social Class : The Case of Cesarean Delivery", *Social Science and Medicine*, Vol. 8, No 8, 1984, p. 621-631.

Janowitz, Barbara et al., "Cesarean Section in Brazil", *Social Science and Medicine*, Vol. 16, No 1, 1982, p. 19-25.

Jones, O. Hunter, "Cesarean Section in Present Day Obstetrics", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 126, No 5, November 1st 1976, p. 521-530.

Jurow, R. et al., "Cesarean Delivery for Fetal Distress Without Maternal Consent", *Obstetrics and Gynecology*, April 1984, Vol. 63, No 4, p. 596-599.

Katz Rothman, Barbara, "The Meaning of Choice in Reproductive Technology", in Arditti, Rita, Duelli Klein, Renate (eds.), *Test-Tube Women*, Boston, Pandora Press, 1984. p. 23-33.

Keyserlingk, Edward W., *The Unborn Child's Right to Prenatal Care ; The Comparative Law Perspectives*, Montréal, McGill University, 1985.

Knibielher, Yvonne et Catherine Fouquet, *L'histoire des mères*, Paris, Éditions Montalba, 1980.

Korcok, Milan, "Medical malpractice : the growing crisis", *Canadian Medical Association Journal*, March 15 1980, Vol. 134, No 6, p. 641.

Laget, Mireille, *Naissances, l'accouchement avant l'âge de la clinique, Univers historique*, Paris, Seuil, 1982.

Leiberman et al., "The Fetal Right to Live", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 53, No 4, April 1979, p. 515-517.

Lipson, Julianne G. et Virginia Peterson Tilden, "Psychological Integration of the Cesarean Birth Experience", *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 50, No 4, 1980, p. 598-609.

Mann, Leon I. et Janice Gallant, "Modern Indications for Cesarean Section", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 135, No 4, october 15 1979, p. 437-441.

Marcoux, Sylvie, *Évolution de la fréquence et des indications des césariennes dans la région de Québec entre 1973 et 1979*, thèse pour l'obtention du grade de maître des science, Université Laval, Québec, 1981.

Marieskind, Helen, *An Evaluation of Cesarean Section Rates in the United States*, Final Report Submitted to DHEW, 1979.

Marut, Joanne Sullivan et Ramona I. Mercer, "Comparisons of Primiparas's Perceptions of Vaginal and Cesarean Births", *Nursing Research*, Vol. 28, No 5, Sept-Oct. 1979, p. 260-266.

Mercer, Ramona I. et al., "Relationship of Psychosocial and Perinatal Variables to Perception of Childbirth", *Nursing Research*, Vol. 32, No 4, July/August 1983, p. 202-207.

Minkoff et Schwarz, "The rising cesarian rate : can it safely be reduced", *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 56, No. 2, p. 135-143.

Mutryn, Cynthia S., "Psychosocial Impact of Cesarean Section on the Family, A Review of Recent Literature, Part 1", *ICEA News*, Vol. 3, No 1, 1984A, p. 4, 12, 13.

Mutryn, Cynthia S., "Psychosocial Impact of Cesarean Section on the Family, A Review of Recent Literature, Part II", *ICEA News*, Vol. 3, No 2, 1984B, p. 4-12.

National Institutes of Health, "Cesarean Childbirth", *Consensus Development Conference Summaries*, Vol. 3, 1980, Bethesda, p. 39-53.

Oakley, Ann, *Women Confined : Towards a Sociology of Childbirth*, London, Martin Robertson, 1980.

Ott, William J., "Primary Cesarean Section : A Critical Analysis", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 58, No 6, December 1981, p. 691-695.

Pettiti, Diana B., "In Hospital Maternal Mortality in the U.S. : Time Trends and Relation to Method of Delivery", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 59, No 1, 1982, p. 6-12.

Planning Committee of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth, *Final statement of the panel from the National Consensus Conference on aspects of Cesarean Birth*, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Hamilton (Ontario), McMaster University, 1986, 15 p.

Pritchard, J.A. et Paul C. MacDonald, *Williams' Obstetrics*, 14th Edition, Appleton-Century-Crofts, Norwald, 1980.

Pundel, Jean-Paul, *L'histoire de la césarienne*, Presses académiques européennes, Bruxelles, 1969, 303 p.

Raines, Elvoy, "Editorial Comment", *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 63, No 4, 1984, p. 598-599.

Régie de l'assurance maladie du Québec, Service des statistiques, données non publiées, 1984, 1985.

Rich, Adrienne, *Naître d'une femme*, Paris, Denoël/Gonthier, 1980.

Rubin, G.L. et al., "Maternal Death After Cesarean Section in Georgia", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No 139, p. 681-685.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « Les césariennes se multiplient », *Bulletin*, vol. III, n° 3.

Speert, Harold, Obstetrics and Gynecology in America, A History, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 1980, 264 p.

Starr, Paul, *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books Publishers Inc., 1982.

Wertz, Richard W. et Dorothy C. Wertz, Lying In, *A History of Childbirth in American*, New York, Schocken Books, 1979.

Wertz, Dorothy C., "What Birth Has Done for Doctors : a Historical View", *Women and Health*, Vol. 8, No 1, Spring 1983, p. 7-24.

Westgren, M. et al., "Mode of Delivery in the Low Birth Weight Fetus. Delivery by Cesarean Section Independent of Fetus Lie Versus Vaginal Delivery in Vertex Presentation. A Study with Long Term Follow-up", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, Vol. 64, No 1, 1985, p. 51-57.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 1. De la désappropriation...

C) Jusqu'où ira la technologie ?

10

BABY SHOP ou Le bout de chou éprouvette

Par André JEAN

À Étienne, le super-gamin

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

La réalité, me disait un ami, dépasse la fiction car elle ne s'encombre pas du vraisemblable... Nous avons des hôpitaux ainsi que des colonies de vacances, des certificats d'adoption et de décès pour nos poupées « bout de chou » ; simultanément la reproduction artificielle est en passe de devenir, en certains endroits spécialisés en la matière, une industrie locale avec ses retombées économiques indirectes. Dans les grands centres, la population environnante offre des services d'hébergement aux couples en attente.

Fécondation in vitro, insémination artificielle, diagnostic prénatal, mère porteuse. Pour reprendre la télévision d'État, l'actualité devient futurigène, génitrice de futurs.

Les nouvelles technologies de la reproduction se développent rapidement ; probablement trop rapidement pour que notre capacité de les penser suive leur

implantation. C'est pourquoi je suis étonné de lire, concernant la fécondation in vitro : « Elle n'est plus considérée comme une aventure scientifique hautement controversée, mais comme un bienfait pour l'humanité. Elle fait désormais partie de nos moeurs reproductives. » (Melançon, 1985 : 810).

Dans un premier temps, je vais d'abord définir l'objet de ce texte, en l'occurrence les nouvelles technologies de la reproduction (NTR) : quel est l'état de la recherche en ce domaine et quels sont les services disponibles. J'ai choisi de plus de me limiter pour ce texte aux deux axes sur lesquels les chercheurs mettent actuellement le plus d'emphase, c'est-à-dire les méthodes palliatives à l'infertilité et les techniques de planification qualitative des naissances. Le but premier du texte étant davantage de réfléchir sur la signification des NTR que d'en présenter une description détaillée, un tel choix me semble en effet légitime. Enfin, un certain recul sera pris face à ces techniques, afin de les mettre en relation avec le désir d'enfant dans nos sociétés modernes. On verra à cette occasion les nouvelles attentes que soulèvent ces technologies ainsi que les questionnements qu'elles suscitent.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION : QUELQUES EXEMPLES

Les méthodes palliatives à l'infertilité

La fécondation in vitro, mieux connue sous le nom évocateur de « bébé éprouvette », est probablement la technique qui a fait couler le plus d'encre ces dernières années. C'est grâce à cette méthode qu'en 1979 naissait Louise Brown, fruit de quinze années d'effort, et qu'au Québec, au cours de l'été 1986, on a vu apparaître notre premier bébé éprouvette national ; du coup, plusieurs années de recherche de l'équipe de fécondation extracorporelle du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) à Québec étaient couronnées.

En simplifiant beaucoup, la fécondation in vitro est la technique qui consiste à prélever plusieurs ovules chez une femme, à les mettre en présence de spermatozoïdes dans une boîte de Pétri (l'éprouvette qui n'en est pas vraiment une d'ailleurs), à laisser ensuite s'opérer la fécondation et à implanter chez la femme un certain nombre d'embryons. Rappelons qu'il s'agit là d'une simplification d'un processus beaucoup plus complexe.

En effet, pour y arriver, il faut que le couple, et plus particulièrement la femme, se soumette à un lourd protocole impliquant une série de tests, d'investigations et de stimulations hormonales. La technique est actuellement maîtrisée par plusieurs équipes dans le monde et c'est maintenant sur des manières de la rendre plus performante que l'on se penche : congélation d'embryons, don d'ovules et d'embryons, production de jumeaux, utilisation de matériel embryonnaire à des fins thérapeutiques, etc.

L'insémination artificielle, autre technique palliative à l'infertilité, peut sembler banale en comparaison à la fécondation in vitro. Il s'agit d'aller déposer du sperme de bonne qualité chez une femme dont on aura déterminé au préalable, par l'examen de sa courbe thermique, si elle est oui ou non en période fertile. Cependant, les possibilités et les désirs que cette méthode a déjà suscités donnent toutefois à réfléchir. Par exemple, pensons au cas de cette femme française voulant être inséminée au moyen du sperme congelé de son conjoint décédé ou encore, aux États-Unis, à la création d'une banque de sperme de prix Nobel et à un réseau d'insémination artificielle parallèle.

La fécondation in vitro et l'insémination artificielle utilisées simultanément nous permettent d'envisager un nombre étonnant de combinaisons dans le cycle de la reproduction artificielle et dans les structures familiales : l'enfant porté par une femme qui n'a pas fourni les ovules mais dont le père est le géniteur, l'enfant dont le père et la mère ne sont pas les géniteurs, mais que la mère a porté, etc.

Si vous avez compris le principe, faites vous-même votre combinaison chanceuse !

Les méthodes de planification qualitative des naissances

La planification des naissances est souvent associée au seul aspect quantitatif du phénomène afin de prévoir le nombre d'enfants que nous voulons et surtout ceux dont nous ne voulons pas. Depuis le début des années 70, la science s'est attaquée massivement à un autre aspect du problème : la dimension qualitative de la planification des naissances. Les spécialistes du counselling génétique se sont ainsi dotés d'instruments d'investigation puissants, qui permettent d'aller chercher, dans le sein maternel, des renseignements sur le déroulement de la grossesse et de détecter certains problèmes avant la naissance, mettant ainsi les parents devant de nouveaux choix.

Les principales indications de diagnostic prénatal sont les suivantes :

Il est proposé dans trois types de situations ; d'une part, aux parents qui ont déjà eu un enfant atteint, quelle que soit la nature du handicap : malformation congénitale, aberration chromosomique ou maladie génétique ; d'autre part, aux femmes appartenant à un groupe à risque : l'exemple le plus fréquent est l'âge de la mère (supérieur à 35 ou 38 selon les pays) en raison du risque associé de mongolisme ; enfin, dans le cadre du dépistage systématique d'une anomalie dont la fréquence est particulièrement élevée : c'est le cas des anomalies de l'hémoglobine dans les populations noires et méditerranéennes (Robert, 1985 : 696).

L'instrument le plus connu et à la fois le plus mal connu de diagnostic prénatal est sans nul doute l'échographie. Paradoxalement, les possibilités d'investigation de cette technique de diagnostic prénatal sont, jusqu'à ce jour, nettement sous-utilisées. En effet, l'échographie, dont nous pouvons dire qu'elle est devenue au Québec une pratique de routine dans le suivi normal de grossesse, permet de détecter certaines malformations du tube neural et d'autres dysfonctions majeures. Potentiellement, tout problème ayant une incidence morphologique sur le fœtus est détectable par cette technique. Actuellement, on l'utilise pour déterminer l'âge de la grossesse, la taille et le sexe du fœtus et la présence de grossesses multiples (jumeaux, triplets, etc.). Il y a une augmentation constante des échographies au Québec. Nous pouvons même affirmer sans crainte que, sous peu, la pratique en

la matière sera celle de deux échographies par grossesse. Des spécialistes en diagnostic prénatal déplorent toutefois le fait que des échographies soient parfois faites par des médecins dont la formation ne permet pas d'utiliser toutes les informations que donne cet examen ; il arriverait ainsi que des informations importantes pour les futurs parents soient perdues, faute de savoir les lire.

L'émergence massive du diagnostic prénatal a cependant été rendue possible par la mise au point de techniques permettant d'aller prélever dans la cavité amniotique des cellules foetales. C'est le cas de l'amniocentèse. En gros, il s'agit d'une ponction de liquide amniotique, effectuée vers la quinzième semaine de grossesse, dans lequel sont contenues des cellules foetales qui sont ensuite analysées en laboratoire. La dernière étape de ce protocole est l'établissement du « cariotype », qui est en quelque sorte la carte chromosomique de l'enfant à venir. Cette technique permet de détecter actuellement 300 maladies génétiques sur les 3 000 connues. Prenons quelques exemples de maladies détectables par amniocentèse.

Le syndrome de Down, mieux connu sous le nom de mongolisme, est un défaut chromosomique nommé trisomie 21. Il se manifeste par la présence d'un troisième chromosome sur la paire numéro 21. L'anencéphalie, pour sa part, est une malformation grossière du tube neural caractérisée par le vide plus ou moins complet de la boîte crânienne. Le dosage d'une protéine dans le sang maternel (l'alfafoetoprotéine) aide à en détecter la présence.

Suite à une amniocentèse, le diagnostic peut être négatif, c'est-à-dire qu'il ne laisse apparaître aucune anomalie détectable, ce qui arrive dans 96% des cas, ou positif, dans 4% des cas. Dans les situations où le diagnostic s'avère positif, nous pouvons affirmer que les parents choisissent la plupart du temps une interruption de grossesse, peu importe le handicap détecté (Dallaire, 1982 : 37). Or, l'amniocentèse est une technique qui s'opère à la quinzième semaine de grossesse, tandis que la culture des cellules et l'interprétation des informations qu'elle permet prennent un mois avant d'être complétées. Il n'est donc pas rare d'observer des interruptions de grossesse exécutées pendant la 21^e semaine de grossesse, ce qui est reconnu médicalement comme dommageable à tout point de vue et pose un problème non négligeable à l'utilisation de cette technique.

Cette situation est en voie d'être partiellement réglée par l'arrivée d'une nouvelle technique donnant un accès direct à du matériel foetal : le prélèvement des villosités choriales. Dans ce cas, il s'agit de prélever de petites fibres (villosités) sur une membrane située à la base du placenta : le chorion. Le prélèvement s'effectue durant le premier trimestre de grossesse et comme il y a accès direct à du matériel foetal, il n'y a pas nécessité de cultiver les cellules, ce qui a pour effet de rendre les renseignements disponibles rapidement, dans les meilleurs cas deux ou trois jours plus tard. Les parents ont alors plus de temps pour prendre les décisions qui les concernent, tout en évitant, le cas échéant, un avortement trop tardif.

Les techniques que nous venons de décrire dans cette section sont toutes disponibles au Québec, à des stades plus ou moins avancés d'implantation, et la recherche dans ces domaines avance rapidement.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION ET LE BABY SHOPPING

L'angoisse de l'infertilité

De nos jours, avoir un enfant est devenu un « must » dans le système de représentations de l'individu et de la famille. Symbole de la pérennité de l'espèce, l'enfant est aussi celui de l'identité sexuelle, de l'intégrité physique et de l'intégration sociale de l'individu et du couple. Rien d'étonnant alors à ce que « l'enfant qui ne vient pas » devienne la hantise de ces couples nombreux, qui n'arrivent pas à procréer au moment où ils le veulent (Delaisi de Parseval, 1983 : 21).

Depuis l'avènement de la pilule anticonceptionnelle et l'arrivée de la contraception sûre à 99%, nous avons vécu dans l'illusion du slogan « Nous aurons les enfants que nous voudrions ». En fait, pour correspondre à la réalité, il serait plus juste de dire : nous n'aurons pas les enfants que nous ne voulons pas. En effet, ce contrôle négatif de la reproduction et la performance de cette maîtrise peuvent laisser croire que dans la mesure où on contrôle pratiquement 100% des cas par la

négative, la grossesse devrait arriver aussi dans les mêmes proportions. Comme le fait si bien remarquer Geneviève Delaisi de Parseval, il suffirait de fermer le « robinet contraceptif » pour que la grossesse arrive.

Toutefois, tel n'est pas le cas. Dans la littérature scientifique en matière d'infertilité, on relève généralement que les couples qui déclarent un problème d'infertilité le font un an après de bonnes expositions à des rapports sexuels potentiellement féconds. Or, il arrive que certains de ces couples pourraient induire une grossesse de façon autonome avec un délai d'exposition plus long. Un des paramètres importants qui entrent en ligne de compte dans la définition actuelle de l'infertilité est donc la durée de la période d'exposition. Cela mérite que l'on s'y arrête.

Il semble que l'âge moyen du couple à la première grossesse est en hausse. Par ailleurs, il semble que le jeune couple moyen qui aspire à faire des enfants ne laisse plus les choses au hasard. L'enfant vient au moment où il doit venir ; il doit être fait dans le « bon temps ». La définition de ce bon moment peut être influencée par plusieurs variables comme : la confiance mutuelle des conjoints en la stabilité de leur union, la sécurité économique (qui dépend entre autre du travail et du plan de carrière des partenaires), les expériences vécues : voyages, « vie de jeunesse », etc. « La cerise sur le sundae de l'amour ! » Donc un enfant quand on le désire, au meilleur moment possible. L'enfant, dans ce contexte, est donc planifié, prévu, dans la séquence des congés avec ou sans solde, dépendamment des conditions de travail et de la succession des saisons ¹⁰⁸.

À titre d'illustration, prenons ce couple moyen qui vit ensemble, marié ou non, depuis cinq à six ans. Dans les premiers temps de leur union, ils sont branchés, généralement par un expert, sur l'option contraception. Ils vivent, s'éclatent, font leurs études, leurs voyages, leurs « expériences mystiques », découvrent le monde du travail et dans le meilleur des cas celui du confort matériel ; finalement ils se débranchent du circuit contraceptif pour faire cet enfant ou plus précisément ce 1,46 enfant, cette moyenne québécoise à propos de laquelle s'alarment certains démographes et politiciens (Rochon, 1985). Il n'y a pas de raison pour que ça ne

¹⁰⁸ En France, on rapporte qu'il y a une augmentation des naissances au printemps pour que la mère puisse avoir son congé de maternité durant la belle saison. (Clanaud, Alain, 1985 : 20).

marche pas puisque pour le reste, ça a marché... Après six mois ¹⁰⁹ de copieux essais, le doute s'installe... L'enfant ne vient pas. Il doit y avoir quelque chose. On consulte. Normalement, l'expert se fait rassurant, explique qu'il faut être patient, ajoutant parfois qu'au fond c'est peut-être mieux comme ça : le mythe des bébés-pilules a la vie dure. Généralement, on expliquera au couple le principe de la température basale et par la suite on leur dira de continuer et, si ça ne marche pas, de revenir dans six mois.

Six mois plus tard, ou bien ça a marché ou bien ça n'a pas marché. Dans le second cas, c'est l'angoisse. Normalement, à cette étape, le couple se verra référé à une clinique de fertilité. C'est ici que débute réellement le parcours du combattant et, surtout, de la combattante. Il faut comprendre ici que d'après plusieurs témoignages de couple, la vigueur du désir d'enfant augmente à partir du moment où il est contrarié. Test, re-test, re-re-test, biopsie de l'endomètre, insufflation tubaire, hystéro-salpingographie et le savoureux test post-coïtal, pour lequel le couple doit avoir une relation sexuelle et se rendre ensuite chez le médecin pour vérifier si le milieu utérin ne sécrète pas d'anticorps susceptibles de gêner les spermatozoïdes. Donc, amour sur ordonnance et à heure fixe, pour que le test soit valide. La passion vient d'en prendre pour son rhume et ne se commande pas toujours à heure fixe, surtout quand on vient de l'extérieur et qu'il faut louer une chambre à l'hôtel pour exécuter la prescription !

Un spécialiste en infertilité de la région de Québec nous disait dernièrement que dans sa clinique, sur 100 couples qui consultent pour un problème lié à l'infertilité, 50 vont avoir au bout du compte une grossesse. De ces 50, 25 l'auront eue sans qu'aucune intervention thérapeutique n'ait été faite. Les 25 autres seront dues aux multiples solutions qu'offre la clinique. Il faut donc retenir que la moitié des grossesses obtenues dans cette clinique le sont sans qu'aucune intervention spécifique ne soit tentée, ce qui reflète bien ce qui se trouve dans la littérature. On peut donc conclure, dans le cas de ces couples, que le délai d'un an serait insuffisant et que la patience devrait par conséquent être plus grande.

Le rapport que nous entretenons dans les sociétés modernes à la technique pour la satisfaction de nos besoins ne me semble pas étranger à cette impatience des couples. Les innovations de la technologie, dans les divers domaines où elle

¹⁰⁹ Certains couples consulteraient même après quatre mois de tentatives.

intervient, nous ont habitués à exprimer un besoin et à le satisfaire rapidement, une fois celui-ci bien identifié. Cette attitude de demande et de satisfaction, et surtout l'idéologie du service qui la supporte, nous plongent dans l'ère de l'instantané, dans l'ère du besoin privé satisfait automatiquement, garanti. Le désir d'enfant contrarié procède des mêmes attentes ou du même imaginaire ; il est de surcroît lié à toute une structure de normalité et ultimement à l'image de l'épanouissement complet : « Ça c'est un homme ! » ou « Je me suis sentie complètement femme ! ».

Donc, un enfant pour nous, quand nous le voulons, un enfant gâté, stimulé, « fisherpricerisé », équipé pour l'an 2000. Dans ce contexte, le constat d'infertilité devient souvent une catastrophe et semble justifier dans la logique du service offert, les interventions les plus lourdes.

Retour à l'expéditeur : le baby building

Nous l'avons dit, avoir un enfant se situe de nos jours dans une séquence planifiée. Mais pas n'importe quel enfant !!! Stimulé, avons-nous dit, rare, avons-nous constaté, donc d'autant plus précieux qu'on les fabrique à petite dose. On parle à l'heure actuelle du « baby building » chez nos voisins du sud. Il s'agirait de stimulation précoce de l'enfant pour lui permettre d'apprendre plus vite plus de choses. Prix Nobel de physique à 2 ans. Amadeus à la portée de tous. Encore faut-il pouvoir payer ! En plus, nous pouvons penser que d'ici quelques années, si la tendance se poursuit, l'enfant sera de qualité certifiée durant la grossesse. Déjà, certains tests de diagnostic prénatal, par exemple l'échographie, se font de routine et les femmes qui les refusent sont perçues comme des exceptions post-granolas un peu farfelues. D'autres tests, beaucoup plus performants, sont sur le marché et ceux qui sont en train d'être mis au point le seront encore plus. Prenons un exemple.

Comme on l'a vu, le prélèvement des villosités chorales permet l'accès direct aux cellules du fœtus. Il devient ainsi possible de faire des analyses directes de l'ADN fœtal et de détecter la tendance du fœtus au diabète ou à certaines maladies cardiaques. On a aussi souligné que lorsque le diagnostic prénatal par amniocentèse met en évidence une anomalie, dans 99% des cas les parents choisissent

l'avortement sélectif (Dallaire, 1982), quelle que soit l'anomalie détectée. Verons-nous cette tendance se poursuivre avec des handicaps plus subtils ? Par le diagnostic prénatal a ainsi été introduite la notion de défaut de fabrication, et son débouché marchand : le retour à l'expéditeur. On passe ici clairement de la reproduction à la production.

Pour suivre la logique de cette comparaison avec une structure commerciale de production d'un bien, sur laquelle nous croyons que les nouvelles technologies de la reproduction calquent possiblement leur développement, il faut introduire des mécanismes de protection du consommateur. Dans les années 70 l'expression « le droit à la différence » voulait exprimer la possibilité pour quelqu'un de relativement marginal, et dans ces cas, on incluait surtout les handicapé/es, de jouir des mêmes avantages et privilèges que la population dans laquelle ils et elles s'intégraient. Depuis quelques années, l'expression le « droit de naître sain de corps et d'esprit » ¹¹⁰ a fait son apparition dans la littérature, non loin de l'expression « droit à la normalité ».

Des poursuites ont été intentées contre des médecins parce qu'ils n'avaient pas donné aux futurs parents l'information relative à des tests qui leur aurait permis de détecter la présence de l'anomalie que leur enfant portait, alléguant que s'ils avaient eu accès à cette information, ils auraient opté pour une interruption de grossesse. Dans d'autres poursuites, intentées par des représentants de l'enfant, on a été jusqu'à demander en son nom des dommages et intérêts substantiels pour ne pas avoir été avorté, en fonction du principe qu'il aurait mieux valu pour lui ne pas être plutôt que d'être tel qu'il est ! Certains juristes américains considèrent ainsi qu'une femme qui n'utiliserait pas son « droit » à une interruption de grossesse en cas de diagnostic prénatal positif s'exposerait à certaines poursuites :

Je suggère toutefois que lorsqu'une femme enceinte a décidé de ne pas utiliser son droit à l'avortement et de mener sa grossesse à terme, elle se met en situation d'avoir éventuellement à répondre de négligence criminelle envers le fœtus, si ce dernier naît vivant. Son geste pourrait être considéré comme de la négligence envers le fœtus, conduisant éventuellement à un enfant mal en point. (Shaw, 1980 : 228 ; traduction libre).

¹¹⁰ The right to be born sound of mind and body (Milunsky, 1980).

À un autre niveau du débat, des éthiciens ont soulevé l'hypothèse qu'une société qui valoriserait à outrance la naissance d'enfants normaux et dont les standards de normalité seraient bien définis, pourrait exiger d'une femme enceinte de suivre un régime de vie approprié, sans alcool ni tabac, infantilisant ainsi la femme et la réduisant au rôle de réceptacle de quelque chose qui la dépasse. À cet effet, une publicité que nous avons pu voir dans certains hôpitaux québécois nous laisse songeur. Elle représente de façon schématique une femme enceinte avec une vue en coupe de son ventre où est le fœtus. La femme fume. La légende suivante accompagne l'image : « elle fume... elle l'intoxique ». Notez bien que ce n'est pas à la femme que l'on s'adresse, comme si cette dernière n'était pas capable de comprendre le message... Par ailleurs, certains bars aux États-Unis refusent de servir de l'alcool aux femmes enceintes. Cela reste une pratique marginale mais mérite d'être mentionné.

L'essor des NTR : quelques hypothèses explicatives

L'ensemble des techniques de reproduction a connu un essor considérable durant ces dernières années même si, dans certains cas comme celui de l'insémination artificielle, nous avons affaire à une technique relativement ancienne, la première insémination documentée ayant été faite à Londres en 1770 (Beck, 1984) ¹¹¹. Cet essor est dû à plusieurs facteurs. Premièrement, il va sans dire qu'il fallait que ces techniques soient largement disponibles pour qu'elles se répandent dans la population, mais ce fait n'apparaît pas suffisant pour expliquer pourquoi elles ont été adoptées et se sont diffusées aussi rapidement comme moyen de lutte contre l'infertilité. Il est possible que leur apparente popularité et leur relative acceptation par la population ¹¹² correspondent à des motivations plus profondes.

Il apparaît important de souligner, pour comprendre l'impact des technologies de la reproduction, qu'elles génèrent de nouvelles attitudes et de nouveaux com-

¹¹¹ Il s'agissait d'une insémination homologue.

¹¹² Nous référons sur ce point particulier au Sondage d'opinion en matière de science et de technologie publié en 1985 par le ministère de la Science et de la Technologie du gouvernement du Québec.

portements, qui viennent en partie d'elles et qui dans une certaine mesure les rendent possibles.

Une des premières considérations est la dissociation des modèles standards de la sexualité et de ceux de la reproduction. Cette dissociation, amorcée par la révolution contraceptive à laquelle je faisais écho précédemment, n'est complète qu'à partir du moment où pour faire des enfants, les rapports sexuels ne sont plus nécessaires. La venue de la contraception efficace rend possible les « relations sexuelles protégées », première étape dans le processus de dissociation. Avec les technologies de pointe en matière de reproduction, la grossesse peut alors se vivre comme un phénomène tout à fait indépendant, presque étranger à la sexualité, d'autant plus que le contexte médical dans lequel la conception a lieu n'a rien à voir avec la passion.

Il nous semble clair que les nouvelles technologies de la reproduction représentent une gestion privée et individuelle de problèmes pour lesquels il n'y a plus de réponse collective. En ce sens, ces technologies sont typiquement « postmodernes ». Elles représentent une réponse individuelle à un besoin exprimé individuellement par un couple, face à une structure qui offre une solution technique à un problème humain, la technique étant peut-être la réponse humaine par excellence. J'irais même jusqu'à faire l'affirmation que c'est notamment parce qu'il n'y a plus de prise en charge communautaire (par un groupe, un village, une micro-société...) des problèmes liés à la reproduction que des solutions techniques à ces problèmes sont si facilement envisageables et qu'elles deviennent des solutions privilégiées. Particulièrement, dans le cas de l'insémination artificielle et de la fécondation in vitro, on rapporte souvent que le manque de possibilité de recourir à l'adoption est une des raisons qui poussent les couples à aller vers ces pratiques. Précisons ici ce dont il s'agit.

Depuis quelques années maintenant, dire que l'époque des grands enjeux collectifs est révolue est devenu un lieu commun. Cela se traduit de plusieurs façons. L'une des plus éclatantes est la substitution progressive des droits individuels aux droits collectifs, de ces fameux droits de la personne aux droits des collectivités. Une juriste me faisait remarquer que nous sommes maintenant passés à l'ère des revendications individuelles et que cet état de fait risquait de mettre le législateur devant de sérieux problèmes de priorités sociales. Parallèlement, l'espace privé se substitue à l'espace public comme milieu d'épanouissement de l'individu. Nous

vivons une époque où la synthèse du « standardisé sur mesure » ¹¹³ est chose faite et cela se reflète dans toutes les sphères de l'activité humaine incluant la reproduction.

Ce que nous voulons évoquer par ces considérations c'est que les technologies de la reproduction, par les réponses qu'elles apportent, offrent une solution essentiellement technique à un problème humain. Dans la mesure où ce type de solution se répandra à plus large échelle et se fera de plus en plus efficace, comme c'est sûrement le cas pour le diagnostic prénatal, l'on peut imaginer qu'il soit possible qu'elle devienne la solution au problème, et que dans cette mesure, d'autres types de solution ou de façon de vivre avec des problèmes soient laissés de côté, une fois de plus, au profit de ce nouveau type de solutions « techniquement performantes ».

ET L'AVENIR ?

Il est manifestement difficile de poser un jugement définitif devant un objet aussi mouvant que celui que nous avons tenté de cerner. Tout au plus, pouvons-nous identifier certains des éléments les plus ambigus, dont l'introduction progressive de rapports marchands dans la genèse de la vie. Ce rapport n'est pas nouveau ; ce qui l'est, c'est sa consécration qui devient aussi son principe de banalisation économique.

L'ensemble de ces technologies, combinées ou considérées séparément, permettent à moyen terme de contrôler de plus en plus l'émergence de nouveaux enfants. Dans ce contexte, deux scénarios se dégagent.

Le premier de ces deux scénarios s'avère nettement pessimiste. Nous allons assister à une demande croissante pour ces techniques, demande alimentée par des offres que nous refuserons de moins en moins. Cette relation offre/demande fera apparaître de nouveaux rapports entre la société et les enfants qu'elle génère. Cette emphase technologique et la croissance exponentielle qui la caractérise aura aussi pour conséquence la création de nouveaux écarts sociaux entre ceux qui peuvent

¹¹³ Dont le Young Urban Professionnal (Yuppy) nous semble être une des figures caractéristiques.

et ceux qui ne peuvent pas avoir accès à ces technologies. Le développement de la médecine génétique permettra d'éliminer de plus en plus de sujets jugés comme pouvant difficilement être intégrés à la société. La science nous aura enfin aidés à régler le problème de l'intégration et du droit à la différence...

Le second scénario est optimiste. Ces technologies seront appliquées raisonnablement à des couples qui ont des problèmes sérieux d'infertilité. Parallèlement à la mise au point de ces techniques, nous allons nous attaquer à la source des problèmes de fertilité en mettant au point des méthodes de stérilisation réversible appliquées avec discernement. Dans le même sens, des campagnes agressives permettront de combattre et de réduire la propagation des maladies transmises sexuellement. Les gens pourront avoir le libre exercice de leur fécondité et le slogan « nous aurons les enfants que nous voudrons » prendra enfin tout son sens. La médecine génétique permettra d'aider, par des efforts préventifs et curatifs, les personnes atteintes d'un handicap afin qu'elles puissent surmonter les difficultés propres à leur condition, dans une société guérie de ses excès normatifs.

Entre ces deux modèles, sans doute respectivement improbables, se situe une part de notre avenir. Il importe donc de susciter dès à présent une réflexion de fond auprès de l'ensemble des intervenant/es qui oeuvrent et pensent déjà dans ces sphères d'activités.

Le rapport que nous entretenons avec la science et la technique fait parfois songer à celui que nous entretenons avec le sacré... Attirance et recul à la fois.

RÉFÉRENCES

Beck, William W., "Two hundred years of artificial insemination" , *Fertility and sterility*, Vol. 41, No 2, 1984, p. 193-195.

Clanaud, Alain, « La bébématique », Objectif bébé, *Autrement*, n° 75, 1985, p. 20.

Dallaire, Louis, « La situation du diagnostic prénatal », Le diagnostic prénatal, *Cahier de bioéthique*, n° 2, Québec, P.U.L., 1982.

Delaisi De Parseval, Geneviève, *L'enfant à tout prix*, Paris, Seuil, 1985.

Melançon, Marcel, « La fécondation in vitro », *L'Union médicale du Canada*, vol. 114, n° 10, octobre 1985, p. 810-812.

Milunsky, Aubrey, "Prenatal genetic diagnosis and the law", *Genetic and the Law*, New York, Plenum Press 1980, p. 6-69.

Robert, Odile, « Le diagnostic prénatal », *La recherche*, n° 166, mai 1985.

Rochon, Madeleine, « La nouvelle baisse de la fécondité au Québec : une réalité à laquelle il faudra s'adapter », *Le Devoir*, 4 juillet 1985, p. 7.

Shaw, Margery W., "The Potential Plaintiff", *Genetic and the law*, New York, Plenum Press, 1980, p. 225-229.

ACCOUCHER AUTREMENT (1987)

Section 2

... vers la réappropriation...

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

A) Analyses d'expériences alternatives

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

A) **Analyses d'expériences alternatives**

11

Accoucher à l'hôpital : où en sommes-nous aujourd'hui?

Par Suzanne SAVARD

[Retour à la table des matières](#)

Depuis une dizaine d'années, le thème de l'humanisation de la naissance a fréquemment alimenté les débats concernant la périnatalité.

Nous devons d'abord nous rappeler que deux grands phénomènes importants ont marqué l'évolution des services offerts en obstétrique depuis le début du siècle au Québec : d'abord, le transfert progressif du lieu d'accouchement de la maison vers le milieu hospitalier et plus récemment une prise de conscience plus grande de la médicalisation de l'accouchement et de la nécessité de le réhumaniser.

Les étapes marquantes de ces deux phénomènes seront rappelées dans un bref historique. Il a servi de toile de fond au tableau général de la situation des accouchements prévalant en milieu hospitalier en 1985, qui sera brossé principalement sous l'angle de l'humanisation des soins.

L'HISTOIRE RÉCENTE DE L'ACCOUCHEMENT AU QUÉBEC : MÉDICALISATION ET VOLONTÉ D'HUMANISATION

L'accouchement à l'hôpital : un phénomène récent

Le transfert du lieu d'accouchement de la maison vers le milieu hospitalier a commencé au Québec autour de 1920. Ainsi en 1926, 4,8% des naissances survenaient à l'hôpital. Trente ans plus tard, la moitié des Québécoises mettaient leurs enfants au monde hors du milieu familial. Ce transfert s'est accompli en l'espace d'une cinquantaine d'années et en 1974, on retrouve 99,7% des accouchements en centre hospitalier (Statistique Canada, 1974). En 1983, cette tendance semblait vouloir diminuer puisqu'on a évalué à 98% le taux d'hospitalisation pour fin de naissance et que 1,5% à 2% des femmes choisirent l'accouchement à domicile (Morneault, 1983 : 9).

Les raisons invoquées pour motiver le déplacement vers l'hôpital, qui sera surtout manifeste après la Seconde Guerre mondiale, semblaient liées au désir de lutter efficacement contre les forts taux de mortalité maternelle sévissant au début du siècle. Les deux principales causes de décès reliées à l'accouchement étaient alors l'hémorragie et la fièvre puerpérale.

Pour les femmes présentant une grossesse ou un accouchement à risques, l'hospitalisation était la réponse à leur besoin d'assistance technique et médicale. Toutefois, au fil des ans, tous les accouchements avec ou sans risques prévisibles ont été dirigés sans discrimination vers le milieu hospitalier.

L'utilisation de plus en plus répandue de « l'anesthésie à la reine » et de médicaments analgésiques ont également fait de l'accouchement un acte médicalisé qui, dans l'esprit des intervenants, était plus adapté au milieu hospitalier. En obstétrique, l'emploi de gaz anesthésiants a été surnommé anesthésie ou chloroforme « à la reine » car, en avril 1853, la reine Victoria accepta d'être chloroformée lors

de la naissance de son huitième enfant, le prince Léopold. À l'occasion d'une autre naissance, en 1857, la reine eut recours une seconde fois à l'anesthésie. Ces deux événements « royaux » eurent une influence certaine sur la popularité de l'anesthésie lors de l'accouchement.

À mesure que les accouchements se déroulaient à l'hôpital, une nouvelle façon de faire s'implanta dans nos milieux. Entre 1950 et 1970, les femmes accouchèrent de plus en plus souvent sous anesthésie générale. La mère était séparée de son nouveau-né, lequel était gardé en pouponnière pour le protéger des infections. L'allaitement maternel devint un phénomène marginal et les quelques enfants nourris au sein furent souvent logés dans des pouponnières spécialement identifiées afin de ne pas contaminer les autres bébés !

L'organisation et le fonctionnement des services d'obstétrique et de pouponnière correspondirent alors à la perception de l'accouchement comme étant un phénomène potentiellement pathologique dont il fallait contrôler le plus de paramètres possibles.

Il est intéressant de noter que la diminution spectaculaire de la mortalité périnatale observée au Québec au cours des dernières décennies fut attribuable à plusieurs facteurs : les changements socio-démographiques, les modifications dans la structure de l'âge maternel et du nombre de grossesses, l'amélioration des habitudes de vie et l'évolution des connaissances médicales (Blanchet et Levasseur, 1980 : 11). De son côté, l'augmentation du nombre d'accouchements en milieu hospitalier n'aurait pas joué un rôle déterminant dans cette diminution et ne serait qu'une coïncidence historique (Laurendeau, 1983 : 219).

Les prises de conscience des années 1970 - 1980

Au cours des années 70 et 80, des représentant/es de groupes de femmes, d'associations professionnelles et du milieu gouvernemental se penchèrent sur les différents aspects des pratiques en périnatalité et proposèrent de nouvelles approches.

Parmi toutes les interventions faites à cette époque, quelques-unes ont eu un impact important sur les soins en périnatalité et elles nous permettent d'en suivre l'évolution.

La première politique en périnatalité publiée en 1973 par le ministère des Affaires sociales du Québec (MAS) proposa d'abord de réduire encore plus la mortalité et la morbidité périnatale en mettant l'accent sur la prévention, la qualité des soins et la réorganisation des services d'obstétrique. On soulignait aussi dans cette politique que : « La qualité des soins implique de plus en plus qu'on fasse de la naissance une expérience émotionnelle satisfaisante. (...) L'humanisation des services d'obstétrique doit être en ce sens un objectif prioritaire. » (MAS, 1973 : 53).

Le Conseil du statut de la femme (CSF), fortement préoccupé par l'interventionnisme dans les pratiques obstétricales proposa, entre autres, en 1978, dans son document *Pour les Québécoises : égalité et indépendance* l'implication d'une nouvelle intervenante responsable des grossesses et des accouchements normaux ainsi que des soins et des conseils postnatals afin, ici encore, de réhumaniser les processus qui avaient été fortement médicalisés et déshumanisés (CSF, 1978 : 100).

En 1979, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) organisa le colloque *Avoir un enfant sans violence et sans risque*. Ce colloque a marqué un virage significatif dans le débat sur l'humanisation des soins tant dans la population que chez les professionnels de la santé ; il a permis de mettre en évidence la nécessité de poursuivre la réflexion sur le sujet afin d'en arriver à des propositions concrètes.

À cet égard, l'année 1980 fut riche en événements d'importance. Notons d'abord la mise sur pied du mouvement *Naissance-Renaissance*, une association de dix groupes régionaux ayant pour but de favoriser l'humanisation de la naissance par le biais de l'autonomie et du libre choix (Ministère de l'Éducation, 1983 : 37).

À partir de l'automne de 1980, l'Association pour la santé publique du Québec, grâce à l'aide financière du ministère des Affaires sociales et à la collaboration d'autres organismes, assura la coordination de onze colloques régionaux sous le thème *Accoucher ou se faire accoucher*. Ces colloques ont mobilisé environ 10 000 personnes et ont démontré l'ampleur du mouvement en faveur de l'humanisation des soins en périnatalité.

Certaines associations professionnelles ont également fait connaître leur point de vue. Dans une publication intitulée *Mieux accoucher, mieux naître*, la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ) a reconnu que l'aspect technique des interventions médicales en obstétrique a eu pour effet de « diminuer la qualité de l'expérience maternelle » (CPMQ, 1980 : 3). Elle déclara souhaiter y remédier, en continuant toutefois d'insister longuement sur l'aspect sécuritaire devant entourer la grossesse et l'accouchement.

Dans l'optique de la liberté de choix de l'intervenant, la Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et infirmiers du Québec présenta pour sa part le *Mémoire Sages-femmes*, dans lequel elle demanda la reconnaissance des sages-femmes en autant qu'elles soient d'abord infirmières (FSPIQ, 1980 : 3).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a pour sa part pris officiellement position, le 24 mai 1985, en faveur de la reconnaissance légale des infirmières sages-femmes. Le choix de ces intervenantes constituerait, selon l'Ordre, la meilleure réponse à la volonté exprimée par les femmes de se réapproprier le contrôle sur la naissance (OIIQ, 1985 : 1).

Le début des années 80 vit de plus le débat s'étendre parmi la population en général. On assista à une prolifération de livres, d'articles, de reportages et de films sur l'expérience de la naissance et sur de nouvelles approches à cet événement (De Koninck et al., 1983 : 195-197).

Finalement, depuis près de deux ans, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) travaille à l'élaboration d'une deuxième politique en périnatalité qui tiendrait compte de l'évolution du dossier depuis 1973 (MSSS, 1985).

La nature des revendications des femmes

Les remises en question des dix dernières années ont été accompagnées de nombreuses demandes et recommandations. Les femmes, pour leur part, désirent des soins périnataux plus humanisés, une plus grande autonomie face aux choix et décisions concernant leur accouchement et la limitation des interventions durant le travail et l'accouchement. Les colloques *Accoucher ou se faire accoucher* ont permis d'articuler et de rendre publiques ces demandes. Lorsque l'on s'attarde plus

particulièrement aux discussions tenues sur l'accouchement, trois thèmes principaux ressortent : le cadre physique du lieu de naissance, les intervenant/es et les interventions.

« Les femmes se disent plus effrayées par l'environnement que par la naissance » (De Koninck, 1981, p. 8). Elles suggèrent le développement de maisons de naissance, la possibilité d'accoucher légalement à domicile pour celles qui le désirent et des chambres de naissance qui recréent le milieu familial. Toutes ces demandes originent de leur désir de vivre l'accouchement avec plus d'autonomie, plus de contrôle sur son déroulement, une plus grande possibilité de choix tout en ayant un encadrement sécuritaire et affectif de qualité.

On reproche aux intervenant/es le manque de disponibilité, le non-respect des choix et la médicalisation de l'accouchement. On souhaite la présence d'une personne qui apporte son assistance tout au long du processus de l'accouchement. D'autre part, le travail de la sage-femme est perçu comme répondant aux attentes de disponibilité, de support et d'information.

On demande également que les interventions rattachées aux routines hospitalières soient réduites au minimum et que ces choix soient respectés au cours du travail et de l'accouchement.

Dans les jours qui suivent la naissance, les femmes revendiquent l'allaitement libre et la possibilité de cohabiter avec leur nouveau-né (De Koninck, 1981 : 5-13).

La réaction des milieux officiels

Parallèlement au mouvement de remise en question amorcé dès 1970, certaines pratiques obstétricales furent modifiées. Au début de cette décennie, l'accouchement, pour la majorité des femmes, se vivait de façon totalement passive, dû à l'usage important de l'anesthésie générale. En effet, en 1971, selon les régions, le pourcentage d'accouchements sous anesthésie générale variait de 37,5% à 89,6%. Huit des dix grandes régions du Québec avaient un pourcentage d'accouchements sous anesthésie générale supérieur à 50% (Plante, 1981). En l'espace de sept ans,

de 1972 à 1979, on abandonne presque complètement l'anesthésie générale en obstétrique (Blanchet et al., 1979 : 45).

L'accouchement est progressivement redevenu un acte conscient. La femme se prépare à cet accouchement conscient et désire de plus en plus un environnement affectif adéquat, qui n'était évidemment pas une préoccupation centrale à l'époque de l'accouchement sous anesthésie générale.

Cette reprise de conscience est aussi alimentée par la diffusion du concept Leboyer de « naissance sans violence ». La qualité de l'accueil et l'accessibilité au nouveau-né deviennent objets de revendications. Les rencontres prénatales, devenues plus accessibles, permettent également aux femmes et aux couples d'être mieux informés.

Des démarches d'humanisation des soins commencèrent aussi au cours des années 1970 dans certains hôpitaux (Villa, 1979 : 64). Les modifications aux règlements touchant l'accompagnement, l'accueil du bébé ou encore la cohabitation furent très bien reçues par la population et largement publicisées. Les femmes et les couples « magasinèrent » de plus en plus leur lieu d'accouchement. Suite à ce phénomène de « magasinage », certains prétendent même que la motivation au changement dans des centres hospitaliers plus conservateurs aurait été davantage la réaction à une perte de clientèle, drainée par des centres plus progressistes, plutôt que la conviction profonde en la valeur et en la nécessité de ces changements de la part du personnel hospitalier.

Quoi qu'il en soit, au milieu des années 1980, la situation de l'accouchement à l'hôpital est sensiblement différente de ce qu'elle était en 1970, modelée par ces deux courants de la médicalisation et de l'humanisation des soins.

PROFIL DE LA SITUATION ACTUELLE

Au Québec, les pratiques obstétricales varient selon les régions, à cause de différences de mentalités, d'attitudes et d'accessibilité à certains services. L'évolution de l'humanisation des soins périnataux en milieu hospitalier peut néanmoins être observée à l'aide de six indicateurs dont nous discuterons maintenant : l'accompagnement, les routines hospitalières, les chambres de naissance, l'allaitement

maternel, la cohabitation, l'accouchement vaginal après une césarienne. Ce profil est basé sur les données contenues dans différents sondages ou enquêtes effectués auprès de centres hospitaliers québécois ou d'usagères des services d'obstétrique.

L'accompagnement

La possibilité d'être accompagnées par les personnes de leur choix a été l'une des premières demandes exprimées par les femmes afin de vivre la naissance de leur enfant dans un climat affectif amélioré. Il était déjà acquis, en 1979, que le père de l'enfant soit admis en salle d'accouchement. La présence d'une personne autre que le père n'était autorisée que dans 75% des établissements. Cet accompagnement se limitait toutefois à une seule personne présente lors de l'accouchement (Levasseur et Blanchet, 1979 : 28).

