

Perspectives sur les réalités de la naissance

Échos d'une
conférence

Synthèse de la Conférence annuelle 2004



 **ASPQ**

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE DU QUÉBEC

INSPQ - Montréal



3 5567 00006 7220

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL





Perspectives sur les réalités de la naissance : Échos d'une conférence

Synthèse de la Conférence annuelle 2004

Ce document a été produit sous la supervision du Comité de coordination en périnatalité de l'ASPQ formé de :

Catherine Chouinard, Chargée de projet en périnatalité

Catherine Gerbelli, Sage-femme

Lysane Grégoire, Directrice générale

Céline Lemay, Sage-femme, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Lucie Thibodeau, Directrice, Centres de ressources périnatales du Québec

Rédaction : Andrée Rivard

Correction et révision : Caroline Brunet

Illustrations, conception graphique et mise en page : Caroline Brunet – www.carolinebrunet.com

Note : la féminisation des écrits demeure encore et toujours une question d'usage judicieux par tout auteur conscient de tenir compte des genres sans pour autant alourdir son texte. Notre choix ici a été d'éviter les formes tronquées et les doublets et de leur préférer l'alternance dans le masculin et dans le féminin, par exemple dans l'usage des mots « intervenant » et « intervenante ». Dans le cas des professions, comme celle d'infirmier et d'infirmière, nous avons privilégié l'appellation « infirmière », comme il est permis de le faire lorsque des métiers ou des professions sont largement dominés par un sexe.

ISBN 2-920202-49-9

Dépôt légal 4^e trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

© Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) 2005



4126, rue Saint-Denis, Bureau 200, Montréal (Québec) H2W 2M5

Téléphone : (514) 528-5811 – Télécopieur : (514) 528-5590

www.aspq.org – info@aspq.org

La conférence *Obstétrique et santé publique : Élargir les perspectives sur les réalités de la naissance* s'est tenue dans le cadre des



« Nous vivons dans la culture du risque, la culture de la peur, et rappelons-nous que la notion du risque obstétrical a été inventée aux États-Unis. Nous sommes un peu dans cette approche en obstétrique et je nous mets en garde, intervenants, médecins de famille, obstétriciens, accoucheurs et sages-femmes, de faire très attention à cette musique du risque et de la peur, car elle n'est pas sans dommages collatéraux : nous assistons à une perte de confiance de toute une génération de femmes en leur capacité d'accoucher simplement. Loin de moi cependant l'idée de condamner toutes les avancées de la science, qui nous a sortis de l'obscurantisme et nous a menés vers le plus bas taux de mortalité au monde. En fait, c'est de l'utilisation judicieuse de la technologie dont il s'agit vraiment. Je crois qu'il va falloir que nous retournions à la notion de l'accouchement vécu comme un moment naturel, avec ses complications. Nous sommes là pour surveiller, mais attention, la surveillance c'est une chose, et l'accompagnement c'est autre chose. Il va falloir réintroduire les notions d'accompagnement, de relation et de confiance ».

— Vania Jimenez



Table des matières

Les comités de la conférence	VIII
Préface	IX
Avant-propos	XI

Échos du terrain

Quels changements depuis 25 ans ?	1
Un air connu	12
La gestion du risque : une musique de film de peur	14
La perte de l'expertise pour l'accouchement physiologique	22
Le choix en question	25
La « techno », musique rituelle des sociétés post-industrielles	32
Les femmes et les bébés d'abord ?	38
Le « bruit de la nature » : les besoins fondamentaux du bébé dès sa naissance	46
Une musique sacrée	54
Quand la douleur se fait chant d'amour	60
Changer de partition : défis, enjeux et pistes de solutions en périnatalité	65

Annexes

A - Programme de la Conférence annuelle 2004	77
B - Le Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ	85

Les comités de la conférence

Comité scientifique

La présidente

Céline Lemay, Sage-femme, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec, porteuse du dossier périnatalité de l'ASPQ

Les membres

Dr Renée Bolduc, Anesthésiste, CH St. Mary

Catherine Chouinard, Chargée de projet en périnatalité, ASPQ

Luisa Ciofani, Infirmière en périnatalité, consultante en allaitement, CH Royal Victoria, présidente de AWOHNN-Québec

Dr Guy-Paul Gagné, Gynécologue-obstétricien, chef du département d'obstétrique-gynécologie, CH LaSalle

Lise Gosselin-Benoît, Infirmière, CLSC Haute-Yamaska, ASPQ

France Lebrun, Infirmière-chef, Unité des naissances du CH St-Eustache, ASPQ

Mejda Shaiek, Sage-femme, professeure au programme de baccalauréat en pratique sage-femme, UQTR

Stéphanie St-Amant, Chercheuse, ASPQ

Lucie Thibodeau, Directrice, Centres de ressources périnatales du Québec, ASPQ

Hélène Vadeboncoeur, Chercheuse, ASPQ

Comité d'organisation

Catherine Chouinard, Chargée de projet en périnatalité, ASPQ

Lysane Grégoire, Directrice générale, ASPQ

Céline Lemay, Sage-femme, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec, ASPQ

Monique Séguin, Conseillère au programme, direction des services sociaux généraux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Préface

Créée en 1943 par des médecins, infirmières et hygiénistes travaillant dans les unités sanitaires du Québec, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est aujourd'hui une association à but non lucratif qui a pour mission la prévention, la promotion et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Seule association multidisciplinaire et intersectorielle en matière de santé publique au Québec, elle constitue une ressource unique.

L'ASPQ fait la promotion de l'autonomie et du respect du droit des gens à participer aux décisions qui les concernent, tout en croyant au maintien d'un juste équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs. Elle contribue aussi à la santé publique en favorisant l'émergence d'environnements propices à l'épanouissement du plein potentiel humain. L'ASPQ occupe de plus une tribune de choix pour appuyer les politiques gouvernementales et les lignes directrices en prévention et en promotion de la santé et du bien-être.

La périnatalité à l'ASPQ : 25 ans d'histoire

Depuis plusieurs années, la périnatalité constitue un dossier majeur pour l'ASPQ. Au début des années 80, notre Association organisait à travers le Québec les colloques régionaux *Accoucher ou se faire accoucher ?* qui ont fait leur marque et ont mené à une prise de conscience collective face à l'évolution des pratiques autour de la naissance. Dans un mouvement de critique de la médicalisation des soins obstétricaux, 10 000 femmes et hommes s'étaient mobilisés autour de l'humanisation de l'accouchement. Ils avaient revendiqué une diminution des interventions de routine, la continuité des soins, des chambres de naissance à l'hôpital, la légalisation de la pratique des sages-femmes et la création de maisons de naissance.

Vingt-cinq ans plus tard, nous avons souhaité faire le point et observer comment les choses avaient évolué dans le monde de l'obstétrique. Si les colloques *Accoucher ou se faire accoucher ?* s'adressaient à la population usagère des services d'obstétrique, nous avons cette fois voulu convier plus spécifiquement les intervenantes de la périnatalité : sages-femmes, médecins, infirmières, accompagnantes à la naissance, travailleurs et travailleuses du milieu communautaire, tout en accueillant les parents. Ainsi les 29 et 30 novembre 2004, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP), à l'Hôtel Reine-Élisabeth de Montréal, s'est tenue la Conférence annuelle de l'ASPQ, *Obstétrique et santé publique : Élargir les perspectives sur les réalités de la naissance*.

Trente-sept conférencières – médecins, sages-femmes, infirmières, chercheuses, membres de mouvements citoyens, travailleuses communautaires – ont accepté notre invitation et nous ont offert des présentations souvent touchantes et riches en appren-

tissages. Deux cent seize participants, issus de divers horizons et de différentes régions du Québec (68 % des participants étaient de l'extérieur de Montréal), ont répondu à notre appel et ont assisté à ces deux journées de formation.

Lors de la première journée, nous avons cherché à dresser un portrait concret de la pratique de l'obstétrique du point de vue des intervenants. Il fut question des contraintes du médico-légal ainsi que de la notion de choix et ses implications pour les intervenants et sur l'expérience des femmes et de leurs familles. À partir de la pratique sur le terrain, où en est la vision de la naissance? Les échanges avec les participants ont permis de dresser un portrait teinté par les multiples réalités actuelles. Ensuite, lors de la deuxième journée, nous avons voulu quitter le terrain, continuer les échanges et la réflexion et répondre ainsi à l'invitation de la conférence à « élargir nos perspectives » sur les réalités de la naissance.

Un grand merci !

L'ASPQ tient à dire un grand merci à tous ceux qui ont fait en sorte que ces deux journées ont été un succès. Ce succès est attribuable en premier lieu aux membres des comités d'organisation et scientifique qui, par leur expertise et leur passion, ont permis de dégager les grandes orientations et le programme de la conférence. Mais qu'est-ce qu'une bonne programmation sans l'apport de bons conférenciers? Un immense merci à tous les conférenciers qui ont accepté de venir nous livrer le fruit de leurs réflexions et de leurs recherches avec générosité et intelligence. Merci aussi à madame France Paradis pour la qualité de son animation.

Nous souhaitons de plus remercier : le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui nous a appuyés à toutes les étapes du processus et sans qui la réalisation de cet événement et de ce document n'auraient pu être possibles; madame Andrée Rivard pour la rédaction de ce document; et, enfin, les membres du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ qui étaient à l'origine de cette conférence.

Céline Lemay, sage-femme
Présidente du comité scientifique

Catherine Chouinard
Chargée de projet en périnatalité

Avant-propos

Le vrai risque du risque n'est-il pas d'appeler le pire, en nous convainquant de son omniprésence ?

Denis Duclos, sociologue

À l'ère de la raison technocratique, la question du risque préoccupe de plus en plus les chercheurs – surtout des sciences humaines faut-il encore l'admettre – et, à juste titre, les simples citoyens. Il semble bien que les peurs séculaires (disettes, épidémies, démon, etc.) que prétendaient juguler les scientifiques positivistes grâce à l'enrichissement perpétuel des connaissances et au « progrès » technologique, se soient transmutes dans nos sociétés postmodernes en une nouvelle peur, celle du risque. Même si notre monde est plus « sécuritaire » qu'il ne l'a jamais encore été, force nous est de reconnaître que la femme et l'homme postmodernes sont des êtres profondément inquiets. En 1992, la publication anglaise de l'ouvrage d'Ulrich Beck, *Risk Society: Towards a New Modernity*¹ a été d'une grande portée quant à la réflexion sur la crise de nos sociétés contemporaines en quête de sécurité absolue. Dans cette foulée, des chercheurs de disciplines variées interrogent depuis la science sur des questions de fond, en particulier sur celle de ses effets iatrogènes et pernicieux.