Il est maintenant possible dans tous les centres hospitaliers d'être accompagnée par la personne de son choix. Une ou des personnes, en plus du père, peuvent généralement assister à l'accouchement si la salle d'accouchement ou la chambre de naissance sont assez spacieuses. Cet assouplissement des règlements face à l'accompagnement est sûrement un atout pour un meilleur encadrement émotionnel de la naissance. L'accompagnement peut également être avantageux pour le bon déroulement du travail et de l'accouchement. En effet, une étude démontre que la présence et le support continu d'une femme, même étrangère, pendant le travail semble raccourcir l'intervalle entre l'admission à l'hôpital et la naissance. On note également au sein du groupe de femmes bénéficiant d'un tel support moins de problèmes périnataux (Sosa et al., 1980 : 592).

Lors de l'accouchement par césarienne, le père peut habituellement être présent si l'intervention se déroule sous anesthésie régionale. Par contre, très peu de centres acceptent une personne accompagnante si la césarienne est pratiquée sous anesthésie générale.

Les routines hospitalières

Différentes interventions telles que le rasage, le lavement et l'installation d'un soluté (administration d'un liquide par voie intraveineuse) sont parfois prévues, de façon automatique, à l'admission au service d'obstétrique. Dans plusieurs établissements, ces pratiques sont appliquées à un grand nombre de femmes. En effet, un récent sondage effectué pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec démontre que 58,0% des femmes ont eu un rasage et 43,9% un lavement (CPMQ, 1986 : 17). En général, on peut constater un assouplissement de ces routines ; le rasage n'est plus complet : il se limite au périnée ; on tend à retarder l'installation du soluté et le lavement est maintenant qualifié de « mini ».

Il est généralement possible, pour les femmes qui le désirent, de négocier ou de refuser le rasage et le lavement dans presque tous les milieux. Une minorité de femmes se prévaut toutefois de ce droit, soit environ 25% (CPMQ, 1986 : 21). L'absence de soluté demeure plus difficile à obtenir. Il semble prudent d'en discuter avec le médecin-accoucheur au cours de la grossesse pour s'assurer que son choix sera respecté : « dans la balance "hôpital-patient" deux poids valent mieux qu'un... » (Graton, 1985 : 31).

Malgré leur assouplissement, les routines demeurent très présentes même si, selon certains auteurs, elles semblent peu justifiables ou nécessaires pour le bon déroulement du travail et de l'accouchement normaux (Schneider, 1981 : 350 ; Klein, 1985 : 33-35).

Les chambres de naissance

Des chambres de naissance ont été aménagées dans plusieurs centres hospitaliers depuis le début des années 1980. Dans un décor de chambre à coucher, on essaie le plus possible de reproduire un environnement chaleureux et familial. Les instruments et l'équipement d'urgence sont discrètement mis hors de vue. Les chambres de naissance sont perçues comme une solution de remplacement à l'accouchement à domicile. Elles sont un endroit où l'on vit la naissance de son enfant

dans un climat plus serein qu'en salle d'accouchement traditionnelle, avec un accès rapide, en cas de besoin, aux facilités techniques du milieu hospitalier.

La première chambre de naissance au Québec fut créée à titre expérimental en 1978, à l'hôpital juif de Montréal (Cadieux et Lebel, 1984 : 6). Le 18 mars 1980, le centre hospitalier de Beauceville inaugurerait sa chambre de naissance qui servit de modèle et d'inspiration à plusieurs autres. Au mois de février 1983, on dénombrait dans la province 43 chambres de naissance (Morneault, 1983 : 10). En 1985, 57 établissements qui offrent des services en obstétrique en possèdent au moins une. Certains de ces hôpitaux ont aménagé jusqu'à six chambres de naissance (Savard, 1986 : 42). On note également que plusieurs services d'obstétrique n'ayant pas de chambre de naissance permettent aux femmes qui le désirent d'accoucher dans leur lit, en salle de travail (Morneault, 1983 : 10 ; Gagné et Silver, 1985).

Actuellement, le taux d'utilisation de ce nouveau lieu de naissance varie considérablement d'un établissement à l'autre. En effet, dans certains milieux, on peut en faire un usage très limité car les critères d'admission y sont restrictifs (par exemple : être multipare, avoir un médecin accoucheur qui accepte de travailler en chambre de naissance, etc.). À l'inverse, quelques centres n'auront que des accouchements en chambre de naissance car toutes leurs chambres de travail et leurs salles d'accouchement ont été réaménagées en conséquence. La Corporation professionnelle des médecins du Québec, lors d'un sondage effectué entre le 10 juin et le 7 juillet 1985, rapporte que 15,3% de leurs répondantes ont bénéficié de ce nouvel environnement (CPMQ, 1986, : 18).

En 1982, une étude portant entre autres sur l'utilisation, le fonctionnement et le personnel oeuvrant dans huit chambres de naissance démontra que le nombre moyen d'accouchements y était de 12,15% de la totalité des accouchements qui eurent lieu dans ces hôpitaux (Saulnier, 1982 : 289). Cette étude met également en évidence quelques faits intéressants. Le rapport entre le nombre d'accouchements en chambre de naissance et le nombre d'obstétriciens (par opposition au nombre d'omnipraticiens) indique que plus ils sont nombreux, moins la chambre de naissance est utilisée. En second lieu, plus il y a de gynécologues dans un centre hospitalier, plus le nombre de transfert de la chambre de naissance à la salle d'accouchement est grand. Cette étude serait intéressante à reprendre sur un échantillon plus grand ; cela permettrait de voir si ces tendances sont généralisables à l'ensemble du Québec et si elles persistent dans le temps.

Règle générale, l'accouchement en chambres de naissance se déroule sans anesthésie. Toutefois, on utilise au besoin une anesthésie locale au périnée, afin de permettre la réparation des tissus à la suite d'une épisiotomie ou d'une déchirure. Quelques centres hospitaliers offrent la possibilité de recourir à l'anesthésie régionale (péridurale ou épidurale) en chambre de naissance (Cadieux et Lebel, 1984 ; Gagné et Silver, 1985). Considérant la philosophie non interventionniste à l'origine des chambres de naissance, il serait intéressant de savoir si dans les années à venir cette pratique exceptionnelle se généralisera dans les régions où les services d'anesthésie sont facilement accessibles.

L'allaitement maternel

Au cours des années 40 et 50, peu de femmes étaient encouragées à allaiter car les nouveaux laits traités en laboratoire devaient combler adéquatement tous les besoins de l'enfant. L'allaitement devint ainsi une fonction que l'on pouvait contrôler, mesurer, programmer à heures fixes. La mode du biberon s'inscrivit également pour certaines femmes dans le courant de libération des contraintes féminines (Morin, 1985 : 143). L'industrie, intéressée par le potentiel énorme des marchés ainsi disponibles, a largement encouragé par la publicité cette nouvelle tendance.

En 1974, un sondage du ministère des Affaires sociales a trouvé une fréquence d'allaitement de 16,4% chez les femmes du Québec ; dans la plupart des régions rurales, elles allaient en moyenne dans 5% des cas. On nota, à la fin des années 70, une augmentation rapide du nombre des mères qui nourrissaient au sein leurs enfants. En 1977, leur proportion s'élevait à 28% pour s'établir, deux ans plus tard, à 42,5% (Levasseur et al., 1979 : 55-57). Enfin, le sondage de la Corporation des médecins révèle qu'en 1985, 52,6% des nouvelles mères ont dit allaiter leur bébé (CPMQ, 1986 : 21).

Maintenant, tous les établissements permettent en principe l'allaitement sur demande (sans horaire fixe) et la majorité d'entre eux encouragent l'allaitement précoce après un accouchement par voie vaginale. Lors d'un accouchement par césarienne, l'usage plus répandu d'une anesthésie régionale contribue à raccourcir le délai entre le moment de la naissance et la première tétée.

Les suppléments à l'allaitement maternel (biberon d'eau ou de lait maternisé), donnés de routine ou à l'occasion, semblent encore une pratique assez courante dans les pouponnières, même si selon plusieurs, ils peuvent être nuisibles à l'installation du processus d'allaitement (Ligue internationale La Lèche, 1985 : 88).

La cohabitation

Il n'y a pas si longtemps, la pouponnière était un véritable sanctuaire interdit aux profanes ! La situation a heureusement beaucoup évolué. Les contacts entre parents et nouveaux-nés sont encouragés. Il est maintenant possible, dans la très grande majorité des milieux, de cohabiter avec son enfant durant le séjour hospitalier (Gagné et Silver, 1985 ; Savard, 1986 : 42).

La cohabitation représente un des éléments importants de l'humanisation des soins en périnatalité. Elle facilite l'attachement mère-enfant durant la période cruciale des premiers jours de vie du nouveau-né (Klaus et al., 1972 : 463). Elle permet également aux parents de développer de l'assurance et un sentiment de sécurité face aux soins à donner à l'enfant ; elle facilite ainsi la transition de l'hôpital à la maison.

L'allaitement sur demande est favorisé par la cohabitation car il n'y a plus d'intermédiaire entre la mère et l'enfant. Ainsi, le nourrisson satisfait rapidement ses besoins impérieux de faim et l'allaitement fréquent stimule la fonction de lactation chez la mère.

La cohabitation semble toutefois être un concept assez large. Dans certains milieux, elle consiste en une prise en charge du nouveau-né par sa mère 24 heures par jour, alors qu'ailleurs, elle comprend simplement la possibilité de garder avec soi son bébé quelques heures pendant la journée. Actuellement, la cohabitation père-mère-enfant en milieu hospitalier demeure un phénomène exceptionnel.

Durant la période de cohabitation, la mère peut recevoir librement son conjoint et dans la majorité des établissements, elle peut également avoir la visite de ses autres enfants (Savard, 1986 : 42). Cette attitude plus libérale aide à l'intégration rapide du nouveau-né dans sa famille.

Dans la plupart des milieux, l'assouplissement des règlements et l'aménagement à la pouponnière d'une salle où les parents peuvent se rendre pour nourrir et donner certains soins à leur enfant permettent de plus à ceux qui ne souhaitent pas cohabiter, de bénéficier de contacts avec leur nouveau-né. Aujourd'hui comme en 1979, « il semble que le taux de cohabitation varie en fonction des autres possibilités offertes à la mère d'avoir des contacts avec son enfant » (Levasseur et Blanchet, 1979 : 29).

Les conditions matérielles permettant la cohabitation peuvent varier. Ainsi une mère qui dispose d'une chambre privée pourra cohabiter sans problème avec son bébé, alors que dans une chambre à deux lits, il faudra parfois négocier la cohabitation avec sa compagne (Le groupe Mamie-Lait, 1985 : 6). En salle de plus de deux lits, la possibilité de cohabiter est plus restreinte. Actuellement, il n'y a que peu de services de maternité dont l'aménagement des lieux ait été conçu spécifiquement en fonction de la possibilité générale de cohabitation.

L'accouchement vaginal après la césarienne

Après la naissance d'un enfant par césarienne, plusieurs femmes souhaitent avoir la possibilité de vivre un accouchement par voie naturelle. Cette éventualité leur était généralement refusée par crainte de rupture utérine ou autres complications. « Une césarienne un jour, une césarienne toujours » était pour certaines une réalité difficile à accepter.

Cet adage n'est plus aussi vrai. Il est parfois possible à des femmes ayant déjà subi une césarienne d'accoucher par voie vaginale. Pour que cette alternative soit possible, il faut que la raison ayant justifié la césarienne précédente ne soit plus présente lors de la grossesse suivante. La mère doit bénéficier d'une surveillance étroite durant le travail et l'accouchement doit avoir lieu dans un milieu où il est possible d'intervenir rapidement en cas de complications.

Cette nouvelle alternative est maintenant offerte dans environ 45% des centres hospitaliers où se pratiquent des césariennes (Savard, 1986 : 42). Si cette tendance se poursuit, cela permettrait à un plus grand nombre de femmes de vivre leur accouchement de la façon qu'elles le souhaitent.

CONCLUSION

Des éléments qui précèdent, il ressort clairement que plusieurs modifications aux pratiques hospitalières ont été apportées, suite à l'intérêt et à l'initiative de quelques professionnel/les ainsi qu'aux pressions exercées par différents groupes dans le but d'humaniser la naissance. L'aménagement de chambres de naissance, la liberté d'être accompagnée par la personne de son choix, la cohabitation et la possibilité d'un accouchement vaginal après une césarienne sont sans équivoque des acquis et un pas de plus vers une meilleure qualité de l'expérience de la maternité pour les femmes et les couples désirant se prévaloir de ces possibilités.

Le réseau officiel, malgré toutes les améliorations et les efforts déployés, ne semble toutefois pas être actuellement en mesure de répondre à tous les besoins manifestés, telle que l'augmentation des naissances hors du milieu hospitalier en témoigne. Plusieurs « irritants », pour reprendre un terme à la mode, subsistent pour de nombreuses femmes.

En effet, en milieu hospitalier, les interventions au cours du travail et de l'accouchement demeurent nombreuses et semblent confirmer l'approche médicalisée de la naissance. Pour plusieurs femmes ou couples, l'association de la grossesse et de l'accouchement à la maladie, encore fréquente en milieu hospitalier, va à l'encontre de leur perception de la naissance comme un processus naturel devant être entouré de soins et ne nécessitant des interventions que dans une faible proportion des cas.

L'ouverture de chambres de naissance n'a pas été dans tous les milieux accompagnée de changements d'attitudes et de mentalités chez les femmes, les infirmières et les médecins accoucheurs. La pratique persistante d'interventions de routine dans ce type de lieu, ainsi que son faible taux d'utilisation le démontrent abondamment.

Le personnel hospitalier, dont le travail est régi entre autres par des impératifs pécuniers et syndicaux, peut-il assurer aux femmes une présence et un support continu quand le « travail » de la mère se poursuit et que celui de l'infirmière se termine ?

La cohabitation est-elle considérée comme un moyen de favoriser l'allaitement et la relation parent-enfant ou comme une entrave à la gestion efficace du service hospitalier ?

La prise de conscience de la surmédicalisation de l'accouchement depuis les quinze dernières années n'a pas encore, pour beaucoup de Québécois/es, tout l'impact souhaité. Considérant que l'intervention thérapeutique demeure l'objectif premier des milieux hospitaliers, peut-on y espérer, dans un avenir prochain, une transformation encore plus profonde des attitudes et des mentalités ? D'autres avenues possibles, touchant les lieux de naissance et les intervenants, devraient-elles être explorées comme solutions de remplacement à l'hôpital ? Voilà autant de questions sur lesquelles notre analyse des pratiques actuelles entourant l'accouchement se termine. Des pas très significatifs vers une humanisation plus grande ont été faits depuis 1970. Souhaitons de tout coeur que l'on continue dans cette direction.

RÉFÉRENCES

Blanchet, Madeleine, Guyon, Louise et Madeleine Levasseur, « Quoi de neuf périnatalité », *Le Médecin du Québec*, vol. XIV, n° 6, 1979, p. 42-59.

Blanchet, Madeleine et Madeleine Levasseur, « Périnatalité : bilan et prospective », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, éd. spéciale, septembre 1980, p. 10-28.

Cadieux, Sylvie et Ginette Lebel, « Les chambres de naissance dans la région de Montréal », *Alternative-Naissance*, août 1984, 53 p.

Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Éditeur officiel du Québec, 1978.

Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Mieux accoucher, mieux naître*, Montréal, Service des communications de la Corporation professionnelle des médecins, 1980.

Corporation professionnelle des médecins du Québec, *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son vécu dans le système de santé québécois*, Résultats d'un sondage effectué par le Centre de sondage de l'Université de Montréal, 1986.

De Koninck, Maria, « Accoucher ou se faire accoucher : rapport synthèse ». *Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec*, vol. V, n° 1, 1981, 16 p.

De Koninck, Maria, Saillant, Francine et Lise Dunnigan, *Essai sur la santé des femmes*, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, 1983.

Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et d'infirmiers du Québec, *Mémoire sages-femmes*, Montréal, 1980, 28 p.

Gagné, Louise et Gloria Silver, *Routines hospitalières, hôpitaux du Montréal métropolitain*, Document 1, CSSSRMM et DSC Hôpital général de Montréal, 1985.

Graton, Danielle, « Accoucher à l'hôpital en 1985 : les nouveaux choix... », *Santé*, n° 13, novembre 1985, p. 28-37.

Klaus, Marshall H. et al., "Maternal Attachment, Importance of the First Post-Partum Days", *The New England Journal of Médecine*, Vol. 289, No 9, 1972, p. 460-463.

Klein, Michael, "Controversies in Obstetrical Management and Maternal Care". Document préparé en collaboration avec The Medical Subcommittee of the Regional Council (Montréal), données à paraître, 1985, 86 p.

Laurendeau, France, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. XXIV, 1983, p. 203-233. (Texte inclus dans le présent livre).

Le groupe Mamie-Lait, *Compilation des questionnaires concernant la politique d'allaitement des hôpitaux de la région de Québec et ses modalités d'application*, septembre 1985, 26 p.

Levasseur, Madeleine et Madeleine Blanchet, « Sondage sur l'humanisation des soins », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. II, n° 1, 1979, p. 28-33.

Ligue internationale La Lèche, *L'art de l'allaitement maternel*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 1985.

Ministère des Affaires sociales, *La périnatalité, une politique du ministère des Affaires sociales*, Québec, Direction des communications du ministère des Affaires sociales, 1973.

Ministère de la Santé et des services sociaux, *Projet de politique en périnatalité*, Document de travail, 25 avril 1985.

Ministère de l'Éducation, *Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes*, Québec, 1983.

Morin, F. Edmonde, *Petit manuel de guérilla à l'usage des femmes enceintes*, Paris, Seuil, 1985.

Morneault, Monique, « Les chambres de naissances », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. V, n° 3, 1983, p. 8-12.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *L'infirmière sage-femme*, Prise de position, Montréal, 1985, 5 p.

Plante, Robert, « Mieux accoucher, mieux naître ? » Texte présenté le 29 mars 1981 à l'occasion des colloques sur l'humanisation des soins en périnatalité de la région 03, 9 p.

Rocheleau-Parent, Lucille, « Accoucher ou se faire accoucher », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, éd. spéciale, septembre 1980, p. 4-9.

Savard, Suzanne, « Les pratiques hospitalières entourant l'accouchement et la naissance », *Santé et société*, vol. 8, n° 3, 1986, p. 41-43.

Saulnier, Louise-Andrée et Anne-Marie Fortier, « Étude de huit chambres de naissance du Québec », dans M.E.Q. *Rapport du Comité interministériel sur les sages-femmes*, Op. cit., 1982, p. 281-323.

Schneider, Gerd, "Management of Normal Labour and Delivery in the Case Room : A Critical Appraisal", *CMA Journal*, August 15 1981, CSSV, p. 350-352.

Sosa, Roberto, Kennell, John, Klaus, Marshall, Robertson, Steven et Juan Urrutia, "The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labour, and Mother-infant Interaction", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303, No 11, 1980, p. 597-600.

Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil, naissances*, 1974, SC 84-204.

Villa, Julia, « Un effort d'humanisation, l'obstétrique à l'hôpital Christ-Roy de Québec », *Le médecin du Québec*, vol. XIV, n° 6, p. 64-68.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

A) *Analyses d'expériences alternatives*

12

Entre le coeur et la raison : portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise

*Par Francine Saillant, Michel O'Neill,
Danièle Desjardins*

LA CLIENTÈLE DES SAGES-FEMMES : UN GROUPE MÉCONNU

[Retour à la table des matières](#)

Qui consulte les sages-femmes au Québec et pourquoi ? Telles étaient les questions à l'origine de la recherche que nous avons réalisée ¹¹⁴ entre 1983 et 1985 et qui avait pour buts de faire le portrait socio-économique et socio-culturel de la clientèle ayant recours à une « nouvelle sage-femme » québécoise, puis de comprendre les motivations et les satisfactions sous-jacentes à un tel recours. Par « nouvelle sage-femme », nous identifions les praticiennes sages-femmes issues

¹¹⁴ Cette recherche a été effectuée à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval et a été rendue possible grâce à l'aide financière du Bureau de soutien à la recherche de l'Université Laval, du Conseil québécois de la recherche sociale (programmes « Études et analyses » et « Aide à la diffusion de travaux de recherche ») et du FCAR (programme « Aide à la diffusion de rapports de recherche »).

du mouvement québécois d'humanisation des soins à la naissance et à l'accouchement vers le milieu des années 70. Cet article constitue la *synthèse* des principaux résultats de cette recherche ¹¹⁵.

Les auteurs ayant abordé la question des solutions de remplacement en santé se sont intéressés le plus souvent aux intervenant/es et à leur style de pratique (cf. par exemple Tremblay, 1983 ; Mortague, 1980) : moins souvent ont-ils observé plus en détail la clientèle ayant recours aux « services alternatifs », c'est-à-dire, pour nous, à tout service prodigué à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau des Affaires sociales du Québec dont l'idéologie est marquée d'une distance critique et d'une intention d'autonomie par rapport aux services officiels. Pourtant, il est fort possible que la nouvelle culture de l'accouchement au Québec soit le produit d'intenses interactions entre des individus d'abord soucieux de replacer la personne et la qualité de vie au coeur d'un événement prenant place dans le quotidien et le cycle normal de l'existence, que ces individus soient client/es ou intervenant/es.

Plusieurs raisons nous avaient amené/es à nous impliquer dans ce travail, dont notre intérêt pour le débat en cours concernant la légalisation de la pratique des sages-femmes et l'implantation éventuelle de maisons de naissances. Dans ce débat, il est souvent question de clientèle et plusieurs (dont certains « décideurs » politiques) considèrent que cette dernière serait composée surtout de « marginaux », de « granolas », de « féministes », « d'adeptes de médecines douces », etc. Armés d'un tel argument, le pas est vite fait pour refuser l'implantation de ces services qui ne s'adresseraient alors qu'au plus petit nombre. Nous avons donc le

¹¹⁵ Le rapport de recherche complet des mêmes auteur/es (Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme *québécoise*, CRSC, 1986, 162 p.) est toutefois disponible au coût de 3,00 \$ par l'entremise du Centre de recherches sur les services communautaires de l'Université Laval qui en a assuré la publication et la diffusion (Faculté des sciences sociales, Pavillon de Koninck, Université Laval, Québec, G1K 7P4). Dans le présent texte, tous les éléments techniques de la discussion du style « rapport de recherche » ont été reportés dans les notes infrapaginales, ceci afin d'alléger l'ensemble. De plus, certains ensembles de données, moins pertinents au propos central, ont été éliminés de la discussion (ex. : données sur les conjoints des clientes, les loisirs des répondantes, etc.). Certaines discussions statistiques ont été également éliminées (notamment dans la section portant sur l'analyse de contenu des motivations et appréciations des services reçus de la sage-femme).

désir d'apporter des informations plus précises sur le sujet et de permettre qu'on puisse commencer à discuter clientèle « chiffres en main ».

La première section de ce texte présente les aspects théoriques et méthodologiques qui ont guidé notre démarche de recherche. On retrouvera dans la deuxième section un portrait socio-économique et socio-culturel de la clientèle et dans la troisième section une description des motivations et appréciations relatives aux services prodigués par la sage-femme. On posera en conclusion les principales implications de nos résultats, en regard de l'éclairage que ceux-ci jettent sur le débat toujours ouvert de la diversification des services en matière de périnatalité.

NOTRE DÉMARCHE DE RECHERCHE

Voici donc exposés brièvement les éléments de notre cadre d'analyse et de notre méthodologie.

Les éléments principaux du cadre d'analyse

L'utilisation des services alternatifs en périnatalité est un domaine qui, au moment où nous avons effectué notre recherche, avait été peu exploré et ce, tant du point de vue du portrait des clientèles que du sens qu'elles donnent à leur recours à de tels services.

Premièrement, les recherches portant sur l'utilisation des services de santé en général ne pouvaient être transposées au domaine de l'alternatif étant donné que, comme le constatait McKinlay (1972) : 1) les données dont on dispose généralement dans les grandes bureaucraties ne sont pas disponibles dans le monde des services alternatifs (par exemple, les dossiers que tiennent les thérapeutes de médecines douces à propos de leurs clients ne sont pas nécessairement uniformes d'un thérapeute à un autre) ; 2) on met dans ces travaux l'emphasis sur les caractéristiques des sous-utilisateur/trices de services de santé, services qui sont vus comme nécessairement appropriés (en ceci, on ne tient donc pas compte des critiques fréquentes quant à la surmédicalisation des populations) ; 3) les informations

recueillies sur les caractéristiques des sous-utilisateurs de services ne sont pas nécessairement applicables à l'univers alternatif (une personne qui ne consulte jamais son médecin n'est pas nécessairement une adepte de l'acupuncture).

Deuxièmement, les recherches portant sur l'utilisation des services alternatifs en général étaient elles-mêmes très rares, et pratiquement inexistantes pour le cas des sages-femmes. Quelques auteur/es (Sheper-Hugues, 1974 ; Hazell, 1975 ; Fullerton, 1982) avaient toutefois mentionné, suite à des enquêtes conduites auprès de clientèles usagères de services alternatifs en périnatalité, que ces clientèles pouvaient somme toute être plutôt similaires à la clientèle usagère de services officiels, bien que les valeurs sous-jacentes à leur choix soient plutôt différentes de celles de l'ensemble de la population. Des caractéristiques d'ordre culturel (et non d'ordre économique) différencieraient donc ces deux clientèles.

Un sociologue ayant réfléchi aux services alternatifs à la frange des services officiels, Hayes-Bautista (1979), a d'ailleurs soutenu que les individus qui optent pour les solutions de remplacement en santé sont le plus souvent impliqués dans un processus de distanciation critique face aux services officiels : une telle distance implique nécessairement l'adoption de valeurs autres qui s'inscrivent en continuité avec les nouveaux choix.

Ces nouveaux choix et ces nouvelles valeurs dont seraient porteuses les clientèles de services alternatifs pourraient selon nous être qualifiés de pratiques émancipatoires. Cette notion, développée par Rioux et ses collaborateurs (1982) engloberait ni plus ni moins toutes les pratiques ou actions qui ont prise sur le quotidien et sur le vécu, et qui cherchent à repousser le monde des abstractions et de l'uniformisation que peuvent par exemple représenter la technique et la science. Dans ce contexte, les pratiques alternatives en santé (des clients ou des intervenants) seraient donc des pratiques de rupture élaborées dans un processus de distance critique par rapport aux services officiels ¹¹⁶.

¹¹⁶ De manière plus technique, Rioux (1982 : 49) définit ainsi les pratiques sociales émancipatoires : « elles sont immédiatement en prise sur le vécu quotidien et lui donnent sens et valeur et échappent ainsi aux abstractions uniformisantes de l'école et des médias ». Concrètement une pratique sociale émancipatoire « combat l'abstraction et l'uniformité (...) elle vise à resémantiser les milieux de vie et de travail » (Ibid., p. 59).

De ce qui précède, deux questions de recherche pouvaient être élaborées : 1 - quelles sont les caractéristiques de la clientèle des nouvelles sages-femmes québécoises ? 2 - quel genre de valeurs les personnes la composant ont-elles face à la grossesse et à l'accouchement ?

Les aspects méthodologiques

Un questionnaire fut envoyé à la clientèle de la « nouvelle sage-femme » québécoise qui accepta de participer à notre recherche. Une lettre fut d'abord adressée par la sage-femme à sa clientèle, dans laquelle elle expliquait les buts de la recherche et demandait l'autorisation d'envoyer un questionnaire dans les semaines qui suivaient. Après un seul rappel, le taux d'acceptation de participer à la recherche s'éleva à 94,2%, ce qui témoignait clairement d'une relation privilégiée entre la sage-femme et les femmes et couples qui avaient eu recours à ses services.

Le questionnaire comprenait 95 questions dont 66 questions fermées et 29 questions ouvertes ; les questions portaient principalement sur quatre thèmes : 1 - les expériences de maternité 2 - les motivations, attentes, satisfactions et souhaits relatifs aux plus récents services reçus de la sage-femme 3 - les aspects socio-économiques 4 - les aspects socio-culturels.

L'événement sur lequel a été centré le questionnement est la dernière grossesse pour laquelle il y a eu recours aux services de la sage-femme, quelle que soit la manière dont cette grossesse a pu se terminer. Nous avons retenu l'expression « dernière grossesse » pour désigner cet événement.

Le questionnaire fut révisé et commenté entre autres par la sage-femme impliquée dans la recherche, puis pré-testé auprès de 5,7% de la population ayant accepté de participer à l'enquête.

Après avoir éliminé les personnes aux adresses manquantes, les personnes ayant refusé de participer à l'enquête et celles qui avaient été sélectionnées pour le prétest, le groupe auquel nous avons adressé le questionnaire (échantillon) représentait 88% de la clientèle de la sage-femme ; le taux de réponses utilisables fut de 77,9% (de l'échantillon), ce qui représente un taux exceptionnellement élevé, des taux de réponses d'environ 40% étant habituellement attendus dans les cas de

questionnaires postaux ¹¹⁷. Notre plan d'échantillonnage fournit donc des résultats statistiquement représentatifs pour la clientèle d'une sage-femme. On ne peut toutefois les généraliser à l'ensemble des clientèles de l'ensemble des sages-femmes québécoises, ce qui est une limitation certaine. Nous avons choisi de recueillir une information de qualité auprès d'une population limitée ; c'était à notre avis la stratégie la mieux adaptée dans ce champ de recherche inexploré et politiquement difficile d'accès.

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE D'UNE NOUVELLE SAGE-FEMME

Qui sont donc les personnes ayant eu recours à la sage-femme ? C'est à cette question que nous répondrons dans la présente section, tout en tentant de voir s'il s'agissait d'une portion de la population québécoise très particularisée socialement, ou d'un groupe d'individus hétérogènes et relativement comparables à l'ensemble de la population québécoise. Signalons que ce portrait a été établi principalement à partir de l'analyse de la quasi-totalité des réponses aux questions fermées du questionnaire décrit précédemment.

Portrait de la clientèle selon certaines dimensions

Les caractéristiques des femmes et des couples ayant utilisé les services de la sage-femme peuvent être classées en cinq catégories relatives aux aspects 1 - démographiques, 2 - socio-économiques, 3 - socio-culturels généraux, 4 - socio-culturels face à la grossesse et à l'accouchement, 5 - reliés aux expériences de maternité. Pour certaines de ces caractéristiques, il nous a été possible de comparer notre échantillon à l'ensemble des femmes québécoises (données démographi-

¹¹⁷ Pour des raisons de confidentialité liées au contexte politique et légal de la pratique des sages-femmes, nous ne révélons pas le nombre exact de personnes dans l'échantillon, dont on peut cependant dire qu'il se situe entre 100 et 1000. Tous les résultats apparaissent en pourcentages.

ques et socio-économiques surtout) ¹¹⁸, dépendamment de la disponibilité des données.

Aspects démographiques

Au moment de la dernière grossesse, l'âge moyen des clientes de la sage-femme s'établissait à 28,2 ans ; la plus jeune des clientes avait 19 ans et la plus âgée avait 40 ans. Cette moyenne est apparue légèrement supérieure à celle des femmes québécoises ayant accouché en 1981, laquelle se situait à 27,4 ans (B.S.Q., 1982 : 16). Quant à leur statut matrimonial, la majorité des clientes de la sage-femme étaient mariées ou vivaient en union de fait avec leur conjoint (86,8%) ¹¹⁹. Cette proportion était similaire à celle que l'on retrouve en 1981 pour l'ensemble des mères du Québec (84,4%) (Statistique Canada, CAT 84-204 : 11).

Aspects socio-économiques

La clientèle de la sage-femme est plutôt scolarisée, c'est le moins qu'on puisse dire. En effet, 25,1% des femmes avaient poursuivi leurs études jusqu'à l'obtention d'un diplôme collégial et 22,2% jusqu'à l'obtention d'un baccalauréat universitaire. Cette tendance se retrouve également chez les conjoints des clientes. On a pu aussi remarquer que, au Québec, chez les individus âgés de 20 à 44 ans en 1981 (98,8% des personnes de notre échantillon se situaient dans ce groupe d'âge), 8% des femmes et 12% des hommes possédaient un diplôme universitaire (Statistique Canada, CAT. 92-914 : 3-5), tandis que parmi la clientèle de la sage-femme, 22,2% des femmes et 26,4% des hommes détenaient un tel diplôme.

¹¹⁸ Étant donné que 1981 et 1982 sont les deux années pour lesquelles on retrouve le plus de répondantes ayant reçu les services de la sage-femme lors de la dernière grossesse, nos données comparatives ont été pour la plupart tirées des statistiques disponibles pour 1981.

¹¹⁹ Statistique Canada réunit sous un même groupe les personnes mariées et vivant en union de fait.

Bien que plutôt scolarisée, la clientèle de la sage-femme ne représente pas un groupe d'individus mieux nantis que l'ensemble de la population québécoise pour ce qui est de son revenu.

En effet, durant l'année civile où s'est terminée la dernière grossesse, 43,2% des répondantes avaient gagné un revenu inférieur à 10 000,00 \$, tandis que 29,1 n'avaient eu aucun revenu. Ceci s'explique en partie par le fait qu'il s'agissait de femmes en période de grossesse dont certaines s'occupaient d'un ou de plusieurs jeunes enfants.

De plus, chez les femmes, le revenu moyen s'établissait à 8 961,00 \$ alors qu'il était de 18 620,00 \$ chez leur conjoint. En comparaison, le revenu moyen des femmes du Québec était de 8 551,00 \$ en 1980, et pour les hommes il s'élevait à 18 908,00 \$ (Statistique Canada, Cat. 95-941 : 1-40) ¹²⁰.

Au niveau des occupations, la clientèle de la sage-femme était, dans une proportion de 45,6%, participante à la main-d'oeuvre dite active, proportion légèrement inférieure à celle de la population féminine du Québec (49,5%) (Messier,

¹²⁰ Afin de trouver la meilleure base possible de comparaison entre notre échantillon et l'ensemble de la population québécoise, nous avons résolu de comparer, dans les deux ensembles, les populations de 15 ans et plus ayant un revenu.

Pour l'échantillon, le revenu moyen a été calculé sur 50,8% de l'ensemble des répondantes et sur 75,9% de l'ensemble des répondants. Nous en sommes arrivés à ce sous-ensemble à partir du raisonnement suivant :

1 - Ont d'abord été isolés de l'ensemble de l'échantillon les femmes et les hommes capables de distinguer leur revenu de l'ensemble du revenu familial, soient 80,2% des répondantes et 79,6% des répondants.

2- De ce sous-ensemble, n'ont été retenues que les personnes ayant déclaré un revenu différent de 0 \$. À noter de plus que les revenus des répondant/es ont été ramenés en dollars constants de 1980, année pour laquelle la dernière donnée provinciale était disponible, à partir des indices canadiens des prix à la consommation fournis, pour 1977 à 1983, par M. Régis Leblond du centre de recherche du B. S.Q.

Quant aux moyennes pour l'ensemble du Québec, elles ont été compilées à partir des données « Revenu total pour les hommes et femmes de 15 ans et plus ayant un revenu en 1980 », (Statistique Canada, CAT. 95-941 : 1-40). Ces données ont été compilées par l'organisme fédéral sur 72,1% de la population féminine totale âgée de 15 ans et plus et sur 90,9% de la population totale masculine dans le même cas (les dénominateurs proviennent de Statistique Canada, CAT-95-941 : p. 1-34 et 1-35).

1984) ¹²¹. Dans ce groupe, on a noté que plus de 20% des femmes se retrouvaient dans les occupations de services (professionnelles, semi-professionnelles, employées de bureau, etc.) tendance similaire à celle que l'on retrouve pour l'ensemble des femmes québécoises ¹²².

Aspects socio-culturels généraux

Le portrait de la clientèle de la sage-femme au plan socio-culturel ne peut malheureusement être comparé avec celui d'une population plus large, ou avec celui de l'ensemble du Québec, étant donné l'absence de données comparatives.

Nos données offrent toutefois l'image d'une clientèle composée d'individus marqués par un sens de la responsabilité sociale, par la stabilité, et par un mode de vie relativement conventionnel. Ce portrait fut esquissé à partir d'informations obtenues sur la participation sociale des répondantes et de leur conjoint, leur engagement, l'utilisation de leurs loisirs, leur stabilité occupationnelle ou matrimoniale et le partage des tâches domestiques.

Les données recueillies quant à la stabilité des femmes et des couples se sont révélées particulièrement indicatrices. En effet, le tableau 1 montre que cette clientèle serait plutôt stable et présenterait un intérêt peu marqué pour les changements en regard de domaines tels que le statut d'emploi ou le statut matrimonial. Une telle interprétation doit toutefois être nuancée en considérant le court

¹²¹ Afin de comparer nos données à celles de Statistique Canada, le taux de participation à la main-d'oeuvre est obtenu dans notre échantillon en regroupant les travailleuses ayant une ou plusieurs activités, et celles qui sont en chômage. Le taux de participation, au niveau du Québec en 1981, a été calculé pour le groupe des épouses légales et des partenaires en union libre avec enfants âgées de 15 à 44 ans. Cette information apparaît au tableau 1104 du document de *Les femmes ça compte* (Messier, 1984).

¹²² Pour la description des occupations des répondantes et des conjoints, nous avons utilisé la codification Rocher (version révisée par l'Enquête Santé-Québec) étant donné que 1 - la classification en vigueur à Statistique Canada est basée sur des regroupements de secteurs d'activités et non de catégories professionnelles, 2 - la classification Rocher est la seule classification qui soit disponible et qui soit adaptée au Québec.

laps de temps écoulé entre la fin de la dernière grossesse et le moment de la réponse au questionnaire.

Tableau 1
*Changements survenus dans la vie des parents
depuis la fin de la dernière grossesse*

Changement	MÈRE (%)				PÈRE (%)			
	Oui	Non	Sr *	Total	Oui	Non	Sr *	Total
Changement de statut d'emploi ou changement d'emploi	21,0	74,3	4,7	100,0	16,8	71,9	11,3	100,0
Changement occupationnel souhaité	30,5	63,5	6,0	100,0	24,0	64,7	11,3	100,0
Changement de statut matrimonial	4,2	95,8	0,0	100,0	4,2	94,6	1,2	100,0

* Note : SR : sans réponse.

Source : Questionnaire, q. 54 et 55, 58, 60.

Ainsi, toujours en référence au tableau 1, en ce qui a trait à l'emploi, 74,3% des clientes de la sage-femme et 71,9% des conjoints ont révélé avoir conservé leur emploi entre le moment de la fin de la dernière grossesse et le moment de remplir le questionnaire. À une question visant à évaluer le désir de changement qui s'énonçait : « Aujourd'hui, si vous aviez le choix, quel genre de travail aimeriez-vous faire pour gagner votre vie ? », près des deux tiers des répondantes (63,5%) ainsi que leurs conjoints (64,7%) ont affirmé désirer conserver le même emploi ; parmi les quelques répondantes et conjoints qui souhaitaient une modification quant à leur occupation présente, la très grande majorité (respectivement 84,3% et 82,5%) aimerait un emploi différent alors que les autres souhaiteraient autre chose que du travail rémunéré (ex. : demeurer à la maison avec les enfants).

Ajoutons que le statut matrimonial est aussi demeuré très stable entre le moment de la fin de la dernière grossesse et le moment de remplir le questionnaire puisque seulement 4,2% des répondantes et conjoints ont déclaré avoir vécu un

changement sur ce plan pendant cette période de leur vie. Il faut cependant souligner à nouveau qu'une portion significative des dernières grossesses était survenue durant les deux années précédant notre cueillette d'informations (62,8%), ce qui laissait relativement peu de temps à la mobilité pour s'exercer.

Aspects socio-culturels reliés à la grossesse et à l'accouchement

Disons tout de suite que, contrairement à ce que l'on aurait pu s'imaginer, les femmes ayant eu recours à la sage-femme n'étaient pas nécessairement des militantes actives et ferventes ! En effet, deux tiers des répondantes n'avaient jamais participé aux activités du mouvement pour l'humanisation des soins à la naissance et à l'accouchement, tandis que celles qui y avaient participé n'étaient que très rarement des leaders ou des organisatrices dans ces activités.

Au niveau de l'opinion sur les services actuels en périnatalité, nos données ont révélé une certaine distance critique des clientes face aux services officiels. En effet, moins des deux tiers des répondantes croient avoir observé une amélioration générale de ces services depuis quelques années, et leur opinion doit être nuancée : plus du tiers d'entre elles déclaraient simultanément que les services actuels ne leur convenaient pas. Le tableau 2 résume le point de vue des clientes sur les services en périnatalité.

Tableau 2
Point de vue sur les services actuels en périnatalité

ÉVOLUTION		CONVENANCE DES SERVICES (%)*	
Amélioration	64,6	Conviennent	61,1
		Ne conviennent pas	38,9
			<u>100,0</u>
Peu d'amélioration	16,8	Conviennent	66,6
		Ne conviennent pas	33,3
			<u>99,9</u>
Pas d'opinion (sur évolution)	5,4	Conviennent	33,3
		Ne conviennent pas	66,6
			<u>99,9</u>
Autre forme d'opinion Sans réponse	10,8 <u>2,2</u> 99,8		

* La convenance des services est calculée séparément pour chacun des sous-groupes qui s'est prononcé d'une manière précise sur l'évolution des services.

Source : questionnaire, q. 86.

Expériences de la maternité

Sur ce plan, la clientèle de la sage-femme s'est caractérisée surtout par deux traits.

Le premier touche la taille moyenne des familles, laquelle était supérieure à la fin de la dernière grossesse (1,98) à celle de l'ensemble des familles québécoises

pour l'année 1981 (1,40)¹²³. Les clientes de la sage-femme ont donc eu en moyenne plus d'enfants que les femmes de la population québécoise.

Le deuxième trait touche plutôt le processus de démedicalisation ; on a remarqué, en effet, qu'une bonne proportion des répondantes (variant de 60,2% à 94,2%) avait enclenché un processus de démedicalisation surtout caractérisé, lorsqu'on considère l'ensemble des grossesses antérieures et la dernière grossesse, par le choix d'un accouchement significativement différent de l'ensemble des Québécoises. Le choix « différent » pouvait se manifester dans des options telles que le lieu du travail (le domicile plutôt que l'hôpital), le type d'accouchement (sans anesthésie plutôt qu'avec épidurale) ou le lieu de l'accouchement (en chambre de naissance plutôt qu'en salle d'accouchement).

Enfin, mentionnons également que plus des trois quarts (76%) des répondantes étaient des multipares au moment de leur « dernière grossesse », c'est-à-dire au moment de leur plus récent recours à la sage-femme. Le plus grand nombre en était alors à leur seconde grossesse.

Le portrait de la clientèle de la sage-femme pourrait donc être ainsi résumé. On peut d'abord affirmer que cette population se situe globalement très proche, au plan démographique et au plan socio-économique, de la population québécoise qui lui est comparable, sauf pour le niveau d'obtention des diplômes. Ensuite, la taille des familles, plus élevée chez les clientes de la sage-femme que chez les femmes québécoises, démarque quelque peu la clientèle. Enfin, l'opinion sur les services de périnatalité et les expériences antérieures de grossesse fournit des indications importantes démontrant un certain degré de distance par rapport aux services officiels, concrétisé par un processus de démedicalisation significatif. Quant aux aspects socio-culturels, certains traits permettent d'esquisser un début de portrait de la clientèle de la sage-femme bien qu'il faille ici demeurer prudent au plan des généralisations : la stabilité et la responsabilité sociale caractérise-

¹²³ Cette donnée a été fournie par le BSQ sur la base du dernier recensement. Cette différence est cependant quelque peu gonflée du fait que dans le calcul du BSQ, l'ensemble des ménages comprend aussi ceux qui n'ont pas d'enfant, alors que notre échantillon n'est évidemment composé que de ménages avec au moins un enfant.

raient surtout cette clientèle alors qu'aucun indice de marginalité, quant à son mode de vie, ne ressortirait de façon claire.

Ainsi, en accord avec les quelques études américaines sur le sujet, la population utilisatrice des services alternatifs offerts par la sage-femme ne se distinguerait pas de façon notable de la population générale, tout au moins, face aux données démographiques et socio-économiques dont nous disposons.

Nous sommes finalement en présence de gens mûrs qui ont pris une certaine distance par rapport aux services de périnatalité généralement offerts à la population.

LE SENS DU RECOURS À UNE NOUVELLE SAGE-FEMME

Quelles sont alors les valeurs qui se situeraient à la base du recours de cette clientèle à une nouvelle sage-femme québécoise ? C'est à cette question qu'on tentera maintenant de répondre, tout en cherchant à identifier si une telle démarche peut oui ou non être considérée comme une pratique émancipatoire. Devrait-on, en effet, considérer ce recours à la sage-femme comme une pratique de rupture avec l'ordre dominant de l'obstétrique ?

Avant de nous avancer plus loin dans la réponse à cette question, il est intéressant de décrire brièvement comment s'était déroulée la dernière grossesse pour laquelle les femmes avaient reçu des services de la sage-femme et quelle était alors la nature des services reçus de cette intervenante.

Déroulement de la dernière grossesse et services reçus de la sage-femme

Déroulement de la dernière grossesse et de l'accouchement

La majorité (71,3%) des clientes de la sage-femme en était à sa première expérience avec ce type d'intervenante lors de la dernière grossesse, tandis que plus des trois quarts des répondantes (77,8%) ont terminé cette dernière grossesse pendant la période s'étalant entre 1981 et 1983. La plupart (73,1%) avaient assisté à des rencontres prénatales, le plus souvent de type conventionnel c'est-à-dire prodiguées à l'intérieur du réseau des Affaires sociales (hôpitaux, DSC, CLSC)

Au niveau du suivi prénatal, la sage-femme et l'omnipraticien ont été les deux types d'intervenants les plus souvent impliqués. Soulignons que 39,5% des femmes ont reçu ce service d'une sage-femme à l'exclusion des autres types d'intervenants.

Le travail et l'accouchement ont été surtout vécus en milieu non traditionnel (à domicile et en chambre de naissance). Notons toutefois que plus des deux tiers des femmes ont accouché en milieu hospitalier, l'accouchement à domicile n'ayant été le fait que de 31,1% des répondantes. Enfin, les accouchements ont été surtout réalisés par voie naturelle et sans anesthésie, la totalité d'entre eux s'étant finalisés par une naissance vivante, à l'exception de fausses couches dans 0,6% des cas.

Ensemble des services reçus de la sage-femme

Le tableau 3 offre une synthèse des informations relatives à la nature des plus récents services reçus de la sage-femme par la clientèle. Ces services ont été dispensés au cours de la période s'étalant entre 1977 et 1983. On remarque que la moitié des femmes ont bénéficié de l'ensemble des services offerts par la sage-femme, en l'occurrence le suivi de grossesse, l'accompagnement au travail et à l'accouchement ainsi que le suivi après l'accouchement. Une proportion de 20%

n'a bénéficié que du suivi de grossesse ou des services après l'accouchement et un autre 12% fut accompagné par la sage-femme au moment du travail et de l'accouchement seulement. Les autres personnes ont reçu une combinaison de ces services.

Tableau 3
*Proportion des répondantes ayant reçu certains types de services
de la sage-femme lors de la dernière grossesse*

Service reçu	Répondantes (%)
Suivi de grossesse seulement	10,2
Accompagnement d'accouchement seulement	12,0
Suivi de grossesse et accompagnement	9,6
Suivi de grossesse, accompagnement et suivi après l'accouchement (1)	50,3
Suivi après l'accouchement	9,6
Accompagnement d'accouchement et suivi après l'accouchement	1,8
Autres	6,6
Pas de réponse	0,0
Population n'ayant reçu aucun de ces services	0,0
	100,1 (2)

(1) Il s'agit là d'un « service complet » reçu de la sage-femme.

(2) Total différent de 100% pour des raisons d'arrondissement de pourcentage.

Source : questionnaire, q. 7

Motivation et appréciation des services reçus de la sage-femme

La signification du recours à la sage-femme sera maintenant discutée en fonction des deux axes principaux qui nous ont constamment servi de cadre de référence : il s'agit, d'une part, des motivations de recourir à ce type de service (raisons et attentes) et, d'autre part, de l'appréciation des services reçus (satisfactions et souhaits).