La médecine n'échappe pas bien sûr à cette « risquologie ». La Conférence annuelle 2004 de l'Association pour la santé publique du Québec qui a porté son regard vers l'obstétrique l'a illustré de manière éclatante. La conférence *Obstétrique et santé publique : élargir les perspectives sur les réalités de la naissance* a appelé plusieurs réflexions à approfondir et des constats dont il est indispensable de prendre acte pour s'affranchir et aller de l'avant, entre autres :

- ▶ que les femmes baignent dans un contexte culturel de peur de l'accouchement (qui, d'une *aventure* personnelle et de couple devient un *problème à résoudre*);
- ▶ qu'il est urgent d'évaluer de manière critique la dimension techniciste de la pratique obstétricale;
- ▶ que le « risque zéro » est non seulement un leurre mais que sa poursuite implique des « risques » pour les femmes et leurs bébés;
- ▶ que des solutions autres que médicales ont montré leur efficacité dans l'accouchement physiologique ainsi que leur pertinence au point de vue de la satisfaction des femmes;

1. Londres, Sage Publication. Le livre avait d'abord été publié en langue originale allemande en 1986 (*Risiko Gesellschaft, Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Francfort, Suhrkamp). Il a été publié pour la première fois en français en 2001, sous le titre *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité* (Paris, Alto Aubier). Cette étude qui renouvelle les problématiques traditionnelles de la sociologie a donné un souffle nouveau aux débats entourant la critique de l'activité scientifique et les dangers technologiques.

- ▶ que l'actuelle médicalisation de la grossesse et de l'accouchement de même que les soins aux nourrissons nous mettent « au péril anthropologique de nous-mêmes »²;
- ▶ que les connaissances scientifiques souvent contradictoires créent des doutes parmi les citoyens qui exigent désormais de participer aux débats et de décider pour eux-mêmes.

Pour se sortir de l'impasse actuelle, il appert de plus en plus que l'évaluation et ce que l'on appelle « la gestion des risques médicaux » ne peuvent rester sous la coupe des experts. Cette exigence de transparence des débats et de participation des citoyens profanes n'est d'ailleurs pas le seul fait des individus intéressés par la médecine, et dans le cas qui nous occupe ici, par l'obstétrique. Elle est réclamée dans d'autres secteurs d'activités où se pose la vaste question du risque scientifique et technologique et de sa gestion. Une véritable démocratisation ne pourra toutefois se réaliser sans positionnement politique fort et sans mesures qui puissent assurer la prise en compte des points de vue minoritaires. Voilà encore sans doute matière à ouvrage puisque tout indique à ce moment-ci qu'il y ait encore loin de la coupe aux lèvres...

Dans ces pages, le lecteur pourra prendre connaissance des principaux thèmes et des grandes questions discutés lors de la Conférence annuelle 2004 de l'ASPQ, *Obstétrique et santé publique...* Aux traditionnels actes de conférence où sont publiés dans leur intégralité des textes de conférenciers, l'ASPQ a préféré une formule originale dont l'intérêt est de présenter une information claire, cohérente et rapidement accessible, grâce à de courts textes de synthèse regroupés par thèmes. Ces textes ont donc été préparés selon une approche transversale de manière à faire ressortir la récurrence et l'importance de plusieurs des questions de fond abordées par les divers conférenciers et/ou soulevés à l'occasion par des participants. En supplément à ces textes, l'ASPQ a tenu à fournir des choix de références variées : articles, livres, sites Internet et même des enregistrements de conférences (via son propre site). Ces références n'ont aucune prétention d'exhaustivité quant aux sujets abordés. Leur seul but est de doter le lecteur plus intéressé d'outils, choisis parmi les plus pertinents, qui lui permettront d'aller plus loin dans sa réflexion.

Il importe de préciser que le choix et le regroupement des thèmes sont les miens, de même que me reviennent les choix relatifs à la rédaction des textes. Le résultat est par conséquent une « construction » qui implique la subjectivité de l'auteure. Par ailleurs, il est utile de savoir que ces textes ont été préparés pour l'essentiel à partir d'enregistrements et de notes prises durant la conférence et d'autres documents tout aussi variés qu'inégaux tels que des résumés de conférences, des présentations PowerPoint et des transparents préparés par les conférencières et, plus exception-

2. Je reprends ici les mots utilisés par la sociologue Louise Vandelac qui critiquait (dans un autre contexte que cette conférence) les technologies de reproduction humaine.

nellement, d'articles déposés au moment de la conférence. Aucun des textes de ce document n'a été soumis aux conférenciers avant la publication. Ces limites n'épargnent cependant pas à l'auteure les exigences de rigueur inhérentes à la réalisation d'un tel travail. Aussi cet ouvrage a été préparé avec beaucoup de soin et dans un souci constant de rendre justice aux propos des conférenciers. Ultiment, les lecteurs qui voudront se faire une idée personnelle des diverses présentations auront tout le loisir de le faire en se rendant sur le site Internet de l'ASPQ, où plusieurs documents relatifs aux conférences (dont des enregistrements) sont disponibles.

Il me faut par ailleurs souligner qu'au moment de la rédaction de ce document, j'ai bénéficié des généreux et judicieux commentaires de plusieurs personnes, membres du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ. Il s'agit de Catherine Chouinard, Catherine Gerbelli, Lysane Grégoire, Céline Lemay et Lucie Thibodeau. Que chacune soit chaleureusement remerciée ! Mes remerciements vont également à Linda Besner, Marika Paré et Bernadette Thibaudeau qui ont pris des notes durant les ateliers simultanés du 29 novembre.

Au terme de cette importante conférence, il apparaît clair que nous ne pouvons faire l'économie d'une réflexion anthropologique et sociale autour de *l'être humain* qui met au monde, la femme, de l'enfant qui portera toute sa vie les traces (plus ou moins visibles et marquantes selon chacun) du contexte de sa naissance et de ses premiers moments de vie, et de la famille qui naît. Réduire la naissance à son seul « risque », occulter le fait que celui-ci résulte la plupart du temps d'une pure fabrication (comme de nombreux chercheurs l'ont souligné), tenir les premières personnes intéressées par la question hors des importants débats éthiques qui l'animent, éviter les questionnements humanistes et l'évaluation critique de la dimension techniciste de la médecine, équivaut à sortir l'être humain de ce qu'il est et de le précipiter vers un abîme dont il pourrait ne pas revenir... L'ultime question reste encore et toujours de savoir : quelle sorte de civilisation voulons-nous et quelle place doit y prendre l'être humain ?

Andrée Rivard

Candidate Ph.D., *Centre interuniversitaire d'études québécoises (CIEQ – Laval)*

Chercheuse en santé et périnatalité

Membre du Comité national d'orientation de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ

Quels changements depuis 25 ans ?

En 1980, l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), en collaboration avec le ministère des Affaires sociales du Québec, convoquait les colloques multi-régionaux *Accoucher... ou se faire accoucher ?*. Près de 10 000 participantes et participants avaient alors exprimé leurs préoccupations concernant la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et la déshumanisation des soins. La démarche de ces Québécoises (les participantes étaient principalement des femmes) s'inscrivait dans la vague de plusieurs mouvements internationaux des années 1970, représentés par des chercheurs universitaires et divers regroupements, qui dénonçaient la médicalisation de la société, l'inefficacité de la médecine et ses effets iatrogènes, et son emprise particulière sur le corps des femmes.

Cette critique a joué un rôle déterminant dans la prise de conscience collective et les transformations des soins périnataux qui ont suivi et dont les chambres de naissance constituent pour la grande majorité l'image d'Épinal. Mais quels sont plus exactement les changements survenus depuis ce temps ? Vingt-cinq ans après les colloques *Accoucher... ou se faire accoucher ?*, quel bilan pouvons-nous dresser de la situation de la périnatalité au Québec et de l'humanisation de la naissance ?

Au cours de la conférence *Obstétrique et santé publique* de 2004, plusieurs conférenciers nous ont fourni des données permettant d'y voir plus clair.

L'évolution démographique

En atelier, Lucie Ross, épidémiologiste à la Direction de la surveillance en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSS), a tracé un portrait de la périnatalité au Québec, à partir des données fournies par le fichier MED-ÉCHO (données hospitalières) géré par le MSS, et d'autres fichiers officiels d'événements démographiques. Ses nombreux tableaux et graphiques ont permis de suivre l'évolution des différentes dimensions de la périnatalité survenue entre 1981 et 2002.

Au plan démographique, le phénomène le plus marquant et le plus déterminant est sans contredit l'évolution de l'âge maternel au moment de l'accouchement. Les femmes enfantent de plus en plus tard dans leur existence, ce que montre l'augmentation d'environ deux ans de l'âge moyen des mères à l'accouchement, qui est passé de 26,5 en 1981 à 28,6 en 2002. La proportion de celles qui donneront naissance après 35 ans a quant à elle presque triplé (14 % en 2002 contre 5 % en 1981)! Cette caractéristique va donner lieu à un autre changement crucial : la hausse remarquable des naissances multiples, dont le taux est passé de 1,9 % en 1981 à 2,6 % en 2002 (soit une augmentation de 37 %), un phénomène qu'on associe étroitement à l'augmentation des risques durant la grossesse et aux complications obstétricales.