L'information quant à ces dimensions provenait principalement des réponses aux questions ouvertes du questionnaire, qui ont été soumises à une analyse de contenu détaillée. Voici donc un aperçu très global des résultats obtenus.

Motivation de recourir à la sage-femme

Pourquoi a-t-on recours à la sage-femme et qu'attend-on d'elle ? À ces deux questions, les clientes ont répondu : le souci du professionnalisme et du soutien interpersonnel dans la pratique de la sage-femme. Par rapport aux suivis pré- et postnatal, nous avons remarqué une grande constance de certaines priorités chez les répondantes au plan de leurs attentes et de leurs raisons. Notons d'abord l'importance de la compétence professionnelle, équivalant ici au savoir technique, médical et scientifique. Soulignons également la capacité à personnaliser l'intervention, exprimée dans le langage des femmes en termes de présence, d'écoute, de compréhension, et de support moral. Enfin, retenons la pertinence et l'abondance des informations, qui réfèrent à la qualité et à la quantité des informations transmises.

Schéma 1

*Suivi de grossesse et suivi après l'accouchement
Configuration des éléments prioritaires pour les répondantes
(attentes et satisfactions)*

A) Attentes **B) Satisfactions**

En ce qui a trait au travail et à l'accouchement, on a observé que le soutien psychologique s'est avéré l'attente numéro un de la clientèle ; la constance de cette préoccupation chez les répondantes est donc cruciale pour un accouchement de qualité. Les femmes signifient par soutien psychologique des éléments tels la mise en confiance et la réciprocité des échanges.

Schéma 2

*Le travail et l'accouchement :
configuration des éléments prioritaires pour les répondantes
(attentes et satisfactions)*

Quant au lieu de l'accouchement, ce sont les idées d'optimalité de l'environnement et de risques qui ont expliqué la décision face au choix d'un lieu. Ainsi, pour les répondantes qui avaient décidé d'accoucher à la maison, le fait d'avoir un lieu à soi, de pouvoir choisir les personnes qui les entouraient, de contrôler dans la mesure du possible la situation ont été des raisons qui rendaient attrayant le choix du domicile. Pour celles qui avaient opté pour l'hôpital, le fait d'en être à une première grossesse, de vivre une grossesse à risque ou de craindre tout simplement des complications éventuelles devenait une raison suffisante pour retenir un endroit plus conventionnel qui les sécurisait davantage.

Appréciation des services reçus de la sage-femme

Par rapport à la satisfaction des attentes exprimées vis-à-vis des services de la sage-femme, les clientes ont montré des niveaux de satisfaction élevés, tout à fait comparables à ceux que l'on retrouve dans les écrits portant sur l'évaluation des services officiels en périnatalité. Pour chaque service, nous avons en effet demandé aux répondantes d'exprimer leurs attentes envers la sage-femme, et ensuite d'évaluer le niveau de satisfaction de ces attentes. Les répondantes pouvaient se dire entièrement, passablement, peu ou pas du tout satisfaites. Si l'on considère l'ensemble des répondantes qui ont été satisfaites (entièrement ou passablement), on observe que les pourcentages se sont tous avérés très élevés ; en effet, sauf

pour le cas de l'accompagnement lors de l'accouchement à l'hôpital, où ce pourcentage était de 87,7%, tous les autres taux se situaient au-delà de 90% (entre 91,7% et 99,2%). Ajoutons à cela que ce résultat s'est trouvé renforcé par le fait que 89,8% des répondantes se sont dites prêtes à recourir aux mêmes services dans l'éventualité d'une grossesse ultérieure, les indécises et celles qui auraient choisi d'autres services ayant invoqué pour leur part des raisons extérieures au service reçu : la décision de ne pas avoir d'autre enfant ou l'éloignement géographique par rapport au lieu de pratique de la sage-femme.

L'insatisfaction a ainsi surtout été exprimée en regard des attentes non comblées lors de l'accompagnement à l'hôpital (pour le travail et l'accouchement). Ceci s'expliquerait en partie, selon nous, par les contraintes inhérentes au milieu hospitalier entraînant des limites importantes à la pratique de la sage-femme. En d'autres termes, on peut affirmer que l'insatisfaction se rencontre le plus souvent et le plus constamment là où les services furent prodigués dans un contexte où la médicalisation était la plus forte, allant ainsi à l'encontre des attentes des répondantes qui sont significativement orientées, comme on l'a mentionné précédemment, vers une perspective de démedicalisation.

Cela fut d'ailleurs corroboré lors de l'analyse des souhaits exprimés. Pour chacun des services prodigués par la sage-femme, les répondantes pouvaient exprimer leurs souhaits. Pour les deux formes de suivi (pré- et postnatal), ces dernières auraient désiré un plus grand nombre de rencontres avec la sage-femme. Quant à l'accompagnement au travail et à l'accouchement à l'hôpital, les clientes préféreraient à la situation actuelle une diminution des contraintes imposées par le milieu hospitalier.

Le sens du recours aux services de la sage-femme peut donc être ainsi dégagé. Il faut d'abord souligner que les raisons des répondantes de recourir à cette intervenante mettent en évidence le souci du professionnalisme (compétence professionnelle) et du soutien interpersonnel (intervention personnalisée et/ou soutien psychologique). On recherche donc à la fois un service d'une qualité technique impeccable et d'une qualité humaine indiscutable. Les répondantes ne semblent pas rechercher dans les services de la sage-femme un « trip », une « expérience hors du commun » ou un « rituel du passé », comme on veut le croire dans cer-

tains milieux ; elles semblent en effet tenir spécialement à la réunion des dimensions humaines et techniques de la pratique professionnelle et aux conditions environnementales pour que s'exercent réellement ces dimensions. C'est d'ailleurs lorsque ces conditions se font plus restrictives que naît l'insatisfaction. Quant aux souhaits exprimés, ces derniers révèlent principalement deux phénomènes : la limitation actuelle des services de sage-femme (limitation de la pratique et du nombre d'intervenantes en exercice) et les contraintes imposées dans les milieux officiels. Ces souhaits sont en accord avec les informations sur les motivations des répondantes et sur l'insatisfaction vécue par certaines. Il faut donc situer l'expression des souhaits dans le débat plus large du contexte de la pratique des sages-femmes québécoises.

Par rapport aux éléments de définition d'une pratique émancipatoire (distance critique face aux valeurs dominantes, prise sur le vécu quotidien), et en relation avec la signification conférée par la clientèle étudiée à son recours à la sage-femme, il semble que ce recours pourrait être considéré comme une pratique émancipatoire.

Ceci apparaît surtout, comme on l'a vu, dans le besoin exprimé de la rencontre des qualités techniques et humaines des services, et dans le désir de donner place à la pratique des sages-femmes. On cherche donc un service humanisé, plus chaleureux, plus près de soi.

Ce qui frappe toutefois, c'est qu'on semble loin, chez la clientèle étudiée, de pratiques « radicales » ou « extrémistes ». Le milieu hospitalier et d'autres professionnel/les que les sages-femmes sont fortement mis à contribution pour une majorité de nos répondantes, qui déplorent cependant la difficulté de retrouver dans ce contexte la continuité et la chaleur de la relation qu'elles aimeraient avoir en ces moments privilégiés que sont le travail et l'accouchement.

C'est donc pour cette raison que l'expression « pratique émancipatoire conservatrice » nous semble traduire davantage la réalité de la clientèle étudiée. Il ne s'agit donc pas de leur part d'un geste radical, ou agressif, mais bien plutôt d'un choix de vie quelque peu différent de celui de la majorité, assumé sereinement.

PERSPECTIVES SUR LA DIVERSIFICATION DES SERVICES EN PÉRINATALITÉ

Au cours de la dernière décennie, on a souvent associé la population ayant recours aux services de sages-femmes à une population marginale. La prévalence d'une telle représentation des choses a probablement significativement contribué à justifier la limitation actuelle des services de ces intervenantes. Les résultats que l'on vient de présenter contribuent selon nous à démontrer qu'il faudrait désormais composer avec des faits d'une autre nature. Bien qu'il s'agissait ici d'une étude menée auprès de la clientèle d'une seule sage-femme, étude pour laquelle des généralisations très prudentes sont de mise, il n'en demeure pas moins que ces premières données québécoises sur la clientèle de ces intervenantes ouvrent des perspectives bien différentes de certains stéréotypes courants. Il semble en effet que les services prodigués par des sages-femmes dont la pratique serait légalisée pourraient probablement s'adresser, sinon à l'ensemble des femmes et des couples québécois, du moins à des secteurs très vastes et beaucoup plus diversifiés de la population en âge de procréer que certains discours semblent le laisser croire. Une étude effectuée sur la clientèle d'un plus grand nombre de sages-femmes aurait sans doute contribué à confirmer ces vues qui nous semblent d'autant plus légitimes qu'un contact récent, quoique non aléatoire et non systématique, avec un nombre important de clientes d'une autre sage-femme, nous a amené/es à renforcer l'image de « clientèle diversifiée aux besoins variés » qui s'est dégagée de notre recherche.

Au Québec, la sage-femme, attendu sa position actuelle d'illégalité, est souvent présentée comme une personne anti-scientifique, cherchant désespérément le retour à des pratiques passéistes et irrationnelles, et s'opposant farouchement à la science médicale. Dans notre étude, cette image ne tient pas du tout. On a pu en effet constater que les services de l'intervenante se sont inscrits en continuité et en interaction avec les services officiels déjà existants, plutôt qu'en opposition et en lieu clos. Cette constatation est étonnante, si on considère le contexte délicat de l'exercice professionnel de cette intervenante. De plus, loin de se restreindre à l'accompagnement à domicile (le cas de seulement 31% des clientes), elle prodi-

gue ses services tout au long du processus de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, et dans divers lieux incluant le milieu hospitalier. La continuité des services et leur souplesse montrent qu'elle répond déjà à ces besoins identifiés par de nombreuses femmes, depuis un certain temps, besoins qu'un récent document de travail sur la périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère des Affaires sociales, 1985) mettait au coeur de ses orientations.

De plus, les services prodigués par la sage-femme le furent dans un contexte où d'autres intervenant/es étaient souvent présent/es dans les processus de suivi et d'accompagnement. Nous sommes donc, là encore, très loin du stéréotype du « retour en arrière » qu'on voit souvent accolé à la pratique des sages-femmes. Dans le cas de cette sage-femme du moins, le service prodigué est un service moderne, mais humanisé, c'est-à-dire polyvalent, continu et souple. Est-ce là une preuve que les services de l'intervenante sage-femme pourraient s'insérer harmonieusement au sein des services déjà existants, en même temps qu'ils répondraient à la demande de la population qui réclame la souplesse, la continuité et l'humanisation ? Ce n'est pas à nous d'en juger. Chose certaine cependant, le type de clientèle et le type de services que nous avons découverts remettent en question l'image souvent véhiculée à propos des sages-femmes au Québec et force à considérer toute une série de possibilités quant à un statut moins marginal pour elles, quant à leur capacité à répondre à des besoins importants et quant à leurs relations avec le système officiel.

L'analyse des motivations et appréciations de la clientèle étudiée a montré de son côté l'importance accordée aux dimensions de la compétence professionnelle et du soutien psychologique. Ici encore certains discours auraient pu laisser supposer que les besoins exprimés par cette clientèle auraient été fantaisistes, sans lien avec la réalité actuelle ; ce préjugé devra aussi être réévalué à la lumière de nos données qui, bien que partielles, éclairent sans contredit le débat. Le service qui est réclamé est un service moderne, qui réunit des dimensions complémentaires et essentielles à toute pratique digne d'être qualifiée de professionnelle : c'est à la fois pour sa compétence technique et pour son souci de l'humain que l'on a recours à la sage-femme. Cette compétence technique est de plus caractérisée par sa polyvalence, parce qu'elle inclut des dimensions telles la globalité, la continuité, le savoir-faire technique, les approches douces, et bien d'autres choses. Quant au souci de l'humain, il semble aussi fort apprécié de la clientèle, sans doute parce

qu'il est celui d'une personne qui sait s'adapter avec réalisme aux demandes qui lui sont faites.

Notre analyse a finalement révélé, outre l'omniprésence des deux dimensions technique et relationnelle dans l'expression des motivations et appréciations de la clientèle face à l'ensemble des services prodigués par la sage-femme, plusieurs autres éléments qui témoignent de la diversité et de la multitude des besoins ressentis. De ces commentaires, on retiendra donc que pour de nombreuses femmes ou couples, les services d'une éventuelle profession de sages-femmes pourraient vraisemblablement répondre de façon satisfaisante à ces nombreux besoins, dans la mesure où les conditions de pratique leur permettraient de déployer les qualités qu'elles ont pu développer à la limite du système officiel depuis dix ans.

RÉFÉRENCES

Bureau de la statistique du Québec, Statistiques, vol. 3, n° 3, 1982, p. 16.

Fullerton, J.T., "The choice of in-hospital or alternative birth environment as related to the concept of control", *Journal of nurse mid-wifery*, Vol. 27, No. 2, 1982, p. 17-22.

Hayes-Bautista, David, *Medical marginality : a macro-level conceptualization for interpreting and analysing recent activities of the « fringe » of medical care*, Berkeley School of Public Health, Document mimeographié, 1979, 26 p.

Hazell, L.D., "A study of 300 elective home birth", *Birth and Family Journal*, Vol. 2, No. 1, p. 11-18.

McKinlay, John B., "Some approaches and problems in the study of the use of services ; an overview", *Journal of health and social behavior*, No 13, June 1972, p. 115-152.

Messier, Suzanne, *Les femmes ça compte*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1984.

Ministère des Affaires sociales, *Projet de politique en périnatalité*, Québec, 1985.

Mortague, Gérard, Étude du savoir de deux praticiens en santé holistique, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Département d'anthropologie, Université de Montréal, 1983.

Rioux, Marcel, Fortin, Andrée, Gagnon, Gabriel, Laplante, Robert et Jean-Pierre Dupuis, *Les pratiques émancipatoires en milieu populaire*, Québec, Institut québécois de recherches sur la culture, 1982.

Sheper-Hughes, Nancy, *Birth, culture and contre-culture, communication présentée dans le cadre de South Western Anthropological Meetings*, San Francisco, 1974.

Tremblay, Johanne, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Département d'anthropologie, Université de Montréal, 1983.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

A) **Analyses d'expériences alternatives**

13

“Le lieu de l'accouchement : passé, présent, avenir”.

Par Denise PICHÉ

[Retour à la table des matières](#)

Le lieu de l'accouchement s'est déplacé, au 20^e siècle, de l'univers domestique vers le milieu hospitalier. Ainsi, au Québec, alors que très peu de femmes accouchent à l'hôpital au début du siècle, 20,4% des accouchements y prenaient place en 1940, 85,2% en 1960 et 99,5% en 1970 (Frenette, 1970). Bien qu'indissociable d'autres transformations sociales qui agissent sur le monde de l'accouchement depuis le 18^e siècle (en particulier : le passage d'un savoir traditionnel à un savoir scientifique, la montée d'experts médicaux délogeant les sages-femmes de la place qu'elles occupent et le développement de pratiques médicales fondées sur la technique et la spécialisation), ce changement de lieu n'est pas sans effet sur le sens de l'accouchement.

Dans ce texte, nous chercherons à montrer comment l'environnement exerce son influence et participe à l'expérience de l'accouchement et nous tenterons de cerner les liens étroits qui se tissent entre le contrôle sur l'accouchement et le contrôle sur son environnement. Nous examinerons aussi les diverses directions qu'a empruntées le mouvement pour l'humanisation des naissances dans sa quête de nouveaux lieux d'accouchement, afin de dégager quelques pistes pour les recherches futures.

L'EXPÉRIENCE HUMAINE DE L'ENVIRONNEMENT

La recherche sur les rapports entre les personnes et l'environnement ¹²⁴ a développé un cadre d'analyse de l'expérience humaine, des milieux de vie ainsi que des principes normatifs pour guider leur aménagement et leur conception, qui éclairera notre étude des lieux d'accouchement. La relation personne-milieu y est vue comme un processus dynamique et interactif par lequel l'action humaine forge l'environnement et est façonnée par lui. Dans cette perspective, on postule que l'influence de l'environnement sur les conduites est médiatisée par l'expérience qu'en ont les individus et les groupes, l'environnement étant alors défini comme un champ unitaire où le cadre physique est indissociable des événements, des acteurs et des significations qui s'y inscrivent.

L'expérience humaine de l'environnement, qui est au coeur de cette conception des rapports personne-milieu dépend, d'abord, du sujet lui-même. Elle repose en partie sur sa sensibilité et son attention envers l'information qui est là, perceptible par ses sens, à travers le changement, la nouveauté et la complexité des stimulations issues de l'environnement ; elle dépend toutefois bien davantage de ce qu'il connaît de l'environnement, de ce que celui-ci signifie pour lui, de ce qu'il veut et sait pouvoir y faire et de ce qu'il y fait effectivement. C'est en ce sens, par exemple, qu'une chambre en milieu hospitalier et une chambre à la maison, même si elles étaient en tout point identiques, ne seront certainement pas vécues de la même manière par celle qui accouche parce que, par la connaissance, l'expérience qu'elle en aura dépassera les limites du cadre physique de la chambre elle-même.

¹²⁴ Le champ de recherche sur les rapports personne-milieu évolue rapidement depuis une quinzaine d'années, motivé par l'amélioration de la qualité de vie. La première synthèse du champ par Ittelson et al. (1974) demeure un texte fondateur important. Pour des synthèses plus récentes, il faut voir Fisher et al. (1984), Gifford (1986), Stokols et Altman (1987), Zube et Moore (1987). En français, la littérature est rare, mais on peut référer à Lévy-Leboyer (1980) et Fischer (1981).

D'autre part, il existe bien une réalité environnementale à laquelle répond le sujet et qui n'est pas d'abord l'aménagement des lieux. Son expérience porte plutôt sur le cadre de comportement, soit l'ensemble permanent ou récurrent de rôles et de règles qui prévalent dans un endroit à un moment et qui expliquent que les gens, selon le rôle qu'ils jouent, sont enclins à agir de façon similaire (Barker, 1968). La force de coercition du cadre de comportement est telle qu'il est difficile d'y échapper, comme c'est le cas pour une parturiente qui, en entrant dans le département d'obstétrique, se conduit d'emblée selon les règles qui régissent son rôle ou encore pour une sage-femme qui, en milieu hospitalier, développe difficilement de nouvelles pratiques et de nouveaux savoirs (Rothman, 1983). La contrainte du cadre de comportement s'explique en grande partie par le fait que les rapports sociaux, en particulier les rapports de propriété et de pouvoir, imprègnent fortement les cadres de comportement et donc que ceux-ci expriment l'idéologie qui y domine et signifient les comportements qui y sont appropriés.

L'environnement physique exerce son influence sur l'expérience humaine en étant d'abord le support dans lequel une personne lit la signification du lieu, que le message opère directement ou indirectement, qu'il soit reçu consciemment ou sous le niveau de la conscience. Il importe donc que l'environnement soit cohérent avec la vie qui s'y déroule (Michelson, 1970). Par exemple, l'ambiance domestique et intimiste d'une chambre de naissance peut agir directement sur la parturiente en suscitant plaisir et détente ; elle peut aussi susciter chez le personnel des attitudes et comportements appropriés qui confrontent celle qui accouche (voir, à ce titre, certains résultats de Cadieux et Lebel, 1984). Deuxièmement, l'environnement physique inhibe, facilite ou conditionne les comportements en exerçant sur eux des contraintes ou en leur offrant des possibilités d'expression. Par exemple, le simple fait de placer un lit au centre d'une salle de travail en milieu hospitalier invite à un travail et à un accouchement en position couchée.

L'étude des milieux humains n'a pas pour seul but de comprendre comment se construisent les rapports entre les gens et l'environnement. Son cadre théorique, évoqué ici trop sommairement, sert aussi de fondements à des visées normatives à l'égard de l'environnement : on en tire des critères d'évaluation et de conception des milieux de vie. Cette approche, dans sa poursuite de la qualité de vie, veut adapter l'environnement à l'ensemble des pratiques et des représentations propres à un milieu de vie, sans négliger les tendances au changement qui s'y expriment ;

et elle tente de traduire dans des variables environnementales les réponses à tous les besoins humains, tels qu'ils ont été décrits en psychologie par des auteurs comme Maslow (1954).

Parce qu'il y a souvent des conflits entre l'expression des besoins des différents acteurs d'un milieu et entre les réponses à apporter à divers besoins, le simple choix des besoins à privilégier contribue à façonner l'environnement. Pendant toute la période moderne, l'architecture et la planification urbaine ont été davantage attentives aux fonctions d'un milieu qu'à ses habitants. La critique de la dés-humanisation des milieux de vie issue de ces tendances fonctionnalistes a contribué, récemment, à placer au coeur des normes environnementales les besoins des usagers de l'environnement. On cherche ainsi à répondre à la fois à leurs besoins physiologiques, par adaptation de l'environnement à la taille, à la puissance et à la mobilité du corps humain, ainsi qu'aux seuils de tolérance et d'efficacité de ses organes sensoriels ; à leurs besoins de sécurité physique par des aménagements partageant des risques d'accidents et d'agression ; à leurs besoins de sécurité psychologique par des environnements familiers et lisibles ; à leurs besoins d'intimité et de vie sociale, par le soin apporté aux possibilités de territorialisation des espaces, au contrôle sur leur fermeture et leur ouverture, aux distances et à la densité sociales et au caractère sociofuge ou sociopète ¹²⁵ des aménagements ; à leurs besoins d'identité et de dignité en permettant aux personnes et aux collectivités de marquer leur espace et d'y projeter une image valorisante d'elles-mêmes ; et, enfin, aux besoins d'accomplissement et de développement, par des environnements qui facilitent l'acquisition de la compétence environnementale, c'est-à-dire des milieux où les personnes et les collectivités s'orientent aisément, où elles peuvent exercer des choix et sur lesquels elles peuvent agir.

En résumé, il faut retenir que l'environnement est imbriqué dans un système social et que les gens et les collectivités y réagissent et y agissent selon l'expérience qu'ils en ont. L'environnement n'agit pas de façon autonome et déterminante, mais il participe aux événements. En répondant aux besoins humains, il enrichit la qualité de vie. C'est dans ce cadre que nous examinerons l'hôpital comme

¹²⁵ La notion d'espace sociofuge/sociopète caractérise le caractère des aménagements qui incite à l'isolement ou au rapprochement des acteurs qui s'y trouvent (Osmond, 1959).

lieu d'accouchement, et ensuite des expériences de création de nouveaux milieux en périnatalité.

L'HÔPITAL COMME LIEU D'ACCOUCHEMENT

Tout convie à un examen attentif de l'hôpital comme lieu d'accouchement. En effet, c'est là qu'accouchent la grande majorité des femmes québécoises et occidentales ; son rôle à ce titre est récent et s'est imposé en quelques décennies à peine. C'est un milieu qui s'oppose en tous points à l'environnement traditionnel auquel il a succédé et il est une des principales cibles des critiques du mouvement pour l'humanisation de la naissance.

L'accouchement traditionnel, en dépit de ses variantes, est similaire partout en Occident pendant des siècles (Wertz et Wertz, 1977 pour les États-Unis ; Shorter, 1982 ; Laget, 1982 pour la France ; Oakley, 1984, pour l'Angleterre ; Laforce, 1985, pour le Québec). Comme on le voit concrètement dans l'article de Laforce qui commence le présent ouvrage, l'accouchement se caractérise par son inscription dans les rythmes et les lieux de la vie quotidienne, par son déroulement dans la maison de la parturiente qui accueille alors les femmes de la communauté, par la présence de ces femmes et de la sage-femme qui partagent usages et savoirs, de même que par l'entraide et les réjouissances qui font le pont entre la famille et la communauté. L'événement est donc à la fois privé et communautaire et son cadre physique, plus ou moins riche, plus ou moins propre, est familier aux participantes. Jusqu'à la fin du 19^e siècle, l'hôpital est une solution de dernier recours, pour les femmes sans logis, car c'est un milieu insalubre où elles sont souvent terrassées par les fièvres puerpérales. C'est à la faveur des découvertes de Semmelweis, Lister et Pasteur sur l'asepsie, du développement du corps social des médecins, de l'émergence du savoir scientifique et de nouvelles conditions de vie amenées par l'industrialisation et l'urbanisation (en particulier l'insalubrité du logement et l'effritement des communautés traditionnelles), que l'hôpital devient, au tournant du

siècle, un milieu accepté et qu'il peut se réaliser comme lieu de contrôle de la maladie, de la douleur et de l'accouchement ¹²⁶.

L'hôpital comme cadre de comportement est presque l'envers de la maison. C'est un territoire institutionnel, ni privé ni public, appartenant à une organisation abstraite. On n'y considère qu'une petite portion du temps de la maternité et on découpe l'accouchement en phases prédéterminées. Les principaux rôles sont tenus par des étrangers et la parturiente doit se comporter comme une invitée soumise. Les pratiques relèvent du contrôle médical et de la surveillance efficace des patients. La tradition de partage cède le pas au savoir spécialisé et technique. La parturiente est donc dépossédée et des lieux et de l'accouchement : la famille et la communauté sont a priori exclues du système. L'événement est désormais dramatique plutôt que festif.

Le cadre physique de l'hôpital s'est développé en conformité avec les idées qui y prévalent. Les hôpitaux gagnent en taille parce que la concentration spatiale permet de réaliser des économies d'échelle. L'environnement est conçu selon les principes du taylorisme propres à l'industrie. Le système hospitalier est découpé et analysé en pièces détachées, les interventions définies de façon très spécialisée et l'ensemble reconstruit pour un maximum de résultats et un minimum d'effort.

Le concept de chaîne de montage est utile pour analyser nos problèmes. Il attire notre attention sur le transfert répété de la mère (comme dans l'assemblage de l'automobile) d'un lieu à l'autre, et aussi, sur le fait que des périodes irrégulières de temps d'un poste à l'autre rendent l'ensemble du processus non économique. (Gainsborough et Gainsborough, 1964, cité dans Lindheim, 1981)

Ainsi, *depuis* l'accueil, la parturiente est transportée *d'un* poste spécialisé à l'autre : accueil, enregistrement, salle d'examen, salle de travail, bloc opératoire, salle de réveil, chambre de séjour. Le nouveau-né est accroché à un convoyeur qui a son propre itinéraire jusqu'à la pouponnière. Le père et les visiteurs, il n'y a pas si longtemps limités à la chambre de séjour, sont maintenant tolérés. Le système

¹²⁶ Les instruments de contrôle social comme la pensée hygiéniste et l'éducation des femmes à la maternité qui se constituent à l'époque ne sont pas sans incidence eux aussi sur la nouvelle tendance à l'hospitalisation de l'accouchement (Oakley, 1984 et Ehrenreich et English, 1982).

avait même éliminé des déplacements encombrants comme ceux du poupon vers sa mère.

Les circulations, les différents lieux, le mobilier, les instruments sont pensés pour que le médecin et les autres intervenants exercent dans des conditions adéquates de confort et d'efficacité et pour que l'ordre hospitalier soit maintenu. Les corps des parturientes doivent se plier à la routine et au cadre physique dans ce milieu où l'improvisation n'est pas permise : l'espace du corps doit s'ajuster au mobilier et aux instruments ; ses rythmes à l'idée que le savoir médical se fait des phases de l'accouchement. L'hôpital répond aux besoins des opérations et non à ceux des usagers, qui sont interchangeables sans que le système ne soit affecté.

Il n'est donc guère étonnant que ce lieu soit critiqué pour son état de déshumanisation. D'une part, l'ajustement du cadre physique aux idéaux de surveillance et de contrôle de la maladie poussé à son paroxysme génère des dysfonctions importantes : inattention chez les intervenants, manque de communication, intervention inappropriée.

D'autre part, le milieu regorge de stressseurs sur lesquels les patients ont peu de contrôle : stimulations nombreuses, imprévisibles, répétitives, insignifiantes et monotones, absence de stimulations intéressantes, violation constante de l'espace personnel et de l'intimité, pauvreté des contacts sociaux, information défailante et messages ambigus et contradictoires. L'anxiété, le repliement sur soi, la dépendance et le sentiment d'impuissance qui en résultent pèsent contre la guérison et la santé. Dans l'ensemble, le milieu répond mal aux besoins humains (Moos, 1974 ; Leventhal et al., 1982 ; Winkel, 1985 ; Holahan, 1985).

Comme milieu d'accouchement, l'hôpital est même jugé dangereux et inapproprié par les critiques du mouvement pour l'humanisation de la naissance (Haire, 1973 ; Arms, 1975 ; Stewart et Stewart, 1978 ; Oakley, 1980 ; Coquatrix et Rocheleau-Parent, 1980 ; Rothman, 1982). Le milieu avec ses microbes, l'inconfort imposé à la parturiente et au nouveau-né par la routine et les interventions, la multiplication et le rythme des interventions, les comportements hygiéniques édictés sont souvent sources de complications. Ce contexte, qui vise à contrer les risques et à réduire la douleur, est presque l'antithèse d'un milieu-support pour le déroulement naturel de l'accouchement. Antithèse aussi d'un milieu orienté sur la qualité de l'expérience de la naissance et de la maternité, il se préoccupe peu de la

satisfaction de ceux et celles qui y séjournent et, en exigeant la soumission des parturientes, il dispose peu celles-ci à la prise en charge de l'enfant lors de la sortie. Comme la fine étude de Ann Oakley le montre (1980), même la dépression post-partum serait un effet direct de cet environnement qui, au lieu de supporter la mère, vient au contraire exacerber ses réactions de deuil, dues à la perte de sa liberté et à la perspective d'une vie nouvelle incertaine, à la fois louangée et dépréciée socialement. En somme, sous son couvert de rationalité, l'hôpital est un décor ajusté à la vaste mise en scène de l'appropriation symbolique de l'accouchement, telle que décrite par Lamas (1978).

Les enquêtes menées auprès des usagères de l'hôpital doivent être utilisées avec discernement, car, en périnatalité, comme dans bien d'autres domaines, les milieux qui sont valorisés socialement sont recherchés et jugés satisfaisants. Les résultats du récent sondage de la Corporation des médecins (1985) sur les services d'obstétrique, où les taux de satisfaction des usagères sont élevés, s'expliquent à la fois par *l'importance* qu'elles attachent à l'événement et à son succès ainsi que *par la force* qu'exerce le *cadre de comportement*, pour qu'elles jouent le mieux possible leur rôle *de bonne patiente* et pour qu'elles adoptent les valeurs dominantes du système. Néanmoins, dans les nombreuses enquêtes menées en divers milieux (par exemple, voir Summer et Phillips, 1981 ; Saillant et al., 1986), le caractère du lieu ressort comme un facteur important d'une expérience positive à la fois par ses qualités propres (calme, intimité), ses qualités humaines (chaleur, intensité du vécu) et par le sentiment de contrôle qu'il stimule : les femmes expriment spontanément des images d'un lieu habité et approprié de façon similaire à la maison. De plus, les études qui ont cherché à expliquer l'expérience de l'accouchement montrent que la maîtrise que la parturiente a des événements est le principal facteur de sa richesse (Peterson et al., 1977 ; Oakley, 1980 ; Humerick et Bugen, 1981 ; Fullerton, 1982). L'environnement hospitalier typique ne répond ni à ces vœux de lieux intimes, ni aux besoins de maîtrise de soi et de son environnement.

L'hôpital peut être amélioré comme cadre de comportement. On peut y favoriser l'implication, la spontanéité et l'autonomie des patients et du personnel, la clarté, la lisibilité et l'ordre des activités d'ensemble, une orientation sur les problèmes et besoins personnels ainsi que le contrôle de chaque individu sur les situations qu'il rencontre (Moos, 1974). Cela peut se faire par des réformes et réaménagements ponctuels, comme l'introduction de moyens de contrôle individualisés sur

les sources de stimulation ou sur l'espace personnel et l'aménagement des espaces intersticiels (halls, corridors) en lieu de rencontre (voir Winkel et Hohalan, 1985, pour une bonne introduction) ; cela peut aussi occasionner des réorganisations majeures. Ici, on propose pour l'hôpital ce que les études en psychologie écologique proposent pour d'autres types d'environnement, à savoir une échelle maîtrisable par les gens qui les habitent. On préfère donc les petits hôpitaux aux gros, ou encore on prône la subdivision du gros hôpital en unités autonomes et significantes où puissent s'implanter des approches globales au patient et où celui-ci puisse se situer facilement (Kenny et Canter, 1979). Malheureusement, au Québec, la tendance à la spécialisation et à la concentration de la technique et du personnel dans certains grands hôpitaux se poursuit, même en obstétrique, même si aucune étude sérieuse ne démontre que les gros hôpitaux très spécialisés obtiennent de meilleurs résultats que de plus petits. Au contraire, une excellente étude des services néo-zélandais a trouvé une relation inverse (voir Rosenblatt et al, 1985). Le ministère de la Santé et des Services sociaux cherche depuis 1974 à fermer les départements d'obstétrique des hôpitaux qui font moins de 600 accouchements par année et tend à privilégier ceux qui en font plus de 1 000.

L'insatisfaction suscitée par l'accouchement en milieu hospitalier a amené le mouvement pour l'humanisation de l'accouchement à faire une large place à l'environnement dans ses projets et ses revendications (ASPQ, 1981). Certaines propositions visent à réaménager le milieu hospitalier pour un accouchement plus satisfaisant. D'autres visent à diversifier les choix des femmes qui accouchent par la création de nouveaux lieux et de nouveaux services. Nous évaluerons dans la suite de ce texte les idées, les images et les réalisations de cette recherche de nouveaux lieux.

LES INNOVATIONS EN MILIEU OBSTÉTRICAL TRADITIONNEL

Depuis quelques années, l'hôpital cherche à répondre aux demandes d'une certaine clientèle et du mouvement pour l'humanisation des naissances. Parfois dû à l'action de certains médecins, parfois dû à la pression des usagères, parfois simplement parce que c'est dans l'air, l'usage et le décor des lieux sont partiellement

modifiés. Il n'est plus rare de voir des médecins pratiquer un accouchement dans la salle de travail, dans un climat plus serein que celui de la salle d'accouchement. Le changement le plus remarqué concerne sans doute la transformation d'une ou de plusieurs pièces en « chambres de naissance », décorées de façon familière (tentures, ameublement, revêtement mural, ornements de type domestique) et où le matériel d'intervention est camouflé. La parturiente se retrouve avec ses proches pour toute la durée du travail et de l'accouchement, dans un milieu qui évoque la détente et appelle l'appropriation.

Il y a deux types de chambre de naissance : « l'authentique », une chambre de type domestique avec un lit double, et la « spécialisée » où un équipement technique « nouvelle vague » est privilégié. Cette dernière est paradoxale : on veut faire humain et familier, mais on veut aussi être à la fine pointe du développement, d'où le recours à un lit multi-positions avec mécanismes électriques, dont le prix et l'allure n'ont rien de domestique ¹²⁷.

La chambre de naissance offre des avantages importants pour celle qui y accouche. Le milieu est stimulant, calme, intime et confortable et il permet des usages et des positions varies. Les déménagements d'un lieu à l'autre sont limités à l'entrée dans cette chambre et au déplacement vers la chambre de séjour après l'accouchement. Bien qu'il n'existe pas d'études empiriques sur la question, on peut croire que l'ambiance hospitalière y cède le pas à l'ambiance plus domestique et que les intervenant/es en sont affecté/es dans leurs attitudes et leurs comportements. Entre les quatre murs de la chambre de naissance, on peut donc retrouver un cadre de comportement de type nouveau. Toutefois, cette modification, quand elle est réelle, n'en demeure pas moins très mineure et très fragile par rapport à tout le contexte hospitalier, qui reste le même en dehors de la chambre de naissance : la chambre de naissance créée en 1980 à l'hôpital Saint-Joseph-de-Beauceville ¹²⁸, à l'initiative de femmes enceintes et aménagée par elles et le personnel de l'hôpital, constitue par sa signification un cadre de comportement différent de la chambre aménagée par une direction d'hôpital dans des buts de promotion de ses services.

¹²⁷ Il existe des lits de factures diverses, mais il semble qu'au Québec, le lit Bornig soit plus populaire.

¹²⁸ Cette initiative est disparue peu après la fermeture des services d'obstétrique à cet hôpital.

Au demeurant, le nombre de chambres de naissance, au Québec, est très petit ; on retrouve une soixantaine de lits en chambre de naissance sur un total de 2 600 lits en obstétrique ¹²⁹. Selon l'enquête de Cadieux et Lebel, elles sont fort peu mises en évidence par les hôpitaux, les règles édictées concernant leur accessibilité sont très restrictives et la routine qui s'y déploie est souvent semblable à la routine du reste du département. Aux États-Unis, où elles ont proliféré plus rapidement à cause de l'importance qu'y prend le mouvement des consommateurs et de la compétition féroce que s'y livrent les hôpitaux privés, elles ont été comprises tout au plus comme une « cooptation » du mouvement pour l'humanisation de l'accouchement par le système médical (DeVries, 1980).

Modifier l'hôpital est un objectif louable, mais qui implique souvent des erreurs de perspective sur l'environnement et ses effets. On accentue l'accessoire et l'ornemental, au mépris de la complexité du cadre de comportement, de l'expérience temporelle de la personne et du caractère symbolique de l'environnement. Même si on y modifie quelques chambres, l'hôpital reste étranger à la population, réglementé pour une importante clientèle, utilisé, dans le cas de la naissance, pour un court moment d'un long processus et imaginé comme le lieu de la maladie.

Le centre alternatif de naissance en milieu hospitalier ¹³⁰

Certains projets hospitaliers ont cherché à donner une réponse d'ensemble aux revendications de leur clientèle en cherchant à transformer complètement l'esprit et le cadre de leurs départements d'obstétrique. On y privilégie une approche centrée sur les besoins physiques et sociaux de la personne qui accouche, du nouveau-né et de l'unité familiale, dans un contexte sécuritaire. La routine hospitalière conçue pour faciliter les interventions physiques et l'économie de gestes cède la place à de nouvelles attitudes ouvertes aux besoins propres à chaque famille et aux circonstances propres à chaque accouchement, ainsi qu'au respect de l'auto-

¹²⁹ Données communiquées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹³⁰ Cette appellation est une traduction de « Alternative Birth Center » ou ABC, terme utilisé aux États-Unis. Au Québec, cette appellation est parfois utilisée pour désigner les maisons de naissance dont nous parlerons plus loin.

nomie des personnes. Le cadre physique y revêt un caractère plus familial et moins institutionnel que dans l'hôpital traditionnel. Voyons quelques exemples de ces centres alternatifs de naissance en milieu hospitalier.

Les expériences américaines, maintenant bien connues, ont toutes été menées dans un cadre obstétrical existant où le personnel était converti à de nouvelles idées sur la pratique de l'accouchement ¹³¹. Le premier hôpital à se doter d'un centre alternatif de naissance est le Manchester Memorial Hospital à Farnington, Connecticut, en 1969. On y a converti les 24 lits du département d'obstétrique en chambres de naissance de type « spécialisé ». Toute la famille y est accueillie et la mère et le nouveau-né peuvent regagner leur domicile 12 heures après la naissance.

Plus élaborée, l'expérience de Mount-Zion Hospital à San Francisco est représentative de ce type de milieu. L'aménagement intérieur ressemble à celui d'un hôtel, avec des chambres confortablement meublées et pourvues de moquette, stéréo et contrôle pour l'éclairage et le chauffage. L'équipement médical est caché. Dans tous les cas, on tente d'isoler le domaine de l'obstétrique du reste de l'hôpital, mais il y a un milieu obstétrical traditionnel à proximité et généralement les cas de transferts sont nombreux.

Quand il s'agit de construire un nouvel hôpital selon le goût du jour, la recherche pousse plus loin la révision de la programmation formationnelle et architecturale.

Des firmes ont même mis en marché des modèles d'organisation des services d'obstétrique, selon une nouvelle conception de l'efficacité hospitalière et de l'attention à porter aux usagers. Parmi les mieux connus, le « Single Unit Delivery System » planifie des chambres pour le travail, l'accouchement et la récupération à proximité d'une aire traditionnelle d'intervention et des chambres de séjour d'allure domestique. Le « Cybele Cluster », lui, repose sur l'idée d'une chambre unique pour celle qui accouche vers laquelle on déplace au besoin l'équipement mobile et sur la distribution d'un ensemble de 10 chambres autour d'un noyau d'espa-

¹³¹ Les revues professionnelles et scientifiques ont publié de nombreuses évaluations de centres alternatifs de naissance. Il suffit ici de donner quelques références à des tentatives de synthèse : Sumner et Phillips (1981), Ahrentzen (1986), Cassidy-Brin et al. (1984), Lindheim (1981), DeVries (1980).

ces de services et d'intervention médicale (Summer et Phillips, 1981 ; Fenwick et Dearing, n.d., Young, 1982).

Le nouvel hôpital de Châteauguay, au Québec, a programmé son département d'obstétrique selon les principes du « Single Unit Delivery System ». Pour 1 500 accouchements prévus par année, il compte une aire de séjour de 27 chambres, une aire d'obstétrique avec trois chambres intégrant travail, accouchement et récupération, trois salles de travail et deux salles d'accouchement traditionnelles, ainsi qu'un bloc pouponnière pour 32 bassinettes. Le programme rend possible une nouvelle approche à l'accouchement, mais tout est pensé d'abord en fonction de l'approche hospitalière traditionnelle. On prévoit la cohabitation familiale sans y croire, puisqu'on projette une pouponnière de capacité maximum. On veut bien permettre des accouchements « naturels », mais on anticipe un fort taux de complications en prévoyant un bon nombre de salles d'intervention. Les projections du nombre de chambres sont fondées sur un séjour de 3 à 5 jours à l'hôpital, donc sur l'idée que l'accouchement est difficile et que le post-partum doit être surveillé.

S'inspirant davantage du « Cybele Cluster » dans son projet de Centre de la famille, la Cité de la Santé de Laval ¹³², au Québec, pousse plus loin l'innovation en concevant des chambres où toutes les étapes de l'accouchement et de séjour se dérouleront. Comme on anticipe 4 000 accouchements par année, on y prévoit 50 chambres de naissance avec une pouponnière modulaire par deux chambres et 10 chambres pour les séjours prolongés. On ajoute, comme complément à ces chambres, deux cuisinettes avec séjour attenant où est aménagé un espace de jeu pour enfants. Une aire pour les interventions d'urgence est également prévue, avec trois salles d'accouchement et deux pouponnières de respectivement 8 et 4 bassinettes. Il faut noter l'importance du support médical - les chambres doivent être équipées pour le monitoring électronique du travail et munies d'entrées pour les gaz médicaux - et l'échelle des opérations, qui a un caractère institutionnel. Le projet n'est pas entièrement fidèle au « Cybele Cluster » car, dans sa version préliminaire du moins, il néglige le module de 10 chambres avec son noyau central de service qui assure, par la proximité et la décentralisation des fonctions, l'efficacité de l'ensemble.

¹³² L'information est tirée d'un document non daté et inédit du Comité de développement du conseil d'administration de la Cité de la Santé de Laval.

Le Centre alternatif de maternité en milieu hospitalier diffère donc de l'hôpital habituel en ce qu'on y prend en considération toute la personne, ainsi que sa famille, et que le personnel y accomplit un ensemble de tâches plus riches. Sa décoration intérieure et son aménagement, qui incidemment, ne coûtent pas plus cher qu'en milieu hospitalier traditionnel, expriment un univers familial aux usagers. Toutefois, l'ordre médical et les possibilités d'intervention sur le déroulement naturel de l'accouchement sont conservés : ils sont plus ou moins camouflés selon les projets. On porte plus d'attention à la famille, mais on laisse intact le rapport soignant-soigné ; on offre des lieux plus confortables en minimisant les stress environnementaux, mais sans se départir de l'équipement d'intervention ; on donne beaucoup d'information à celle qui accouche et on lui donne certains choix dans le déroulement des événements, mais le milieu incite toujours les femmes à rester immobiles durant le travail et à accoucher en position couchée.

Le Centre alternatif de maternité, tout comme l'hôpital, accorde peu de place aux échanges collectifs et il est éloigné du milieu de vie quotidienne et de la communauté des usagères. Le danger et le risque dominent sa représentation de l'accouchement. Le Cybele Cluster est le seul modèle qui ne sépare pas les accouchements à haut et à bas risque. Profitant du développement d'instruments et de techniques souples et sophistiqués, la chambre peut s'adapter à toutes les interventions médicales, y compris, en certaines circonstances, à la césarienne. Il est en quelque sorte, en milieu obstétrical, le prototype d'une nouvelle organisation du travail jugée plus efficace que celle qui sépare les différentes opérations les unes des autres, telle qu'on la retrouve en milieu hospitalier traditionnel.

Parker (1980) a développé un des rares modèles véritablement alternatifs pour le milieu hospitalier. Se basant sur un examen soigné des besoins des femmes qui accouchent et de leurs motivations à rechercher tantôt leur sécurité dans le recours à la technique médicale, tantôt leur plaisir dans un milieu d'accouchement intime et familial, il propose la création de trois univers juxtaposés : au centre, le territoire de celle qui accouche ; d'un côté, celui de l'accès et des espaces communautaires ; de l'autre, invisibles, des espaces médicaux. L'aménagement facilite son appropriation par la parturiente et le contrôle de son intimité, sans qu'il soit vu comme lieu de confinement et de réclusion. Le temps de l'accouchement doit ressembler à la vie où on exerce des activités, on rencontre d'autres gens, on se déplace d'un lieu à l'autre. Le milieu comprend donc des espaces d'activités et de

socialisation, comme des salons ou des alcôves pour s'asseoir et regarder de même que des lieux pour manger. Le secteur d'intervention médicale est accessible facilement, mais complètement en retrait des espaces sociaux et intimes : il en est éloigné visuellement et séparé fonctionnellement. Seules les parturientes qui en ont besoin, physiologiquement ou psychologiquement, ouvriront de leur chambre la porte qui y donne accès.

Les conditions sociales et les rapports de pouvoir propres à l'institution hospitalière ne favorisent pas l'implantation d'un tel modèle. La place qu'il laisse au support communautaire et à l'appropriation territoriale est difficile à justifier dans le cadre de la mission habituelle de l'hôpital. À cause des résistances au changement qui agissent dans tout milieu humain, un centre alternatif de naissance en milieu hospitalier qui ne soit pas une variation sur un thème médical n'est peut-être pas possible (DeVries, 1983) : les deux projets québécois présentés illustrent bien cette résistance ! Toutes ces améliorations apportées au milieu hospitalier, aussi superficielles soient-elles, sont néanmoins appréciées des usagères.

LA MAISON DE NAISSANCE EN DEHORS DU MILIEU HOSPITALIER

Avant la venue de l'assurance hospitalisation, il existait, au Québec, de petites maternités en dehors de l'hôpital. Il en existe toujours en France, dont certaines (en particulier celle de Pithiviers) font l'envie du mouvement pour l'humanisation de l'accouchement. Aux États-Unis, dans la dernière décennie, il s'est développé plus de 110 maisons de naissance (appelées « Freestanding Birthing Centers ») et près de 300 sont en voie de réalisation (Ahrentzen, 1986). Bien que très variés quant à leur taille et à leur philosophie, ces lieux ont tous en commun d'être bien identifiés comme lieu de périnatalité (et non pas lieu de maladie, comme l'hôpital) et d'être plus facilement appropriables par celles qui y séjournent ou qui y travaillent. Au Québec comme ailleurs, les maisons de naissance sont revendiquées comme une solution intéressante aux problèmes générés par l'hôpital.

Les maternités françaises sont en général des milieux de pratiques médicales traditionnelles. Peut-être à cause de leur petite taille et de leur autonomie par rap-

port à l'hôpital, elles ont néanmoins été un milieu propice aux innovations. C'est ainsi que le Dr Odent, à Pithiviers, a pu tester ses idées sur la maîtrise par les femmes de leur propre accouchement. Il y a créé un environnement particulier, qui cherche à ne rien suggérer à la parturiente en terme de normes comportementales et où elle peut renouer avec ses instincts et opérer à un nouveau niveau de conscience ; il s'agit d'une chambre de naissance, lumineuse, sobre et colorée, meublée d'une plate-forme au sol couverte de coussins et d'une chaise d'accouchement en bois.