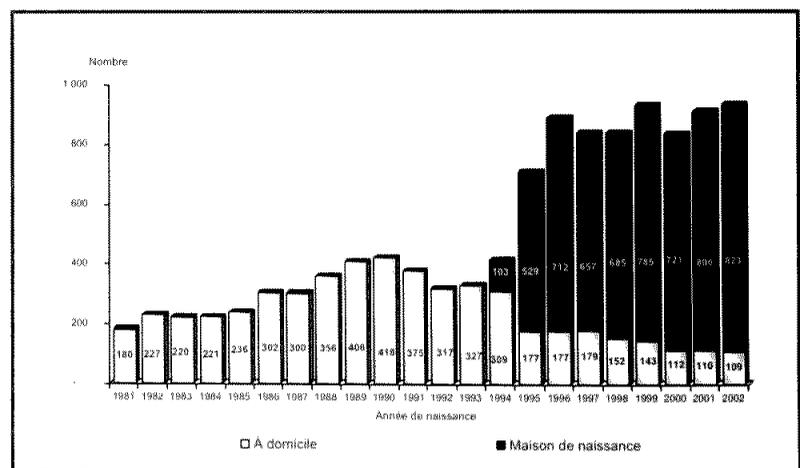
De nouvelles alternatives quant aux lieux d'accouchement et aux intervenants

Selon Lucie Ross, un des changements les plus importants dans le paysage de la périnatalité au Québec durant les dernières décennies est l'intégration des sages-femmes dans le système de santé et le potentiel de choix qui en découle quant au lieu de l'accouchement (domicile, maison de naissance, hôpital).

L'accès à l'intérieur du système de santé aux intervenantes sages-femmes et à divers lieux d'accouchement était l'une des demandes qui avaient été formulées en 1980 par les participantes lors des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher?* En 1990, le gouvernement québécois avait autorisé l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets pilotes. Sept maisons de naissance où pratiquent les sages-femmes avaient alors été mises sur pied. En juin 1999 le gouvernement sanctionnait la loi instituant la profession sage-femme et l'exercice de la profession dans tous les lieux de naissance.

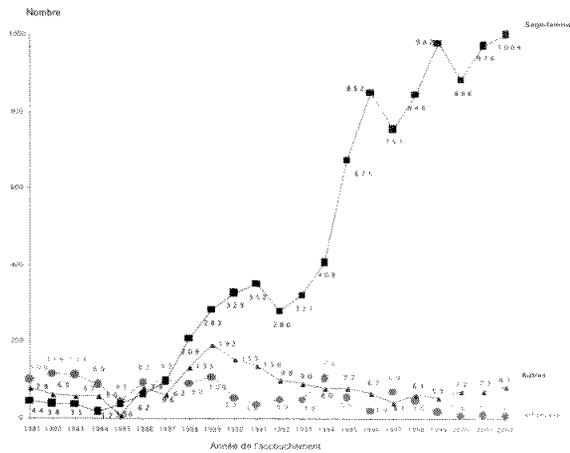
Comme le montrent les graphiques préparés par Lucie Ross, même si elles demeurent très minoritaires, les naissances hors centre hospitalier se sont grandement accrues avec l'avènement des projets pilotes, et elles sont de plus en plus assistées par des sages-femmes.

Évolution des naissances vivantes survenues à domicile ou en maison de naissance, Québec, 1982 à 2002



Présentation de Lucie Ross

Personne qui assiste l'accouchement, Québec, 1981 à 2002



Présentation de Lucie Ross



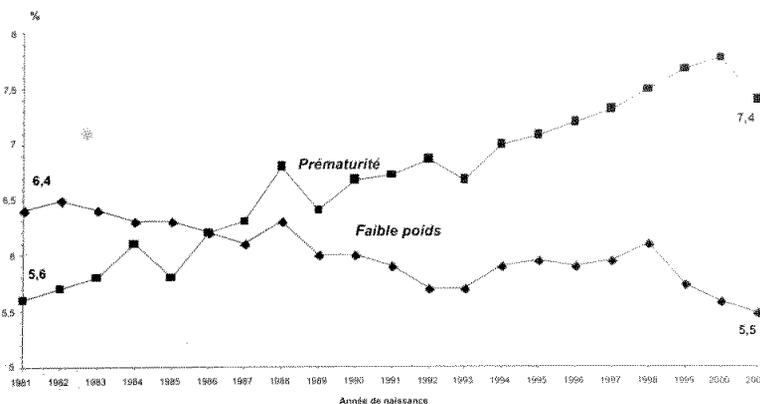
Lucie Ross

Les indicateurs de santé fœtale et infantile

L'insuffisance de poids à la naissance (IPN) et la prématurité sont étroitement associées à la mortalité et à la morbidité infantile, ce qui en fait des indicateurs socio-sanitaires de premier plan.

Entre 1981 et 2002, les naissances prématurées et les naissances de bébés de poids insuffisant suivent une évolution contraire. Tandis que la proportion d'enfants de petit poids diminue, celle des accouchements prématurés suit une pente ascendante.

Évolution de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité, Québec, 1982 à 2001



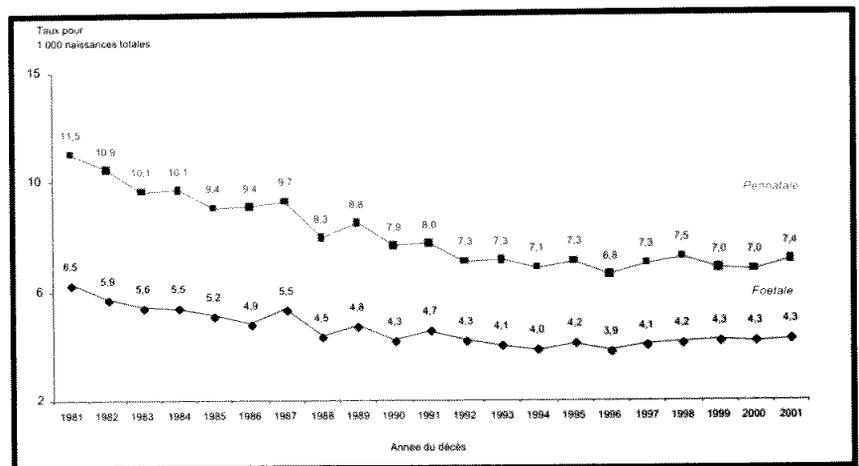
Présentation de Lucie Ross

La prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance sont habituellement associées à certaines caractéristiques du profil social et des conditions de vie des femmes enceintes (faible revenu, isolement social, toxicomanie, faible scolarité, etc.).

Pour expliquer la remontée plus récente de la prématurité, l'hypothèse la plus retenue est celle de l'augmentation de la gémellité résultant du recours accru dans les années 1990 aux nouvelles techniques de reproduction assistée.¹

Malgré tout, au Québec, les taux de mortalité fœtale et périnatale demeurent parmi les plus faibles du monde. Après des années de baisse, ces taux sont demeurés stables depuis le début des années 1990.²

Évolution des taux de mortalité fœtale et périnatale, Québec, 1982 à 2001



Présentation de Lucie Ross



1. Il faut également considérer l'influence de la provocation de la prématurité par les pratiques d'évitement des naissances post-terme, l'accouchement d'une proportion de plus en plus élevée de mères âgées de plus de 35 ans, et les possibilités passablement élevées d'erreur quant à la détermination de durée de gestation (M. S. Kramer, F. H. McLean, M. E. Boyd, R. H. Usher, *The Validity of Gestational Age Estimation by Menstrual Dating in Term, Preterm, and Postterm Gestations*, JAMA, 260, 22, 1988, p. 3306-3308).
2. Certains de ces décès sont le résultat de la naissance de bébés de très faible poids, c'est-à-dire de moins de 500 grammes. Un certain nombre d'entre eux sont également attribuables à une interruption volontaire de grossesse. N'eût été de ces inclusions récentes dans les statistiques, les taux affichés auraient été encore plus bas que ceux montrés par le tableau.

Les interventions obstétricales³

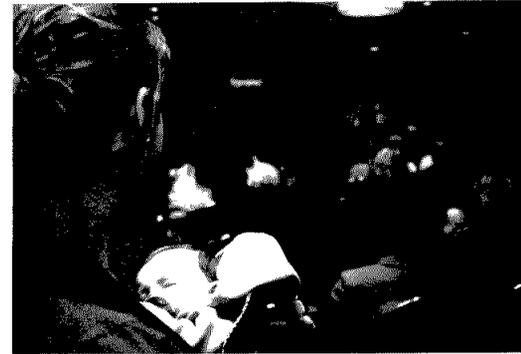
Lucie Ross a rappelé qu'en 1980, lors des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher?*, les participantes s'étaient montrées particulièrement inquiètes à propos de l'augmentation des interventions obstétricales qui découlait de la vision pathologique dominant la pratique obstétricale. L'usage routinier de l'épisiotomie et le recours de plus en plus fréquent à la césarienne (qui avait connu une ascension vertigineuse durant les années 1970) avaient alors été spécialement critiqués.

Depuis ce temps, le taux d'accouchement vaginal instrumental a sensiblement diminué, passant de 21 % en 1981 à 16 % en 2002. Le plus grand changement à cet égard reste encore celui de l'instrument, alors que la ventouse remplace graduellement les forceps dans les usages les plus fréquents.

L'évolution la plus positive au cours des dernières décennies est certainement le recul important de l'épisiotomie. En 1981, 72 % des femmes avaient subi une épisiotomie; en 2002, cette proportion avait chuté à quelque 30 %. Outre l'épisiotomie, la pérurale et la césarienne sont les interventions qui ont le plus retenu l'attention des divers observateurs au cours des 25 dernières années.

Après avoir franchi le cap des 19 % en 1985⁴, la proportion des césariennes commence à diminuer sensiblement au début de la décennie suivante pour se situer sous la barre des 17 % à partir de 1992, et s'y stabiliser durant quelques années. C'est la popularisation des AVAC (accouchement vaginal après césarienne) qui permet alors de gruger la part des césariennes. Depuis 1999, la diminution du taux d'AVAC amène avec elle une nouvelle hausse de ces interventions. En 2002, le pourcentage de césariennes atteint un nouveau sommet historique avec un taux de 20,5 %. En 2002, c'est donc une femme sur cinq qui subissait une césarienne et parmi celles-ci plus du tiers avait eu une césarienne antérieure. Il s'agissait là d'un rebondissement malheureux de la publication de nouvelles données probantes défavorables à l'AVAC...