En France, on croit pouvoir créer un milieu encore plus approprié à l'accouchement en donnant le contrôle de la clinique à la communauté. L'association *Bien Naître* de Nantes a conçu un tel projet, qui se distingue par sa volonté de promouvoir l'autosanté et la médecine douce ainsi que par l'attention qu'il porte au caractère continu de tous les temps de la maternité. Les espaces prévus pour l'accouchement ressemblent à ceux dont nous avons discuté dans la section précédente : une aire d'obstétrique, des chambres de naissance décorées de façon familière et équipées pour des interventions, et des Chambres de séjour. Ce sont les lieux et services communautaires et les espaces propices à la rencontre qui singularisent ce projet. La maternité n'y serait pas conçue comme un lieu d'accouchement, mais comme l'endroit où se rapporte la femme pour tout ce qui touche la grossesse, la contraception et la santé de l'enfant. Les services y seraient dispensés par un personnel polyvalent et qui ne serait pas astreint à des tâches hiérarchisées et parcellarisées. Le principal risque de mal fonctionnement de ce projet concerne sa taille importante avec 35 lits pour 1400 accouchements par année et un personnel de 14 sages-femmes, 15 infirmières et 60 autres employé/es, sans compter la présence d'équipes spécialisées de gynécologues, pédiatres, thérapeutes. Un tel environnement pourra-t-il vraiment revêtir un caractère communautaire ?

Les maisons de naissance américaines sont généralement de bien plus petite taille ¹³³. Elles sont généralement créées et animées, avec l'aide d'un regroupement communautaire, par des sages-femmes pour qui les coûts en temps et en insécurité des accouchements sont trop élevés. Typiquement, on convertit une maison en aménageant deux chambres de naissance où on pratique environ 150

¹³³ On trouvera des présentations et évaluations d'expériences dans Lindheim (1981), Cassidy-Brin et al. (1984) ; Young (1982) ; Eakins (1984) et Bennetts et Lubic (1982).

accouchements par année. Les sages-femmes y sont ainsi chez elles et y reçoivent les femmes pour tous les soins relatifs à la grossesse et à l'accouchement qui se présente normalement. Contrairement aux maternités françaises, les interventions médicales sont exclues de ces milieux à cause des risques de complication qu'elles impliquent. On recherche plutôt à les localiser près d'un hôpital, où il pourra y avoir transfert en cas de difficultés.

Le Child Birthing Center de New York illustre bien ce type d'environnement propice au développement d'un esprit communautaire et d'un réseau de parents dynamiques. Il est situé dans une maison en rangée recyclée. On y retrouve, au rez-de-chaussée, les lieux d'accueil et d'activités en périnatalité (examen, consultation, rencontre, cours). Le demi sous-sol est réservé à l'accouchement : il comprend deux unités composées chacune d'une chambre, d'une salle de bain et d'une salle d'utilité ; il s'ouvre sur un jardin, une salle familiale qui peut aussi être utilisée pour un accouchement, une cuisine et des espaces de service et de rangement. Il y a, au premier étage, un espace de réunion autour d'un foyer et une salle de conférence. Au deuxième étage, une bibliothèque et des bureaux et au dernier étage, un appartement pour la sage-femme. Il s'y pratique en moyenne 250 accouchements par année.

Autre exemple intéressant, le projet Birth Center-Luciana à Cottage Grove, en Oregon. Plus petit, le milieu périnatal occupe ici un ancien magasin et il se distingue physiquement de la maison de naissance qui, elle, occupe à côté une petite maison privée. Cette dernière garde son allure résidentielle même dans son plan d'aménagement intérieur : on y entre directement dans un espace domestique composé de l'ensemble ouvert cuisine / salle à dîner / salon, autour duquel se répartissent trois chambres, dont une pour la sage-femme de garde. On prévoit y faire 150 accouchements par année.

Au Québec, il n'existe pas de maisons de naissance, mais les femmes en ont revendiqué la création lors des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité (ASPQ, 1981). Le comité interministériel sur les sages-femmes (1983) croit même que ce serait là le milieu le plus favorable à leur pratique, lorsque la profession sera enfin légalisée. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que des groupes aient commencé à élaborer des images de ce que serait ici une maison de naissance.

Lors d'un exercice fait par les étudiant/es de l'atelier de Neumann (1981) à l'École d'architecture de l'Université Laval, plusieurs possibilités programmatiques et architecturales d'un projet de maison de naissance pour la ville de Québec ont été étudiées et dessinées : construction neuve ; recyclage d'école ou de maison ; maison de naissance animée par une petite équipe de sages-femmes, centre-femmes regroupant des services en périnatalité et en planification des naissances (y compris l'interruption de grossesse) et incluant des espaces communautaires. Le projet d'Éric Gauthier, qui proposait le recyclage de la maison Deslauriers à côté du CLSC de la Basse-ville, est particulièrement intéressant. L'auteur a respecté la division conventionnelle d'une maison avec chambres à l'étage et aires communes au rez-de-chaussée. Le milieu aurait été approprié pour trois à quatre sages-femmes et entre 150 et 200 accouchements par année. Au rez-de-chaussée, on retrouvait un salon, deux bureaux/salles d'examen, une cuisine-dînette, une salle de loisir et une salle pour le personnel. À l'étage : un petit séjour avec balcon ; deux chambres de naissance meublées d'une plate-forme avec matelas ; deux chambres de séjour pouvant servir de chambres de naissance, chacune avec salle de toilette ; un laboratoire ; une grande douche et une chambre à deux lits pour les sages-femmes, reliée à la salle du personnel au rez-de-chaussée. Les cours prénatals se seraient donnés au sous-sol, ou dans le CLSC voisin.

Le Comité maison de naissance de Montréal (1985) a déposé, au ministère des Affaires sociales, un programme fonctionnel et technique pour un centre alternatif de maternité dans cette ville. Il s'agit d'un projet de maison administrée par des représentantes des usagers, des groupes de femmes et des travailleuses qui offrirait information et services sur tout ce qui touche à la périnatalité. La variété des activités doit garantir l'appropriation du lieu par ses usagères pour une longue période de temps : elles y ont accès à de l'information de groupe et individuelle, au suivi de leur grossesse et de leur post-partum, à des rencontres pré- et postnatales, à des ressources communautaires (documentation, échange de vêtements, local communautaire animé par des groupes comme La Lèche), à des lieux d'accouchement et de séjour, à des services de visites à domicile et d'aide 24 heures par jour et à des lieux de jeux pour leurs enfants. Plus encore, elles pourront y créer de nouvelles activités et y réaliser leurs projets.

Ce centre est prévu pour 400 accouchements par année et fonctionnerait grâce à un personnel de 15 permanentes, dont 7 sages-femmes et omni-praticiennes et 7

infirmières, 8 personnes non professionnelles et des consultantes en gynécologie, pédiatrie, psychologie, etc. La taille du bâtiment équivaut à celle de trois triplex en rangée, typiques du Plateau Mont-Royal. Idéalement l'espace est divisé verticalement en deux domaines : celui de la maison de naissance avec ses six chambres, ses lieux de séjour (salon/salle à dîner/cuisine) et une chambre de garde ainsi que celui des services communautaires et périnataux.

Rothman (1983), une analyste radicale, qui a qualifié les centres alternatifs de maternité en milieu hospitalier « d'obstétrique de décoration d'intérieur » et « d'approche hôtelière à la Howard Johnson », accepte ce concept de maison de naissance comme un compromis acceptable à l'accouchement à la maison. Pour cette chercheuse, ce type de milieu informel, dirigé par des femmes, est propice à la renaissance du métier de sage-femme car il permet d'éliminer les coûts pour elles de l'accouchement à la maison et les risques d'appels simultanés et qu'il contribue à leur visibilité et à leur reconnaissance sociale, tout en leur donnant une autonomie professionnelle. Réciproquement, parce que leur métier n'a pas pour objet la maladie et qu'il est préoccupé du bien-être des personnes, les sages-femmes contribuent à faire de la maison de naissance un lieu où les femmes accouchent selon leurs vœux dans une ambiance sereine et festive. L'environnement sera encore plus familier si la maison est un équipement de quartier et si elle est dirigée en partie par ses utilisatrices.

En somme, la façon dont la maison de naissance répond à tous les besoins des personnes qui y viennent, en particulier à leurs besoins d'intimité, de vie communautaire et d'identification à leur milieu, en fait un milieu d'une grande richesse. Mais il faudra poursuivre les recherches et les expériences, car on n'a pas vidé le débat sur la taille idéale de ces milieux et sur la clientèle maximale au-delà de laquelle ils ne rencontrent plus leurs fins ; et on n'a pas fini de discuter la limite entre le normal et le pathologique et sur le niveau d'intervention qui y est acceptable en cas de difficulté avant le transfert à l'hôpital.

L'ACCOUCHEMENT À LA MAISON

La maison en soi n'est pas un lieu comme les autres ¹³⁴. Elle revêt à la fois un caractère sacré, qui régissait traditionnellement le rapport au temps et à l'espace des générations qui s'y succédaient et un caractère profane, lié aux activités de la vie quotidienne qu'elle encadre. Paradoxalement, ce lieu consacré de l'univers du privé, souvent conçu comme la coquille protectrice des personnes ou de la famille qui y résident, est aussi à l'origine de leur inscription sociale. Tout en étant le premier espace possédé et celui où s'expriment le mieux la façon d'être des habitants, leurs souvenirs et leurs projets, la maison fonde leurs rapports au monde et elle facilite leur identification et leur orientation sociales. L'accouchement à la maison se charge donc du sens de celles-ci. Il s'y déroule selon les modes d'expression de ses habitants et sous leur contrôle. Les intervenant/es de l'extérieur y sont des invité/es. L'enfant à naître s'insère d'emblée dans le tissu familial et le rang social de la maisonnée, qui se lit immédiatement dans le cadre physique.

Traditionnellement principal lieu de l'accouchement, abandonnée à une époque où elle est surhabitée et où l'hôpital gagne en prestige, la maison est maintenant à nouveau considérée comme lieu d'accouchement par des femmes qui veulent prendre en charge leur accouchement, avoir un contrôle maximum sur la qualité du milieu, choisir les personnes présentes et les façons de faire et enfin des discontinuités temporelles et des déplacements.

L'argument évoqué contre l'accouchement à la maison est toujours le même : le risque. Pourtant, lorsque les services de périnatalité exercent un bon tamisage et une bonne surveillance des femmes enceintes, les recherches (Melh, 1978 ; Kloosterman, 1978 ; Ernst et Gordon, 1979 ; Sullivan et Beeman, 1983) montrent toutes que le risque à la maison est moindre, dans la mesure où les personnes qui assistent ne sont pas interventionnistes. C'est le déplacement d'une focalisation sur le moment de l'accouchement vers une conception d'ensemble de la maternité, comme processus continu dans le temps et inscrit dans un contexte particulier, qui

¹³⁴ Il y a une importante littérature sur le sens de la maison ; on trouvera dans Bachelard (1957), Ekambi-Schmidt (1972) et Paul-Levy et Segaud (1983) des exemples de cadres d'analyse variés.

explique les bonnes performances des services de soutien à l'accouchement à la maison en Hollande, seul pays occidental qui possède encore un haut taux d'accouchement à la maison. Kloosterman (1978), dans son évaluation du système hollandais, soutient que les transformations à apporter à l'hôpital pour améliorer considérablement ses effets sur l'hygiène mentale, y développer une approche humaniste et y respecter le caractère normal de l'accouchement seraient beaucoup trop coûteuses pour justifier le transfert à l'hôpital des accouchements normaux qui prennent place à la maison.

Le caractère de la maison exerce un tel attrait comme lieu d'accouchement que le milieu hospitalier a même pensé à se doter d'appartements hors de ses murs pour ses clientes et leur famille. Ainsi, le Highland Hospital de Rochester a aménagé, à l'extérieur, deux petits appartements de naissance (950 pi. ca. en tout), chacun comprenant salon, cuisinette, salle de bain et chambre avec lit double. Les familles s'y logent pour une période variant de 12 à 24 heures, lors de l'accouchement. À la différence des maisons de naissance animées par des sages-femmes, le lieu n'a pas d'autres vocations que l'accouchement. À la différence de la résidence personnelle, les familles n'y sont pas chez elles. L'initiative élargit les choix des parturientes et elle serait particulièrement adaptée aux personnes qui habitent loin des centres et veulent accoucher près d'un hôpital. Mais, de façon générale, on comprend mal pourquoi l'hôpital ne créerait pas en même temps un service de soutien à l'accouchement à domicile.

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION POUR LE FUTUR

L'environnement n'est pas d'abord une affaire de décor. Les lieux d'accouchement que nous avons examinés se distinguent davantage par les rôles, les pratiques, les idées et les besoins humains qui y sont privilégiés. Ainsi, ils diffèrent par la place qu'ils réservent aux sages-femmes, par le degré de flexibilité de leurs normes et règles de conduite, par le niveau de contrôle qu'ils accordent aux femmes qui accouchent et par leur définition du normal et du pathologique. En terme de besoins humains, si l'hôpital privilégie la sécurité et l'absence de douleur par une surveillance technique et médicale, son centre alternatif de maternité concé-

dera plus d'espace au confort physique et psychique de la parturiente. La maternité, dans plusieurs cas, accorde beaucoup de soin à la régulation des échanges sociaux alors que l'accouchement à la maison place l'accent sur le contrôle et l'autonomie de la parturiente. L'environnement physique vient ainsi renforcer les orientations des cadres de comportement et des idéologies, et il cherche surtout à en communiquer le sens.

Il faut déplorer le fait qu'en dépit de la grande variété des lieux d'accouchement possibles, les femmes québécoises n'aient d'autres choix accessibles que l'hôpital. Une diversité d'approches et de lieux de naissance contribuerait de façon positive à l'enrichissement général de notre milieu de vie, d'autant plus que les milieux « nouveaux » s'intéressent à la santé dans la vie quotidienne et à la qualité des expériences vécues plutôt qu'à la maladie. La maison de naissance est particulièrement intéressante parce que c'est un environnement créé par notre temps pour répondre à nos conditions de vie. Elle s'inscrit dans le mouvement de revalorisation de la vie communautaire et de promotion de milieux de vie à l'échelle humaine, où chaque personne a accès facilement à une variété de lieux familiers et maîtrisés par la collectivité.

Dans le contexte monolithique de l'obstétrique québécoise, il n'est pas facile d'inventer et d'implanter des lieux nouveaux. La recherche sur les rapports personne-milieu nous indique clairement qu'il n'y a pas lieu de consacrer nos énergies à la décoration. Pour faire des lieux, il faut d'abord penser aux rôles, aux pratiques et aux valeurs à promouvoir. Mais, parce que le cadre physique interagit avec chacune de ces variables et qu'il participe intimement à l'expérience humaine en modelant le temps et l'ambiance, il est utile d'y réfléchir dès le début de la planification d'un projet.

En pratique, chaque choix de rôles, de pratiques et de valeurs devrait être évalué à la lumière des effets qu'il aura sur l'expérience spatio-temporelle des personnes qui viendront dans ce lieu. Par exemple, le choix des responsables du projet, sages-femmes ou usagères pour la maison de naissance, influera sur le sentiment d'appropriation des lieux ; et la détermination du niveau d'intervention médicale acceptable dans un lieu conditionnera le sens même de ce qu'est la « normalité » et dramatisera l'expérience de celles qui en seront exclues. La localisation, la hiérarchisation et la taille d'un milieu seront aussi déterminantes pour sa performance et pour l'expérience qu'on en aura : par exemple, un équipement régional peut être

de taille considérable alors que l'image d'une maison, par définition, ne peut dépasser une certaine grandeur.

Le programme architectural d'un lieu nouveau devra non seulement se fonder sur une programmation fonctionnelle mais, pour qu'il corresponde vraiment aux objectifs du projet, il devra être évalué par le biais d'une scénarisation très poussée de la vie qui s'y déroule. Goldberg (1979) a à cet effet développé une méthode de travail pour les initiatives de type nouveau comme les maisons de naissance. Selon cette approche, il importe de définir les différents univers à créer, ainsi que chacun des sous-espaces de chacun de ces univers. Pour chacun, il faut connaître qui l'utilise, ce qu'on y fait, comment on y entre, comment on y circule, le sens de ce qui s'y déroule, quand et comment les gens y interagissent, les espaces-support qui existent à proximité, la séquence des événements qui s'y passent. Il faut enfin revoir le rôle et l'enchaînement des actions de chacune des personnes impliquées, afin de bien anticiper son expérience particulière du milieu. Finalement, il faut considérer le message qui doit être communiqué par le cadre physique, l'équilibre à établir entre la familiarité des lieux et les équipements et leur fonctionnalité, le niveau et la flexibilité du cloisonnement des espaces, les rapports entre l'intimité et la vie communautaire et, enfin, la diversité des services et des activités possibles tout en conservant l'identité des lieux.

L'appropriation de l'espace étant le miroir de l'appropriation des événements qui y prennent place, pour changer la vie, il faut aussi changer les lieux.

RÉFÉRENCES

Ahrentzen, S.B., "Birth settings : a sociohistorical perspective", *Women and environment*, Vol. 8, No 3-4, 1986, p. 11-16.

Arms, S., *Immaculate deception*, Boston, Houghton Mifflin, 1975.

Association pour la santé publique du Québec, *Rapport synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité*, Québec, ASPQ, 1981.

Bachelard, G., *La poétique de l'espace*, Paris, Presses universitaires de France, 1957.

Barker, R., *Ecological psychology*, Stanford, Calif., Stanford University Press, 1968.

Bennetts, A.B. et Lubic, R.W., "The Free-Standing Birth Center", *The Lancet*, No 8268, 1982, p. 378-380.

Bien Naître, *Projet d'une maternité alternative*, Saint-Herblain : Association Bien naître de Nantes, n.d..

Cadieux, S. et G. Lebel, *Les chambres de naissance dans la région de Montréal*, Document non publié, Montréal, Alternative-Naissance, 1984.

Cassidy-Brin, G., Hornstein, F. et C. Downer, *Woman-Centered Pregnancy and Birth*, Pittsburg, Cleis, 1984.

Comité interministériel sur les sages-femmes, *Les sages-femmes : proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation*, Québec, ministère de l'Éducation, 1983.

Comité Maison de Naissance de Montréal, *Programme fonctionnel et technique de centre de maternité : un projet-pilote à Montréal*, Montréal, Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985.

Coquatrix, N. et L. Rocheleau-Parent, « Accoucher en 1980... Les anciens et les nouveaux risques », *Accoucher ou se faire accoucher*, Québec, Association pour la santé publique du Québec, 1980.

Corporation des médecins du Québec, *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son vécu dans le système de santé québécois*, Résultats d'un sondage effectué par le Centre de sondage de l'Université de Montréal, 1985.

DeVries, R.G., "The Alternative Birth Center : Option or cooptation", *Women and health*, Vol. 5, No. 3, 1980, p. 47-60

DeVries, R.G., "Image and reality : an evaluation of hospital alternative birth centers", *Journal of nurse-midwifery*, Vol. 28, No 3, 1985, p. 3-9.

Eakins, P.S., "The rise of the free standing birth center : principles and practice", *Women and health*, Vol. 9, No 4, 1984, p. 49-64.

Ehrenreich, B. et D. English, *Des experts et des femmes : 150 ans de conseils prodigués aux femmes*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1982.

Ekambi-Schmidt, J., *La perception de l'habitat*, Paris, Éditions universitaires, 1972.

Ernst, E.K. et K.A. Gordon, "Fifty-three Years of Home Birth Experience at the Frontier Nursing Service, Kentucky : 1925-78 ", dans D. Stewart et L. Stewart (Eds.), *Compulsory hospitalization, or freedom of choice in Childbirth ?*, Marble Hill, Mo, NAPSAC, 1979, p. 505-516.

Fenwick, L. et R.H. Dearing, *The Cybele Cluster : A Single Room Maternity Care System for High and Low Risk Families*, Spokane, W.A., Cybele Society, n.d..

Fischer, G.N., *La psychosociologie de l'espace*, Paris, Presses universitaires de France, 1981.

Fisher, J.D., Bell, P.A. et A. Baum, *Environmental psychology*, New York, Holt-Rinehart and Winston, 1984.

Frenette, J.M, Rapport annuel 1969-70, *Registre de la population*, ministère des Affaires sociales, Québec, 1970.

Fullerton, J.D.T., "The Choice of In-Hospital or Alternative Birth Environment as Related to the Concept of Control" *Journal of nurse-midwifery*, Vol. 27, No 2, 1982, p. 17-22.

Gifford, R., *Environmental psychology : principles and practice*, Boston, Mass., Allyn and Bacon, 1986.

Goldberg, G.B., *Birth Center : A Working Method for Designing a Maternity Health Care Facility*, Thèse de maîtrise non publiée, École d'architecture, MIT, Cambridge, 1979.

Haire, D., "The cultural warping of childbirth", *Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health*, No 19, 1973, p. 172-191.

Humerick, S.S. et L.A. Bugen, "Mastery : The Key to Childbirth Satisfaction ? A Study", *Birth and the family Journal*, Vol. 8, No 2, 1981, p. 84-90.

Ittelson, W.H., Proshansky, H.M., Rivlin, L.G. et G.H. Winkel, *An Introduction to Environmental Psychology*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1974.

Kloosterman, G.J., "The Dutch System of Home Births", dans S. Kitzinger et J.A. Davis (Eds.), *The Place of Birth*, Oxford, Oxford University Press, 1978.

Kenny, C. et D. Canter, "Evaluating Acute General Hospitals", dans Canter, D. et S. Canter (Eds.), *Designing for Therapeutic environments : a review of research*, Chichester, Wiley, 1979.

Laforce, H., *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut de recherche sur la culture, 1985.

Laget, M., *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Seuil, 1982.

Lamas, G., "An Interpretation of Modern Obstetric Practice", dans Kitlinger, K. et J.A. Davis (Eds.), *The Place of Birth*, Oxford, Oxford University Press, 1978, pp. 174-184.

Leventhal, H., Nerenz, D. et E. Leventhal, "Illness and deshumanizing environments" dans Singer, J. et A. Baum (Eds.), *Environment and Health : Advances in Environmental Psychology*, Vol. 4, Hillside, N.J., Erlbaum, 1982.

Lévy-Leboyer, C., *Psychologie et environnement*, Paris, Presses universitaires de France, 1980.

Lindheim, R., "Birthing Centers and Hospices. Reclaiming Birth and Death" *Annual Review of Public Health*, No 2, 1981. p. 1-29.

Maslow, A., *Motivation and Personality*, New York, Harper, 1954.

Mehl, L.E., "The Outcome of Home Delivery : Research in the United States", dans Kitlinger, K. et J.A. Davis (Eds.), *The Place of Birth*, Oxford, Oxford University Press, 1978.

Michelson, W.H., *Man and his Urban Environment : A Sociological Approach*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1970.

Moos, R.H., *Evaluating Treatment Environments : A Social Ecological Approach*, New York, Wiley, 1974.

Neumann, N., Cahier des projets de maison de naissance dessinés par des étudiants en architecture, Document non publié, Québec, École d'architecture, Université Laval, 1981.

Oakley, A., *Women Confined Toward a Sociology of Childbirth*, London, Martin Robertson, 1980.

Oakley, A., *The Captured Womb : A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil Blackwell, 1984.

Osmond, H., "The Relationship Between Architect and Psychiatrist", dans Goshen, C. (Ed.), *Psychiatric Architecture*, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1959.

Parker, W.A., "Designing an Environment for Child-birth : An Architect's Approach", dans Blum, B.L. (Ed.), *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*, New York, Human Science Press, 1980, p. 257-279.

Paul-Lévy, F. et M. Segaud, *Anthropologie de l'espace*, Paris, Centre Georges-Pompidou, 1983.

Peterson, G.H. et L.E. Melh, "Studies of Psychological Outcome for Various Childbirth Alternatives", dans Stewart, L et D. Stewart (Eds.), *21st Century Obstetrics Now*, 1977, p. 208-238.

Rosenblatt, R.A., Reinken, J. et D. Shoemack, "Is Obstetrics Safe in Small Hospitals ? Evidence from New Zealand's Regionalized Perinatal System", *The Lancet*, No. 8452, 1985, p. 429-431.

Rothman, B.K., *In Labor : Women and Power in the Birthplace*, New York, Norton, 1982.

Rothman, B. K., "Anatomy of a Compromise : Nurse-Midwifery and the Rise of the Birth Center", *Journal of Nurse-Midwifery*, Vol. 28, No 3, 1983, p. 3-7.

Saillant, F., Desjardins, D. et M. O'Neill, *Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 1986.

Shorter, E., *A History of Women's Bodies*, London, Allen Lane, 1982.

Stewart, L. et D. Stewart (Eds.), *21st Century Obstetrics Now*, Marbel Hill, N.C. : NAPSAC, 1978.

Stokols, D. et I. Altman (Eds.) *Handbook of Environmental Psychology*, New York, Wiley, 1987.

Sullivan, D.A. et R. Beeman, *Anthropologie de l'espace*, Paris, Centre Georges Pompidou, 1983.

Sumner, P.E. et C.R. Phillips (Eds.), *Birthing Rooms : Concept and Reality*, St-Louis, Min., Mosby, 1981.

Wertz, D.C. et R.W. Wertz, *Lying-In : A History of Childbirth in America*, New York, Free Press, 1977.

Winkel, G.H. et C.J. Holahan, "The Environmental Psychology of the Hospital : Is the Cure Worse Than the Illness ?", *Prevention in Human Services*, Vol, 4, No 1-2, 1985, p. 11-33.

Young, D., *Changing Childbirth. Family Birth in the Hospital*, Rochester, NY, Child birth graphics, 1982.

Zube, E.H. et G.T. Moore (Eds.), *Advances in Environment, Behavior and Design*, New York, Plenum, 1987.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

A) **Analyses d'expériences alternatives**

14

De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales ?

Par Hélène VALENTINI

[Retour à la table des matières](#)

Réalités physiologiques universelles, les processus de la grossesse et de la naissance prennent des formes variées d'une société à l'autre.

Au Québec, la grossesse s'explique et l'accouchement se prépare à l'intérieur de cours prénatals. Un nombre élevé de femmes, et leur conjoint dans bien des cas, suivent un cours prénatal qui constitue le principal programme d'information au public instauré par l'État québécois, dans le cadre de sa politique en périnatalité de 1973. Dix ans plus tard, il touchait par l'intermédiaire des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et des Départements de santé communautaire de la province (DSC), environ 50 000 femmes ou couples ; cela représente annuellement un peu plus de 50% des naissances (Martin, 1983). À ces organismes d'État, il faut ajouter des cours privés, subventionnés ou non, de plus en plus nombreux et diversifiés : yoga, natation, chant, rencontres avec sages-femmes, etc. Les rencontres prénatales deviennent donc un lieu privilégié de socialisation aux rôles parentaux, dans notre contexte social où les réseaux familiaux d'apprentissage, déjà réduits, sont peu valorisés par rapport au discours scientifique et où de nombreuses étapes de la vie sont médicalisées (Coquatrix, 1980 ; De Koninck et al., 1981 ; Guyon et al., 1981).

À partir d'une recherche exploratoire réalisée dans un CLSC situé dans la région de Montréal, je me propose ici de mettre en évidence certains thèmes centraux implicitement abordés dans des rencontres prénatales.

Dans un premier temps, il s'agit de cerner quelques-uns des rôles assignés aux femmes et aux hommes dans les processus de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et des soins à donner à l'enfant. Quelles conduites sociales et quels rapports sociaux ces rencontres prénatales, données dans un CLSC, proposent-elles ou légitiment-elles ? Et quelles représentations sociales de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance expriment-elles ? En effet, outre la présentation physiologique du processus de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, c'est bien de maternité, de paternité et de fonctionnement de la cellule familiale dont il est question.

Il me semble particulièrement important de poser ces questions à un moment où la science biomédicale établit sa suprématie sur la définition de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. En accord avec ces conceptions, elle pose des actes tout au long du processus, ayant entre autres comme conséquence sa surmédicalisation. Les femmes sont d'ailleurs particulièrement touchées par la surmédicalisation puisque la médecine s'approprie les principales étapes de leur vie : la contraception, la maternité, la sexualité, la ménopause, etc. La technologie obstétricale est devenue une fin en soi, l'utilisation d'opérations destinées à favoriser la naissance, considérée comme un événement pathologique, ne cesse de croître. (Jordan, 1980 ; Laurendeau, 1983 ; Valentini et Brière, 1985).

Dans un deuxième temps, je mettrai ensuite en parallèle certains éléments circonscrivant les expériences de maternité et de paternité, provenant de rencontres prénatales animées par des sages-femmes praticiennes ou des professeurs de yoga, avec ceux précédemment identifiés et issus du discours prénatal du CLSC.

Ces sages-femmes, expérimentées et généralement non diplômées, se sont auto-formées à partir du milieu des années 70 alors qu'aucun cours de sage-femme ne se donnait au Québec. Elles assistent des femmes et des couples du début de la grossesse au premier mois de vie avec l'enfant et l'accouchement se déroule souvent au domicile des parents. Mes informations concernant les rencontres prénatales « alternatives » proviennent d'une expérience de cinq années de militantisme dans des groupes d'humanisation de la grossesse et de l'accouche-

ment, d'une réflexion collective menée avec des sages-femmes praticiennes et de mon expérience même de la maternité. Cet ensemble d'éléments me permettra de dessiner quelques lignes directrices de conceptions et de pratiques reliées à la maternité dans les rencontres prénatales issues du mouvement d'humanisation.

Rappelons que ce dernier a pris un important essor depuis 1980 et s'affirme activement comme groupe de pression. Naissance-Renaissance, regroupement provincial des groupes d'humanisation de la province de Québec a vu le jour en 1979. Quatre groupes et des sages-femmes praticiennes le composaient alors. En 1985, il était formé de 18 groupes, et de 216 membres ; 212 500 personnes avaient été rejointes dans l'année. Il propose de nouvelles conceptions et ses groupes membres développent des solutions de remplacement dans le domaine de la maternité, tels des groupes d'entraide pour la période postnatale, des services d'accompagnement à l'hôpital lors de l'accouchement, des systèmes de références pour la sélection de médecins ou de sages-femmes, l'accès à diverses publications sur les interventions médicales, etc.

Avant d'aborder les contenus des divers types de rencontres prénatales, je présenterai brièvement le cadre et le contexte de la recherche exploratoire réalisée dans un CLSC.

QUELQUES PARTICULARITÉS DE L'ÉTUDE

Les composantes du discours prénatal du CLSC présentées ici proviennent d'une recherche qualitative réalisée en 1982 dans un CLSC situé dans un quartier défavorisé de Montréal et à laquelle participèrent sept femmes enceintes et seulement deux hommes ¹³⁵. Âgées de 19 à 25 ans, ces femmes sont presque toutes des travailleuses au foyer (5/7), avec un niveau de scolarité égal ou inférieur à un secondaire V (6/7).

¹³⁵ En fait douze femmes étaient inscrites au cours prénatal. Dix seulement assistèrent à la première rencontre et trois ne revinrent plus. Celle qui habitait depuis deux mois dans un centre d'accueil pour femmes battues avait déménagé. Les deux autres, qualifiées par le CLSC de « à risque élevé » en raison de leurs habitudes de vie, de leur situation familiale et économique, refusèrent d'assister aux rencontres.

En tant qu'observatrice et parfois comme personne ressource à la demande de l'animatrice, j'ai assisté à la série complète de douze rencontres prénatales avec ce groupe. Chaque rencontre portait sur un thème particulier, soit l'alimentation de la femme enceinte, le développement du fœtus, l'anatomie et les modifications de l'organisme, l'hygiène de la grossesse, la valise de la mère et la layette du bébé, le travail et l'accouchement, le post-partum, l'allaitement maternel, l'alimentation du bébé, les caractéristiques du nouveau-né, le développement psychomoteur de l'enfant, la contraception. Au cours de chaque rencontre, des informations ont été notées sur la forme et le contenu du cours, sur les questions et les réactions des participantes et de l'animatrice, sur les attitudes et les relations des différentes personnes présentes. Des mots clés ainsi que des phrases intégrales furent relevées. Ils servirent ensuite à retranscrire le plus fidèlement possible la rencontre. Cette méthode, bien sûr, n'est pas sans biais puisque mes positions de chercheuse et de militante jouent certainement un rôle de filtre dans la sélection des données. Elles comportent aussi des avantages. Bien connaître le domaine où l'on effectue la recherche permet de repérer rapidement les éléments pertinents pour la compréhension de la problématique. De surcroît, en tant qu'anthropologue, je me suis donné des instruments « facilitant la relation directe avec les populations qui, sans supprimer la subjectivité de toutes les façons obligatoire dans le fait même de l'interprétation, permettent l'observation et l'analyse des comportements » (Bernier, 1981 : 6).

Avant qu'elles accouchent, des entrevues ont également été effectuées avec chacune des participantes. Un guide d'entrevue souple visait à connaître une tranche de leur vie afin de savoir ce qu'elles vivaient sur le plan affectif, social et économique pendant leur grossesse et ce qu'elles percevaient des rencontres prénatales.

Lors des deux entrevues réalisées auprès de l'animatrice, j'ai abordé avec elle les thèmes de la structure et du contenu de chacune des rencontres ainsi que celui de sa perception des participantes.

LIMITE DES DONNÉES

La taille de la population rend difficiles les généralisations et les comparaisons. Cependant, ce type de recherche permet de susciter un certain nombre d'hypothèses. « Les spécialistes des sciences sociales qui utilisent cette méthode ont souvent constaté que l'étude d'un petit nombre de cas pouvait donner naissance à une abondance de nouvelles intuitions, alors que l'étude d'une foule d'autres cas ne suscite que très peu d'idées nouvelles. » (Selltiz et al., 1977 : 7).

Quant à la faible participation, elle peut s'expliquer en partie par les caractéristiques socio-économiques des femmes. L'absence des groupes socio-économiques défavorisés de la population dans les rencontres prénatales a déjà largement été identifiée par les professionnel/les de la santé.

Très tôt après l'implantation des cours prénatals, les planificateurs et les professionnels ont fait le constat suivant : les femmes que l'on percevait comme ayant le plus avantage à s'y inscrire, c'est-à-dire les femmes démunies, les pauvres, le 10 à 20% de la population qui vit en marge de la société, n'étaient pas au rendez-vous. (Martin, 1983 : 7).

Malgré ces limites, on verra dans les pages qui suivent qu'il est possible de mettre en évidence d'importantes différences entre les modèles véhiculés par le CLSC de l'étude et ceux des rencontres prénatales reliées directement au mouvement d'humanisation. La nature et le contenu exacts de ces différences ne pourraient toutefois être compris en profondeur que par une recherche réalisée avec des groupes plus larges.

LES RENCONTRES PRÉNATALES DU CLSC : QUELQUES THÈMES PRÉDOMINANTS

L'analyse de contenu a permis de montrer que les rencontres prénatales du CLSC peuvent être vues comme un ensemble de règles de conduite, de principes d'actions et de prescriptions, certaines étant adressées à la femme et d'autres à l'homme. Elles présentent par ailleurs des caractéristiques générales communes,

dont l'utilisation explicite ou implicite d'un savoir scientifique comme justification rationnelle et la limitation donnée à l'information nécessaire à l'induction des comportements souhaités par la responsable de la part des femmes.

Je relèverai tout d'abord certaines des prescriptions et règles de conduite illustrant bien le type de définition donnée de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance puis permettant de présenter les rencontres prénatales du CLSC de l'étude comme un lieu de socialisation au milieu hospitalier, ainsi qu'aux rôles parentaux de mère et de père. Les conceptions de l'autonomie des femmes et de la douleur retiendront également mon attention.

La grossesse : des prescriptions alimentaires

Les prescriptions alimentaires occupent une place prépondérante dans les rencontres prénatales étudiées. « L'alimentation de la femme enceinte » est le deuxième thème abordé, mais il en est question de la première à la dernière rencontre, comme en témoignent la pesée des femmes, les collations et les questions exposées par les participantes. L'insistance de l'animatrice peut également être attribuée en partie aux particularités de la population, dont les habitudes alimentaires sont désignées comme « malsaines » par plusieurs études ainsi que par le milieu des intervenants en santé.

Tout d'abord, il faut préciser que les prescriptions alimentaires sont exclusivement adressées à la femme enceinte. Il lui est demandé d'adopter certains comportements durant sa grossesse, soient l'absorption d'une quantité quotidienne de protéines, de calcium, de vitamines, et la réduction de la consommation de produits qualifiés de toxiques et néfastes pour le développement du fœtus tels l'alcool, le tabac, les chips, le coke, etc.

À l'aide d'un tableau, la personne-ressource de cette rencontre prénatale, une nutritionniste, montre aux femmes comment se répartit leur prise de poids pour un bébé moyen de 7,5 lb, tout en précisant que le « poids est le meilleur indice de santé à la naissance ». Le poids est présenté comme le principal déterminant de la santé physique et mentale de l'enfant qui semble s'acquérir par le seul respect par la mère des prescriptions et des interdits alimentaires. L'énoncé de ces prescrip-

tions et de ces interdits procède par une simplification des facteurs déterminants de la santé. Il est renforcé par l'utilisation d'un langage scientifique qui intègre la puissance statistique du chiffre magique et l'utilise avec un registre dramatique d'expressions telles que le « pire mois », « le taux de mortalité », une « livre en moins », des « millions de cellules nerveuses en moins », etc. Il procède aussi par une certaine culpabilisation de la mère, qui apparaît comme la principale responsable des handicaps physique et mental non seulement du bébé mais de l'individu, de l'être humain adulte.

Ces prescriptions et ces interdits sont présentés par le discours prénatal comme une contrainte à laquelle la femme doit se soumettre, et suggère, de sa part, l'abandon « de mauvaises choses » pour « de bonnes choses ». « Ce n'est pas facile, dira la nutritionniste, on a des goûts, mais ce ne sont pas toujours des goûts pour des bonnes choses. Changer sa façon de manger trois fois par jour pendant neuf mois n'est pas facile. » (Rencontre 2). Les changements sont nécessaires et difficiles à effectuer ; ils demandent aussi privation et abandon de normes sociales comme celles, très importantes, qui définissent l'image corporelle féminine.

Par ailleurs, les femmes enceintes semblent reconnaître la déficience de leurs habitudes alimentaires et la nécessité de changement « dans un but louable » (Élaine ¹³⁶, rencontre 2). « ... Je mange trois fois par jour des choses bonnes, avant je ne mangeais pas de bonnes choses... J'ai toujours faim, j'ai tellement peur d'être sous-alimentée que je suis suralimentée, je mange moins de chips et de liqueurs. » Notons que la plupart de ces femmes enceintes rencontrent la nutritionniste régulièrement en consultation individuelle, ce qui, à mon avis, renforce en partie l'acceptation de leurs « mauvais » comportements. Elles perçoivent aussi la transformation de leur image corporelle comme pénible et contraignante, accompagnée d'un sentiment d'être laide et de mauvaise humeur. Il est alors répondu aux participantes que même si une femme a pris 25 livres dans les premiers mois de la grossesse, il faut qu'elle continue à en prendre régulièrement parce que « les protéines ne se mettent pas en réserve » et que comme « les cellules nerveuses se développent dans les trois derniers mois de la grossesse, il faut donc manger beaucoup. » (Nutritionniste, rencontre 2). Difficile passage d'un rôle social à un

¹³⁶ Pour des raisons de confidentialité, il s'agira toujours de noms fictifs quand je ferai référence aux femmes.

autre, auquel il semble que la rencontre prénatale de notre étude réponde d'abord par une standardisation des comportements en fonction d'une norme sanitaire qui réduit le développement du fœtus à des composantes physiologiques.

L'alimentation semble donc être le lieu autour duquel se cristallisent tout le déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant. Survalorisé par le discours prénatal, il paraît occulter d'autres aspects de l'expérience, comme les facteurs socio-économiques et affectifs de l'environnement des femmes enceintes.

En accord avec Ann Oakley, l'analyse des prescriptions et interdits alimentaires des rencontres prénatales de l'étude montre comment :

la responsabilité maternelle (...) est souvent transformée subtilement en un sentiment de culpabilité maternel. Si on veut voir cela de façon grossière, l'argument semble souvent être que les *bébés meurent* parce que les mères les exposent en fumant trop ou en choisissant une mauvaise diète. (Oakley et al., 1980 : 11, traduction libre)

Comme on vient de le voir avec l'exemple de l'alimentation de la femme enceinte, les prescriptions que l'on retrouve également à propos de l'accouchement et des soins à donner à l'enfant suggèrent des comportements et tentent d'organiser des conduites.

L'apprentissage des rôles parentaux

Dans le contexte où, comme le souligne Pernoud (1981), l'expérience de « l'accouchement et l'éducation des enfants passent par les discours scientifiques », les rencontres prénatales apparaissent alors comme un lieu important d'apprentissage.

Tout au long des rencontres prénatales sont présentés des modèles d'accouchement et de rôles parentaux par des moyens tels que des films, de la documentation et des présentations théoriques effectuées par l'animatrice ou par des personnes ressources.

Le type de socialisation aux rôles parentaux présent dans les rencontres observées pendant l'étude semble être assez semblable à celui prôné dans l'ensemble

des rencontres prénatales des divers CLSC du Québec. En effet, même s'il existe une variation locale remarquable dans la forme, la documentation distribuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans tous les CLSC ou presque, et utilisée par les animatrices, est la même pour toute la population.

Dans les rencontres prénatales, la socialisation aux rôles parentaux montre une mère et un père considérés de points de vue différents : la mère appartient à l'ordre du biologique, tandis que le père relève du social.

Le passage au rôle de mère

La grossesse est principalement définie par une série de transformations physiques souvent perçues comme contraignantes. Les diverses intervenantes et les participantes y reconnaissent des malaises, des maux de dos, des problèmes de respiration, de circulation sanguine, de perte d'appétit ou encore des sensations d'être handicapée, d'avoir trop ou pas assez de sommeil, etc. Ces transformations sont exprimées à l'intérieur d'une dépréciation de l'image du corps, d'une réduction de l'activité et d'une perception de handicap, de diminution de la mobilité, du temps de travail ou de la qualité de présence du mari. Au cours des entrevues, les femmes ont dit éprouver leur état d'isolement et de contrainte physique dès le premier mois de leur grossesse.

Françoise :

Ça a été dur, j'ai été *bien malade*, ça n'a pas aidé... *Je ne me sentais pas bien, je ne sortais pas, j'avais de la misère à aller jusqu'au coin, j'étais morte... j'aurais dormi tout le temps, je n'avais pas de patience, c'était fatigant.*

Laurence :

J'avais mes menstruations quand même, il fallait que je reste couchée, j'avais bien mal au dos.

Rachel :

J'ai été *bien malade... Quand* on est à notre premier bébé, on ne sait pas à quoi s'attendre. On ne prévoit rien, on dit ça va bien. Quand ça va mal, on dit ça va aller mieux bientôt, on ne s'apitoie pas trop sur notre sort. Au premier, j'avais eu des nausées et des vomissements, mais finalement, j'ai passé à travers... Cet été, j'ai eu des nausées, puis en septembre, les vomissements ont commencé. En janvier, ça allait mieux, *quoique j'ai eu* toutes sortes de problèmes que je n'avais pas eus au premier.

Michèle :

Enceinte, je me sens pas capable de faire des exercices. Je n'aurais plus été capable de faire le reste de ma *journée... Je* me sens dans un état de faiblesse alors que *d'habitude, je* suis en santé... *Les trois* premiers mois, j'ai fait beaucoup d'indigestions ; j'ai perdu ma bonne *humeur*.

Marline :

Les premiers mois, j'ai trouvé ça *dur, je* pleurais... Ce que j'ai trouvé de plus dur, c'est le *changement en nous. Le* changement dans notre corps, puis je ne me trouvais pas *belle, j'ai* trouvé que j'avais engraisé.

La perception que les femmes de l'étude ont d'elles-mêmes me semble bien s'intégrer dans une représentation sociale plus large de la grossesse et de l'accouchement connus et traités comme des pathologies, comme en témoignent les caractéristiques de service et les soins entourant ces événements.

La réponse dominante de l'intervenante du CLSC face à la manifestation d'anxiété des femmes puise souvent dans l'ordre du biologique. Utilisant un procédé de dramatisation ou l'énoncé de statistiques, elle encourage la femme enceinte à continuer à respecter les prescriptions alimentaires, et à laisser de côté l'image sexuelle attrayante de la femme mince et séduisante, pour se consacrer à la maternité. « Bonne mère en santé, épanouie par et pour le bébé, elle doit s'abandonner au seul souci de mettre au monde un enfant en santé » (Robitaille, 1981 : 44).

La responsabilité maternelle

C'est dans ce contexte, où la responsabilité et la culpabilité maternelles s'entremêlent et se confondent, qu'est introduite l'éducation des enfants. Là encore, tout semble s'apprendre à partir des théories scientifiques. La rencontre sur le développement de l'enfant est celle où fut distribué le plus grand nombre de brochures. La mère y est présentée comme l'élément déterminant pour l'acquisition du processus d'autonomie de l'enfant. Elle favorisera ce développement par l'écoute, la tendresse, l'initiation et la stimulation. La personne ressource de cette rencontre, une psychologue, explique l'importance de cette stimulation auditive, visuelle et sensitive.

La mère devra posséder certaines compétences et savoir reconnaître les différentes phases de développement de son enfant. Il faut qu'il passe par toutes ces étapes, il faut respecter la progression, ne pas aller plus vite que lui... C'est important de respecter le caractère de l'enfant. M. Lemoine-Duthel, psychologue, dont un texte est distribué à cette rencontre, conseille la mère :

C'est par vos réponses à ses cris, hurlements, bruits qu'il émet que votre bébé sera encouragé à élaborer de nouveaux sons, à leur donner de plus en plus de signification (selon vos réponses) et bientôt à parler pour communiquer avec vous... Au niveau du langage, votre rôle est de premier plan. C'est en vous entendant parler que votre bébé parlera un jour à son tour. Il importe donc de le stimuler, de stimuler son sens de l'audition en lui parlant souvent, en lui faisant entendre des musiques aux rythmes variés lorsqu'il est en période d'éveil (...).

Les éléments d'information et les outils pédagogiques utilisés convergent vers une représentation de la mère responsable du devenir de l'enfant.

Malgré un souci réel de déculpabilisation de la part de l'animatrice, la culpabilité et la responsabilité maternelles semblent donc être peu dissociées et les rôles de la mère s'apprennent à partir de théories scientifiques, véhiculant des normes et des valeurs et s'inscrivant dans des rapports sociaux précis. Il est remarquable de noter que les rencontres prénatales de l'étude qui favorisent le partage d'expérience comme techniques d'apprentissage privilégient l'expertise d'une psychologue plutôt que celle d'une mère ou d'un père comme personne ressource pour aborder le développement de l'enfant et le rôle des parents.

Qu'en est-il du rôle du père dans ce processus où la grossesse est définie essentiellement comme féminine et l'éducation des enfants comme une responsabilité maternelle, donnée immédiate semble-t-il de la féminité ?

Le père

Il faut noter que seulement deux hommes ont assisté à la série de rencontres de l'étude. Les caractéristiques économiques et socio-culturelles de la population ont certainement, là aussi, joué un rôle important dans cette absence. Par ailleurs, la volonté de l'animatrice de « faire participer les pères » était très réelle. Je mentionnerai toutefois ici que la participation suggérée de l'homme pendant la grossesse, puis l'accouchement et pour l'éducation des enfants m'est apparue presque toujours médiatisée par la mère, véritable relais entre l'enfant et son environnement physique et social.

En conséquence, pendant la grossesse, peu de prescriptions sont adressées au père. Ce dernier étant exclu du processus physiologique, ses comportements ne sont en effet pas perçus comme pouvant influencer l'état de santé de l'enfant. Les changements qu'il peut vivre sont une conséquence des transformations de sa femme. Lors de la rencontre sur « l'hygiène de la grossesse », une technique d'animation est utilisée pour permettre aux femmes de parler de leur expérience de grossesse dans des dimensions psychologiques, affectives, sociales et sexuelles. Quant aux hommes, il leur est demandé de parler de l'impact qu'ils ressentent des transformations vécues par leur femme dans leur quotidienneté.