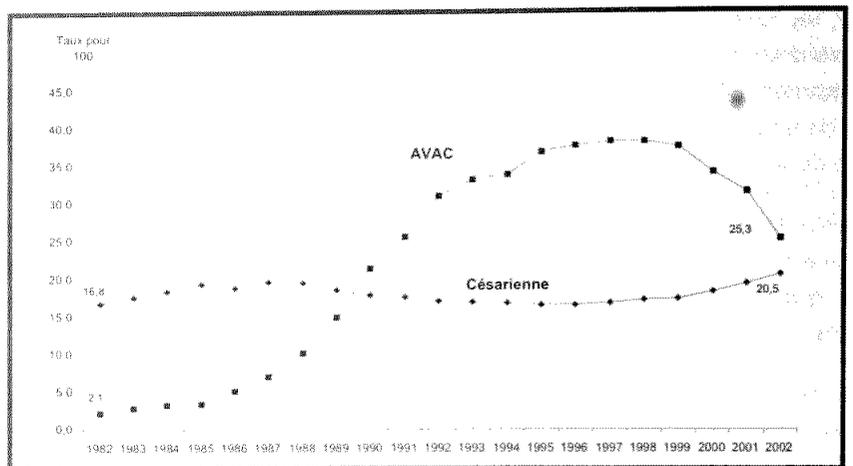
Plusieurs facteurs, notamment l'augmentation parallèle du taux de césariennes avec l'âge de la mère qui tend à s'accroître et la diminution de popularité des AVAC, permettent de croire à la poursuite de la hausse des naissances par césarienne...



3. Noter que les taux dont il est fait mention dans cette partie sont des moyennes provinciales. Si ces statistiques permettent de se faire une idée globale de la situation des interventions obstétricales au Québec, elles cachent en même temps une réalité plus complexe, où il existe des variations régionales souvent importantes, voire même entre établissements d'une même région. Pour avoir une vision plus précise de la mosaïque québécoise, consulter les statistiques sur les accouchements et naissances du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/accou_naiss.html

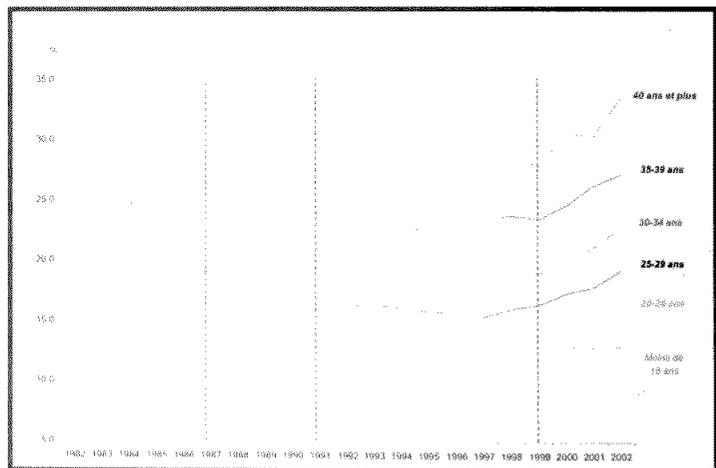
4. En 1970, la proportion des césariennes était de 5,1 %. En 1975, elle était passée à 9,0 %.

Taux d'accouchement vaginal après une césarienne et taux de césarienne, Québec, 1982 à 2002



Présentation de Lucie Ross

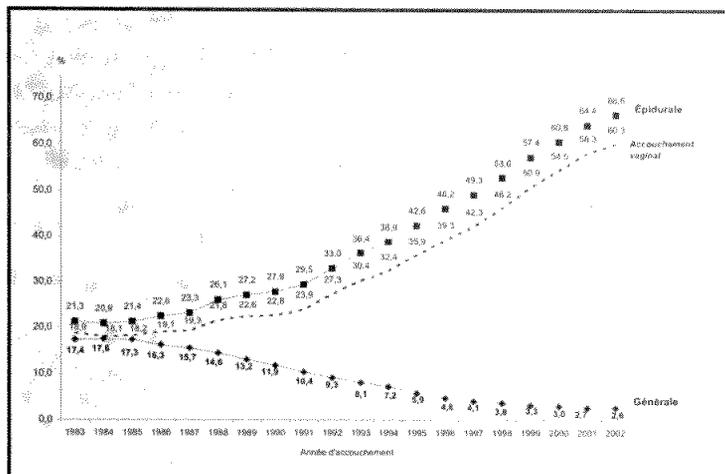
Césariennes selon l'âge de la mère à l'accouchement, Québec, 1982 à 2002



Présentation de Lucie Ross

L'usage de plus en plus répandu de la péridurale ne peut manquer de frapper tout observateur puisqu'il s'agit d'un des changements les plus marquants du dernier quart de siècle. En 2002, deux tiers des femmes avaient accouché sous anesthésie péridurale, ce taux incluant les naissances par césarienne. Mais ce qui suscite le plus d'attention, c'est le recours de plus en plus répandu à la péridurale par les femmes qui accouchent « normalement ». C'est à une véritable montée en flèche de l'anesthésie péridurale à laquelle on assiste à partir des années 1990. En 2002, 60 % de toutes les femmes qui ont accouché ont eu recours à la péridurale.