Il semble ici que l'interprétation biomédicale ne reconnaisse pas de manifestations propres à la paternité pendant la période de la grossesse, ce que G. Delaisi de Parseval (1981) a qualifié de « déni » de la paternité. Il faut par contre noter que l'intégration de thèmes psycho-sexuels dans les rencontres permet de déceler l'émergence de représentations où la grossesse ne serait plus uniquement considérée d'un point de vue biologique.

Le même schéma explicatif peut s'appliquer à l'étape de l'accouchement. La présence du père demeure souhaitée et est encouragée mais là encore, il n'existe pas de théories scientifiques justifiant des pratiques où un rôle lui serait attribué,

contrairement à la femme. La rencontre sur le développement de l'enfant illustre également particulièrement bien ce déni « scientifique » de la paternité. Alors que la documentation sur le sujet montre une femme apprenant l'élevage des enfants dans un contexte où en éducation tout s'apprend, la psychologue M. Lemoyne-Duthel explique, suite à l'énoncé d'une série de prescriptions adressées à la femme, que « le rôle de l'homme s'apprend par la pratique, et il faut éviter une erreur trop fréquente qui est celle des pères n'intervenant dans la vie de leurs enfants que lorsque ceux-ci sont devenus grands et que leur développement est achevé à 50%. »

Mon exposé m'amène ici à conclure avec G. Delaisi de Parseval que :

l'idéologie implicite dans le discours sur la contraception, la naissance et la puériculture, privilégie grossesse, accouchement, allaitement, relations mère-enfant dans les premières années pour y voir des moments essentiels - et essentiellement féminins - l'homme, le père, restant « quantité négligeable » pendant toute cette période (Delaisi de Parseval, 1979 : 17).

L'AUTONOMIE ET LA DOULEUR : L'INFLUENCE DE CERTAINS COURANTS SOCIAUX DANS LES RENCONTRES PRÉNATALES

Les rencontres prénatales de l'étude sont actuellement traversées par différents courants sociaux qui y génèrent une dynamique particulière et donnent, entre autres, un sens particulier à la notion d'autonomie et au phénomène de la douleur lors de l'accouchement.

Un bref historique

C'est dans les années 60-70, comme le précise H. Lévesque, que prend forme un véritable courant féministe d'autosanté en Amérique du Nord, sur la base de grands principes reconnus par l'ensemble des groupes :

... *démédicalisation de l'approche de la santé, réappropriation du corps, mise en circulation de l'information, multiplication des solutions autres que médicales permettant aux femmes un véritable choix, présence accrue des femmes au niveau décisionnel dans les réseaux d'aide sociale (...) et enfin développement de mécanismes autonomes d'intervention féministe dans le domaine de la santé.* (Lévesque, 1982 : 18).

Quant au mouvement québécois d'humanisation de la naissance, il émerge en partie de ce même courant féministe d'autosanté. Jalonné d'abord d'actions locales et composé essentiellement d'utilisatrices des services de santé en périnatalité, il se généralise en 1981 à travers toute la province à partir des colloques *Accoucher ou se faire accoucher*. Regroupés dans l'association provinciale *Naissance-Renaissance*, les groupes locaux d'humanisation revendiquent des améliorations dans les services existants, notamment la *démédicalisation des soins* et l'*humanisation des services* et parallèlement, le développement de nouvelles pratiques dans le domaine de la maternité, par la *légalisation de la profession de sage-femme*, la création de maisons de naissance autonomes ¹³⁷ au Québec.

La vague d'humanisation se répand également dans les milieux institutionnels de la santé. Depuis le début des années 80, de plus en plus d'intervenantes questionnent leurs pratiques dans le domaine de la périnatalité et reconsidèrent certaines de leurs attitudes. C'est le cas de l'animatrice des rencontres prénatales de l'étude.

Consciente des inégalités sociales entre les sexes et de l'emprise du pouvoir médical sur le corps des femmes, elle qualifie son rôle auprès des femmes « d'éveil » et de « questionnement ». Par le biais de l'information et du partage d'expériences, elle souhaite leur faire prendre conscience de leurs « capacités » et les aider à développer leur « confiance » en elles.

¹³⁷ Depuis 1981, plusieurs groupes et organismes revendiquent l'implantation de maisons de naissance. Dans le cadre d'une collaboration avec la Direction générale de la santé de Montréal, le comité *Maison de Naissance de Montréal* dépose en octobre 1985, un Programme fonctionnel et technique de centre de maternité : un projet pilote pour Montréal. Un projet similaire est à l'étude au Conseil régional des services sociaux et de santé de l'Outaouais (CRSSSO).

Comment se manifestent ces différents mouvements sociaux dans les propositions faites aux femmes durant la série de rencontres prénatales observée ? Les conceptions et les prescriptions liées à l'autonomie et à la douleur me semblent particulièrement bien illustrer l'influence de ces courants.

L'autonomie

L'accomplissement d'un accouchement sans intervention médicale inutile et l'autonomie en regard des soins liés à cet événement constituent un des objectifs de l'animatrice. Considérant celui-ci comme une réalisation propre à la femme, elle l'invite à prendre la parole face à son médecin et à devenir sujet de son accouchement en posant des choix concernant certaines interventions médicales.

J'essaie de les rendre conscientes que c'est leur accouchement qu'elles ont à vivre, il n'y a personne autour pour les diriger, leur dire quoi faire.

Étant la principale concernée, la femme doit déterminer ce qui va se produire et prendre le contrôle de certaines sphères, élargissant ainsi son degré de maîtrise. Par l'exercice de son pouvoir de décision, la femme développera sa compétence à intervenir sur sa vie en général et sur sa santé.

Quant à l'éducation de l'enfant, l'animatrice et la psychologue, personnes ressources abordant ce thème, suggèrent aussi l'autonomie de la mère. Elle est ici synonyme d'indépendance et de distance physique. Les moyens proposés sont entre autres l'appropriation d'un espace physique et temporel comme la chambre privée ou la mise en garderie.

L'autonomie passe aussi par une transformation de la division sexuelle du travail. Les questions posées veulent faire réfléchir les femmes sur leur rôle de mère et d'épouse et les amener à considérer l'importance de la participation du mari au travail domestique. Toujours conformément aux objectifs d'autonomie et de diminution du sexisme dans les rapports sociaux, il s'agit également d'apporter des nuances dans les conceptions de l'amour maternel instinctif, en expliquant que l'enfant a son propre caractère à la naissance et que « la mère n'est pas toujours

responsable de ses réactions quand il pleure : ce n'est pas toujours de votre faute... ce n'est pas toujours relié à vous. » (Psychologue, rencontre 12).

Les conceptions précédemment citées font appel à des attitudes telles que la reconnaissance de la compétence des femmes et la confiance en leurs capacités à comprendre et à changer les facteurs qui influent sur la santé.

D'après l'analyse des données recueillies, il apparaît que de nombreux éléments du discours prénatal s'opposent. Au concept d'autonomie, de capacité et de responsabilité peuvent être associés ceux de culpabilité comme je l'ai précédemment montré. Les transmissions de messages sanitaires sous forme de prescriptions et d'interdits sont souvent culpabilisantes.

À l'encouragement de la recherche de l'autonomie s'oppose aussi le sens du sacrifice qui est demandé à la mère. Je l'ai déjà mentionné, c'est par le dévouement et le renoncement à certains attributs physiques, par exemple, que la femme mettra au monde puis élèvera des enfants en santé. Ainsi, comme le dit Jaubert (1982), l'idéologie de la « bonne mère » persiste.

Par ailleurs, le choix des personnes ressources proposées durant le cours, expertes et professionnelles, témoigne en partie d'une non-reconnaissance du savoir des femmes et met en évidence le fait que les rencontres prénatales demeurent un lieu de diffusion du savoir scientifique. La rencontre sur l'allaitement est la seule où une mère et son conjoint aient agi comme personnes ressources.

D'autre part, l'acceptation et la valorisation des différences individuelles utilisant une terminologie telle que : On ne peut rien vous imposer, ça dépend de chacune, c'est comme vous vous sentez, contredisent l'incitation à des comportements standardisés et l'utilisation du ton fréquemment impératif vous devez, il faut, etc. Cette incitation est ressentie par certaines femmes comme une obligation détournée comme c'est le cas pour l'allaitement. Lorraine : Est-ce que vous obligez à allaiter ? Ou par l'acceptation sans opposition de leurs comportements, qualifiés de déviants.

La douleur

Ces dernières années, de nombreuses recherches ont abordé le phénomène de la douleur.

Production sociale, biologique ou encore construction bioculturelle, il demeure mal compris par les savants biomédicaux qui ne savent toujours pas avec précision ce qui provoque la douleur, pas plus qu'ils ne comprennent pleinement son système de communication entre le corps et l'esprit. (Capra, 1981 : 22).

Comment les rencontres prénatales de l'étude interprètent-elles ce phénomène dans la problématique de la grossesse, l'accouchement et la naissance ?

L'analyse du contenu des rencontres met en évidence l'absence quasi totale de mots comme « douleur » ou « souffrance » dans le vocabulaire des différentes intervenantes. Les rencontres sur le travail et l'accouchement donnent lieu à une description du processus physiologique des contractions qualifiées selon leur intensité de « longues » et de « fortes ». L'approche descriptive et informative utilisée ici repose sur la croyance que l'information développe la connaissance. Elle permet la diminution de la part de l'inconnu considéré comme générateur de peur et d'angoisse.

Le point de départ, c'est de donner un maximum d'information. Plus la femme est renseignée plus elle va connaître son corps, mieux elle va se connaître, mieux elle va accoucher, moins elle va avoir peur, plus elle va être calme. (Animatrice - entrevue).

Même si cela n'est jamais clairement dit, la douleur est principalement considérée comme une conséquence de la peur et de l'ignorance. Contrairement au modèle médical, qui propose sa suppression par des procédés médicamenteux, sa disparition passe ici par la maîtrise de soi, se rapprochant en cela de la méthode psychoprophylactique. Dans un souci de démedicalisation et de prise en charge, il est proposé aux femmes de refuser les solutions pharmacologiques. Mais qu'en est-il de l'expérience de la douleur que les femmes ressentent toutes avec plus ou moins d'intensité lors de leur accouchement ? Banaliser le phénomène et le rédui-

re à ses seules composantes psychosociales en qualifiant la douleur de « peurs » ne risque-t-il pas de rendre les femmes responsables, voir même coupables de leur souffrance, et ce dans un contexte sociétal où la douleur est perçue comme une valeur négative ? Est-il nécessaire de présenter un accouchement sans souffrance pour rejeter la maxime de la Bible « tu enfanteras dans la douleur » ? Les rencontres ne devraient-elles pas spécifiquement aborder le phénomène réel et concret de la douleur, ses composantes, les variations individuelles, les facteurs susceptibles de l'augmenter ou de la diminuer, les moyens de la contrôler, etc. ?

Étant donné que je viens d'observer quelques manifestations de courants sociaux féministes d'autosanté et d'humanisation de la naissance dans la redéfinition de certains éléments constituant la grossesse, l'accouchement et l'éducation de l'enfant, je poursuivrai en tentant de préciser quelques conceptions entourant la maternité et la paternité dans des rencontres prénatales issues du mouvement d'humanisation et animées par des sages-femmes praticiennes ou émanant de la philosophie du yoga.

BRÈVE INCURSION DANS LE MOTEUR DU CHANGEMENT

Une vision holistique

Ces rencontres prénatales proposent généralement une vision que l'on peut qualifier de positive de la grossesse et de l'accouchement. Définis comme des événements normaux de la vie, ils sont considérés comme un temps de bouleversement profond, des moments privilégiés de prise de conscience de ses compétences et de ses ressources tant physiques que psychologiques et spirituelles. La maternité est perçue comme une expérience globale, personnelle, comportant des fortes composantes psychologiques.

L'approche proposée envisage les « rapports intimes corps-émotions » (Brabant, 1984) et relie le déroulement physique du processus à l'état psychologique de la personne et du couple.

La femme enceinte est considérée dans J'ensemble de sa vie, incluant ses émotions, ses relations, son milieu familial et socioculturel... tous ces éléments et la *dynamique qui s'en dégage* sont utilisés pour augmenter la probabilité d'un accouchement normal. (Brabant, 1984 : 24).

Il s'agit là d'une expérience non morcellable qui tient compte de différentes dimensions dont l'aspect biomédical de la grossesse et de l'accouchement ne constitue qu'un élément. Cette expérience s'inscrit en continuité non plus seulement avec l'histoire médicale de la personne mais avec toute son histoire et son être actuel. La compréhension de ces éléments permet ainsi plus justement de tracer, avant terme, un profil de l'accouchement : « chaque femme accouche selon ce qu'elle est, et selon sa capacité à se faire confiance » (Lapchuck, 1985 : 25).

Quant au yoga prénatal, il s'inspire d'une discipline originaire de l'Inde, le yoga qui signifie lien en langue sanskrite. « Tout est relié, voilà la principale notion du yoga. C'est un art de vivre, de vivre en paix avec soi-même en prenant conscience des différents aspects de notre réalité d'être : aspects physique, émotif, mental et spirituel. » (Lapchuck, 1985 : 26). Là encore, c'est bien d'une vision holistique qu'il s'agit, qui affirme une interdépendance du corps et de l'esprit, contrairement au modèle biomédical qui limite et réduit l'explication de la grossesse et de l'accouchement essentiellement aux facteurs biologiques.

Ces rencontres prénatales de yoga, ou celles qui sont animées par des sages-femmes, sont conçues de façon à soutenir une expérience individuelle. Elles aident les parents à se créer une « expérience positive » (Boilard, 1984), à stimuler leur participation en s'adressant à leur responsabilité et à leur créativité. Des techniques visant à augmenter la conscience de soi, telles que la visualisation, la relaxation, les jeux de rôle, les phrases d'affirmation de soi sont largement utilisées. La proposition de prise en charge se traduit aussi par des méthodes physiques de prise de conscience du corps, d'écoute de ses besoins, d'identification de ses limites. L'approche corporelle considère indissociable l'ensemble physique, mental et spirituel de l'être humain.

À cet égard, dans le yoga prénatal, le corps occupe une place particulière. Les nombreuses postures forment un ensemble de gestes et de mouvements accomplis paisiblement au rythme de la respiration et agissant tout autant sur la condition physique que morale et psychique de la personne. Le corps est ici le lieu où s'ini-

tie, se réalise et s'inscrit l'ensemble des expériences. Par le biais de l'expression corporelle, il ne s'agit pas de conditionner ou de préparer le corps à l'effort du travail et de l'accouchement mais de prendre conscience de sa réalité physique et spirituelle actuelle, « vivre le ici-maintenant, parce que le temps présent est le meilleur temps pour choisir et préparer le futur » (Lapchuck, 1985 : 27).

La mère, le père

Ces rencontres s'adressent généralement à la mère comme au père. Les deux parents sont considérés comme des sources privilégiées de renseignements et de connaissances sur le déroulement actuel de la grossesse mais également prévisible de l'accouchement. Attitudes, gestes, propos, relations sociales et sexuelles, conceptions, rêves, etc. sont autant de signes et d'indices valables dont il faut tenir compte. La préparation à l'accouchement repose sur le postulat de la compétence des femmes à mettre au monde les enfants et sur leur capacité à définir leurs propres besoins. La valeur de leur savoir est ici largement prise en compte.

Le yoga prénatal se présente comme un moyen de cheminement personnel autant pour le père que pour la mère : « Les hommes pratiquent les respirations et les postures pour eux-mêmes et non pour seconder leur femme ou leur servir de coach » (Lapchuck, 1985). L'attitude du père vis-à-vis de la mère et de l'enfant à naître, semble d'après certaines études (Dr Verny, cité par Lapchuck, 1985) influencer le développement de ce dernier. En fait, selon lui, tout ce qui est susceptible d'avoir une influence sur la mère atteint l'enfant. Ce type de rencontres prénatales souligne ainsi le rôle de l'environnement social et affectif, économique et culturel dans le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'éducation des enfants. L'intervention demeure cependant personnalisée, adressée à la femme et à son conjoint.

Les rencontres préparent également à l'accueil de l'enfant, considéré comme déjà présent, sensible, conscient et actif pendant la grossesse, ainsi que perméable à l'environnement de la mère. Ces conceptions reposent sur un certain nombre de découvertes et d'expériences sur la vie de l'enfant avant la naissance et de l'impact de cette dernière sur son comportement ultérieur. La santé de l'enfant ne se mesure plus ici en terme de poids et de respect de comportements alimentaires mater-

nels ; les causes sont plus variées et la mère n'apparaît plus comme l'unique responsable.

L'effort de déculpabilisation observé dans les rencontres prénatales du CLSC repose ici plus amplement sur une confiance dans les compétences des femmes et également sur la façon dont l'animatrice, sage-femme ou professeur de yoga, définit son rôle.

L'animatrice

Elle se perçoit en effet d'abord comme une assistante et une accompagnatrice. Dans le cas de la sage-femme, bien que la connaissance scientifique occupe une place déterminante dans son savoir, son expertise tient également à son expérience personnelle de vie ou de maternité.

La démarche de l'animatrice avec les femmes et les parents s'inscrit dans les limites de sa propre démarche individuelle. « Elle ne peut offrir plus qu'elle, ne possède » (Brabant, 1984 : 29), pas plus qu'elle ne peut forcer le choix des parents. Elle s'estime souvent comme un témoin privilégié des transformations de chacun/e et considère les participant/es comme sujets d'une réalité présente et actuelle ainsi que d'un devenir et ne les perçoit pas comme des objets de soins ou de surveillance. La relation professionnelle-cliente est plus de type horizontal et l'expertise des femmes et des parents reconnue, encouragée et valorisée.

La douleur

Accoucher est douloureux et seule une préparation réaliste, qui aborde les composantes socio-culturelles, physiologiques de la douleur et l'expérience intime des femmes peut aider à la supporter. Nommée comme partie intégrale de l'expérience humaine, elle est considérée comme ne dépassant généralement pas les capacités de la femme qui accouche. Contrairement au déni remarquable dans les cours prénatals des CLSC, elle est largement abordée dans les rencontres avec

sages-femmes : modèle culturel, sens de la douleur, physiologie, soutien, ressources personnelles, etc.

Ces rencontres ne proposent pas de supprimer la douleur, comme dans la préparation à l'accouchement sans douleur du docteur Lamaze, mais d'en modifier l'intensité en intervenant sur certaines de ces causes :

Parmi les facteurs qui augmentent notre perception de la douleur, on retrouve la peur, le stress mental, la tension, la fatigue, le froid, la faim, la solitude, le bouleversement émotif, l'ignorance de ce qui se passe, un environnement étranger et le fait d'appréhender les contractions. (Brabant, 1986 : 30).

Là encore les facteurs psychologiques dominant dans l'explication de la souffrance des femmes mais ils n'en constituent cependant pas la cause première. Les conditions humaines et environnementales dans lesquelles se déroulent les accouchements ont leur part de responsabilité dans l'intensité de la douleur ressentie par les femmes.

Par ailleurs, les notions d'expérience et de variation individuelle sont largement considérées dans l'explication du phénomène de la douleur. Tout comme le déroulement de la grossesse et de l'accouchement s'inscrivent en continuité avec l'histoire globale de la personne, l'expérience de la douleur à l'accouchement appartient aussi à la façon habituelle de l'appréhender.

Pendant les rencontres prénatales, des exercices sont proposés pour permettre la prise de conscience des croyances et des automatismes agissant sur la douleur. Il peut s'agir, par des techniques de visualisation ou des jeux, de se remémorer une situation de douleur physique et de s'interroger sur la façon dont elle s'est manifestée, retrouver les émotions ressenties, les besoins suscités alors, la recherche d'aide, le soutien reçu, etc. « Ces jeux sont particulièrement intéressants pour la femme qui va accoucher, mais aussi pour tous ceux qui l'entourent » (Brabant, 1986 : 31). Les réactions face à la douleur, ressenties par la femme et son attitude vis-à-vis de cette dernière sont directement reliées à sa façon habituelle de la concevoir et de la vivre.

L'approche de la douleur reconnaît donc l'expérience des femmes lors de leur accouchement et sans la nier, la rejeter ou la supprimer suggère des moyens pour

en diminuer l'intensité en intervenant sur ses causes plutôt que sur ses manifestations.

CONCLUSION

Les rencontres prénatales des CLSC constituent d'importants lieux de socialisation aux rôles parentaux et de conditionnement à l'accouchement en milieu hospitalier. Leur proposition d'autonomie et de contrôle de la douleur demeure inscrite dans une conception biomédicale de la grossesse et de l'accouchement, conception qui constitue l'armature interne et le schème organisateur de la pratique d'intervenantes des CLSC. L'approche globale qui commence à y être suggérée depuis quelques années y est encore peu développée, comparativement à celle que l'on retrouve dans les rencontres prénatales données par des sages-femmes praticiennes. À cet égard, il serait intéressant de poursuivre l'analyse initiée ici afin de mieux saisir l'ensemble des conceptions sur lesquelles reposent ce type de rencontres ainsi que son discours sur les rapports sociaux de sexe et son rapport à l'approche biomédicale dominante.

RÉFÉRENCES

Bernier, Bernard, « Anthropologie et intervention sociale ». ASCALF : colloque 1981, *L'intervention sociale*, Éditions Saint-Martin, 1981.

Blanchet, Madeleine et Madeleine Levasseur, « Dossier périnatalité, bilan et prospective », *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, septembre 1980.

Boilard, Huguette, Synopsis des ateliers, colloque 1984 de Naissance-Renaissance, non publié, 1984.

Brabant, Isabelle, Synopsis des ateliers, colloque 1984 de Naissance-Renaissance, non publié, 1984.

Brabant, Isabelle, « Ne touchez pas à ma douleur », *L'une à l'autre*, vol. 4, n° 1, 1986.

Capra, Fritjof, *Le temps du changement*, Seuil, 1981.

Coquatrix, Nicole, « Interpréter la littérature obstétricale contemporaine », *Anthropologie et sociétés*, vol. 4, n° 2, 1980.

De Koninck, Maria, Saillant, Francine et Lise Dunnigan, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1981.

De Koninck, Maria, *Rapport synthèse : accoucher ou se faire accoucher*, Québec, ASPQ, 1981.

Delaisi De Parseval, Geneviève, *La part du père*, Paris, Seuil, 1981.

Delaisi De Parseval, Geneviève, « Les fées d'aujourd'hui », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 19, 1979.

Godelier, Maurice, « La part d'idéelle du réel : essai sur l'idéologie », *L'Homme*, vol. 18, 1978.

Grenier, D., *Réflexion sur les mesures de rationnement distribuées dans le réseau des Affaires sociales et sur les effets qu'elles entraînent chez les femmes*, Conseil du statut de la femme, Service de la recherche, diffusion restreinte, 1984.

Guyon, Lise, Simard, Roxane, et Louise Nadeau, *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Stanké, 1981.

Jaubert, Marie-Josée, *Les batteurs du mal joli, le mythe de l'accouchement sans douleur*, Bc, Éditions Balland, 1982.

Jordan, Brigitte, *Birth in four cultures : a cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweeden and U.S.A.*, Montréal, Eden Press Women's Publication, 1980.

Lapchuck, F., « Le yoga prénatal : une alternative », *Innovation en pré- et postnatal*, Compte rendu du colloque, CLSC Centre Sud, Montréal, 1985.

Laurendeau, France, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherche sociographique*, vol. 24, n° 2, 1983.

Lemoyne-Duthel, M., « Le développement de l'enfant », *Revue Mon bébé*, 1980.

Lévesque, Hélène, « Le mouvement d'autosanté, miser sur l'autonomie », *La Gazette des femmes*, Service de l'information du Conseil du statut de la femme, vol. 3, n° 7, 1982.

Mathieu, Nicole-Claude, « Paternité biologique, maternité sociale », *Femmes, sexisme et sociétés*, Paris, Éditions Albin Michel, PUF, 1977.

Martin, C. et F. Ouellet, *Les cours prénatals : tendances actuelles et orientations futures*. Document produit dans le cadre des travaux du comité réseau en santé maternelle et infantile, avril 1983.

Michel, Andrée, « Nomadisme, mobilité et statut des femmes », *Femmes, sexisme et sociétés*, Paris, Éditions Albin Michel, PUF, 1977.

Oakley, Ann, MacFarlane, A. et I. Chalmers, "Perinatal Health Services : An Immodest Proposal", *British Medical Journal*, 22 mars 1980.

Pernoud, Laurence. *Il ne fait pas bon être mère*, Paris, Stock, 1981.

Raoul, E., *Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité*, Maloigne.

Renaud, Marc, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique », *Médecine et société des années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981.

Robitaille, S., C'est pour quand ?, *Revue prénatale*, vol. 4, n° 2, septembre 1981. Publications Verreault ltée.

Selltiz, C., Wrightsman, L.S. et S.W. Cook, *Les méthodes de recherche en sciences sociales*, Les Editions HRW, 1977.

Valentini, H. et P. Brière, *Programme fonctionnel et technique de centre de maternité : un projet pilote pour Montréal*, Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux, non publié, 1985.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

A) **Analyses d'expériences alternatives**

15

Les nouveaux pères québécois existent-ils vraiment ?

Par Thomas Antil et Michel O'Neill

LES « NOUVEAUX PÈRES » : UN THÈME IMPORTANT

[Retour à la table des matières](#)

Bon an mal an, au rythme des nouvelles naissances, plusieurs milliers de Québécois ont l'occasion d'actualiser (ou de réactualiser, pour certains d'entre eux) leur rôle de père. Sont-ils des « nouveaux pères » ? Voilà la question à laquelle nous tenterons de répondre dans ce texte.

Soulignons d'entrée de jeu que la place des hommes face à la grossesse, à l'accouchement et au soin des enfants nous intéresse à la fois personnellement et sociologiquement.

Personnellement, d'une part, parce que nous nous sentons impliqués face à ce sujet. L'un d'entre nous milite en effet depuis nombre d'années dans des groupes de nouvelle condition masculine et a déjà produit quelques textes se rapportant à la santé des hommes (Antil, 1984 ; Antil, 1985 ; Antil, 1986). L'autre, quant à lui, est père d'un jeune garçon qui depuis plus de quatre ans a largement (et fort agréablement) changé sa vie ; il s'intéresse depuis plusieurs années aux aspects sociaux de la périnatalité, soit en tant que praticien de la santé communautaire

impliqué dans la mise sur pied de cours prénatals au sein d'un Département de santé communautaire (D.S.C.), soit en tant que membre de l'Association pour la santé publique du Québec (A.S.P.Q.) chargé de diffuser les résultats des fameux colloques *Accoucher ou se faire accoucher*, soit encore en tant que chercheur universitaire ayant réalisé avec deux collègues la première recherche empirique sur la clientèle des sages-femmes québécoises (Saillant et al., 1986), dont un texte du présent livre révèle d'ailleurs les principaux résultats.

Sociologiquement, d'autre part, le phénomène des nouveaux pères nous préoccupe parce que nous croyons qu'il existe et qu'il ne nous semble pas jusqu'à maintenant avoir été étudié de façon un tant soit peu systématique. Comment réagissent ces milliers de Québécois qui ont à faire face, à chaque année, au fait qu'ils seront pères bientôt ? Se sentent-ils « enceints » ? Participent-ils aux cours prénatals, à l'accouchement ? Sont-ils volontairement impliqués ou ont-ils l'impression d'être forcés à jouer des rôles auxquels ils ne se prêtent que superficiellement, pour « acheter la paix », et dont ils se défilent aussi rapidement que possible ? Sont-ils en train de se glorifier de n'accomplir qu'une partie des tâches que les femmes effectuaient « normalement », sans gratification particulière ? Poussent-ils le « cynisme phallocrate » jusqu'à déposséder leurs compagnes de ce qui leur est le plus clairement spécifique : la grossesse et l'accouchement ? Voilà autant de questions qu'il nous apparaît important de soulever, même si nous n'y répondrons pas toutes. Elles rendent un texte sur les nouveaux pères non seulement intéressant mais, à notre point de vue du moins, un complément nécessaire pour avoir un portrait un tant soit peu complet sur ce qui se passe durant les années 80, lorsqu'on parle de grossesse, d'accouchement et de soins aux enfants.

Dans les pages qui suivent, nous nous attachons donc d'abord à montrer qu'au Québec, comme ailleurs dans les sociétés industrielles occidentales, le phénomène des nouveaux pères existe bel et bien depuis quelques années. Pour ce faire, nous replaçons le phénomène dans le contexte de l'évolution des rôles traditionnellement impartis aux hommes et aux femmes, en particulier sous la poussée implacable du féminisme et, dans une moindre mesure, à partir des questionnements que les hommes eux-mêmes ont commencé à échauffer face à leurs rôles.

Dans un deuxième temps, une fois établi que le phénomène des nouveaux pères existe, nous tenterons de le qualifier et de le quantifier. Pour ce faire, nous procéderons en deux étapes, qui constitueront autant de sections du texte. Dans un

premier temps, autour de la question : *Les hommes peuvent-ils être des nouveaux pères ?*, nous nous demanderons si, biologiquement parlant, ils ont la capacité de s'impliquer davantage qu'ils ne le faisaient traditionnellement en regard de la grossesse, de l'accouchement, des soins et de l'éducation des enfants. Dans un second temps, nous tenterons de voir si effectivement, ici comme ailleurs, les hommes sont davantage présents lors de la grossesse, de l'accouchement et, en particulier, au cours de ces longues années où l'on doit s'occuper des enfants une fois qu'ils sont au monde. Pour ce faire, nous tenterons de répondre à la question : Au-delà du discours, les *hommes ont-ils vraiment des comportements de nouveaux pères ?*

En conclusion, nous proposerons notre interprétation de la situation actuelle en montrant qu'au moins deux barrières de taille se dressent devant les hommes qui désirent devenir des nouveaux pères. En prenant pour exemple le vécu périnatal masculin, nous illustrerons finalement comment il nous semblerait extrêmement intéressant d'effectuer des recherches empiriques québécoises sur le phénomène qui nous préoccupe. En effet, comme on pourra le réaliser tout au long du texte, notre compréhension de la question des nouveaux pères au Québec repose en grande partie sur la transposition à notre contexte de données recueillies ailleurs surtout durant la seconde moitié des années 70 ; les études empiriques québécoises dans ce domaine sont à toute fin pratique inexistantes. Notre intention en entreprenant ce texte était donc modeste : poser les premiers jalons d'une problématique de l'importance sociale du phénomène des nouveaux pères au Québec.

L'ÉMERGENCE DES NOUVEAUX PÈRES : UN PHÉNOMÈNE INDÉNIABLE

Mais qu'entendons-nous exactement par « nouveau père » ? Dans le présent texte, nous appellerons nouveaux pères ou pères participants, les *hommes qui* ont décidé, généralement par choix plutôt que par obligation, de consacrer une quantité significative de temps et d'énergie à leur(s) enfant(s), que ce soit durant la grossesse, au moment de l'accouchement ou, en particulier, durant les années subséquentes. Dans cette première section, nous allons donc montrer comment les nouveaux pères sont apparus dans nos sociétés industrialisées occidentales.

*La mise en question du rôle traditionnel du père
dans la famille nucléaire*

Depuis environ une quinzaine d'années, on assiste à une remise en question du rôle traditionnel du père dans les sociétés industrielles. Pendant plusieurs décennies, le rôle principal du père dans la société industrielle a été celui de pourvoyeur. L'homme était responsable du soutien matériel de sa famille pendant que la femme s'occupait de l'éducation des enfants. Pour reprendre la terminologie de Parsons et Bales (1955) qui a marqué fortement la littérature en sociologie de la famille, l'homme jouait alors un rôle instrumental car il était chargé de l'intégration de la famille dans la structure sociale plus large, surtout via sa participation au marché du travail extérieur au foyer. La femme, par contraste, jouait un rôle expressif ; elle s'occupait en effet des besoins internes de la famille, en éduquant les enfants et en fournissant le support émotionnel nécessaire à tous les membres de l'unité familiale.

Selon cette perspective, le père doit par exemple introduire les enfants aux rôles sexués du monde extérieur au foyer, mais il a très peu de responsabilité quant à la prise en charge des besoins quotidiens des enfants. Cette différenciation des rôles parentaux, en deux sphères d'influence distinctes, n'implique toutefois pas comme certains se plaisent à le croire qu'il y a un équilibre du pouvoir dans la famille car, comme certaines études l'ont montré, l'autorité du père pourvoyeur s'étend à la sphère domestique lorsqu'il s'agit de problèmes ou de décisions d'importance concernant l'éducation des enfants alors que l'inverse n'est pas vrai (Polatnick, 1973).

La famille nucléaire caractéristique des sociétés industrialisées, avec sa division entre rôles instrumentaux et expressifs, a souvent été perçue comme « normale », « naturelle ». Cependant, l'origine de ce type de famille est relativement récente et il est bien loin d'être universel ! En effet, bien que les femmes aient dans la plupart des sociétés assumé de façon prédominante la responsabilité des très jeunes enfants, il existe de nombreuses formes d'organisation sociale où la contribution économique des femmes est très importante et d'autres encore où les

hommes jouent un grand rôle dans l'éducation des enfants, en particulier si ces derniers sont des garçons (Lamb, 1982).

C'est au confluent de deux mouvements sociaux que nous semble devoir se situer l'émergence récente de l'intérêt des hommes pour la paternité, émergence qu'il faut donc inscrire dans le contexte plus vaste de la remise en question des rôles traditionnels du couple dans la famille nucléaire. Le premier de ces mouvements, véritable lame de fond de l'évolution récente des sociétés industrielles, est bien entendu le féminisme. Le second, dont l'importance est jusqu'à maintenant beaucoup plus marginale et qui est né en partie spontanément, mais surtout en réaction parfois empathique et parfois défensive au féminisme, est le mouvement de la « nouvelle condition masculine ».

Le féminisme

Retracer ici en détail l'histoire de l'influence du féminisme québécois sur l'évolution des rôles sexuels est impossible. Plusieurs ouvrages récents posent d'ailleurs d'excellents jalons à ce propos (Dumont-Johnson, 1971 ; Brodeur et al., 1979 ; Collectif Clio, 1982 ; Gagnon, 1983 ; Vandelac et al., 1985 ; etc.), de même que certains périodiques dont *La vie en rose* demeure le fer de lance. Deux des éléments majeurs entraînant une redéfinition des rôles qu'il nous semble cependant important de souligner ici, et sur lesquels le féminisme a eu une incidence considérable, sont l'entrée massive des femmes sur le marché du travail extérieur au foyer et l'éclatement de la famille nucléaire.

En effet, depuis une vingtaine d'années, le partage habituel des rôles dans la famille nucléaire des sociétés industrialisées a été fortement remis en cause par l'entrée massive des femmes sur le marché du travail. Par exemple, entre 1961 et 1983, le taux d'activité des Québécoises est passé de 28% à 48% (Vandelac et al., 1985). De fait, la famille nucléaire traditionnelle où le père travaille à l'extérieur et où la mère s'occupe uniquement des enfants et des tâches ménagères est devenue de plus en plus rare ; cela se manifeste à la fois par l'augmentation des familles monoparentales et par le nombre de familles où les deux parents travaillent à l'extérieur. On avait déjà noté en 1972, aux États-Unis, que seulement 30% des familles répondaient au stéréotype de la famille nucléaire classique (Russel,

1983) ; selon Toffler, à l'orée des années 1980, seulement 7% des Américain/es vivaient encore dans une famille de ce type (Toffler, 1980) !

Disponibilité de moyens contraceptifs efficaces, désir d'indépendance financière, accès généralisé au système d'éducation et à l'université, sécularisation de la société entraînant la quasi-disparition de la mainmise de l'Église sur la reproduction, etc. : les facteurs expliquant l'évolution récente des femmes québécoises sont nombreux et complexes. Ils ont tous participé à leur manière à la redéfinition des rôles respectifs des hommes et des femmes et ne sont sans doute pas étrangers à la naissance, ici comme ailleurs, d'un mouvement axé sur une nouvelle vision de la condition masculine. Certaines féministes, tentant théoriquement d'intégrer plutôt que de rejeter la maternité, en sont même venues à se pencher de manière très intéressante sur la paternité, tel qu'en témoigne une section complète d'un livre récent sur la maternité (De Vilaine et al., 1986).

La « nouvelle condition masculine »

En parallèle, et certainement en bonne partie en réaction aux changements dans les rôles féminins, certains hommes ont donc commencé à s'interroger sur les contraintes que pose le rôle traditionnel masculin, avec son orientation d'abord instrumentale. À travers des groupes où l'on s'aide mutuellement à affronter des situations auparavant peu fréquentes (associations d'hommes séparés ou divorcés ou d'hommes revendiquant la garde de leur/s enfant/s, par exemple), ou encore dans des groupes de réflexion sur la condition masculine, ces hommes ont commencé à s'interroger sur des sujets tels le rapport au travail, la sexualité masculine, l'amitié entre hommes, le rapport aux femmes, l'égalité sexuelle, etc. Plusieurs écrits commencent d'ailleurs à faire écho à ces démarches, ici comme dans d'autres pays industrialisés occidentaux (Pleck, 1974 et 1982 ; Fasteau, 1974 ; Falconnet, 1977 ; de Fontenay, 1980 ; la revue québécoise Hom-Info ; Meunier, 1986 ; Pouliot, 1986 ; etc.).

Dans ces groupes, on essaie de développer une nouvelle conception de la masculinité moins basée sur la domination et la compétition et davantage ouverte aux dimensions affectives. Un aspect central des remises en cause de ce mouvement est le rôle paternel tel que vécu traditionnellement dans la famille nucléaire

par les hommes, dont on souhaite qu'ils apprennent à se délivrer du pouvoir dans lequel ce rôle les embrigade (Champagne-Gilbert, 1980). On se plaint en effet de la pauvreté quantitative et qualitative des contacts entre pères et enfants (de Fontenay, 1985) ; plusieurs hommes souhaitent maintenant s'impliquer davantage face à ces derniers et apprendre à développer leurs qualités « nourricières ». Dans la même foulée, d'autres croient que le partage de l'éducation des enfants avec leur compagne est nécessaire pour permettre aux femmes d'accéder à une vraie égalité sociale et économique, tel que le souligne par exemple Vigneault (1986).

Nous assistons donc depuis quelques années à la naissance d'un nouveau discours sur la paternité, discours qui aborde des thèmes tels la participation accrue des hommes aux cours prénatals et à l'accouchement (CLSC Centre-Sud, 1985), ou encore les revendications pour l'obtention de la garde partagée des enfants lors d'un divorce (*Hom-Info*, 1984, 4, 4).

La modification des images paternelles dans la réclame publicitaire (Meunier, 1986), l'existence de débats publics ou de reportages sur les nouveaux pères, en particulier lors des célébrations de la journée internationale des femmes chaque 8 mars (Pouliot, 1986 ; Radio-Québec, 1986), la parution d'articles de magazines (par exemple, Montplaisir, 1986), la publication récente d'une pléthore de livres-guides pour les nouveaux pères (par exemple : Biller et Meredith, 1974 ; Pratte-Marchessault, 1977 ; Bittman et Rosenberg-Zalk, 1978 ; Gresh, 1982 ; Groupe de recherche périnatale, 1982 ; etc.) : voilà autant de manifestations de ce nouveau discours sur la paternité, qui commence à peine à être analysé de manière un peu critique (Kelen, 1986 ; *Autrement*, 1984). Même le célèbre manuel de trucs pour élever les enfants du Dr. Spock se met au goût du jour ! Alors que dans l'édition de 1974 il déconseillait aux mères de forcer la participation des pères plus ou moins intéressés, il en va tout autrement aujourd'hui : « Tout père devrait partager avec la mère les soins quotidiens donnés à l'enfant, et ce, dès la naissance. (...) C'est là la manière naturelle et spontanée pour le père de faire connaissance avec son enfant, tout comme c'est le cas pour la mère. » (Spock, 1980, cité dans Levine, 1982 : 10 ; traduction libre).

Le discours prônant une paternité participative qui serait maintenant devenue en quelque sorte « normale » est donc de plus en plus visible et présent... Au point qu'un des numéros les plus remarquables de *Bye-Bye 1986* (émission de variétés télévisée à l'antenne de Radio-Canada jouissant d'une énorme cote d'écoute qui fait,

sur le ton de l'humour, la rétrospective des événements marquants de l'année) mettait en scène deux ouvriers de la construction, l'un enceint de plusieurs mois et l'autre l'ayant été tout récemment, malmenés par une patronne cruelle qui les accuse de perdre du temps à causer bébés ! Et que penser du succès boeuf du film *Trois hommes et un couffin*, où trois célibataires endurcis apprennent, à reculons d'abord puis avec une tendresse et une ardeur qu'ils ne cherchent même plus à dissimuler, à s'occuper d'un des rejets que leur vie « swignante » a générés ? Ce succès est commercialement si fort que déjà un autre film, *L'heureux événement*, tente de capitaliser sur le thème de l'homme enceint ! Verra-t-on bientôt *Trois hommes et un couffin II, III, ou IV*, à l'instar de *Rocky* ou des *Dents de la mer* ?

L'évolution des politiques gouvernementales : un signe des temps ?

En même temps que des femmes forçaient davantage leur conjoint à faire sa part face aux enfants, et que certains hommes commençaient à s'interroger sur leur condition, les politiques familiales de quelques gouvernements encourageaient de plus en plus les pères à adopter de nouveaux comportements. Le programme de congés de paternité développé en Suède a été marquant à cet égard (Lamb et Sagi, 1983 ; Hom-Info, 1984, 4, 4).

Un autre domaine où le législateur a été amené à intervenir en rapport avec la paternité dans plusieurs pays est la question de l'appartenance légale des enfants à l'un ou l'autre des conjoints. Cette question demeure un terrain de luttes constantes, à cause des implications énormes qu'elle a en particulier sur les modalités de garde des enfants en cas de divorce. La situation française, où l'enfant va à la mère de droit, est très différente de la nôtre ; c'est donc un domaine où les nouveaux pères français sont très actifs dans leur guérilla judiciaire, avec un acharnement et une violence qui donnent parfois à réfléchir (Meunier, 1986 ; Kelen, 1986 ; De Vilaine et al., 1986).

Au Québec, le contexte juridique est différent. Gagnon (1983) et Pouliot (1986) nous rappellent en effet que depuis 1977, l'autorité parentale est substituée à la puissance paternelle dans notre code civil. Le Conseil des affaires sociales et de la famille, dans son avis sur *La famille, demain*, souligne de plus qu'« (...) un

partage des tâches domestiques s'établit dans le couple. On voit des pères qui lan-
gent les enfants, donnent le biberon, font la cuisine ou la vaisselle » (CASF,
1982 : 40). Pour encourager ce phénomène, cet organisme consultatif influent
appuie des programmes scolaires qui permettraient aux garçons comme aux filles
de s'initier aux tâches familiales (*Ibid.*, p. 40) et recommande l'extension au sec-
teur privé du congé parental déjà accordé aux secteurs public et parapublic (*Ibid.*,
p. 51).

On ignore toutefois le sort que nos gouvernements fédéral et provincial néo-
conservateurs réserveront, au milieu des années 1980, à de pareilles recommanda-
tions. En effet, leur gestion comme une « business » des affaires publiques n'éli-
mine pas du tout la possibilité que des acquis tels le congé de maternité, que cer-
tain/es pouvaient considérer comme définitifs, soient plutôt remis en cause
qu'élargis sous la forme de congé parental !

Une forme nouvelle de paternité semble donc souhaitée, au niveau du discours
au moins, par divers sous-groupes dans les sociétés industrielles avancées (in-
cluant la société québécoise) en cette fin du 20^e siècle. Au-delà du discours ce-
pendant, qu'en est-il vraiment des comportements concrets des hommes des an-
nées 80 ? Ont-ils les capacités biologiques pour développer leur nouvelle paterni-
té ? Et, s'ils en étaient biologiquement capables, la voudraient-ils et la pratique-
raient-ils vraiment ?

C'est ce que nous allons tenter de cerner dans les deux sections suivantes, en
analysant de près plusieurs ensembles de recherches empiriques dont nous ver-
rons, malheureusement, qu'ils ne sont encore que très peu québécois...

LES ASPECTS BIOLOGIQUES DE LA PATERNITÉ : MYTHES ET RÉALITÉS...

Pères enceints et autres manifestations physiques durant la grossesse

La dimension biologique de la paternité, durant la grossesse et l'accouchement, est un sujet relativement peu abordé. C'est une femme, Geneviève Delaisi de Parseval, qui souligne que : « le vécu corporel des hommes pendant la gestation, la naissance et le post-partum est soit ignoré, soit complètement ridiculisé » (1986). Deux avenues semblent néanmoins intéressantes pour aborder, ne serait-ce que de manière préliminaire, ce thème.

D'une part, les nouvelles technologies de la reproduction et l'ensemble des possibilités qu'elles ouvrent permettent de concevoir, au niveau des fantasmes et des mythes sinon au niveau des possibilités réelles, que l'homme puisse un jour porter et allaiter des enfants aussi bien que la femme. Il s'agit là d'un vécu biologique où le corps de l'homme se substituerait éventuellement à celui de la femme. Cela ouvre toute une série de perspectives où les psychanalystes féministes, en opposition à Freud qui faisait de la frustration des femmes de n'avoir pas de pénis un moteur inconscient si puissant, pourront approfondir la frustration peut-être encore infiniment plus profonde des hommes à ne pouvoir porter et donner la vie.

D'autre part, il existe aussi un vécu biologique de la grossesse chez les hommes qui leur est propre, qu'on tend souvent à désigner par l'expression « couvade ». Pour reprendre les paroles de Delaisi de Parseval :

... il s'agit d'une symptomatologie à expression très souvent psychosomatique qui est tout à fait habituelle et même banale. Il semble qu'elle est simplement un peu plus fréquente ou intense chez les « primipères » c'est-à-dire les hommes qui attendent un enfant pour la première fois. Il faut aussi remarquer que si cette couvade est banale, elle est aussi déniée en tant que telle. Autrement dit, si un homme prend dix kilos pendant que sa femme est enceinte, s'il se fait arracher une dent de sagesse au septième

mois de grossesse de sa compagne ou s'il a un orgelet - comme c'est le cas couramment - on ne fait pas de lien entre *ces* symptômes *psychosomatiques* et le fait que cet homme attend un enfant (1986 : 103).

Du point de vue strictement biologique, il y a donc certains phénomènes masculins durant la grossesse sur lesquels on n'a pas beaucoup tendance à se pencher dans nos cultures (ce n'est pas le cas dans bien d'autres), le vécu particulièrement évident des femmes durant cette période ayant presque naturellement pris le dessus. Sans vouloir glorifier ou survaloriser des changements somme toute mineurs, en comparaison avec les transformations physiologiques profondes que subissent les femmes enceintes, ne serait-il pas intéressant pour les hommes d'essayer de mieux comprendre ces phénomènes qui les affectent, peut-être même à leur insu ? Ce sera peut-être un des effets secondaires des avenues incertaines qu'ouvrent les nouvelles technologies de la reproduction que de participer à la redécouverte des aspects biologiques de la « grossesse masculine » dans nos sociétés. En effet, c'est davantage autour de la capacité biologique des hommes à s'occuper des enfants, une fois nés, que les recherches ont porté jusqu'à maintenant.

Selon la conception traditionnelle déjà évoquée du rôle de père dans les sociétés industrielles, ce dernier ne serait ni intéressé ni impliqué dans les soins aux jeunes enfants, en particulier parce qu'il serait moins « naturellement compétent » que la mère pour dispenser ces soins. On a souvent justifié ce manque d'intérêt par des notions « biologisantes » tel l'instinct maternel, dont les hommes seraient dépourvus. En plus des attaques de la part des féministes contre cette fameuse idée d'instinct maternel, qui ne serait selon certains qu'un concept récent et culturellement spécifique (Badinter, 1980), deux ensembles de recherches ont tenté de montrer que c'est davantage par manque d'occasion de les mettre en pratique que par nécessité biologique que les habiletés des hommes à prendre soin des enfants se sont peu développées.

Le contact père-enfant

Le premier de ces ensembles porte sur des études où, à l'aide de grilles d'observations psycho-sociologiques sophistiquées, on a comparé la nature et la fréquence des interactions entre des pères et leurs jeunes enfants à celles déployées

par les mères. Ces études se déroulaient soit en milieu hospitalier, peu après la naissance, soit à domicile.

On conclut généralement de ce genre d'observations que : « les pères ne sont pas moins sensibles aux comportements des enfants et qu'ils réagissent à leurs signaux, en ce qui a trait à l'alimentation du nouveau-né, de manière comparable aux mères » (Sawin et Parke, 1979 : 512, traduction libre). Les problèmes méthodologiques de ces études, qui placent les pères dans des situations artificielles où ils ne peuvent que ressentir fortement les attentes des chercheurs et la présence des caméras ou autres mécanismes de cueillette de données, en limitent certainement la portée. Une analyse critique rigoureuse de ce champ de recherche permet toutefois de conclure que : « ces études nous apprennent que les interactions pères-enfants et mères-enfants ont davantage de ressemblances que de différences » (Lewis, 1982 : 167, traduction libre).

Une des différences intéressantes entre les sexes a trait au genre de soins spontanément déployés. Les femmes auraient davantage tendance à donner des soins physiques aux enfants (les débarbouiller plus souvent, par exemple) alors que les hommes joueraient plus spontanément avec eux et les réconforteraient plus fréquemment que les mères. Ces distinctions, qui ressortent davantage dans les observations faites en milieu naturel (à domicile) qu'en milieu artificiel (à l'hôpital), tendraient donc à suggérer que ce n'est pas par manque de capacité biologique que le père s'occupe peu de l'enfant, mais parce que, culturellement, ce rôle est dévolu à la femme dans notre genre de société (Parke et Sawin, 1976 ; Lamb et Lamb, 1976 ; Rendina et Dickersheid, 1976).

Une autre manière d'analyser si le comportement paternel face aux enfants est biologiquement ou culturellement déterminé est d'observer ce qui se passe chez nos cousins les grands singes. Plusieurs recherches démontrent que les mâles, qui ignorent généralement les bébés dans leur habitat naturel, peuvent développer un fort degré d'attachement et d'activités nourricières face aux bébés singes privés de leur mère (Katz et Konner, 1981). Les recensions de recherches où primates et humains sont considérés soulignent qu'il existe bien entendu des différences biologiques entre les sexes, au niveau du système nerveux et du système hormonal, mais « qu'il n'y a aucune évidence, en dépit de ces différences hormonales, que les mâles humains ne peuvent pas prendre soin de façon totalement appropriée [des enfants]. » (Ibid. : 181, traduction libre).

Ce seraient les exigences de la lactation, et non pas d'obscurs comportements instinctuels, qui auraient lié les femmes aux soins des jeunes enfants à travers l'histoire humaine. Certains auteurs soulignent donc que cette contrainte est loin d'être absolue, avec le raccourcissement de la période de lactation, l'utilisation du biberon et les autres changements dans les modes d'alimentation du bébé qui sont récemment apparus (Parke et Sawin, 1976).

Même si ces recherches sont loin d'être définitives, elles ont néanmoins contribué à ébranler la croyance que, biologiquement, les hommes sont moins bien pourvus que les femmes pour s'occuper des enfants et à renforcer la constatation que c'est surtout pour des raisons d'ordre culturel que les sexes se sont vus affubler du genre de partage des tâches qui leur est actuellement dévolu dans les sociétés industrielles.

LE NOUVEAU PARTAGE DES TÂCHES EXISTE-T-IL ?

Que nous disent les recherches empiriques quant à la part que prennent les hommes dans les tâches reliées au soin des enfants et au travail domestique en général ? Même s'ils en sont biologiquement capables, et même si le discours des nouveaux pères est de plus en plus à la mode, qu'en est-il vraiment ? Les hommes s'impliquent-ils davantage au niveau des « tâches familiales » que l'on peut regrouper, à la suggestion de Pleck (1979), sous deux grandes rubriques : les tâches ménagères et les tâches reliées au soin des enfants ?

La situation d'ensemble

D'une revue de littérature exhaustive sur cette situation dans plusieurs pays industrialisés (Russel et Radin, 1983), un constat inéluctable se dégage : les hommes ne partagent somme toute que fort peu ces tâches avec leur conjointe. Par exemple, ces auteurs citent trois études américaines où l'on a trouvé que le temps moyen dévolu aux soins de base de leurs enfants par les pères est de 1,7, 2,1 et 2,8

heures par semaine. Une étude similaire en Australie en arrive à une moyenne de 2,0 heures, et une autre menée dans treize pays européens en arrive à 1,6 heure. Quant aux femmes, dans l'ensemble des mêmes études, le temps moyen qu'elles consacraient aux mêmes types de soins variait entre neuf et dix-huit heures...

Cette différence entre les hommes et les femmes s'expliquerait bien sûr en bonne partie, selon les mêmes auteurs, par le fait qu'en moyenne, les femmes passent une plus forte proportion de leur temps à la maison que les hommes. Cependant, cela n'explique pas tout ; en effet, dans une étude australienne, on a calculé que si les femmes et les hommes partageaient proportionnellement les soins aux enfants en fonction de leur présence respective à la maison, ces derniers devraient faire 35% des soins, et non pas 11% comme c'était le cas dans la population étudiée (*Ibid.* : 142). Il y aurait donc bien d'autres facteurs qui expliqueraient le manque d'implication des pères...

Cette revue de littérature confirme de plus qu'au point de vue de la nature des soins apportés par les pères, le comportement des hommes observés en situation de laboratoire se manifeste aussi dans la « vraie vie » : ils ont davantage tendance à interagir avec leurs enfants au niveau du jeu qu'au niveau des soins. Les pères passent en effet approximativement neuf heures par semaine à jouer, à comparer aux deux heures environ qu'ils consacrent aux soins ; à noter cependant que les femmes consacrent au jeu un nombre d'heures encore plus grand que leur conjoint, y passant de 14 à 18 heures par semaine (*Ibid.* : 143). Qui plus est, en ce qui a trait aux soins les hommes ont tendance à éviter le travail « salissant » (changer les couches, donner à manger, etc.) et à effectuer des tâches plus « propres » (coucher l'enfant ou lui donner à boire) (White et al., 1982).

Certains auteurs expliquent cette attirance des hommes vers les jeux et les soins plus « propres » par le fait que ces activités s'agenceraient plus facilement avec leurs propres activités, ne prendraient pas trop d'attention et seraient faciles à interrompre à brûle-pourpoint ; par opposition, les tâches que les hommes évitent généralement (changer les couches, donner un bain, donner à manger, etc.) demandent beaucoup d'attention et peuvent difficilement être interrompues avant d'être complètement terminées. Dans le même ordre d'idées, les études empiriques déjà évoquées montrent que les hommes prennent rarement seuls la responsabilité de leurs enfants. L'étude australienne à laquelle nous avons déjà référé montre clairement, par exemple, que 60% des hommes interrogés ne gardaient jamais leur

enfant seul et que lorsqu'ils le faisaient, cela était pour une durée moyenne d'environ une heure par semaine (Russell et Radin, 1983).

Les données des recherches précédentes, recueillies sur des échantillons représentatifs dans divers pays, confirment donc sans équivoque le constat fait par une auteure québécoise : « la contribution masculine se situe non pas comme partage égalitaire du travail domestique, mais bien comme apport supplémentaire et ponctuel, généralement limité à certaines activités fortement caractérisées » (Vandelac, 1985 : 315).

Si dans la société en général le partage égalitaire des tâches familiales semble loin d'être réalisé, en est-il ainsi pour des sous-groupes sociaux plus spécifiques ? Nous analyserons ici la situation de deux de ces sous-groupes : les familles où les deux membres du couple travaillent et celles où l'on retrouve des hommes qui se perçoivent comme des nouveaux pères et qui sont favorablement disposés à partager les tâches domestiques.

La situation dans les couples où les deux conjoints travaillent

Que se passe-t-il quand les femmes occupent un emploi à l'extérieur de la maison et qu'elles sont moins physiquement disponibles pour prendre soin des enfants ou pour effectuer le travail domestique ? Le conjoint s'implique-t-il davantage ? Il semble qu'en règle générale, ce ne soit pas du tout le cas, les femmes devant encore pour la plupart effectuer la très grande majorité des tâches domestiques. C'est pour décrire cette situation que les féministes ont employé l'expression maintenant consacrée de « double journée de travail », les hommes se contentant pour la plupart d'une simple journée de travail à l'extérieur.

L'étude classique de Walter et Woods (citée dans Pleck, 1979) a démontré que le travail domestique des Américaines détenant un emploi a diminué de 8,1 à 4,1 heures par jour, alors que la contribution des hommes demeurait stable à environ 1,6 heure pour la même période. Cette étude a soulevé beaucoup d'intérêt du fait que pour la première fois, on montrait que l'importance proportionnellement accrue de la contribution aux tâches domestiques de l'homme dont la conjointe tra-

vaillie, qu'on avait déjà observée dans plusieurs recherches antérieures, n'était pas due à l'augmentation de la participation du conjoint mais bien à la diminution des heures consacrées par la femme à ces tâches...

En fait, si l'on calcule le nombre total d'heures d'activité à la maison et à l'extérieur, pour chacun des deux conjoints, on se retrouve dans la situation où le partage de l'ensemble du travail est davantage égalitaire dans les ménages où la femme n'oeuvre pas à l'extérieur, réalité qui a largement été documentée un peu partout (Pleck, 1979 ; Vandelac, 1985).

La situation semble néanmoins évoluer très lentement vers un meilleur partage pour les couples dont les deux membres travaillent. Dans une étude effectuée à la fin des années 70 auprès d'un échantillon représentatif des ménages américains (Pleck, 1979), les hommes dont la conjointe travaillait à l'extérieur faisaient en moyenne 1,8 heure de plus de travail domestique et consacraient 2,7 heures de plus à leurs enfants, à chaque semaine, que les hommes dont la conjointe demeurait à la maison. Nous n'avons toutefois pas trouvé de données plus récentes pour voir si cette tendance s'est maintenue.

La situation dans les couples où il y a un « nouveau père »

Le partage des tâches domestiques et parentales semble donc bien loin d'être atteint pour la plupart des couples. Qu'en est-il donc lorsque l'homme se dit prêt à partager de façon égalitaire ces tâches ? Y aurait-il même chez eux, comme le soupçonnent Pouliot (1986) et Meunier (1986), un décalage significatif entre le discours et la pratique ?

Combien y a-t-il de nouveaux pères et qui sont-ils ?

Soulignons d'abord que les études récentes, américaines pour la plupart (Sagi, 1982 ; Radin 1982 ; Lamb et al., 1982 ; Russell, 1983 ; Beer, 1983), sont unanimes à montrer que les familles avec un père participant significativement aux

tâches familiales sont très peu nombreuses. Russell et Radin (1983) estiment en effet qu'environ 7,5% des pères américains rejoints dans leur étude avaient un partage à peu près égalitaire des tâches. Dans une autre recherche, Russell (1983) estime que les familles où un homme prend la responsabilité première des enfants représenteraient entre 1 et 2% de l'ensemble des familles australiennes ayant de jeunes enfants.

L'appartenance de classe des nouveaux pères ne rallie cependant pas l'unanimité chez les analystes. Pour plusieurs en effet, ce serait au sein des classes moyennes que le partage des tâches s'alignerait davantage sur un, modèle égalitaire (Russell, 1983 ; Vandelac, 1985). Cela expliquerait sans doute en bonne partie, tel que Vandelac le souligne (*Ibid.* : 361), la distance entre la dure réalité statistique de la répartition encore très inégale du travail domestique pour l'ensemble des couples et la fausse impression d'un partage plus égalitaire qui semble se dégager des médias et des nouveaux discours. Si les nouveaux pères se retrouvaient effectivement surtout au sein de la classe moyenne éduquée (en particulier parmi les intellectuels : professeurs, journalistes, publicistes, artistes, etc.), ils seraient effectivement en position privilégiée pour véhiculer dans le discours public dominant l'impression que leur comportement est beaucoup plus répandu qu'il ne l'est effectivement dans la société en général.

Plusieurs études sont cependant moins tranchées en ce qui a trait à l'influence de la classe sociale du père sur son implication domestique. En effet, les pères étudiés par Russell, qui ont décidé d'assumer la responsabilité première face à leurs enfants, ne viennent pas surtout de la classe moyenne éduquée ; en fait, il semblerait que ce soit dans des couples où le niveau d'éducation est plus élevé chez la femme que chez son conjoint qu'on retrouve davantage de pères premiers responsables de leurs enfants (Russell, 1983). Cette observation va dans le même sens que d'autres études où l'on a trouvé que c'est la femme qui est le moteur premier de l'évolution des rôles, son désir de faire carrière ou de travailler à l'extérieur du foyer étant fortement associé à un partage plus égalitaire des tâches par son conjoint (Radin, 1982 ; Russell, 1983).

Beer (1983) a de plus montré qu'un élément majeur dans la capacité d'un homme à partager le travail domestique, au-delà de sa classe d'appartenance ou de sa classe d'origine, était la flexibilité dont il pouvait bénéficier dans l'organisation de son temps de travail professionnel. D'autres auteurs soulignent l'importance des

heures variables ou du travail à temps partiel dans les emplois des hommes qui partagent plus équitablement les soins aux enfants (Radin, 1982 ; Russell, 1983). Certaines autres variables de nature économique, telles le potentiel des parents sur le marché du travail ou la situation financière des familles, semblent aussi fortement reliées à un père participant, et ne permettent pas toujours d'associer automatiquement classe moyenne et partage plus égalitaire des tâches (Russell, 1983).

Même si les croyances concernant des rôles parentaux plus égalitaires semblent jouer un rôle important dans la décision pour les nouveaux pères de s'impliquer davantage que la moyenne (Radin, 1982 ; Russell, 1983), les études que nous venons de mentionner montrent qu'au-delà du discours, les éléments structurels et pragmatiques ont une importance bien plus grande qu'on aurait pu le soupçonner de prime abord (Beer, 1983).

Le partage des tâches familiales chez les nouveaux pères

Maintenant que nous avons décrit l'importance encore très marginale des nouveaux pères (en nombre du moins), ainsi que quelques éléments qui semblent les différencier des autres pères, regardons de plus près si, dans le sous-groupe de familles où il y a un père participant, il existe effectivement un partage des tâches qui va plus loin que dans les autres groupes sociaux.

Du point de vue strictement quantitatif, il semble que ce soit le cas pour les couples analysés dans les études déjà évoquées. Les hommes étudiés par Radin (Russell et Radin, 1983) fournissaient de 41 à 57% des soins aux enfants, alors que ceux de l'étude de Beer (1983) accomplissaient de 40 à 50% des tâches domestiques. Dans l'étude de Russell (1983), les hommes ayant décidé d'être les premiers responsables de leurs enfants leur consacraient une moyenne de 26 heures par semaine, à comparer à seize heures pour leur conjointe.

C'est au point de vue qualitatif que le partage semble moins égalitaire, même dans les familles à pères hautement participants. Par exemple, Russell (1983) a trouvé que les hommes de son échantillon n'ont accompli que 43% des soins de base aux enfants alors qu'on aurait dû s'attendre, attendu leur plus grande disponibilité à domicile, qu'ils en accomplissent environ 57%. Bien que ce soit beaucoup

moins prononcé que chez les pères en général, les nouveaux pères auraient donc eux aussi tendance à laisser leur conjointe répondre davantage aux besoins physiques de l'enfant ; de plus, « quel que soit le genre d'emploi du père (c'est-à-dire qu'il détienne ou non un emploi à l'extérieur de la maison), la majorité des mères prennent la relève quand elles sont à domicile » (Russell, 1982 : 164, traduction libre).

Quelle que soit la nature de l'implication des pères participants auprès de leurs enfants, il ne semble toutefois pas qu'ils se sentent moins « masculins » parce qu'ils effectuent des travaux traditionnellement accomplis par des femmes (Russell et Radin, 1983 ; Beer, 1983). C'est plutôt face à l'univers traditionnellement masculin du travail à l'extérieur du foyer que leurs inquiétudes se manifestent. Les seuls hommes qui, dans l'étude de Russell (1983) sur les pères premiers responsables de leurs enfants, se questionnaient par rapport à leur rôle masculin, se trouvaient sans emploi et se questionnaient sur leur capacité de pourvoyeur. Radin (1982) rapporte pour sa part que c'est surtout face au ralentissement de leur carrière que les nouveaux pères entretenaient des inquiétudes, et non pas face à leur virilité éventuellement menacée par l'accomplissement de tâches domestiques.

Malgré un partage significativement plus égalitaire que dans le cas des pères plus traditionnels, l'univers du travail exerce donc encore une attraction extrêmement forte sur les nouveaux pères, au point que Sagi (1982 : 206) en vient à conclure que, somme toute, « l'écart face au comportement parental traditionnel [des nouveaux pères] n'est pas encore garant d'un renversement des rôles, ni même d'un partage égal des tâches » (traduction libre).

PISTES D'INTERPRÉTATION DE LA SITUATION DES NOUVEAUX PÈRES AU QUÉBEC

Aux questions que nous soulevions en introduction face au phénomène des nouveaux pères, notre revue de littérature propose donc deux réponses évidentes.

Il apparaît d'abord certain que, sur les plans biologiques et physiologiques, les hommes sont loin d'être aussi « naturellement inaptes » à s'occuper des enfants qu'on l'a longtemps cru. Les déterminismes biologiques sexués se trouvent donc

radicalement mis en cause, entre autres par les nouvelles technologies de la reproduction, la mère pouvant éventuellement être remplacée par une autre femme (mère porteuse ou « de substitution ») ou par pas de femme du tout (utérus artificiel), voire même peut-être un jour par un homme à qui l'on implanterait un embryon par on ne sait encore trop quelle prouesse technologique !

En second lieu, il semble de plus que si de très lents progrès vers un partage plus égalitaire des tâches familiales sont observables ici comme ailleurs, la paternité active des hommes demeure très largement un mythe, un phénomène marginal qui reçoit une attention sociale démesurée qui n'aurait rien à voir avec son importance quantitative réelle.

Même si ces réponses ne sont que préliminaires lorsqu'on considère le Québec, les données empiriques permettant de les étayer hors de tout doute provenant surtout d'autres pays et de recherches dont la méthodologie n'est pas toujours sans défaut, elles permettent néanmoins de regarder le phénomène d'un oeil plus critique. Dans cette dernière section, nous tenterons donc d'abord de comprendre pourquoi les hommes sont somme toute encore très peu impliqués dans la paternité, en discutant de deux barrières qui les en empêchent. Finalement, nous énoncerons Pourquoi, selon nous, il serait important que les hommes investissent davantage dans la paternité, en illustrant notre point de vue à partir de la participation des hommes durant la période périnatale.

Deux barrières nuisant aux hommes voulant devenir des nouveaux pères

Une barrière objective : les modes d'organisation du travail

Il existe clairement, dans le mode actuel d'organisation sociale, des facteurs structurels qui empêchent les hommes de s'impliquer davantage auprès des enfants même s'ils le désiraient éventuellement. Il faut en effet reconnaître que la modification des rôles traditionnels au sein de la famille est grandement affectée par la manière dont le travail est organisé. Dans les sociétés industrialisées de type capitaliste, le travail se répartit en travail rémunéré, socialement reconnu et valo-

risé, qui se déroule à l'extérieur du foyer et en travail non rémunéré, réalisé à la maison, qui n'est ni valorisé, ni reconnu au plan du pouvoir social qu'il confère (Polatnick, 1973).

Selon plusieurs auteur/es (en particulier Polatnick, 1973), il est totalement inexact de prétendre que travail domestique et travail à l'extérieur sont deux univers égaux et complémentaires dans nos sociétés. C'est en effet l'insertion dans l'économie extérieure au foyer qui confère à l'ensemble de la famille son statut et son pouvoir face à l'ensemble de la société, et non pas la manière dont les tâches domestiques sont accomplies. Ce déséquilibre entre les deux sphères de travail fait donc en sorte que les hommes qui décident de s'occuper davantage de leurs enfants perdent du pouvoir ; peu importe en effet la valeur intrinsèque du fait de s'occuper des tâches familiales, elles n'offrent aucun avantage face à la manière dont le pouvoir et la valorisation sociale sont actuellement répartis.

Même si l'homme est personnellement disposé à s'occuper des enfants, la discrimination économique qui donne présentement largement avantage aux hommes sur le marché du travail, face à leurs compagnes, fait que la famille prête à jouer ce jeu risque fort de voir diminuer dramatiquement son niveau de vie. Nous avons déjà souligné les constatations de Russell (1983) qui avait observé, en Australie du moins, que les pères participants avaient davantage tendance à se retrouver dans les ménages où la femme était plus éduquée que l'homme ou dans les ménages où l'homme se retrouvait en chômage un peu malgré lui. Cet auteur a aussi noté que lorsque cela générait un revenu plus important, les ménages avec pères participants avaient tendance à moyen terme à revenir à un partage plus traditionnel des rôles. De plus, les emplois masculins disponibles, généralement plus payants, ont beaucoup moins la possibilité d'être accomplis à temps partiel que les emplois habituellement accessibles aux femmes ; cela « force » donc presque automatiquement les hommes vers des emplois à temps plein, rendant beaucoup plus difficile la réalisation de leur désir éventuel de consacrer du temps aux tâches familiales.

Le marché de l'emploi masculin étant de fait très peu flexible, il ne serait donc pas étonnant de voir sur-représentés parmi les nouveaux pères les hommes qui bénéficient de plus de souplesse dans l'organisation de leur temps de travail (professeurs, journalistes, étudiants, artistes, etc.). Qui plus est, les emplois auxquels sont rattachés le plus de pouvoir et le plus de prestige nécessitent dans la très

grande majorité des cas, ici comme ailleurs, plus de quarante heures de travail par semaine (Polatnick, 1973). Le retour de valeurs néo-conservatrices et la montée en flèche des « guerriers de l'émergence » (CPCMQ, 1986) comme modèles sociaux largement valorisés, ramènent de plus en vigueur une éthique du travail fort peu compatible avec une présence plus grande aux enfants. Comme le mentionnait récemment un des plus beaux prototypes de cette génération « guerrière » des entrepreneurs de la PME québécoise, Marcel Aubut, il faut travailler 90 heures par semaine pour réaliser un événement comme Rendez-Vous 87, qui rend le Québec internationalement visible et compétitif, au risque de ne pas connaître ses enfants ; « pour réussir, écrit-il, (...) je devais absolument faire plus, plus gros, plus grand et travailler encore plus que quiconque pour atteindre mes buts » (CPCMQ, 1986 : 331).

En plus de la sphère du travail, plusieurs autres sphères de la vie sociale imposent des barrières structurelles évidentes aux nouveaux pères. Quand une vie est très accaparée par des enfants, il devient difficile de faire des activités éducatives, politiques, militantes, culturelles ou autres de manière soutenue et sérieuse (Polatnick, 1973) ; les réunions ont souvent tendance à se dérouler à des heures difficilement compatibles avec une présence soutenue aux enfants ! Le cas de militants progressistes, passant des heures à organiser des activités visant à instaurer une société plus « égalitaire » en abandonnant à leur compagne l'ensemble des soins quotidiens aux enfants, a été trop dénoncé pour qu'il soit nécessaire d'y revenir longuement ici...

Une chose est certaine, donc : même si un homme désire passer davantage de temps aux tâches familiales, il est confronté à une organisation sociale, en particulier au niveau du travail, qui ne lui rend en rien la vie facile. De plus, il ne dispose d'à peu près aucun support le valorisant dans ces tentatives, alors que les femmes désirant faire carrière se sentent maintenant appuyées par un consensus social assez vaste et par une solidarité féminine non négligeable.

Une barrière subjective : la difficulté pour les femmes de renoncer à leur pouvoir sur les dimensions privées de la vie

Une autre des barrières significatives qui se dresse sur le chemin des nouveaux pères est, paradoxalement, celle des femmes elles-mêmes. Même si elles travaillent à l'extérieur et même si elles souhaitent en théorie que leur conjoint s'occupe davantage des tâches familiales, les femmes ont très souvent beaucoup de difficulté à leur laisser la responsabilité de ces tâches. De façon subtile, elles se sentent souvent coupables de n'être plus les mères et les ménagères que, selon les stéréotypes passés dont elles ont été imprégnées, elles devraient continuer à être même si elles ont un emploi ailleurs. Pour reprendre l'heureuse expression d'un journaliste (Villedieu, 1986), elles se sentent toujours « propriétaires » des enfants et de l'espace domestique même si elles ont un travail à l'extérieur, et ont beaucoup de difficulté à accepter que leur conjoint s'occupe des enfants ou entretienne la maison selon des normes qui ne sont pas les leurs.

Même si elles n'avaient traditionnellement que peu de pouvoir à l'extérieur du foyer, dans la vie dite publique qui est socialement la plus valorisée dans nos cultures, les femmes détenaient généralement dans la famille nucléaire un contrôle nettement plus important de la vie privée. S'étant lancées à l'assaut de la vie publique, sur un marché du travail où elles sont encore loin d'avoir conquis un pouvoir égal à celui des hommes, plusieurs femmes ont sans doute, consciemment ou non, beaucoup de réticence à abandonner leur lieu de pouvoir traditionnel : à courir deux lièvres à la fois, elles craignent sans doute de n'en attraper aucun. On comprend donc aisément qu'elles soient généralement très résistantes à laisser les hommes définir ce qui est bon et souhaitable pour les enfants. En conséquence, ces derniers se voient souvent confinés au rôle de « super-gardienne » appliquant les desiderata de leur conjointe, bien davantage qu'à celui de parent participant à part entière à la définition et à la mise en oeuvre de ce qui est bon pour un enfant ! Qui s'est déjà querellé sur le style ou la couleur des vêtements que devraient porter les enfants dans telle ou telle circonstance, ou encore sur la fréquence où il faut passer l'aspirateur pour avoir une maison « propre », comprend sans doute notre propos !

Il faut toutefois admettre qu'en règle générale, les hommes savent peu comment s'y prendre et n'ont pas dès leur enfance acquis les habiletés nécessaires pour cuisiner, entretenir la maison ou les vêtements, etc. ; de plus, ils ont fréquemment des standards plus « bas » que ceux des femmes quant à la performance des tâches ménagères, sans doute reliés à leur moins grande habileté à les réaliser. Bien souvent aussi, attendu la manière dont ils ont été socialisés, les hommes n'ont pas développé les qualités affectives et relationnelles leur permettant d'entrer facilement en contact avec des enfants. On comprend donc encore davantage l'hésitation des femmes à remettre entre des mains masculines ces tâches qu'elles ont appris à réaliser depuis le berceau !

L'existence de barrières objectives et subjectives rendant difficile pour les hommes, même bien disposés, l'adoption des comportements de nouveau père, nous amène donc à notre conclusion : selon nous, attendu les circonstances, serait-il souhaitable que les hommes fassent des efforts pour faire disparaître ces barrières ?

Faut-il tenter d'abattre ces barrières ?

Notre réponse, nécessairement teintée de nos valeurs personnelles, est sans équivoque : oui. Nous croyons fermement que l'adoption par les hommes du genre de rôle que la société industrielle leur a confié a un impact négatif sur leur santé et explique une bonne partie de leur espérance de vie réduite en comparaison à celle des femmes (Antil, 1985). Nous croyons aussi que la manière la plus constructive pour les hommes de répondre collectivement au défi majeur que le féminisme va continuer de leur poser n'est ni l'opposition ou la répression, caractéristiques de tous les pouvoirs qui se sentent menacés, ni l'acceptation inconditionnelle de toutes les propositions ou de tous les comportements provenant des femmes, que nous trouvons aussi malsaine que la répression.

En position de pouvoir, les hommes se sont fait contester. Ils doivent maintenant, dans le champ de la paternité comme dans les autres champs de leur vie quotidienne, inventer des nouveaux modes de comportements qui leur sont propres, en interrogeant leur vécu, leur intelligence et aussi, et surtout peut-être, leurs sentiments, dont ils ont si peu appris à se préoccuper. Ayant fait la lumière sur leurs

aspirations et leurs frustrations, face à la paternité comme face au reste, ils seront ensuite capables de négocier, en connaissance de cause, un nouvel équilibre de relations avec leurs compagnes.

Nous sommes conscients que notre vision implique une bonne dose d'utopie ; nous croyons néanmoins que si les hommes ne développent pas leur propre vision de la paternité et se bornent soit à la nier, soit à se la laisser définir par les femmes, tout le monde, hommes, femmes et enfants en ressortira perdant. Pour terminer ce texte, nous allons donc montrer, à partir de quelques considérations sur la période périnatale (avant, pendant et immédiatement après l'accouchement), en quoi pourrait consister un ensemble de recherches empiriques québécoises envisagées avec la perspective que nous proposons.

Le vécu périnatal des hommes

La période prénatale

Il n'est pas nécessaire d'avoir assisté comme homme à des cours prénatals pour saisir toute la portée d'un texte marquant écrit par de Fontenay (1985) ; cela aide toutefois à poser avec encore plus d'acuité une problématique de la place des hommes dans les cours pré- et postnatals au Québec, ce à quoi le témoignage de cet auteur contribue de manière très révélatrice.

Dans un premier temps, il souligne comment on fait peu de cas du vécu propre des hommes en période périnatale ; on attribue au futur père les rôles de « coach » de sa femme et de « police », pour s'assurer qu'elle se conformera bien aux prescriptions du système médical. Les revendications féministes auraient, toujours selon de Fontenay, permis de déplacer le focus du médecin vers celle qui vit au premier chef la grossesse et l'accouchement : la femme. Mais, selon lui, la médecine et les femmes ont oublié que les hommes vivent des sentiments qui leur sont propres, si confus et ambigus soient-ils, face à l'arrivée d'un enfant.

De fait, on ne possède que fort peu d'information sur la manière dont les Québécois vivent la décision d'avoir un enfant, sur la place qu'ils prennent ou ne prennent pas dans cette décision et sur le rapport qu'elle a avec le vécu des hommes

face à la contraception, autre sujet sur lequel règnent les ténèbres quand on veut considérer l'ensemble des Québécois (Hom-Info, 1984, 4, 4). On pourrait poser l'hypothèse qu'avec la montée du féminisme, les femmes souhaitent de plus en plus la présence des hommes à tous les stades de l'enfantement, pour partager avec eux les responsabilités et les tâches qui y sont reliées et permettre aux deux membres du couple d'avoir une vie où travail à l'extérieur et à l'intérieur du foyer sont davantage équilibrés. Nous avons toutefois déjà souligné comment, dans ce domaine autant sinon davantage que dans les autres, les femmes sont souvent hésitantes à abandonner leur pouvoir traditionnel.

Il faut avouer que c'est une situation délicate et qu'ayant tout juste regagné de peine et de misère un peu de pouvoir sur leur corps, on comprend fort bien que les femmes soient plus ou moins enclines à le partager avec leurs comparses mâles. Mais comment penser que ces derniers s'impliqueront profondément, de façon durable et égalitaire, si on leur interdit presque d'avoir des sentiments qui leur sont propres et si on ne leur fournit que des rôles tous définis d'avance (« coach » pour les respirations, chien de garde face au monde hospitalier, etc.) où ils doivent vivre les événements pour et à travers leur femme ?

Au-delà des questions soulevées par de Fontenay sur les rôles prénatals des hommes, il est important de souligner qu'on ne dispose finalement que de peu d'informations factuelles sur l'assistance aux cours prénatals des conjoints et ce, dans un contexte où ces informations sont généralement recueillies non pas pour elles-mêmes mais pour vérifier le taux de succès des cours (voir par exemple Cyr et al., 1979 ; Saillant et al., 1986 ; Marcos et Dallaire-Durocher, 1986). Les hommes semblent effectivement beaucoup plus présents qu'ils ne l'étaient durant les années 50 et 60. Mais comment sont-ils présents ? Viennent-ils tous ? À tous les cours ? Leur présence est-elle toujours souhaitée par leur conjointe ? Ont-ils l'occasion de manifester de façon intelligente et sensible leur propre vécu ou tout est-il centré sur la femme ? Nous ne savons pour ainsi dire rien là-dessus ; il y aurait donc un programme de recherche considérable à faire sur ce sujet, dont la portée pratique pour la réorganisation éventuelle des rencontres prénatales serait énorme.

Deux expériences pilotes où, avec la participation d'animateurs masculins, on a tenté de faire des séances prénatales s'adressant particulièrement aux hommes, valent qu'on s'y attarde un peu. Une de ces expériences s'est déroulée en milieu de classe moyenne, à Québec (Lindsay et Paradis, 1985) et l'autre en milieu populai-

re, à Montréal (Racine, 1985). Malgré le caractère expérimental de ces rencontres, qui rend toute généralisation hasardeuse, il ressort nettement que mis en situation d'échanges entre hommes, les futurs pères étaient beaucoup plus volubiles que les animateur/trices s'y attendaient et participaient ensuite de façon beaucoup plus impliquée dans les discussions individuelles ou de groupe avec les conjointes. Ces moments avaient aussi permis à ces dernières d'échanger entre elles sur leur vécu, sans la présence de leurs conjoints, ce qui avait été aussi fort apprécié.

L'accouchement et le postnatal

Comment les hommes vivent-ils l'accouchement ? Il semblerait qu'ici comme ailleurs, du moins dans les milieux urbains, ils y assistent maintenant massivement, dans des proportions voisines de 80% (Kelen, 1986). Se sentent-ils forcés d'assister ? Sont-ils présents lors des césariennes ? Le fait que cela se déroule parfois à domicile ou en compagnie d'une sage-femme laisse-t-il effectivement plus de place à l'homme pour manifester ses propres sentiments, comme le prétend de Fontenay (1985) ? Alors que le moment de l'accouchement est pour la majorité des femmes un moment exceptionnel, qu'en est-il pour les conjoints ? Voilà une autre zone où les données empiriques sont à toute fin pratique inexistantes au Québec et qui mériterait certainement d'être explorée !

Et le postnatal ? Comment les hommes participent-ils aux relevailles ? Quels genres de contacts établissent-ils avec le nouvel enfant ? Dans cette phase cruciale de réorganisation des rapports entre les membres du couple ou de la famille, au-delà des clichés tels « l'homme perd sa place » ou « fuit dans le travail », que se passe-t-il vraiment ?

Une chose est certaine : des efforts considérables de recherche devront être consentis pour voir si pour l'ensemble des pères québécois (et non seulement ceux qui se perçoivent comme les nouveaux pères et sur lesquels on a eu tendance jusqu'à maintenant à concentrer l'attention), le vécu périnatal masculin est plus ou moins consciemment « occulté » par le monde médical et par les femmes. Il faudrait de plus voir si une plus grande manifestation du vécu périnatal masculin, souhaitée par les intellectuels et les militants de la nouvelle condition masculine mais peut-être pas par les autres hommes, mènerait effectivement à une participa-

tion masculine plus égalitaire que ce ne semble le cas actuellement. Ne viendrait-elle que confirmer les craintes, entretenues par certaines féministes, de l'ultime envahissement par le pouvoir mâle d'un champ où les femmes commençaient à peine à avoir droit de cité ?

CONCLUSION

Plusieurs autres champs de recherche empirique, en rapport avec la paternité au Québec, seraient aussi envisageables. Que se passe-t-il chez les pères, au niveau des négociations au moment des séparations et des divorces ? Veulent-ils davantage la garde de leur enfant ou pas vraiment ? Pour quelles raisons : pour ne pas perdre juridiquement face à l'épouse ou par intérêt pour s'occuper des enfants ? Comment les pères, quand ils assument la totalité ou une partie de la garde, la vivent-ils ? Qu'en est-il du partage des tâches familiales : nous comportons-nous de manière semblable ou différente des pères étudiés ailleurs ? Quel est l'état des congés parentaux dans les conventions collectives du secteur privé et du secteur public ? Avons-nous ici, comme en Australie et ailleurs, des pères au foyer pendant que leur conjointe travaille à l'extérieur ? Bien d'autres questions pourraient être énoncées, et bien d'autres recherches conduites pour y répondre. C'est un champ à peu près vierge !

En terminant ce texte, à cause donc de l'absence de données empiriques québécoises, nous ne pouvons répondre que sur le mode de l'hypothèse à notre question de départ : les nouveaux pères québécois existent-ils vraiment ? La réponse la plus vraisemblable nous semble : oui, mais probablement en beaucoup moins grand nombre et de manière beaucoup moins active qu'on aurait peut-être tendance à le croire. Cela ne doit toutefois pas nous faire sous-estimer l'importance du phénomène car, lentement mais sûrement, il semble s'amplifier et nous entraîner encore plus avant dans la redéfinition des rôles sexués traditionnels que le féminisme a tant ébranlés depuis une quinzaine d'années.

RÉFÉRENCES

Antil, Thomas, « Le condom fait capote : la contraception au masculin », *Hom-Info.*, vol. 5, n° 13, 1984, p. 15-18.

Antil, Thomas, « Pourquoi les hommes meurent-ils plus jeunes ? », *Nursing Québec*, vol. 5, n° 7, 1985, p. 28-33.

Antil, Thomas, « Une nouvelle avenue pour la pratique de la santé communautaire : la santé des hommes », in FCLSC (éd.), *Actes du colloque Intervention auprès des hommes*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, Annexe 1, 1986.

Autrement, Numéro spécial de la revue intitulé Pères et fils, n° 61.

Badinter, Élisabeth, *L'amour en plus*, Paris, Flammarion, 1980.

Beer, Walter R., *Househusbands : Men and Housework in American family*, New York, Praeger, 1983.

Biller, H. et D. Meredith, *Father Power*, New York, David McKay, 1974.

Bittman, S. et S. Rosenberg-Zalk, *Expectant Fathers*, New York, Ballantine Books, 1978.

Brodeur, Violette et al., *Le mouvement des femmes au Québec : étude de groupes montréalais et nationaux*. Montréal : Centre de formation populaire, 1982, 79 p.

Champagne-Gilbert, Maurice, *La famille et l'homme à délivrer du pouvoir*, Montréal, Leméac, 1980.

CLSC Centre-Sud, Compte-rendu du colloque « Innovation en pré- et postnatal », Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1985.

Collectif Clio, *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Quinze, 1982.

Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF), *La famille, demain*, Ministère des Communications du Gouvernement du Québec, 1982, 75 p.

CPCMQ (éd.), *Guerriers de l'émergence*, Montréal, Corporation professionnelle des comptables en management du Québec et Québec-Amérique, 1986.

Cyr, Lise et al., *Programme de périnatalité, région de Québec : évaluation 1976-1977*, Quatre DSC du Québec-métro, 1979.

De Fontenay, Hervé (éd.), *La certitude d'être mâle*, Montréal, Jean Basile éditeur, 1980.

De Fontenay, Hervé, « Jusqu'où choisit-on d'être père ? » in CLSC Centre-Sud, (1985). Compte-rendu du colloque « Innovation en pré- et postnatal », Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1985, p. 14-27.

Delaisi de Parseval, Geneviève, « Le père empêché », in de Vilaine et al. (éds.), *Maternité en mouvement*, Grenoble et Montréal, Presses universitaires de Grenoble et Éditions Saint-Martin, 1986, p. 103-105.

De Vilaine, Anne-Marie et al. (éds.), *Maternité en mouvement*, Grenoble et Montréal, Presses universitaires de Grenoble et Éditions Saint-Martin, 1986.

Dumont-Johnson, Micheline, *Histoire de la condition de la femme dans la province de Québec*, Étude préparée pour la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, Ottawa, 1971.

Fasteau, Marc, *The Male Machine*, New York, McGraw Hill, 1974.

Falconnet, G. et N. Lafaucheur, *La fabrication des mâles*, Paris, Seuil, 1977.

Gagnon, Lysiane, *Vivre avec les hommes*, Montréal, Québec-Amérique, 1983.

Gresh, Sean, *Becoming a Father*, Toronto, Bantam Books, 1982.

Groupe de recherche périnatale, *Le livre du père*, Montréal, Éditions André Mathieu, 1982.

Hom-Info, Bulletin d'information sur la condition masculine. Montréal.

Katz, Mary Maxwell et Melvin J. Konner, "The Role of the Father : An Anthropological Perspective", in Lamb, Michael (ed.) *The Role of the Father in Child Development*, New York, John Wiley and Sons, 1981.

Kelen, Jacqueline, *Les nouveaux pères*, Paris, Flammarion, 1986.

Lamb, Michael E. et Jamie E. Lamb, "The Nature and Importance of the Father-Infant Relationship". *The Family Coordinator*, vol. 25, no 4, 1976, p. 379-385.

Lamb, Michael E. et A. Sagi (eds.), *Fatherhood and Family Policy*, Hillsdale, N.J., L. Eribaum Associates, 1983.

Lamb, Michael E. (ed.), *Non-Traditional Families : Parenthood and Child Development*, Hillsdale, M.J., L. Eribaum Associates, 1982.

Lamb, Michael E. et al., "Varying Degrees of Paternal Infant Care : Attitudinal and Behavioral Correlates", in Lamb, Michael E. (ed.), op. cit., 1982, p. 117-137.

Levine, James, « La nouvelle paternité aux États-Unis », in Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (éd.) *Les pères aujourd'hui, colloque international*, Paris, Institut national d'études démographiques, 1982, p. 9-12.

Lewis, Charles, « The Observation of Father-Infant Relationships : An Attachment to Outmoded Concepts », in McKee, L. et M. O'Brien (eds.) *The Father Figure*, London, Tavistock Publications, 1982, p. 153-168.

Lindsay, Jocelyn et Lynn Paradis, « Paternité et cours prénatals », in CLSC Centre-Sud Compte-rendu du colloque « Innovation en pré- et postnatal », Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1985, p. 85-103.

Marcos, Maria et Lise Dallaire-Durocher, *L'évaluation des cours prénatals : revue critique de la littérature*, St-Jean-sur-Richelieu, DSC du Centre hospitalier régional du Haut-Richelieu, 1986.

Meunier, Christine Castelain, « Notes de recherche sur les transformations culturelles du masculin ». *Informations sur les sciences sociales*, vol. 25, n° 2, 1986, p. 451-473.

Montplaisir, Jean, « Homme nouveau, père nouveau ? ». *Au Masculin*, novembre, n° 13, 1986, p. 8-11.

Parke, Ross D. et Douglas B. Sawin, « The Father's Role in Infancy : a Re-Evaluation ». *The Family Coordinator*, Vol. 25, No 4, 1976, p. 365-372.

Parsons, T. et A. Bales (eds.), *Family, Socialization and Interaction Processes*, Glencoe, Ill., Free Press, 1955.

Pleck, Joseph H., "Men's Family Work : Three Perspectives and Some New Data". *The Family Coordinator*, Vol. 28, No 4, 1979, p. 481-488.

Pleck, Joseph H., *The Myth of Masculinity*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1981.

Pleck, Joseph H. et Jack Sawyer, *Men and Masculinity*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1974.

Polatnick, Margaret, "Why Men Don't Rear Children : A Power Analysis". *Berkely Journal of Sociology*, Vol. 18, 1973-74, p. 45-86.

Pouliot, Jean-François, *L'impact des groupes-hommes sur les relations sociales de sexe : enquête sur la condition masculine*, Québec, GREMF, Université Laval, 1986, 129 p. (Cahier n° 7 des Cahiers du GREMF).

Pratte-Marchessault, Yvette, *Futur père*, Montréal, Éditions de l'Homme, 1977, 192 p.

Racine, Jacques, « Les rencontres prénatales et les hommes », in CLSC Centre-Sud. Compte-rendu du colloque « Innovation en pré- et postnatal », Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1985, p. 181-191.

Radin, Norma, "Primary Caregiving and Role-Sharing Fathers", in Lamb (ed.) *Op. cit.*, 1982, p. 173-204.

Radio-Québec, Émission Droit de parole du 7 mars sur les nouveaux pères, 1986.

Rendina, Irma et Jean D. Dickerscheild, "Father Involvement with First-Born Infants". *The Family Coordinator*, Vol. 25, No 4, 1976, p. 373-378.

Russell, Graeme, *The Changing Role of Fathers*, St-Lucia, Australia, University of Queensland Press, 1983.

Russell, Graeme, "Shared Care-Giving Families : An Australian Study". in Lamb *Op. cit.*, 1982, p. 139-171.

Russell, Graeme et Norma Radin, "Increased Paternal Participation : The Fathers's Perspective", in Lamb et Sagi (eds.), *Op. cit.*, 1983, p. 139-165.

Sagi, Abraham, "Antecedents and Consequences of Various Degrees of Paternal Involvement", in Lamb (ed.), *Op. cit.*, 1982, p. 205-232.

Saillant, Francine et al., *Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise, Québec*, Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, 1986, 141 p. (n° 1 de la collection Rapports de recherches.

Sawin, D.G. et R.D. Parke, "Fathers' Affectionate Stimulation and Caregiving Behaviors with Newborn Infants". *The Family Coordinator*, Vol. 28, No 4, 1979, p. 509-513.

Toffler, Alvin, *La troisième vague*, Paris, Denoël-Gonthier (Collection Méditations), 1980.

Vandelac, Louise, « Entrevue à l'émission Droit de parole », *Radio-Québec*, émission du 7 mars 1986.

Vandelac, Louise et al., *Du travail et de l'amour : les dessous de la production domestique*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1985.

Vandelac, Louise, « Le New-Deal des rapports hommes-femmes : big deal ! Les illusions du partage des tâches », in Vandelac et al. (éds.), *Op. cit.*, 1985, p. 313-366.

Vigneault, Louis, « Entrevue à l'émission Droit de parole », *Radio Québec*, émission du 7 mars 1986.

Villedieu, Yannick, « Entrevue à l'émission Droit de parole », *Radio Québec*, émission du 7 mars 1986.

White, David et al., " Father Involvement with their Infants : The Relevance of Holding", in Beail et McGuire (eds.), *Fathers : Psychological Perspectives*, London, Junction Books, 1982, p. 136-143.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

B) Témoignages de vécus alternatifs

[Retour à la table des matières](#)

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

B) Témoignages de vécus alternatifs

16

Les médecins de la vie...

Par Jean DROUIN

PREMIERS CONTACTS AVEC LA MÉDECINE ET L'OBSTÉTRIQUE OFFICIELLE

[Retour à la table des matières](#)

Par un beau matin de juillet 1974, je me retrouve dans un petit village du Bas St-Laurent. Médecin de campagne, voilà mon rêve. Après une « solide » formation médicale de cinq ans, je me sens « armé » jusqu'aux dents pour sauver l'humanité souffrante.

Il est six heures du matin et c'est ma première journée de bureau dans cette clinique à l'architecture victorienne. Une certaine peur s'empare de moi : est-ce que je sais tout ? Le bureau commence à neuf heures ! Je m'empresse de remplir une valise avec les livres de recettes médicales les plus à jour. Au cas où ...

Neuf heures. Je vais chercher le premier client et je m'assois confortablement dans cette chaise de docteur qui « domine » la situation et fait paraître le client tellement « petit ». Une consultation banale : un mal de gorge. Pourtant, pendant ce temps, la secrétaire me transmet d'urgence l'appel d'une cliente en détresse : « Mon mari vient de respirer accidentellement du "poison à rat", que faire ? » Je lui réponds : « Ah bon !... ». Et mon cerveau analytique se met rapidement en

mouvement : quel produit y a-t-il dans le poison à rat ? De la strichnine ? N'ayant aucune information immédiate disponible, aucun Centre antipoison n'existant à cette époque, je lui réponds avec mon gros bon sens : « Laissez-le reposer et observez-le et si quelque chose se passe, rappelez-moi ». Heureusement, je ne reçus pas d'appel et le tout se déroula très bien. Cet événement me laissa toutefois songeur sur la formation médicale que je venais à peine de terminer...

Les mois qui suivirent me confirmèrent la même impression : le médecin de campagne est au coeur de la vie du village. Il doit soutenir la famille en deuil, tenir la main du mourant, intervenir dans les violentes chicanes de famille. De plus, il est docteur tout le temps : au bureau de poste, à l'église, au sport et dans la rue. Je ne suis pas vraiment prêt... voilà ma conclusion ! Et il y a autre chose...

Un jour, un homme se présente au bureau, me rappelant que le vieux médecin de famille qui a oeuvré avant moi dans ce village l'avait guéri d'un cancer du poumon par des sérums à domicile. Quand je veux lui expliquer qu'il ne s'agissait là que d'une bronchite, il me dit : « Mon jeune, vous devriez vous recycler ». Et ma réflexion s'approfondit...

Durant toute cette année, j'ai travaillé en obstétrique. Une obstétrique classique mais réelle : l'accouchement à la maison a depuis quelque temps fait place à l'accouchement à l'hôpital avec toutes ses interventions caractéristiques : épidurale, épisiotomie, etc. Le grand luxe quoi !

Après chaque accouchement, en recevant le merci et le traditionnel cigare, je me dis : il doit y avoir un moyen d'humaniser l'hôpital, qui devient de plus en plus interventionniste et technique. Peu d'émotions passaient derrière les masques chirurgicaux... et toute cette technique éloignait de la vie, la vraie vie.

DU BAS ST-LAURENT À QUÉBEC : LES DÉBUTS D'UNE OBSTÉTRIQUE DIFFÉRENTE

Un an plus tard, en 1975, ma réflexion m'amène au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), à l'unité de médecine familiale, centre d'enseignement et de haut savoir. Certes, la médecine de campagne me plaît beaucoup mais j'ai besoin de l'anonymat de la grande ville pour continuer mon cheminement intérieur. Le médecin de campagne est toujours sur le terrain et il a peu de temps pour se centrer et croître.

Au CHUL, je commence une relation de travail fort révélatrice avec une travailleuse sociale. Après avoir oeuvré avec elle à des thérapies de couple, ma préoccupation pour l'humain et le senti se confirme. Il y a autre chose que la science, il y a des réalités très importantes que la médecine néglige : l'effet placebo des médicaments et l'effet qu'a la qualité de contact humain d'un/e thérapeute.

En 1977, je recommence l'obstétrique, dans un hôpital de Québec : épidurale, épisiotomie et femme/objet... C'est la période des « naissances sans violence », avec le romantisme de Leboyer. À la fin d'une journée exténuante, cet automne-là, une infirmière militant au Centre de santé des femmes me confronte avec l'accouchement à domicile ; elle me le présente comme un choix responsable et conscient de la part de nombreux couples. Malgré mon ouverture d'esprit, j'ai été choqué.

Grâce à cette infirmière, j'entre ensuite en contact avec un groupe qui participera bientôt au mouvement provincial d'humanisation de l'accouchement et dont les réunions, qui ont lieu dans le Vieux Québec, sont animées d'une énergie incroyable. Lors de ces réunions, les différents courants de l'époque sont présentés : Leboyer, Michel Odent, l'approche plus spirituelle de l'accouchement (Spiritual Midwifery). Des échanges se poursuivent sur la reprise en main de l'accouchement par les femmes et sur les moyens de sensibiliser les hôpitaux. Ce groupe a entre autre suscité la naissance du livre *Mon accouchement, c'est mon affaire* de Marie-Claude Jovet. Dans leur combat pour la vie, tous ces gens se soutiennent avec une énergie incroyable, où la dimension mystique est très présente.

Au début de l'hiver 1978, un couple ayant eu vent de mon ouverture se présente à mon bureau avec une approche plutôt antimédicale et naturiste. Ils me demandent de les accompagner dans un accouchement à domicile. Après deux heures de discussion, je refuse. Quelques jours plus tard, la femme m'appelle pourtant pour me dire que ses membranes sont rupturées depuis trois jours. Nous négocions un déclenchement à l'hôpital. Au bout de quelques heures, elle quitte l'hôpital, trouvant ce lieu trop médicalisé. Avec patience, je lui trouve une place dans un autre hôpital plus humain : même scénario. Elle s'en retourne donc chez elle, avec une sage-femme qui souhaitait plutôt un déclenchement à l'hôpital. Le lendemain matin, la sage-femme retrouve une note sur la table : « Vous êtes tous trop médicalisés, salut ! » Quelques jours plus tard, nous apprenons que le couple a accouché en pleine nature d'un enfant qui a eu une souffrance majeure à la naissance et a dû être hospitalisé à l'Unité néo-natale, avec un pronostic sombre de vie autonome. Pour une première expérience d'obstétrique alternative, c'est un peu raide !

Cela me fait toutefois réaliser qu'il y a une énergie et une volonté claire, chez un groupe d'hommes et de femmes, de prendre une distance face à l'hôpital et d'aller vers cette humanisation à l'extrême... À partir de ce moment, toute ma démarche s'oriente vers un nouveau type de relation de travail, égalitaire, avec des sages-femmes. Nous travaillons à une évaluation des besoins des couples, où l'on tente d'abord de construire une complicité réciproque. Au même moment, je prends contact avec « l'Énergie » par l'acupuncture et l'auriculothérapie.

VERS UNE OBSTÉTRIQUE DOUCE

Après avoir longuement étudié la situation mondiale en obstétrique, en particulier le mouvement américain de santé des femmes et l'approche française, des sages-femmes et moi constituons un protocole d'accouchement à domicile (joint à la fin de ce texte) et une trousse contenant le nécessaire pour travailler dans ces conditions. Nous établissons un contact mutuel de confiance et de respect, une démarche intime avec le couple. Nous sommes convaincu/es que l'accouchement à domicile n'est pas si dangereux ; nous respectons les mêmes critères qu'à l'hôpi-

tal et les mêmes délais pour une césarienne d'urgence. De plus, nous excluons les grossesses à risque.

Ce sont deux ans de lune de miel : à travers nos apprentissages de sage-femme et d'homme-obstétricien se fondent lentement la sensibilité énergétique et la capacité d'écoute « féminines » et ma science médicale « masculine ». Le modèle de travail qui en résulte donne des intervenant/es plus humain/es avec des rôles égalitaires où chacun/e agit avec respect, à partir de son instinct et de sa science. C'est l'âme qui compte ! Nous considérons les couples dans leur individualité et leur globalité en incluant les niveaux spirituel et énergétique ; nous aboutissons presque malgré nous au coeur de la philosophie holistique appliquée à la santé. Les femmes n'accouchent pas toujours comme elles le veulent. Toutefois, notre approche révèle, aux couples autant qu'à nous, des facettes insoupçonnées de nos êtres. C'est là l'énergie globale, le respect humain à son sens le plus pur.

LA RÉACTION DU SYSTÈME TRADITIONNEL

Tôt dans les années 80 cependant, les gens du système médical en place s'inquiètent devant cette nouvelle vague d'accouchements où des intervenants comme nous soutiennent et surtout aiment les femmes et les couples qui font des choix différents. Avec nous, les positions classiques d'accouchement changent, les demandes des femmes sont écoutées et respectées. Le suivi de grossesse est différent : en plus de l'aspect « comptabilité » (tension artérielle, poids, etc.), nous nous préoccupons de la santé mentale du couple, des interactions avec le fœtus et de tout ce qui peut faciliter un abandon corporel et psychologique total à l'accouchement. La diète et les exercices s'enseignent en tenant compte de ces approches et plusieurs cours prénataux se modifient en conséquence. C'en était trop...

Un médecin, recevant une de nos clientes à l'hôpital suite à un accouchement à domicile où il y a eu rupture du sphincter anal, achemine une plainte à la Corporation des médecins. Ce médecin a été choqué de n'avoir pas reçu de ma part de demande de consultation et de référence écrite. Pourtant, selon le nouveau paradigme de médecine que nous pratiquons alors, c'est l'autonomie de la personne

face à ses décisions éclairées qui compte. Or, le couple avait pris seul la responsabilité de sa décision d'aller à l'hôpital ; ce n'était pas notre décision en tant que médecin ou sage-femme. C'est donc tout l'aspect de la prise en charge de la santé par la médecine qui, pour le médecin, s'effritait suite à la demande de ce couple. C'en fut assez pour déclencher une violente réaction chez lui ; il brandit le spectre de la peur et de l'inconscience face au couple et face à notre équipe médecin et sage-femme. S'en suivit une enquête de la Corporation professionnelle, la révision de ma compétence en obstétrique et l'analyse détaillée du matériel de notre trousse d'accouchement à domicile. Finalement, la Corporation conclut que tout est régulier, mais pas en accord avec la philosophie dictée par le Collège des médecins...

À l'époque où ces événements se déroulent, la démarche intérieure des femmes se manifeste publiquement à travers les colloques *Accoucher ou se faire accoucher*, organisés par l'Association pour la santé publique du Québec. Ces colloques rassemblent environ 10 000 femmes dans toutes les régions du Québec. Les vraies questions y sont posées : que penser de l'échographie ? De la nécessité des interventions médicales ? De l'utilisation du moniteur foetal ? Des diverses positions de l'accouchement ? De l'épisiotomie ? De l'anesthésie pendant l'accouchement ? De la cohabitation mère-enfant à l'hôpital ? De l'allaitement ? Et pourtant, les « vraies » oreilles, celles des médecins, sont absentes. Ou presque.

Suite à ces colloques, c'est d'abord la bataille des statistiques. Dans la publication de la Corporation des médecins *Mieux accoucher, mieux naître* sont entre autres étalées des statistiques américaines défavorisant l'accouchement à domicile, qui viennent faire contrepoids aux nombreuses données favorables à une approche plus douce de l'accouchement véhiculées par *Accoucher ou se faire accoucher*. La suite de ces colloques, c'est aussi la co-production d'un vidéo, *Naître bien au chaud*, par le groupe Vidéo-Femmes de Québec. J'étais de l'équipe qui a produit ce vidéo, pour expliquer clairement aux gens du système médical traditionnel le sérieux de la démarche des intervenants et des couples face à la naissance à domicile. Le vidéo nous servira souvent de déclencheur lors des rencontres de groupes que nous organisons en vue de préparer à l'accouchement à domicile. Ces premières années de la décennie 80 sont donc à la fois des années de plénitude et de tensions constantes.

VERS UNE OBSTÉTRIQUE PLUS ÉNERGÉTIQUE

En 1983, nous rencontrons Michel Odent, le grand maître de la maternité de Pithiviers. Des choses me frappent particulièrement : il nous parle entre autres de l'accouchement dans l'eau, qui est encore peu fréquent dans sa clinique. Odent, avec une vision anthropologique des choses se préoccupe de plus des sociétés modernes de l'ère postindustrielle qui ne dansent ni ne chantent à la manière des sociétés traditionnelles ; dans cet esprit, il instaure un cours prénatal où les couples et surtout les femmes chantent et dansent. Ainsi, l'acte d'abandon corporel de l'accouchement est rendu plus facile.

D'autres expériences m'ouvrent aussi à une approche plus énergétique de l'accouchement. Parallèlement à ma démarche obstétricale, je m'initie à l'acupuncture, à l'auriculothérapie, à l'homéopathie, au massage et surtout à l'ostéopathie, qui est une discipline merveilleuse en rapport avec l'accouchement. Par des micromanipulations et le travail sur les grands axes sacrum-diaphragme-occiput, nous aidons la mère et l'enfant à être en harmonie, favorisant encore l'abandon. Finalement, pour moi, l'accouchement est un acte d'abandon corporel global, d'abandon face à la vie. On a tout fait pour bien se préparer mais qui sait ce que ce sera : la césarienne ou le « grand orgasme » de l'accouchement ? Je tente donc d'appliquer tout ce qui peut favoriser cet abandon.

Ainsi, tout au long de la grossesse, je fais en plus des évaluations conventionnelles de la future mère, des écoutes du sacrum, et de la symphyse pubienne, dans le but de déceler des anomalies (fixité) au niveau de cette région, je fais aussi des écoutes crâniennes. J'écoute le bébé. À la fin de la séance, je recommande souvent à la femme une danse (le baladi) et un travail du sacrum, trois fois par semaine, avec son conjoint. Tout ce travail sensoriel et corporel s'inscrit dans la grande philosophie holistique où il faut dépasser la technique, et non demeurer prisonnier de celle-ci.

Au cours du dernier mois, un traitement homéopathique à base d'arnica est souvent ajouté. Et, si le travail tarde à débiter, une série de mesures douces en

phytothérapie, acupuncture, ostéopathie, homéopathie, auriculothérapie et psychoénergie sont utilisées avant le déclenchement traditionnel, le plus souvent avec des résultats intéressants. Parfois survient un retard de croissance en cours de grossesse ; on intègre alors toute la démarche psycho-énergétique, associée à un travail ostéopathique, qui donnent aussi des résultats étonnants. Cependant, il faut toujours utiliser ces techniques avec honnêteté, sans pour autant oublier les traitements conventionnels.

L'accouchement doit être un acte bio-psycho-socio-environnemental et spirituel, dans un abandon le plus total possible. C'est là le « coeur de la vie », la réalisation ultime de l'être humain, là où la vie côtoie la mort... les deux seuls états que la science ne contrôle pas... « Naître n'est que rarement un acte médical. »

Le pendule à l'extrême

L'accouchement à domicile est donc un phénomène social et énergétique, né en réaction à une pratique hospitalière trop technique. Ce type d'accouchement n'est cependant pas pour toutes les femmes ; il permet toutefois à celles qui l'ont choisi de poursuivre une démarche de vie orientée vers l'autonomie. Elle leur permet de s'entourer des gens qu'elles aiment (conjoint, parents, enfants, ami/es, sage-femme, médecin) et de prendre part activement, avec tout leur être et toute leur science, à ce beau moment d'une vie. Ce type d'accouchement demande cependant une connaissance mutuelle et un respect des plus intenses entre le couple et les intervenants. En effet, ces derniers acceptent une lourde pression sociale et médicale quand ils s'engagent dans ce type d'aventure et le couple, en retour, s'engage à respecter les avis des experts, c'est-à-dire une explication claire qui entraîne parfois une décision pas toujours agréable, comme devoir se rendre à l'hôpital en cas d'urgence.

C'est précisément sur ce point que la cause de l'accouchement à domicile a commencé à s'effriter depuis quelques années. Il y a d'abord eu une certaine humanisation des conditions hospitalières. De plus, récemment, un groupe d'action beaucoup plus radical a pointé à l'horizon. Ce groupe fait la promotion de l'accouchement à domicile, sans intervenants éclairés dans le domaine. Selon eux, le couple, disposant d'un minimum d'information, peut prendre en charge seul la

naissance de l'enfant. Ces gens, quelque peu repliés dans une certaine forme de mysticisme, oublient trop souvent que la réalité physique et les lois de la biologie sont parfois sans retour...

APRÈS HUIT ANS, UN TEMPS D'ARRÊT

Devant ce nouveau mouvement et devant la pression hospitalière face à ma position favorable aux sages-femmes, ayant perdu mes appuis dans le système où la plupart des médecins sympathisants ont abandonné la cause en raison du non-respect de leur être par certains couples, j'ai décidé en mai 1985 de cesser, pour au moins un an, cette pratique qui est toute ma vie. La tristesse dans l'âme, je revois les photos des enfants et des mères, les souvenirs physiques et énergétiques gravés à jamais en moi.

Je n'ai plus le choix. Ce type de pratique me demande énormément : nuits de veille, présence affective, batailles avec le système traditionnel, discussions avec les plus marginaux pour les convaincre de ne pas mettre en danger la vie de leur enfant, etc.

Le jour où je recommencerai, il y aura un consensus global et un contrat clair entre le système médical en place, les sages-femmes, les couples et moi-même, dans le but d'établir enfin une pratique d'accouchement qui alliera la science et l'amour dans la complicité des « Enfants du Verseau ». À ma connaissance, cette incompréhension entre les systèmes a déjà coûté la vie à un enfant, causé des souffrances à de trop nombreuses femmes et drainé beaucoup trop d'énergie aux intervenants. Le temps est venu de négocier socialement un contrat clair et d'établir des terrains d'entente, que ce soit à travers des maisons de naissance ou autrement.

L'OBSTÉTRIQUE, RACINE DU MOUVEMENT HOLISTIQUE

Somme toute, l'ensemble du mouvement vers une humanisation de la naissance origine de pressions féministes des premières heures et reste fortement teinté par ces racines. Il reste un grand pas à franchir : l'évolution intérieure des hommes-pères et des hommes-intervenants qui ont suscité de sévères réactions de la part des femmes (« Ces hommes qui nous accouchent »). Il nous faut arriver à l'âme de l'accompagnant, en obstétrique ; et cette même âme est souvent façonnée par la maternité ou la paternité de l'intervenant. Aujourd'hui, nous pouvons encore légitimement nous demander si ce que les femmes veulent, c'est une chambre de naissance bien décorée. Non ! Elles veulent des intervenants qui les aiment, avec un soupçon de science...

Les pionnières et pionniers de l'accouchement à domicile au Québec se sont rangé/es ; ils/elles militent ailleurs, dans les milieux d'enseignement. Les ouvriers de la première heure ne sont plus là... La planète respire vers la droite. Et c'est avec tristesse et solitude que je vis la fin de cette étape de ma carrière obstétricale.

Mais la tempête passera ! Et je continue le combat pour la vie, au niveau de la médecine holistique, où l'on retrouve les mêmes prémices que celles ayant présidé au mouvement vers l'accouchement humanisé !

La seule voie d'intégration de ce mouvement holistique est la voie de la conscience : conscience globale où l'efficacité d'un système cède la place à la simplicité volontaire. Enfin, la couleur importante de ce système est l'autonomie et la prévention, qui visent à redonner à la mère son instinct. L'intervenant holistique en obstétrique doit être un animateur face aux habitudes de vie des couples et les aider à retrouver leur sens de l'autoguérison lors de déséquilibres. Il doit finalement, à ces enfants et à ceux des autres, transmettre ces valeurs afin qu'ils puissent vivre pleinement à l'Ère du Verseau...

Protocole d'accouchement à domicile

ACCOUCHEMENT À DOMICILE

Notre médecin nous a clairement mis au courant des risques (copie ci-jointe) inhérents à un accouchement en dehors du milieu hospitalier. En connaissance de cause, nous persistons dans notre désir de voir notre enfant naître à domicile.

Nous assumons l'entière responsabilité de notre décision et n'engageons en rien la responsabilité de l'équipe présente au moment de l'événement.

Signatures :

Témoin :

LES AVANTAGES DE LA NAISSANCE À DOMICILE

1. Territoire familial.
Environnement calme.
2. Choix personnel. Choix des participants par le couple.
3. Aucune procédure de routine.
4. Choix de l'endroit de naissance.
5. Pas d'épisiotomie de routine (massage).
6. Environnement après la naissance.
7. Pas de séparation du bébé (Imprinting).
8. Microbe : hospitalisation - microbes non familiaux.
9. Rôle du père.
10. Effet positif sur la famille.

ACCOUCHEMENT À DOMICILE

1- Contre-indications :

1. Disproportion céphalo-pelvienne
Échographie et pelvimétrie (38e semaine).
2. Pré-éclampsie
3. Grossesse gémellaire (chance de décollement du placenta 1er et 2e bébé).
4. Saignement avant le début du travail.
5. Hydramnios (1/200).
6. Incompatibilité du Rh si augmentation du Coombs.
7. Complications grossesse précédente (césarienne).
8. 1re grossesse > 35 ans.
9. Grande multiparité (6 >).
10. Herpès simplex actif.
11. Malnutrition.
12. Anémie.
13. Diabète.
14. Présentation anormale.
15. Pré maturité < 36 semaines.
16. Post-maturité > 42 semaines.

2. Complications nécessitant une hospitalisation :

- A) Liquide amniotique :
Jaunâtre - méconium stress 70 % s.p.
si coeur foetal normal ; si variation du coeur foetal : italisation.
- B) Rupture des membranes :
Si rupture et pas de travail pour 24 heures : hospitalisation.
- C) Travail prolongé :

phase latente	0-3 cm	5-14 h	8-20 h
phase active	4-10 cm	2-6 h	5-12 h
pushing stage	18-50 m	51 m-	2 h 30
- D) Coeur foetal : 120 - 160 Variation 20
- E) Saignement avant accouchement > 5 c.a.t.
- F) Hémorragie après accouchement.

- G) Placenta accreta (20 minutes à 2 heures)
- H) Prolapsus cordon 1/1500
- I) Détresse respiratoire
- J) Cordon circulaire
- K) Dystocie épaule

RÉFÉRENCES

Association pour la santé publique du Québec, *Accoucher ou se faire accoucher*, Dossier d'information, 1981.

Baldwin, R., *Special Delivery*, Éditions des Femmes, 164 p.

Brabant, Isabelle, « La naissance est politique », *La vie en rose*, n° 23, février 1985, p. 20-23.

Corporation des médecins du Québec, *Mieux accoucher, mieux naître*, 1980.

Childbirth at Home ?, "Symposium on future directions in perinatal care", *Patient Care*, Nov. 15 1977, p. 74-124.

De Gramont, Monique, « Sages-femmes, atterrissage imminent », *Châtelaine*, janvier 1985, p. 31-34.

De Gramont, Monique, « La révolution douce de la maternité de Pithiviers », *Châtelaine*, octobre 1979, p. 72-91.

Delarsi de Parseval, Geneviève, *La part du père*, Éd. du Seuil, 1981.

Drouin, Jean, *Le rôle de la compression du IV^e ventricule en obstétrique*. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme en ostéopathie, 1986, p. 104.

Gaskin, I.M., *Spiritual Midwifery*, The Book Publishing Company, 1977.

Gendron, C., *Les femmes et la santé*, Chicoutimi, Gaétan Morin, 1985.

Jouvet, Marie-Claude, *Mon accouchement, c'est mon affaire*, Québec, Édition La Liberté, 1979.

Naissance-Renaissance, *Depuis que le monde est monde*, Dossier d'accompagnement, 1981.

Odent, Michel, *Bien naître*, Paris, Éditions du Seuil, 1976.

Paciornik, M., *Apprenez l'accouchement accroupi !*, Édition Presse Marcel Favre, 1982, 161 p.

Parvalt, J., *Prenatal Yoga & Natural Birth*, Frustone Collective Book, 1974, 320 p.

Vidéo-Femmes, *Naître bien au chaud*, Production Vidéo-Femmes, 1981, 38 minutes.

Villedieu, Yannick, « Mieux naître », *Québec Science*, septembre 1977, p. 14-23.

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

B) **Témoignages de vécus alternatifs**

17

Femme et sage-femme : un lien à la couleur du quotidien

Par Isabelle Brabant ¹³⁸

Une entrevue réalisée par Francine Saillant

LA SAGE-FEMME : UN CHOIX COMPLICE

[Retour à la table des matières](#)

- Pourquoi les femmes viennent-elles te voir ?
- Les femmes viennent me voir pour la complicité, elles savent qu'un médecin (même femme) et une sage-femme, c'est différent. Elles le savent intuitivement, elles sentent que la façon d'aborder la chose est différente. Elles veulent voir une paire, une égale et non pas un supérieur.

Elles veulent du temps, de l'attention, elles veulent pouvoir poser des questions, elles ont vu leurs voisines, amies, copines passer à travers cette période-là. Il y a des médecins qui demandent : avez-vous des questions ? Mais souvent les

¹³⁸ On ne peut passer sous silence la manière dont ce travail a été effectué, étant donné son caractère interactif. L'entrevue a d'abord été transcrite, puis un travail d'écriture et d'édition a été effectué sur la transcription ; cette version fut soumise à Isabelle et cette opération fut répétée à plusieurs reprises, jusqu'à son entière satisfaction.

femmes ont le souffle coupé et n'ont aucune question à ce moment-là, parce qu'il y a pour elles des choses pas faciles à aborder avec l'obstétricien, par exemple les changements qui se passent dans leur vie sexuelle. Parfois, la raison pour laquelle elles viennent me voir change beaucoup au cours de la grossesse. Par exemple, une femme vient me voir parce qu'elle a peur de l'hôpital. C'est une première impulsion, mais on ne peut pas baser notre rapport sur la peur d'un autre rapport.

- Il y a des besoins nouveaux finalement qui se construisent au fur et à mesure que s'établit le lien entre toi et la cliente ?
- Pas tellement qui se construisent mais plutôt qui s'éclairent. Quand une femme me dit, j'ai peur de l'hôpital, je lui demande de quoi elle a peur exactement ? Je ne reste pas au premier niveau, j'explore ses peurs avec elle. C'est ce qui fait qu'elle en vient à ne plus me voir parce qu'elle a peur de l'hôpital, mais parce qu'elle a envie de savoir, de connaître, de répondre à ça pour elle-même.
- Comment s'établit le lien entre toi et les femmes qui viennent te consulter ?
- Comme dans la « vraie vie » je dirais. C'est parfois le « coup de foudre » ; les premières quinze minutes, il y a un courant de sympathie totale ; on se trouve « l'un », on est contentes de se voir, on est curieuses. La plupart du temps, le lien se crée graduellement à travers beaucoup de petits gestes, de petits moments d'intimité, de familiarités très simples : on prend le thé ensemble, on bavarde. Le temps est important. Le temps d'être ensemble ; les visites durent une heure. Parfois, on peut parler de la musique qu'on aime pendant 15 minutes. J'apprends d'elle et elle apprend de moi. On rit beaucoup ensemble. J'aime rigoler et je trouve que c'est une place d'ouverture et de détente où on peut se toucher mutuellement et arriver plus facilement à une profondeur de rapport.

J'aime rencontrer les femmes avec leur partenaire, dans la dynamique qui a fait ce bébé-là. Le lien se fait aussi à travers le toucher, par l'examen physique entre autres. Je palpe le ventre, je fais un examen vaginal comme un toucher intime entre elle et moi. Si on doit être à l'aise l'une avec l'autre, il faut qu'on soit à l'aise jusque-là. Et quand je lui touche le ventre, je ne fais pas juste palper la position du bébé. Je touche à sa peau, à sa chaleur, je vais mettre la main sur ses ge-

noux. Je sens comment elle me reçoit et quelquefois, j'en parle. Il y a des femmes à qui je peux dire directement « tu n'aimes pas les examens internes ? » ; il y en a d'autres que ça perturberait, et j'y vais indirectement, ou avec humour. Ça se joue à l'oreille. Quand une femme peut me parler d'une façon détendue pendant que j'ai les doigts dans son vagin, comme ça arrive souvent, c'est qu'on est assez intime et ce sera plus facile de faire ensemble un travail d'ouverture.

FEMME ET SAGE FEMME : UN RAPPORT ÉGALITAIRE INSCRIT DANS LE QUOTIDIEN

- Le vécu de la grossesse est alors pris dans le sens d'un rapport qui tend à demeurer le plus près possible du quotidien. C'est loin du suivi strictement médical...
- Oui. Les femmes ont beaucoup à dire. Si ce qui occupe leurs pensées, c'est la façon dont leur enfant de déjà deux ans va vivre l'arrivée du bébé, c'est ça qui va être l'objet de notre discussion. À travers ça, je suis centrée sur elle, comment elle se sent en tant que mère. Confiante, dépassée, anxieuse ? Le partage-t-elle avec son partenaire ? Comment sent-elle qu'elle répond à ses enfants ? À elle-même ? Ou alors, on va discuter de son dernier examen chez le médecin pour bien comprendre le jargon médical.
- C'est un rapport égalitaire.
- Oui : elle m'apporte sur elle des informations précieuses qu'elle est seule à posséder. Je les apprécie et les valorise tout comme elle apprécie mon savoir et mon expérience. Égalitaire aussi parce que je me laisse connaître comme femme, comme mère, comme partenaire d'un homme. Ça implique de ma part une certaine dose d'ouverture sur ma vie privée. Il faut y aller avec mesure, sinon ça empièterait sur le temps qui devrait lui être consacré. Si, dans l'espace de deux minutes, je raconte que ça ne va pas bien avec mon « chum » (qui ne connaît pas ça dans sa vie ?), ça lui donne la place pour me parler de ce qui est moins facile chez elle. On va être amenées à vivre ensemble quelque chose de très privé, de très significatif. On

n'a pas deux ans pour devenir intime, on a six mois. Mieux on va se connaître, plus ça va être facile et ouvert, c'est ce que les femmes et leurs partenaires viennent chercher, mais souvent aussi, ça les amène plus loin qu'ils n'auraient cru d'abord.

UNE AUTONOMIE AU FÉMININ

- Tu parlais de confiance tout à l'heure et ça me faisait aussi penser à l'autonomie. On a beaucoup parlé dans le mouvement d'humanisation de l'autonomie des femmes ; comment, concrètement, en tant que sage-femme, aides-tu les femmes à gagner cette autonomie-là ?
- Dès qu'une femme décide de faire un autre choix que celui de la majorité, il y a là une autonomie. Sinon elle serait allée chez le médecin de sa belle-soeur, de sa voisine sans questionner. Ça ne fait pas toujours partie d'une démarche claire et articulée d'autonomie. Mais l'impulsion première y est et désormais, il faudra s'adresser à ce désir d'autonomie, le laisser prendre son essor. L'autonomie est comme un prérequis, un préalable à toute vie adulte mais il faudrait peut-être réviser notre conception de l'autonomie dans le contexte de l'accouchement. On imagine peut-être la femme « autonome » à son accouchement, sachant ce qu'elle veut, extrêmement informée sur ce qu'elle vit, prête à tout moment à juger des choses qui lui sont présentées, à discuter, à négocier, à prendre des décisions. C'est peut-être là une vision « masculine » de l'autonomie. La part d'irrationnel, d'instinct, de vulnérabilité et d'émotions dans un accouchement fait que le mot autonomie doit prendre une toute autre résonance.

Par exemple, il peut arriver que des femmes aient besoin, au moment de leur accouchement, d'une protection ; elles ont besoin de se sentir elles-mêmes flotter dans un utérus, elles ont besoin de gémir, de pleurer, elles ont besoin d'être petites, elles ont besoin d'être sans défense, de vivre ça pour un moment au lieu d'être la femme forte, qui décide, qui fait des plans. Évidemment une femme ne peut pas régresser jusqu'à la petite fille en elle ; ça demande d'être femme pour accoucher,

une petite fille n'accouche pas, mais si il y a une partie d'elle qui a besoin d'aller au bout de ça pour émerger comme femme, je suis là comme une soeur pour l'accompagner, et je considère que c'est un geste autonome. Mais autonome avec un autre sens. Quand je parle avec les femmes, j'emploie le plus souvent le terme responsable, en le dissociant de la culpabilité.

L'autonomie donc, pendant l'accouchement, ce n'est pas l'indépendance dans son sens le plus strict mais c'est une espèce d'interdépendance où chacun/e garde la responsabilité de sa part du jeu. Une jonction entre poser des choix, assumer des décisions, et l'abandon (le « lâcher-prise ») émotif, physique, et spirituel, dans l'expérience du moment présent.

PEUR ET DOULEUR

- Est-ce que tu rencontres beaucoup de peur chez les femmes ?
- C'est sûr que chez beaucoup de femmes, il y a de la peur... On a appris à craindre la peur, et pour moi, la peur est un signal plutôt qu'une catastrophe. C'est un signal d'un danger possible, d'une situation à laquelle il faudra remédier et à chaque fois, ça m'incite plutôt à m'arrêter un instant et à humer l'air : d'où vient le danger, y a-t-il un danger, qu'est-ce qui se passe avec ça, de quoi suis-je capable en ce moment, qu'est-ce que je vais faire ?

Par exemple, beaucoup de femmes ont peur durant leur grossesse d'avoir un enfant handicapé, un enfant qui va mourir. On peut répondre à ça par le classique « c'est tout à fait normal madame » et passer à autre chose. Mais est-ce que normal veut dire inintéressant, anodin et sans signification ? Je ne le crois pas. Je pense que normal peut aussi signifier : riche, excitant, diversifié, unique, et profond. Quand une femme a peur d'avoir un bébé qui soit handicapé, sa peur peut aussi signaler un danger très réel et le signaler avant qu'aucun signe physique ne soit apparent. Quelques fois, ça vient d'une sensation très claire ou très diffuse qu'elle ne vit pas sa grossesse dans les meilleures conditions possibles. Elle ne se sent pas bien nourrie, bien reposée, aimée, valorisée et protégée d'un excès de stress. L'expression de sa peur pourra servir à explorer son mode de vie, à voir s'il n'y aurait pas des changements à y faire. Elle saura alors qu'elle pourrait accou-

cher d'un bébé handicapé de toute façon, mais elle saura aussi qu'elle a fait tout ce qu'elle pouvait faire au mieux de sa connaissance. La peur peut être une occasion d'expérimenter notre impuissance devant l'inconnu, d'imaginer les scénarios qui nous effraient, ce qu'on ferait, de reconnaître nos ressources.

On peut avoir peur de la maternité en général, peur de ne pas être adéquate comme mère, peur de perdre son « chum »... Il y a bien des réalités à approfondir : un bon nombre de relations se terminent dans les six mois qui suivent la naissance du premier bébé. La peur, une fois reconnue, peut aider ce couple-là à grandir, à mûrir, à s'outiller.

Tout ça pour dire que la peur est une émotion qui peut être très positive et très créatrice dans la vie des femmes. Elle peut devenir un outil pour aller plus loin plutôt qu'un fardeau qui nous écrase et qui nous paralyse. On en a assez de la paralysie !

- Est-ce que peur et douleur vont ensemble ?
- Parfois oui. Quand une femme accouche, c'est la vie qui passe à travers son corps, littéralement. Elle est dans un processus irréversible, il faut que ce bébé-là sorte de toutes manières... Ça peut être effrayant, dans le vrai sens du mot, source d'effroi. Ça s'ajoute à la douleur, en fait, ça la multiplie.

Il y a une charge émotive très négative par rapport à la douleur dans notre culture, et chaque famille, chaque femme en a sa propre interprétation. Il y a des femmes qui, dès les premières contractions, se rendent compte de l'ordre de grandeur de cette douleur, et ont une peur bleue de la contraction suivante. On se regarde dans les yeux, on en a pour une minute. Et ce qui est merveilleux, c'est que ça se passe minute par minute. On a appris à considérer la douleur comme une agression. Pourtant, à l'accouchement, il ne s'agit pas d'une douleur qui annonce un danger comme une maladie ou un accident, mais d'un travail extraordinaire, comme si on grimpait une montagne. C'est la douleur de l'effort et il faut apprendre pendant le travail à lui dire oui, à dire « j'ai envie que mon corps s'ouvre et que mon bébé naisse ». Je veux aller avec plutôt qu'aller contre. C'est finalement de transformer une résistance en une acceptation, et une adaptation. J'aide la femme à être consciente de sa faculté d'apprentissage : qu'elle se voie elle-même en expansion pendant l'accouchement. Son accouchement va l'amener à connaître

une partie d'elle qu'elle n'avait probablement jamais rencontrée : des peurs, peut-être, des forces aussi. C'est ça qui vient lui donner sa sécurité. Le sentiment de sécurité vient essentiellement de l'intérieur.

DU VÉCU DE LA GROSSESSE AU VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

- Est-ce que tu as observé un lien entre les conditions psychologiques dans lesquelles s'est déroulée la grossesse et la manière dont va être vécu l'accouchement ?
- C'est sûr qu'il y a des liens immenses. C'est quelque chose qui se perçoit aisément aussitôt que tu te mets à regarder une femme et non pas un utérus ou un périnée. Une femme accouche comme elle vit. Mais il faut se méfier là comme ailleurs des grandes déclarations simplistes. Ça ne fonctionne pas de « cause à effet ». Une grossesse heureuse n'engendre pas nécessairement un accouchement simple et sans histoire ; une grossesse tourmentée ne veut pas nécessairement dire un accouchement qui n'a aucun bon sens. Une femme qui est tourmentée pendant sa grossesse alors qu'elle est en train d'affronter tous les bouleversements que ça lui fait vivre, qu'elle est en train de s'ajuster du mieux qu'elle peut, en fait, mine de rien, est en train d'apprendre une série de leçons fort importantes. Alors que l'autre qui vit une grossesse apparemment sans histoire peut être en train de couvrir un bouleversement émotif profond qu'elle ne veut pas affronter. Je ne me mettrai pas à soupçonner les gens heureux de me faire des cachettes mais je reste curieuse et attentive.

Si j'avais des grandes lignes à donner, je dirais que la sous-alimentation affective ne mène généralement pas à un accouchement heureux. La sous-alimentation tout court non plus d'ailleurs. Il est essentiel de s'aimer soi-même. Une femme qui est seule et démunie, c'est souvent une femme qui au fond n'a pas d'elle-même une opinion très élevée et qui pense que la pénurie d'amour est dans l'ordre des choses. D'autre part, une femme qui voit sa grossesse et son accouchement comme un apprentissage plutôt que comme une dynamique « échec-réussite » a de

bonnes chances de vivre un accouchement positif : elle s'apprécie dans ce qu'elle fait en se disant « c'est là que je suis, je n'ai pas eu l'accouchement dont je rêvais, mais j'ai appris ». Il y a un ensemble de facteurs et d'événements dans la vie d'une femme qui finit par peindre un tableau absolument unique au monde. Je suis plus intéressée par la dynamique qu'il y a dans son histoire que par l'histoire, la stricte énumération des faits. Je pense que dans notre grand monde civilisé, les femmes et les femmes enceintes en particulier ne sont pas bien « nourries ». Il y a de la curiosité autour des femmes enceintes. Mais les questions de l'entourage sont toujours les mêmes : « Ça se passe bien ta grossesse ? » « As-tu eu une échographie ou deux ? » etc. On attend une réponse en trois mots.

Au sujet de l'accouchement, on veut savoir si cela s'est bien passé et on attend aussi une réponse en trois mots : « Combien le bébé pesait-il ? Est-ce un garçon ou une fille ? » Qui veut savoir ce que la femme a vécu, qui veut savoir si elle a eu peur, comment elle s'est sentie ? Bien peu de gens. Il y a beaucoup de solitude. Il y a une espèce de déchirure incroyable, un double message au sujet de la grossesse et de la maternité. Ainsi les magazines ou les publicités de vêtements de maternité montrent des femmes qui sont à peine à quatre mois de grossesse et qui ont l'air parfaitement à l'aise, au-dessus de leur affaire, alors que la réalité, ce sont des vêtements qui veulent te craquer sur le dos, c'est la lourdeur du ventre, c'est la fatigue, c'est d'avoir à changer un peu ton cercle d'amis parce que personne n'a ton rythme.

Les femmes vivent ça difficilement et elles n'ont pas toutes un entourage sensible à ça, qui accepte de transformer son quotidien pour s'adapter à leur réalité. Il y a encore des hommes qui s'attendent à vivre l'accouchement et l'adaptation au bébé sans changer un iota à leur agenda. Ils veulent bien jouer avec le bébé dans la demi-heure où d'habitude ils regardaient la télévision, mais sans plus. Pour la femme, sa vie va se modifier bout pour bout. Ça n'a pas de sens. Tout ce qui est vécu de difficile dans la grossesse - le fait d'être mère ou d'être enceinte - si ça n'a pas une voix d'expression, une issue positive, ça finit par sortir « en bouton », par sortir en tension musculaire qui fait que le bébé a du mal à tourner et que ça devient une présentation de siège. Ou ça finira par engendrer la peur de la douleur et la rigidité du corps pendant le travail. Ça finit aussi par donner un utérus qui arrête de travailler - on appelle ça une inertie utérine - et tout s'arrête à six centimè-

tres. Trois heures plus tard on fait une césarienne parce qu'il faut faire quelque chose, ça finit par causer l'hypertension.

Je ne veux pas insinuer que toutes les complications sont d'ordre psychologique, mais une immense proportion d'entre elles est certainement d'origine émotionnelle. Je pense que c'est important pour moi, sage-femme, de l'attraper au vol quand je commence à sentir ce mauvais « feeling » dans sa peau. Je veux l'entendre, je veux que le feeling se rende aux gens qui peuvent faire une différence : la femme elle-même, d'abord, qui peut modifier ses attentes, ou son attitude si nécessaire, et ses proches. Il se fait un immense travail de prévention juste à écouter et à donner une porte de sortie à ces « feelings ». Non seulement une porte de sortie mais aussi une possibilité d'action, de transformation d'une situation. Je ne veux pas avoir l'air de dire que tout individu peut transformer sa condition sociale par sa seule volonté ; la société a sa part aussi là-dedans, mais toute femme peut, étant donné sa situation sociale, en tirer le meilleur parti, avec les ressources et le temps qu'elle a. Tans mieux si ce cheminement personnel l'amène à poser des gestes à portée sociale.

ACCOUCHEMENT ET SEXUALITÉ

- Y a-t-il un lien, selon toi, entre la sexualité des femmes et leur accouchement ?
- Selon moi, un accouchement est l'aboutissement d'un acte sexuel et par le fait même en fait partie. La raison pour laquelle j'y suis plus sensible qu'un médecin de sexe masculin, c'est que ça ne menace pas mon identité sexuelle ; je ne me sens pas non plus obligée d'établir clairement une distance entre la femme et moi pour qu'elle ne se sente pas menacée par moi, ce qui a été le cas dès le début avec les médecins. Pensons à ces photos du siècle dernier où le médecin est à genoux devant une femme et a les deux mains en dessous de sa jupe... C'est incroyable comme image.

Finalement, ce qu'un jeune étudiant en médecine connaît du corps des femmes, qu'il soit hétérosexuel ou non, ce sont ses propres expériences sexuelles. Et il n'y a rien qui garantit qu'elles soient adultes, matures, émotionnellement satisfai-

santes et surtout, respectueuses des femmes. Tout le vécu émotif du jeune homme, tout l'enseignement médical de l'approche aux femmes en gynécologie-obstétrique est imprégné de tout ce qu'on ne veut ni nommer, ni explorer, parce que c'est très personnel et émotif. Il a fallu pour la protection des clientes que les médecins créent une distance avec elles pour ne pas que la réalité sexuelle vienne s'interposer et créer des problèmes. Cela a eu pour effet de donner une image d'objectivité à la médecine où le toucher est évité et reste secondaire. Or, moi, je travaille dans le sens contraire. Je suis aussi capable de sentir et de respecter l'intimité et plus particulièrement l'intimité sexuelle d'une personne ; et surtout, de la reconnaître.

Quand une femme accouche et qu'elle accouche spontanément, non contrainte ou peu contrainte par son environnement, on sent vraiment la femelle qui prend le dessus, le côté instinctif qui sait très bien comment ça marche et qui va, de lui-même, compléter ce qu'il a commencé neuf mois auparavant. On peut sentir le côté sexuel de ça. Tous les bruits que les femmes font quand elles accouchent, l'énergie qui se dégage, leur visage en témoigne. Le visage d'une femme qui accouche, transfiguré, en sueur, à la fois totalement présent et totalement absent au reste du monde, c'est comme le visage de quelqu'un pendant un orgasme.

Je ne voudrais évidemment pas sauter de là à la conclusion simpliste, encore une fois, que l'accouchement est un orgasme. Il y aurait là une réduction absolument insultante pour les femmes qui accouchent. Mais ça procède de la même énergie. Les gémissements et les cris des femmes qui accouchent sont si proches des sons sexuels, qu'ils rendent souvent le personnel médical mal à l'aise. Pourtant, une femme a besoin de pouvoir bouger, de s'exprimer. Le processus est délicat et ne peut pas être interrompu, accéléré, modifié, sans conséquence importante. Parce que c'est aussi une expérience sexuelle, la femme va tout probablement rencontrer dans l'accouchement le même genre de vulnérabilité ou de limite qu'elle rencontre dans sa vie sexuelle. En dépassant ses limites, en transformant certaines attitudes, sa vie sexuelle en sera aussi changée par la suite.

Les réflexions qu'on se fait sur l'amour s'appliquent aussi souvent à l'accouchement : « ça me fait mal » ; « ça va trop vite » ; « je ne sens rien » ; « je n'ai pas le choix des positions » ; « mon vagin est trop grand (ou trop petit) » ; « mes seins ne sont pas assez quelque chose » pour l'amour et ne sont « pas assez autre chose » pour allaiter ; « son confort importe plus que le mien » ; « son imagerie mentale a le dessus sur la mienne » ; « il me fait l'amour » ; « il m'accouche » ; « ma

passion lui fait peur » ; « je fais semblant d'avoir "un bel orgasme" ou un "bel accouchement » ; « je me compte chanceuse, ça va bien » ; « lui sait ce qui est bon pour moi » ; « quand ça ne marche pas, c'est de ma faute ». Je ne dis pas que ça s'applique à tous les accouchements et à toutes les expériences sexuelles, mais il y a une continuité entre les deux qui est très intéressante à observer. Pourtant, Dieu sait qu'il ne faut pas mélanger sexe et maternité.

Pour moi, plus je ressens cette dynamique, plus je comprends qu'une femme qui est un peu trop passive dans la vie, qui attend, va avoir besoin de bouger quand elle accouche. Elle va avoir à se lever, à changer de position et à aller chercher avec son corps, avec son partenaire, en s'accrochant après, les positions dans lesquelles elle sera à l'aise. Par contre, une autre femme va avoir besoin d'accepter d'être réceptive, de juste s'abandonner ou de s'ouvrir, de s'arrêter... de rester là en laissant la chose se passer en elle, et de savoir que ça, c'est accoucher. C'est avec des intuitions comme celles-là qu'on invente ensemble des façons de l'aider à entrer en communication avec le courant d'énergie qu'amène l'accouchement.

LE BÉBÉ : UN ÊTRE COMPLET

- Tu as parlé de toi, comme accompagnante, des femmes qui viennent te voir. Et le bébé ? Quelle est la place du bébé ? Comment donnes-tu au bébé la place qui lui revient ?
- D'abord, j'ai appris que les nouveaux-nés sont des personnes entières et conscientes, déjà chargées d'un certain vécu. Tu sens déjà qu'ils ont des habitudes : ils se sucent le pouce, ils sont curieux, placides, réactifs. J'en avais une intuition comme mère, malgré que la tendance générale ait été plutôt de les considérer comme des blocs de cire vierge, à la naissance. Je m'inquiète toutefois que, dans la médecine moderne, on en soit maintenant à donner au bébé une place prépondérante ; non pas que je trouve que la vie ou la santé d'un bébé soit une chose secondaire ou mineure, mais je ne vois pas l'intérêt, ni même le bon sens ou la logique, de placer la mère et le bébé dans un ordre hiérarchique, comme s'ils n'étaient pas, au moment de l'accouchement, en symbiose totale.

Finalement, cette symbiose, c'est graduellement au cours des mois ou des années qu'elle sera remplacée par l'autonomie de ces deux personnes ; l'autonomie physique va se faire plus vite que l'autonomie matérielle et émotive mais un bébé n'est pas un être indépendant dès la semaine après l'accouchement. Pour moi, traiter le bébé comme un être complètement distinct de la mère, ça relève du même genre de raisonnement que de traiter l'utérus à part de la femme, que de traiter le vagin séparé de l'utérus, et tout ce monde-là en petits morceaux. En fait, la chose principale dont je ne me sépare jamais, c'est de cette conviction profonde que ce bébé a une mère, que cette mère est évidemment beaucoup plus que le contenant du bébé et que, jusqu'à preuve du contraire, il n'y a pas de meilleur endroit pour mettre le bébé. Sans compter que le bébé a aussi un père. Physiquement et psychologiquement, c'est la mère qui a la plus large part de nourriture à donner à ce bébé. Le corps voit à fournir la meilleure nourriture possible. Il n'y a pas de mère qui choisisse de mal nourrir son bébé ; dans des circonstances extrêmement difficiles, elle essaie de survivre du mieux qu'elle peut comme d'ailleurs n'importe quelle plante ou n'importe quel animal au monde.

Donc, le bébé est évidemment une personne importante mais jamais je ne prétends être la meilleure personne pour s'en occuper. Ça ne veut pas dire que, si un bébé a de la difficulté à respirer, je me mettrai à philosopher sur la question et à dire à la mère : c'est ton enfant ! Comme sage-femme, j'ai un certificat en réanimation cardio-respiratoire et si le bébé en a besoin, je vais utiliser mes connaissances ; je le ferai de préférence avec un bébé sur le ventre de sa mère. Je demanderai alors à ses parents de parler au bébé, de l'appeler parce que ce ne sont pas les gestes strictement techniques qui le ramènent à la vie, quoiqu'ils soient essentiels. C'est ma conviction personnelle. Pour moi, les parents demeurent les premiers fournisseurs de l'énergie vitale qui a conçu cet enfant, qui va l'accompagner jusqu'à l'âge adulte. Et j'ai beaucoup plus intérêt à investir dans les parents et dans la mère en particulier, sachant que si la mère a suffisamment de quoi manger, de confort émotif, et de ressources affectives autour d'elle, elle s'occupera de son bébé. Je ne veux pas dire maintenant que toute mère possède spontanément un instinct maternel débordant ... Chez certaines femmes, il faut le stimuler, parce que ça ne leur est pas inné, ça ne leur vient pas spontanément. Il y a des femmes qui ont voulu avoir un enfant mais qui n'ont pas cette espèce de réflexe animal envers un bébé. Ça va être mon travail de veiller à créer ou à maintenir des condi-

tions optimales pour que ce qu'il y a « d'instinct » chez elles, ce qui tend vers un lien amoureux et nourrissant envers le bébé, que ça, si petit soit-il, ait la chance de poindre, de grandir et de fleurir. C'est une de mes fonctions principales. Prendre sa place, lui confirmer son incompetence comme mère et lui confirmer que seul un savoir comme le mien peut réussir à prendre soin du bébé, ça viendrait saboter, et peut-être pour toujours, son lien avec ce bébé.

ET LE PÈRE ?

- Est-ce qu'une sage-femme a un rôle particulier à jouer auprès du père ?
- Je vois mon rôle comme étant auprès de la famille dans son ensemble. C'est une vision écologique de l'accouchement. On ne peut pas s'occuper que de l'utérus d'une femme ; on ne peut pas non plus s'occuper d'une femme en faisant abstraction de son partenaire. On ne peut pas faire abstraction de sa famille, de son milieu de vie, de son milieu de travail. Donc, dans cette logique, le père est un personnage très important. Maintenant, mon mandat particulier, c'est le bien-être physique, psychique, émotionnel de la mère et du bébé. Je ne nomme pas le père immédiatement parce que ça pourrait me mettre dans un conflit d'intérêt : c'est mère et bébé d'abord. Mais un père absent, un père indifférent, un père jaloux, ça ne cadre pas avec le portrait du bien-être de la mère et du bébé et vice-versa. De plus en plus de pères reconnaissent cette importance.

On parle depuis le début de notre rencontre de l'autonomie, de l'apprentissage, de la sécurité, de la reconnaissance de la peur, du besoin d'une situation émotive qui supporte et qui nourrit, mais tout ça, ça se vit avec le père (ou l'absence de père) du début à la fin, y compris quand je parlais de l'aspect sexuel de la relation, parce que lui aussi était présent au début de cette histoire. Et là aussi il est possible de stimuler la présence du père, de le défier sur son terrain. Quand il reste dans le confort de l'indifférence, de la distance et des préoccupations extérieures, c'est possible d'aller le toucher dans son cœur, de l'aider à s'impliquer quand ça ne lui est pas déjà spontané pendant la grossesse.

Pour moi, le lien à privilégier, quand il est possible et souhaitable, c'est le lien entre la mère et le père. Dans le support pratique que je vais donner à une femme dans un accouchement, je vais d'abord aider le père à aider la mère. Ce que vit le couple à ce moment-là, sera dans dix ans, plus qu'un souvenir précieux pour eux. Un père qui a partagé comme participant ému, de façon entière, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, c'est autant d'acquis et d'ajout à la relation avec la mère. Et ça va peut-être faire la différence dans six mois ou un an entre eux : on se quitte ou on passe à travers quelque chose et on continue ensemble. Ce n'est pas mon rôle, pour gagner un peu de prestige personnel, de reconnaissance ou d'excitation, de prendre plus de place. Autant c'est impressionnant de voir les femmes se développer, s'ouvrir et s'exprimer dans un accouchement, autant c'est impressionnant et touchant de voir les hommes prendre leur place. Leur place est aussi unique, taillée sur mesure, comme les femmes ont une façon unique d'être mère. Une sage-femme fait bien son travail quand les couples gardent l'impression qu'ils ont accouché eux-mêmes !

FEMME ET SAGE-FEMME : UN LIEN APRÈS L'ACCOUCHEMENT

- J'aimerais que tu me parles du lien entre la femme et toi après l'accouchement.
- Pendant le « retour des couches », et les premières semaines du bébé, j'assume un soin postnatal, un accompagnement, où je continue à exercer une certaine vigilance. C'est, jour après jour, l'éclosion de plusieurs nouvelles relations (bien sûr, il y avait une relation avec le fœtus, mais elle est maintenant incarnée autrement) : celle du bébé avec sa mère exprimée quotidiennement dans l'allaitement, avec son père, les autres enfants, la famille, les amis. C'est aussi la relation de couple vécue sous un nouveau jour ; toutes les relations sont transformées.

Et ces transformations comme toute évolution humaine, ne sont pas exemptes d'écueils, de noeuds, de malentendus, de déceptions ... comme de moments extatiques. Ici aussi, cette force de vie a besoin d'espace, de permission, d'écoute. C'est

l'expression postnatale ... qui souvent, faute de reconnaissance, devient la dépression postnatale (le mot est de Claudia Panuthos). Techniquement parlant, ça se termine autour de six semaines après l'accouchement. Mais le lien qui s'est noué durant neuf mois ne se brise pas d'un coup, il se transforme. Beaucoup de femmes me rappellent, me renvoient, m'envoient régulièrement des photos des enfants. Nous gardons une complicité. Spontanément, on m'appelle pour me demander ce que je pense de la vaccination, de l'introduction des aliments, etc. Je trouve plaisant d'accompagner les femmes et de les guider vers certaines ressources. La transformation n'est pas toujours facile. C'est aussi une période de sevrage pour moi. Il y a des gens que j'ai été amenée à aimer beaucoup ; on a partagé des moments très intenses et on doit maintenant accepter l'éloignement parce que le détachement est la conclusion naturelle de tout attachement. Et par moment, ça nous fait vivre le même genre de tristesse que n'importe quel autre sevrage. Ce n'est pas un soin strictement professionnel qui se termine, c'est un lien humain... C'est le passage à une autre étape.

SAGE-FEMME : SAVOIR ET SAVOIR-FAIRE

- Qu'est-ce qu'une sage-femme sait qu'un médecin ne sait pas ? Qu'est-ce qu'une sage-femme fait qu'un médecin ne fait pas ?
- Pour une sage-femme, le normal n'est pas une variation mineure et banale d'une complication qui a une histoire et des ramifications. Le déroulement d'une grossesse et d'un accouchement, même normal, même « banal », est toujours riche en ramifications de toutes sortes, dans tous les aspects de la vie des gens, toutes choses étant en contact et en relation entre elles, et donc en mouvement. La sage-femme apprend dans sa formation et par expérience un ensemble de détails du déroulement du normal qui ne sont pas pertinents dans un cours de médecine axé sur la compréhension et le traitement de la pathologie.

Je vais juste donner l'exemple de l'allaitement. Comme mère, tout le processus de l'allaitement est extrêmement simple mais aussi très complexe comme toutes

les fonctions du corps, quand on y pense. Chaque mère, chaque nouveau-né est unique, et chaque allaitement dépend autant de facteurs physiques que de la qualité de l'échange d'amour (et donc, de nourriture) qu'il y a entre eux. Ça implique donc aussi une connaissance de cette dynamique, qui est très riche, très dense, et très lourde de conséquence dans la vie de ces deux êtres. Les médecins n'apprennent pas ça, il faut qu'il y ait sur demande quelqu'un qui connaît ces choses-là.

Ça me fait penser à un petit incident que j'ai trouvé très drôle. J'ai dîné cette semaine avec une autre sage-femme et un obstétricien avec qui nous travaillons régulièrement. L'obstétricien racontait qu'une de ses amies lui avait demandé un jour de faire un spécial pour elle et de venir l'aider à accoucher à la maison ; il a failli accepter sauf qu'à la dernière minute, quand il s'est rendu compte de ce que ça lui prendrait comme type d'organisation à la maison, et comment justement il fallait tout organiser, il nous a dit avoir levé les bras au ciel : « Je suis bien trop paresseux pour faire des accouchements à la maison. Moi j'arrive à l'hôpital, les deux mains comme ça... » Nous avons éclaté de rire avec complicité parce que, faire du ménage et ranger, nettoyer pour que rien ne paraisse, je fais ça toutes les semaines, je fais ça continuellement. Ce n'est pas quelque chose qui me fait peur. Je ne sais pas si c'est opportun de le dire mais quand tu demandais ce qu'une sage-femme fait qu'un médecin ne fait pas, je me suis dit spontanément : on ramasse du vomi, on ramasse du caca. Ça a l'air trivial comme réponse, mais on accompagne une femme jusque là ; il n'y a pas de tâches subalternes.

Qu'est-ce qu'on fait qu'un médecin ne ferait pas ? Il y a des gestes de tendresse, il y a beaucoup de quotidien et de familiarités qui passent par le toucher et une sage-femme généralement se sert plus de ses mains, si on parle de manière obstétricale. Ça m'est arrivé de masser un col d'utérus que je sentais particulièrement tendu et de masser pendant dix minutes. Je connais très peu de médecins qui font ce genre de gestes. Je donne juste celui-là en exemple. Je n'ai jamais peur d'avoir un contact physique. Aller toucher un bébé par le ventre pour l'aider à se calmer. Sans parler de tous les gestes de support comme tels. Prendre une femme dans mes bras pour la bercer.

Une sage-femme s'illustre aussi par les choses qu'elle ne fait pas. Elle sait attendre, elle sait ne rien faire. J'accepte, quand je vais aider une femme à accoucher, d'être hors du temps. Au début de l'accouchement, je refuse d'appeler qui que ce soit dans les prochaines vingt-quatre heures : j'annule et on verra plus tard.

J'accepte d'embarquer totalement sur un autre rythme. De la même façon que lorsqu'on a un nouveau-né à la maison, on ne fonctionne pas avec un agenda.

- Comment vois-tu ton rôle en tant que professionnelle ?
- Évidemment, s'il y a un certain nombre de gestes aussi familiers entre la femme et moi, il y a aussi d'autres gestes que je vais poser avec elle, que sa copine ne posera pas. Ne serait-ce que faire l'analyse d'urine ou prendre sa pression artérielle. Mais ces gestes-là se font toujours sous le signe de la dédramatisation et de la démystification. J'explique aux gens ce que ça veut dire la pression et je peux leur montrer comment la prendre eux-mêmes. Quand je touche... je prends un foetoscope pour que les gens écoutent le coeur du bébé. Je leur enseigne comment palper le bébé, ça se fait dans la plus grande simplicité. Lorsque je fais une pelvimétrie manuelle, j'emploie une connaissance de l'anatomie de la femme et un doigté qui est spécialisé, mais je ne crée pas de différences dans mon rapport parce que je suis en train de faire ça. De la même façon que ce n'est pas parce qu'une femme donne à sa famille une alimentation équilibrée qu'elle va avoir l'air d'une diététiste à l'heure des repas !

Admettons qu'une femme a déchiré lors de son accouchement et que je doive la recoudre : c'est un acte spécialisé, alors j'enfile des gants stériles, je n'utilise que du matériel stérile. Il y a une petite mise en scène, lumière et tout le truc, ce qui ne m'empêche pas pendant que je la couds, de lui demander régulièrement comment elle va, de faire des commentaires sur les petits bruits que son bébé fait et de demeurer dans cette atmosphère. C'est ce qui m'amène à dire qu'avec le temps, je me rends compte qu'on s'est fait une fausse idée de ce que c'était qu'être professionnelle.

On en est venu à considérer que professionnel voulait dire expert, loin, froid, désintéressé de la personne. Il y a plusieurs professionnels, en tant qu'individus, qui remettent en question cette définition du professionnalisme ; il y a des médecins qui sont capables de parler aux gens, qui sont chaleureux, qui sont présents. Il y en a, il y en a toujours eu. Heureusement ! Mais je pense que les sages-femmes en particulier, en tant que profession, devront défier la définition du professionnalisme désincarné, entre autres parce qu'elles sont des femmes impliquées dans tout

le cycle de la reproduction, incluant la contraception, la ménopause, l'éducation sexuelle, l'autosanté gynécologique.

L'attitude de l'expert lointain et froid ne convient pas du tout à la sage-femme. Il va falloir inventer cette nouvelle vision du professionnalisme et ne pas simplement la laisser au hasard, heureux ou malheureux, de l'intégrité et du cœur de chaque individu qui va pratiquer cette profession. Il va falloir trouver dans ses fondements mêmes la jonction entre le côté humain, vécu, expérientiel et le côté scientifique, rationnel et logique. Le sens premier et réel du mot professionnel s'est perdu ; on en est même venu à penser que les deux pôles « chaleureux et humain » et « rationnel et scientifique » se repoussent l'un l'autre. Et ça non plus ce n'est pas vrai.

Depuis le début, je parle beaucoup de chaleur, de cœur, de vécu, d'expériences, de toucher. Et à toutes les deux phrases j'ai une petite voix en moi qui dit : j'espère que ça n'aura pas l'air « pas scientifique », j'espère qu'on n'aura pas l'air d'une « gang de granola » qui se prennent les mains en se regardant dans les yeux et qui ne savent pas quoi faire dans les situations délicates. Cette image-là est très persistante et on doit la détruire si on veut un espace qui permettra de laisser la place à un autre type de professionnalisme. C'est un défi ! L'inventer et la rentrer dans les mœurs. Si nous-mêmes ne l'acceptons pas, cette synthèse de l'humain et du scientifique, ce sont les femmes qui vivront de plus en plus la déchirure entre leur expérience et l'explication scientifique de leur expérience. Et la coupure entre les deux, elle se vit à travers les complications, les épisiotomies, les césariennes. Il est temps que l'on fasse un mouvement clair et déterminé pour joindre les deux mondes, ces deux aspects du monde.

- Le mouvement existe, mais il faut que les solutions qui sont apportées par le mouvement soient reconnues...
- Les solutions existent déjà en ce moment. Mais du noyau de base, il est temps que l'on passe à la multiplication et que ça se fasse sur la place publique. Qu'une majorité de femmes et de couples aient accès à ça, simplement, loin des préjugés et des fausses peurs que certains aiment mieux entretenir.

L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE : UN POSSIBLE PARMI D'AUTRES

- On a souvent associé la pratique des sages-femmes à une forme d'accouchement, à un lieu d'accouchement qui est celui du domicile. Le domicile est-il vraiment le lieu privilégié du travail de la sage-femme ?
- Le lieu idéal d'exercice de la profession de sage-femme est juste à côté des femmes qui accouchent. Donc juste à côté des femmes qui accouchent à l'hôpital, juste à côté des femmes qui accouchent dans des maisons de naissance, juste à côté de celles qui accouchent dans leur maison et juste à côté de celles qui accouchent dans un taxi.

Évidemment, dans l'élaboration, dans les premiers bouillons de cette résurgence au Québec, les accouchements à la maison ont été une espèce de situation idéale parce qu'ils ont permis une rupture réelle avec le modèle médical et l'organisation institutionnelle de l'accouchement à l'hôpital, qui, sans intention malicieuse, s'étaient emprisonnés dans leurs propres limites et qui étaient en train d'étouffer. Ça nous a donc donné un autre lieu, où on se trouvait à être invitées à un accouchement plutôt qu'à y poser nos conditions. On a vu vraiment des femmes dans leur milieu naturel, prendre des positions, dire des choses, en demander d'autres, manger alors qu'elles étaient en train de pousser, accoucher debout, accoucher à quatre pattes dans la salle de bains, passer tout leur travail dans le bain. On a vu des gens expérimenter une expression d'eux-mêmes dans l'accouchement (mais jamais au prix de la sécurité ou du bon déroulement de l'accouchement). Comme on avait accepté de suivre les femmes, on les a suivies. J'ai appris énormément pendant ces moments-là et ça a vraiment nourri l'intuition que j'avais que l'accouchement était autre chose que la description en trois stades telle qu'on la lit dans des livres d'obstétrique.

Si on veut parler de lieu idéal pour les sages-femmes, ça va demeurer, je pense, là où les femmes veulent accoucher. Chacune devra trouver son lieu idéal. Ici au Québec, je pense qu'il manque une option, répandue ailleurs, celle de la « maison de naissance ». Une telle option va permettre d'élargir les critères qui sont

utilisés pour choisir les accouchements à la maison tout en faisant place à quelque chose qui va ressembler beaucoup plus aux gens qui vont l'utiliser. Je pense que l'hôpital a, avec lui, de par son modèle même, une charge et une contrainte de fonctionnement qui vont à l'encontre de ce que les gens veulent vivre à leur accouchement ; il demeurera toutefois un endroit où une bonne proportion de femmes voudront ou devront accoucher.

- Est-ce qu'on peut imaginer une cohabitation entre les sages-femmes et les autres professionnels qui existent déjà, comme les infirmières et les médecins ?
- Dans nos pratiques actuelles, on cohabite déjà. L'ensemble de la clientèle des sages-femmes actuelles est aussi suivie par un médecin qui connaît ses intentions. Quand une femme doit être transférée à l'hôpital, on y va avec elle en acceptant d'avoir un rôle secondaire une fois à l'hôpital, étant donné notre statut légal, mais aussi du fait qu'on se rend à l'hôpital pour aller chercher un soin spécialisé qui dépasse notre limite de compétences. Sinon, on resterait à la maison et on le ferait nous-mêmes ! Donc, cet état de choses pourra persister après la légalisation de la pratique des sages-femmes, dans le sens que lorsque viendra le temps de consulter un obstétricien, il faudra travailler avec lui.

Les premiers contacts qu'on a eus avec des infirmières et des médecins se situent entre la curiosité et la méfiance, quand ce n'était pas carrément l'agressivité. Tout ça, dû beaucoup à une méconnaissance de la part des professionnel/les en place, à la fois de ce que nous faisons comme sages-femmes et de ce que nous attendions d'eux. Il y avait par moment une espèce de cristallisation des bons d'un côté et des méchants de l'autre, et ça venait de part et d'autre. Par naïveté, par enthousiasme passionné de notre part, et par le phénomène bien humain de la résistance au changement de leur part, comme si l'existence des sages-femmes impliquait l'incompétence ou l'inutilité des autres professionnels ! Quand on comprend que nos champs d'expertise se côtoient, se chevauchent parfois, on comprend que chaque profession a sa place, son rôle, son importance ... et on se sent bien moins menacé. Il ne reste plus qu'à négocier un « *modus vivendi* », et il n'y a pas de raison pour qu'il ne soit pas agréable, efficace, et gratifiant pour tout le monde, y compris, et surtout, pour les femmes et leur famille, pour ne pas qu'elles aient à payer le prix du choc des deux réalités. Ce qui facilite la cohabitation, c'est l'expé-

rimentation à petites doses, avec des projets pilotes. Je pense que ce changement devra se faire progressivement, et avec un respect pour la réaction normale de tout être humain face au changement.

LA SAGE-FEMME QUÉBÉCOISE : UNE NOUVELLE SAGE-FEMME ?

- Est-ce que la sage-femme qu'on veut avoir ici, celle qui risque d'avoir droit de cité, est la sage-femme telle qu'on la retrouve actuellement en Europe ?
- Pas exactement, non. Évidemment, les deux sont issues traditionnellement d'une longue lignée de sages-femmes. Le mouvement des dernières années qui a amené plus de technologie, une vision beaucoup plus médicale, l'institutionnalisation et tout, a eu son effet aussi sur la pratique des sages-femmes et à peu près dans tous les pays d'Europe, la Hollande faisant exception. Une très heureuse exception d'ailleurs, comme tous les chiffres le confirment. Et donc cette pratique s'est transformée et elles aussi, là-bas, ont à remettre ces choses-là en question. Mais, parce qu'elles sont en place depuis toujours, il n'y a pas eu de chocs, alors qu'ici il y a eu disparition, absence totale, besoins exprimés par les femmes et renaissance. C'est ça qui est l'aspect nouveau. Les femmes d'ici sont allées voir une par une quelqu'un qui était susceptible d'être leur sage-femme en disant moi, je veux ça, moi j'ai besoin de ça. Alors il a fallu pour chaque sage-femme combiner ce qu'elle jugeait acceptable comme norme de pratique pour une sage-femme et ce qui était une réponse satisfaisante pour cette cliente.

Cette émergence des sages-femmes ici arrive en même temps que cette nouvelle conscience, le mouvement des « enfants du verseau », une conscience qu'on peut se permettre ici parce qu'on est en Amérique, qu'on est riche et qu'on peut se permettre d'accorder de l'importance à l'épanouissement de l'être humain. L'importance de l'aspect spirituel, de l'aspect psychique, psychologique a émergé d'un peu partout, les médecines douces manifestant finalement le même mouvement. En ce moment, les sages-femmes du monde entier ont les yeux tournés vers ce qui se passe en Amérique. Et ça ce n'est pas moi qui l'invente ! Ce sont les sages-

femmes de la Confédération internationale des sages-femmes qui l'ont dit publiquement : on est très intéressées de voir ce qui se passe en Amérique où on est en train de rafraîchir la source, de renouer avec les racines mêmes de ce métier de sages-femmes qui a toujours été de répondre aux femmes, d'accompagner les femmes.

- C'est une pratique qui est enracinée dans la tradition et qui en même temps se renouvelle ?
- Exact. Qui se renouvelle en Amérique et au Québec et qui répond à la réalité 1980-1986 qui est celle d'un monde pas vraiment sécuritaire, où il y a beaucoup de violence, de solitude, où il y a des difficultés de tout genre, où la redéfinition des rôles hommes/femmes n'est pas sans conséquence pour la maternité. Cette pratique répond aussi à cette autre réalité universelle et intemporelle : une femme accouche, un enfant naît, une famille naît.

On s'abreuve à toutes ces sources et c'est vraiment un retour aux racines mêmes du métier de sage-femme. Pour être allée dans des rencontres de sages-femmes, que ce soit aux États-Unis ou ailleurs au Canada, je peux dire que les sages-femmes du Québec apportent toujours une couleur particulière ... que j'ai essayé d'analyser. Mais à la vérité et c'est aussi une qualité traditionnelle des sages-femmes, elles transportent la couleur de leur pays parce qu'elles sont toujours issues du milieu même des femmes qu'elles servent, contrairement aux professionnels qui souvent viennent d'un autre milieu. Nos sages-femmes ressemblent donc aux femmes du Québec. Et c'est quelque chose qui me tient beaucoup à coeur de voir à ce que toute organisation de la profession ou de la formation veille à rendre cette profession accessible aux femmes du Québec, aux femmes de différents milieux culturels, socio-économiques. Je pense aux autochtones, aux femmes inuit, aux amérindiennes, aux immigrantes parce que pour être proche d'une femme qui accouche, il faut faire partie de sa famille, il faut faire partie de sa communauté.

On a la chance inouïe de pouvoir créer ici une profession de sage-femme qui se compare avantageusement à ce qui existe au plan international, mais avec la couleur d'ici !

Cancer et culture. Produire le sens de la maladie.

Section 2. ... vers la réappropriation

B) Témoignages de vécus alternatifs

18

Pourquoi donc vouloir accoucher avec une sage-femme ?

Par Sylvie Montreuil

Une entrevue réalisée par Francine Saillant

COMME JE ME SOUVIENS...

[Retour à la table des matières](#)

- Et à quel hôpital vas-tu accoucher ? me demande innocemment une amie.
- Euh !... à la maison, avec une sage-femme.

Sidérée, la pauvre a besoin de quelques secondes pour digérer la confession. Habituellement, mon interlocuteur/trice change de sujet de conversation. Il faut attendre une rencontre subséquente pour la réaction qui, invariablement, traite des risques et périls de l'accouchement. J'ai alors droit à une ou deux histoires d'horreur qu'une parente, une amie ou une amie d'une amie a vécue. Épuisée, victime d'une hémorragie abondante, elle n'a eu la vie sauve que grâce à l'intervention de son médecin et à la disponibilité immédiate de la technologie. Pour un peu, le bébé y restait.

J'ai beau leur expliquer que le Canada est le seul pays industrialisé à ne pas accepter la pratique des sages-femmes, on n'arrive pas à imaginer quelqu'un d'au-

tre qu'un médecin ou une infirmière aux côtés d'une femme en train d'accoucher. Que la Hollande jouisse d'un taux de mortalité infantile comparable au nôtre alors que plus du tiers des accouchements se déroulent à domicile en compagnie d'un médecin ou d'une sage-femme, rien n'y fait.

Qu'est-ce qui peut donc pousser une femme apparemment saine d'esprit à faire une telle chose ? Mon entourage y voit de l'inconscience et un « trip médecines douces simili granola ». Je me serais fait embarquer par des féministes extrémistes et je serais en pleine crise de paranoïa contre les docteurs et les institutions. À la limite, on peut admettre que je puisse vouloir une sage-femme à mes côtés pendant le travail à l'hôpital, si c'est une amie proche et qu'elle ne fait que compléter le travail du médecin et de l'infirmière. Après tout, « une sage-femme n'est qu'un demi-docteur ». Humaine peut-être, mais limitée au niveau des connaissances ; du moins, le croit-on.

Mais on est tout simplement ahuri par mon souhait d'accoucher à domicile, ce qui semble un retour en arrière alors que l'hôpital est gratuit, accessible. Quand au Québec nos grands-mères accouchaient à la maison, les taux de mortalité maternelle et infantile n'ont-ils pas légitimé l'accès massif aux hôpitaux ? Au mieux, je perçois un certain respect pour ma décision, mêlé à un sentiment du genre « s'il y a un pépin, elle aura couru après ! ».

Mes deux décisions, soit d'une part d'être suivie et assistée par une sage-femme, et d'autre part d'accoucher à la maison sont pourtant mûries de longue date. Mes souvenirs d'enfance décrivent le travail et l'accouchement comme des événements sacrés, merveilleux, que l'on garde en mémoire toute sa vie. Ma mère me racontait la beauté de la naissance plus que les affres du travail. Je garde aussi l'idée que les médecins étaient des retardataires qui disaient, parce qu'eux n'étaient pas prêts : « Ne poussez pas madame ! ». Ils me semblaient plus sensibles aux techniques obstétricales à la mode qu'à la grandeur du moment : trente ans après, ma mère a encore sur le cœur les anesthésies générales qu'on lui a imposées alors qu'elle voulait être consciente de tout.

MON STAGE EN OBSTÉTRIQUE

J'ai eu un choc pendant mon cours d'infirmière. Bien sûr, le premier cri du bébé et la joie des mères à la vue de l'enfant m'arrachaient des larmes de bonheur. Ces moments sont si intenses, si beaux ! Cette vie nouvelle qui nous met en contact avec les forces de la nature ! Ces premiers moments de vie où l'on est si solidaire avec le bébé dans ses efforts pour prendre sa première respiration, où l'on est bouleversé de tant de fragilité mêlée à tant de force et de perfection. Ces instants de bonheur, toutes les femmes du monde s'en souviennent encore avec émotion des décennies plus tard.

Quelque chose d'indéfinissable avant et après la naissance me laissait toutefois une impression amère. À l'époque je voyais des choses qui me troublaient mais que je ne savais trop par quoi remplacer. Je me souviens de mon attitude et de celle des infirmières, médecins, internes, externes et résidents. Une attitude sérieuse, professionnelle, compétente me semblait-il. Mais aussi un peu froide et détachée. C'est comme si malgré notre bonne volonté d'aider la femme et le couple, nous n'y réussissions qu'à moitié. J'assistais dans leurs contractions des femmes qui ne me connaissaient ni d'Ève ni d'Adam, et je m'employais à leur fournir un support technique dans le cadre d'une relation d'aide empathique (j'ai appris cela dans les livres).

Je me trouvais bien gentille et bien compétente en installant un moniteur foetal. Vous savez, cette sorte de ceinture autour du ventre de la mère qui est reliée à une machine, et qui permet de détecter même du poste des infirmières une décélération du coeur foetal pendant les contractions. Bien sûr, la mère devait rester couchée pour ne pas déplacer le moniteur, et c'était assez choquant de constater que certaines ne collaboraient pas. Sous prétexte d'être plus à l'aise, elles voulaient changer de position ou même marcher.

Il ne me venait même pas à l'idée de frapper avant d'entrer dans une chambre. Je blaguais pour déridier l'atmosphère, car les contractions, c'est pas toujours du gâteau. Dans la salle d'accouchement, après l'épidurale, de concert avec mes col-

lègues, nous parlions de tout et de rien. La tâche de la femme était terminée, une équipe compétente avait pris la relève. On allait l'accoucher d'un beau bébé.

Je ne comprenais pas pourquoi certaines femmes réclamaient avec tant d'insistance leur bébé dans les heures qui suivaient l'accouchement : nous leur offrions pourtant l'occasion d'être tranquilles, de se reposer.

Je m'occupais des bébés affectueusement, mais les croyais aveugles et uniquement préoccupés par des besoins fondamentaux tels la respiration, l'alimentation, l'élimination.

Mais alors que nous étions tous si humains, si compétents, pourquoi un malaise me collait-il toujours à la peau ? Pourquoi ce sentiment de manquer le bateau ? J'avais pourtant eu de belles relations avec mes clientes (ou patientes, à votre choix), elles avaient eu de beaux enfants, elles avaient l'air satisfait. On faisait de notre mieux, sincèrement, pour qu'elles aient de la chaleur et de la sécurité. Le travail et l'accouchement me semblaient de mauvais moments à passer, largement compensés par le merveilleux de la naissance. Pour certaines, le travail était plus facile. Elles avaient un travail moins long et des contractions moins fortes que les autres, étaient plus positives face au travail ou avaient un conjoint qui les supportait très bien.

Je me souviens aussi, durant ce stage d'infirmière, de ce couple qui vivait des moments heureux, en plein travail. Contrairement aux autres, l'homme et la femme semblaient vivre des moments intenses, sereins et agréables, remplis d'efforts et de concentration. J'avais compris implicitement que je ne pouvais entrer dans leur chambre à tout moment, en plaisantant sur la pluie et le beau temps. Je me faisais discrète, disponible pour les aider lorsqu'ils le désiraient, mais c'était eux qui avaient le contrôle de la situation. C'était calme et beau. Différent en tout cas !

Ce stage en obstétrique m'a donc laissée avec des souvenirs ambivalents. J'aurais tant aimé que le travail et l'accouchement soient des moments agréables, mais je devais constater que ce sont des moments douloureux et dangereux par lesquels on doit passer pour avoir le bonheur de voir son enfant naître. Je m'étais résignée à vivre cela aussi un jour.

MA RENCONTRE AVEC UNE SAGE-FEMME

Un an plus tard, je rencontre Huguette, une infirmière compétente et décidée. J'apprends qu'elle a une formation de sage-femme et qu'elle assiste avec un ami médecin à des accouchements à l'hôpital ou à domicile. C'en est trop ! Ma foi, elle est inconsciente du danger. Tout le monde sait qu'il faut une armée de professionnels et une quincaillerie élaborée pour accoucher une femme. Ce qu'elle exagère lorsqu'elle décrit l'accouchement de la veille : c'est comme si c'était une expérience merveilleuse et enrichissante que de passer par là ! Bien voyons ! Les images de l'hôpital sont encore trop présentes à ma mémoire pour que je la croie.

Huguette me prête un livre qui me bouleverse : *Spiritual Midwifery* (Gaskin, 1977). C'est en grande partie écrit par des femmes (et leur conjoint) qui racontent leur travail et leur accouchement. J'y retrouve les beaux moments racontés par ma mère, et vécus par ce couple si différent lors de mon stage en obstétrique. Mieux encore. C'est toute une autre philosophie de la transition à la maternité qui y est présentée. Une bouffée de fraîcheur qui donne le goût de vivre cet événement, de le préparer avec soin.

Ce type d'accouchement me semble utopique dans le milieu institutionnel et avec les intervenants que j'y ai vus travailler. Je décide que si j'ai un jour un enfant, je ferai tout pour que ce soit à domicile, en compagnie d'Huguette.

Ma décision est renforcée au cours de mes études de maîtrise dans un département de médecine sociale et préventive. Une revue de littérature rigoureuse sur l'accouchement à domicile et sur les performances des sages-femmes me confirme la sécurité de telles pratiques, tant pour la mère que pour l'enfant.

LE SUIVI DE GROSSESSE : UNE APPROCHE GLOBALE

Cinq ans plus tard, j'apprends à Huguette que je suis enceinte. Elle accepte de suivre ma grossesse et me colle un « On verra » quant à l'accouchement à domicile. Je suppose qu'elle me met en garde contre d'éventuels sextuplés, un bassin minuscule ou une pathologie de grossesse quelconque. Cela n'affecte en rien mon optimisme. Je suis sûre que j'aurai une grossesse sans problèmes et un beau bébé rose.

Dans ma grande naïveté, je crois que le rôle principal de la sage-femme se situe lors de l'accouchement. Le suivi de grossesse, je le prévois banal, restreint à une surveillance physique flanquée d'un brin de support moral. Quel manque d'imagination !

Je suis parée pour la première rencontre avec Huguette : urine en main, liste de questions de l'autre. Je réalise ce qu'est un suivi de grossesse par une sage-femme dès la seconde rencontre. Christian m'accompagne. Lorsque Huguette nous demande pourquoi on a fait un enfant, je pense me débarrasser de cette formalité en décrivant brièvement qu'on est prêts pour ça, qu'on aime les enfants, et qu'on garde à l'occasion notre neveu. Son insistance à en savoir plus me semble un écorniflage de mauvais aloi. Cela ne fait que commencer.

Pendant toute ma grossesse Huguette me sortira les tripes du corps et m'aidera à les y replacer en ordre. Les rencontres, d'une durée de deux heures, font toujours leur effet. « Que penses-tu de la douleur à l'accouchement ? Quel rôle veux-tu que Christian joue pendant le travail et l'accouchement ? Et toi, Christian, quel rôle voudrais-tu jouer ? Comment envisagez-vous le partage des tâches quant aux soins du bébé ?...

Huguette nous explique qu'il est plus sain de régler ces questions avant l'accouchement que pendant ou après ! Parfois elle aborde un sujet sur lequel Christian et moi avons abondamment discuté et avons un point de vue similaire. Mais elle sent bien que d'autres questions nous laissent perplexes. Combien de fois n'a-t-elle pas suscité de discussions entre Christian et moi, dans le mois suivant la

rencontre. « Quand tu as dit cela, le pensais-tu vraiment ?... Moi je vois cela autrement... »

J'apprécie qu'Huguette m'interroge sur mes rêves, mes peurs et mes intentions. Je ne suis pas qu'un être rationnel. Un rêve dont je me souviens intensément peut être le reflet de ce que j'essaie d'enfouir dans mon subconscient. J'ai à trouver ma propre harmonie intérieure.

Ces rencontres sont une occasion de croissance personnelle. Elles nous permettent d'exposer nos attentes mutuelles, de trouver un terrain de compromis. Je sais que lorsque viendra l'accouchement, Huguette et Christian sauront m'apporter tout le support nécessaire. Je sais aussi ce que souhaite Christian. Nous avons identifié nos sources potentielles de conflit et espérons les éviter. Nous avons commencé à faire une place au bébé dans notre famille. La complicité est installée entre Huguette, Christian et moi.

Un avantage incontesté de cette forme de suivi de grossesse est la qualité du lien tissé entre le couple et la sage-femme. Elle devient une amie qui connaît bien et qui aime sincèrement la femme, et qui est disponible pour la supporter dans ses choix.

Et comme c'est facile de prendre le téléphone un dimanche pour demander à notre amie sage-femme conseil quant à une petite inquiétude : « Est-ce normal si physiquement je ressens telle chose ?... »

Il me semble que je suis privilégiée. Une amie compétente sera à mes côtés tout au long du travail et de l'accouchement, et restera auprès de nous pendant les premières heures de vie de notre enfant. Je n'aurai pas à lui expliquer entre deux contractions ce que je pense et ce que je veux. Elle devinera mes pensées car elle a appris à me connaître ces derniers mois.

Je pense à mes amies qui accoucheront en présence d'infirmières qu'elles ne connaissent pas. Je sais que si elles ont choisi d'être suivies par un obstétricien, elles ont une chance sur deux de ne pas le voir à l'accouchement (Bouchard, 1985).

Pour accoucher à la maison, je me rends bien compte que les exigences sont élevées. La présentation du bébé doit être bonne, la nutrition doit être exemplaire, le bassin adéquat, le taux d'hémoglobine élevé, etc. Je me sens en sécurité avec

Huguette car elle ne laisse rien passer. Comme elle le dit elle-même : « À la maison, on peut moins se fier à la technologie qu'à l'hôpital. Il faut se fier aux gens. »

J'ai terriblement hâte d'accoucher. J'ai hâte de vivre cette expérience. Je me sens vraiment prête.

L'ACCOUCHEMENT : UNE SOURCE D'ÉNERGIE

Quand Huguette entre dans la maison, je me sens envahie par un flot d'énergie et de douceur. Christian et Huguette sont là, tout se passera bien. Un sourire, un massage doux et efficace, des mots d'encouragement. J'ai des contractions aux trois minutes. Dilatation 4 cm, poche des eaux non rompue, il est 13 h 50.

Huguette me suggère de prendre un bain chaud. Pour moi qui ai lu des romans entiers dans le bain, voilà qui n'a rien pour me déplaire. Christian veille à l'organisation matérielle : plastiques sur les tapis, piqués près du lit, musique douce d'André Gagnon. Il met une petite jaquette et des couvertures au four, pour couvrir tout à l'heure le bébé et lui permettre de rester bien au chaud sur mon ventre. Huguette est auprès de moi. Les contractions ne sont pas douloureuses. J'ai l'impression qu'elles sont comme des vagues, et que je fais du surf. Je les sens arriver, je me laisse porter par elles, je joue avec elles. Chaque contraction est bienvenue, car elle me permet d'ouvrir davantage et me rapproche du moment où je verrai mon bébé.

J'utilise l'énergie qu'Huguette dégage. Entre les contractions elle me félicite, m'aide à comprendre ce qui se passe dans mon corps. Ce qu'elle dit pendant les contractions a moins d'importance que le ton sur lequel elle parle. C'est comme une mélodie qui favorise la concentration, l'harmonie. Mon état de relaxation est très voisin de celui que j'ai déjà éprouvé pendant des cours de yoga, lors de moments de détente passive.

À la dilatation complète, toujours sans douleur, je quitte le bain pour les dernières contractions. Je suis debout, dans les bras de Christian. L'atmosphère est à la tendresse.

Arnaud naît à 16h20 dans le calme et l'amour. Couché sur mon ventre, abrité de couvertures chaudes, il me regarde intensément, m'examine. Tant de mères peuvent en témoigner : les nouveaux-nés ne sont ni stupides, ni aveugles. Le moment est sacré, grandiose. Je masse le dos d'Arnaud comme je l'ai fait si souvent pendant ma grossesse. Je lui murmure que je l'aime et le remercie de nous donner tant de joie. Christian le prend dans ses bras. Des larmes de bonheur nous montent aux yeux.

Un médecin et ami d'Huguette est arrivé 15 minutes avant la naissance. Intuitif et respectueux, il a su s'intégrer en douceur à ce que nous vivions, sans chercher à prendre le contrôle de la situation.

LIBRES DE CHOISIR ?

Pourquoi vouloir un suivi de grossesse et un accouchement en compagnie d'une sage-femme ? Pour être conseillée et supportée par une femme qui me connaît bien et qui me respecte. Parce qu'elle est compétente et que je crois que mon bébé et moi sommes en sécurité avec elle. Parce que je veux vivre mon travail et mon accouchement à mon goût, naturellement, sans avoir à négocier à la dernière minute différentes interventions avec des gens que je ne connais que peu ou pas. Parce que je ne crois pas qu'on prépare un accouchement à coup d'entrevues de dix minutes. Parce que je veux vivre avec Christian une expérience très enrichissante, entourée de chaleur.

Choisir d'être suivie par une sage-femme peut revêtir plusieurs formes. Certaines femmes choisissent d'être suivies pendant leur grossesse uniquement par une sage-femme, alors que d'autres veulent un suivi mixte, en visitant alternativement médecin et sage-femme. L'accouchement peut se faire à la maison ou, comme dans bien des cas, en milieu hospitalier. La sage-femme accompagne alors la femme tout au long de son travail, qu'il soit fait à la maison ou à l'hôpital, et ne quitte la femme que si les politiques hospitalières lui interdisent l'accès à la salle d'accouchement.

La décision d'accoucher avec une sage-femme n'est pas exempte d'inconvénients. Le plus dur est de résister à la pression sociale. Il faut accepter de passer pour une marginale et selon certains, pour une écrivain et une mère dénaturée.

Si on veut accoucher à la maison, on doit quand même envisager la possibilité d'accoucher à l'hôpital car des contre-indications peuvent survenir jusqu'au dernier moment.

Il faut aussi accepter de vivre l'illégalité. La profession médicale a bien pris soin, il y a de cela plusieurs années, de se réserver une place exclusive dans le domaine de l'accouchement. On connaît les risques encourus par la sage-femme qui assiste à notre accouchement, et on sait que la Corporation des médecins pourrait être féroce. Même les médecins qui acceptent d'assister à des accouchements à domicile ressentent la pression et la réprobation des collègues qui ne comprennent pas leurs motifs. Il faut faire attention à ce que l'on dit, à qui on le dit.

Il faut de plus assumer certains frais. Quelques sages-femmes demandent une rétribution pour leurs services, d'autres ne demandent que des frais de déplacement. Si honoraires il y a, ils peuvent varier de 250 \$ à 600 \$ selon le nombre de visites prénatales et selon que l'accouchement a lieu à domicile ou à l'hôpital. Cela peut alors comprendre le suivi de grossesse, la présence durant le travail et l'accouchement, quatre visites postnatales à domicile, les frais de déplacement et tout le matériel requis.

Et si la mère et le nouveau-né ne sont pas logés à l'hôtel hospitalier du coin, il faut prévoir de l'aide à la maison les premiers jours. La présence chez nous de ma belle-soeur pendant quatre jours a fait toute la différence. Un conjoint consentant ne nuit pas non plus. Il n'a pas comme ses copains quatre jours pour se faire à l'idée d'être père. Cela commence de façon abrupte, les nuits sont courtes et le panier de linge sale vite rempli.

Une sage-femme ne garantit pas non plus un travail facile et rapide comme le mien l'a été. Chaque femme a son bagage génétique, physiologique et psychologique qui influence le déroulement du travail et de l'accouchement. Nous avons chacune une façon différente de percevoir la douleur. C'est comme gravir une montagne parce qu'on nous a vanté la beauté du panorama au sommet. On peut choisir de prendre le téléphérique. On peut préférer monter à pied parce qu'on aime l'effort physique que cela exige. On peut aussi commencer à pied, trouver

cela difficile, et sauter dans le téléphérique au milieu de la montagne. Ce qui importe vraiment c'est d'avoir le choix du moyen de locomotion pour s'y rendre, et qu'au sommet on ne mette pas d'obstacles entre nous et le panorama.

Les femmes ne vivent peut-être pas toutes une relation aussi belle avec leur sage-femme. Il faut bien choisir cette sage personne et être prêts nous aussi à investir pour créer ce lien. Il faut accepter de faire un voyage à l'intérieur de soi-même, et de trouver parfois plus de nouvelles questions que de réponses.

Mes amies ont presque toutes accouché à l'hôpital avec un médecin. Plusieurs ont beaucoup aimé leur expérience. Comme nous avons des attentes différentes face au travail et à l'accouchement, je crois qu'elles ont fait un choix judicieux. Nous n'aurions échangé nos rôles pour rien au monde. Elles avaient confiance en leur médecin et étaient rassurées par la disponibilité d'un anesthésiste et des appareils de haute technologie. Elles espéraient un accouchement naturel, tout en voyant l'épisiotomie et le monitoring foetal comme des avantages. Plusieurs ont établi une relation chaleureuse avec une infirmière. Tout n'était pas parfait, mais elles ont aimé leur expérience, ce dont je me réjouis sincèrement.

L'important est de vivre un suivi de grossesse, un travail et un accouchement à la mesure de nos valeurs et de nos attentes. Ce qui semblait un simple inconvénient à mes amies m'aurait paru d'une inutile cruauté si j'avais été à leur place. Pourtant ce qui me sécurisait leur faisait peur. Je revendique donc en mon nom et au nom de plusieurs autres femmes le droit d'accoucher légalement avec une personne compétente de notre choix, dans le lieu de notre choix. Cela ne pourra se faire sans la légalisation de la pratique de la sage-femme.

Les problèmes juridiques auxquels les sages-femmes ont à faire face sont injustifiables puisque ces intervenantes ont prouvé leur efficacité dans la plupart des pays du globe. Leur présence dans les hôpitaux comme à domicile ne devrait donc pas être entravée par des luttes de pouvoir pour garder un marché lucratif. D'autant plus qu'ici comme ailleurs, leurs salaires n'atteignent pas ceux des médecins.

Dans les conditions actuelles, les choix d'être assistée par une sage-femme et d'accoucher à la maison sont et demeureront marginaux. Il faut payer, accepter l'illégalité, être assez fort pour résister à la pression sociale, et savoir comment entrer en contact avec un réseau de sages-femmes compétentes.

J'espère que l'éventuel cours de formation des sages-femmes québécoises tiendra compte de l'expérience et des demandes des femmes. Novateur, il devra être basé sur l'approche holistique, mettant l'accent non seulement sur les aspects biologiques de la grossesse, mais aussi sur toutes les facettes de la vie d'une femme enceinte. La formation des sages-femmes qui épouserait la philosophie et les approches actuellement en cours dans le monde médical et infirmier n'apporterait que peu de changements alors que c'est une réelle solution de remplacement que nous demandons et dont j'ai pu bénéficier avec la femme qui m'a accompagnée. Plus la formation sera différente de ce qui est actuellement offert dans les hôpitaux, et plus elle se rapprochera des demandes de tant de Québécoises.

UNE AUTRE DIMENSION...

Avant la naissance de chacun de mes deux fils, Arnaud et Xavier, j'ai eu le bonheur de communiquer avec eux. Comme bien des mères je parlais à mon bébé à naître sans trop savoir si cela donnait quelque chose. Une semaine avant sa naissance, fort involontairement, j'ai capté un message très intense d'Arnaud. Un beau message d'amour. Enceinte, j'ai aussi eu une expérience merveilleuse avec Xavier où il m'indiquait ce que nous avions à accomplir ensemble. J'étais alors heureuse de pouvoir en parler à Huguette, sachant qu'elle me croirait. Je sentais qu'elle avait confiance dans les capacités physiques et psychiques des femmes enceintes et qui accouchent, et dans les capacités physiques et psychiques des enfants qui naissent.

Pendant le travail précédant un de mes accouchements, j'ai aussi vécu des choses intenses. J'ai dit plus haut que j'avais atteint un niveau de concentration et de détente similaire à celui que j'avais ressenti en yoga. Huguette servant de relais, je pouvais alors puiser par elle toute l'énergie cosmique qui m'était nécessaire. Je vivais un état de conscience très élevé où l'intuition et l'amour avaient plus d'importance que la pensée rationnelle. C'est comme si j'avais eu entre mes mains, pour quelques heures, une clé donnant accès à une source d'énergie incroyable. Mes deux accouchements seront toujours de merveilleux souvenirs. À chaque fois, j'ai pris conscience de ma force. La naissance est vraiment un moment sacré, unique.

C'est pourquoi j'espère que vos enfants et les enfants de vos enfants pourront naître dans le bonheur et le calme, dans le respect du caractère sacré de l'événement. J'espère que les femmes enceintes trouveront des médecins, des infirmières et des sages-femmes qui sauront les guider dans leurs efforts pour communiquer avec leur enfant, car c'est un être déjà évolué qui voit le jour devant leurs yeux. J'espère qu'il y aura de plus en plus de professionnels qui auront confiance dans les capacités des femmes et qui sauront les aider à trouver l'énergie nécessaire à la réalisation de leur rêve. À quand la création légale d'un centre de naissance alternatif ?

RÉFÉRENCES

Bouchard. P., *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois*, Montréal, Centre de sondage de l'Université de Montréal, 1985.

Gaskin, I.M., *Spiritual Midwifery*, Summertown Tennessee, The Book Publishing Company, 1977.

Fin du texte