Accouchements selon le mode d'anesthésie, Québec, 1983 à 2002



Présentation de Lucie Ross

L'humanisation de la naissance

La nécessité de démedicaliser l'accouchement, conçu comme un processus physiologique normal, par la diminution du recours aux interventions obstétricales était au cœur des demandes formulées par les participantes en 1980 lors des colloques *Accoucher... ou se faire accoucher ?*. Mais ce n'était pas tout. Cette démedicalisation devait aussi passer par la reconnaissance de l'autonomie des femmes enceintes et par des gains dans l'humanisation de la naissance. Qu'en est-il vingt-cinq ans plus tard ? Dans quelles mesures ces demandes se sont-elles concrétisées ?

Hélène Vadeboncoeur nous en a donné un écho lors de sa conférence présentée dans le cadre de l'atelier « Chronique d'une intervention annoncée ». En 2001 et 2002, elle a procédé à une recherche ethnographique dans un centre hospitalier du Québec reconnu pour ses pratiques progressistes, notamment à l'égard des interventions obstétricales. Elle y a observé des accouchements avant d'effectuer une enquête auprès des femmes. Elle a également procédé à des entrevues individuelles avec des intervenants du milieu (médecins, infirmières) et à une entrevue de groupe avec des accompagnantes à la naissance. Cette recherche sur le terrain lui a permis de recueillir des données sur l'environnement dans lequel les femmes accouchent, sur la conception de la naissance dans le milieu et sur les comportements des personnes lors de l'accouchement.

Elle a d'abord observé globalement une grande satisfaction de la part des mères. L'analyse particulière de cas montre cependant la coexistence de réactions positives et négatives par rapport à l'accouchement. Bien qu'elles aient montré leur appréciation des pratiques, de l'approche familiale et des qualités humaines des intervenants, des femmes ont mentionné une variété d'insatisfactions. Elles tiennent selon les cas au manque de respect des intervenants par rapport à ce qu'elles vivent (par exemple lorsqu'ils « jasant » d'un tout autre sujet), le jugement qu'ils portent par rapport à

leurs volontés, l'atteinte à leur intégrité physique (par exemple la multiplication des touchers vaginaux) et l'imposition d'interventions, le dénigrement de leur capacité d'accoucher, à allaiter ou à planifier les naissances.

Hélène Vadeboncoeur a également observé une médicalisation persistante du milieu qui traite l'accompagnement humain de manière accessoire par rapport à la surveillance technique de l'accouchement qui occupe pratiquement tout l'espace. La démedicalisation dont on se prévaut s'avère plutôt être dans les faits une humanisation des pratiques existantes.



Hélène Vadeboncoeur

Les résultats de l'étude révèlent que, dans ce site aux pratiques progressistes, l'humanisation revêt les sens suivants : en réponse à certaines demandes des femmes, l'accouchement a été humanisé et rendu à la famille. Les femmes en travail ne sont plus déplacées d'une salle de travail à une salle d'accouchement, puis à leur chambre. Une chambre leur est assignée pendant tout leur séjour. Elles peuvent y bouger, s'y restaurer, s'immerger dans l'eau chaude, se promener. Elles bénéficient non seulement de la présence de leur conjoint à leurs côtés, mais de tout autre proche, si elles le désirent, et aussi, d'une accompagnante, si elles l'ont choisi. Ces femmes sont généralement positives relativement à leur accouchement, même si certaines n'ont pas nécessairement apprécié tout ce qui s'est passé.

Les résultats de l'étude révèlent aussi que la naissance demeure, paradoxalement dans ce centre hospitalier progressiste, un événement médicalisé, où des femmes en travail ont de la difficulté à exercer leur autonomie, sauf en ce qui a trait au choix de la méthode de soulagement des douleurs de l'enfantement. Les décisions relatives à la gestion de l'accouchement demeurent entre les mains des intervenant-e-s et la médicalisation observée peut rendre difficile la préservation de l'intégrité physique et parfois psychologique des femmes en travail. Le respect des femmes qui donnent naissance, au cœur de l'humanisation de cet événement, demeure partiel et conditionnel. Si les femmes sont traitées avec attention et gentillesse, le processus de l'accouchement et le caractère physiologique de cet événement sont peu respectés.

Extraits du sommaire de la thèse de doctorat d'Hélène Vadeboncoeur, *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?* Université de Montréal, 2004.

En 2004, Lucie Thibodeau, directrice du Réseau des centres de ressources périnatales, a réalisé une recherche⁵ au sein de son réseau, composé de 10 centres de ressources périnatales au Québec. Vingt femmes ayant accouché entre 1978 et 2004 ont répondu à ses questions soit par l'entremise d'un questionnaire, soit dans le cadre d'une entrevue.⁶ Comme dans le cas des mères interviewées par Hélène Vadeboncoeur, les témoignages qu'elle a recueillis dans son réseau sont globalement positifs. Toutes parlent de leurs accouchements comme d'une expérience riche et puissante, comme d'un moment fort de leur vie. La plupart de ces femmes « désiraient très significativement un accouchement le plus naturel possible, sans péridurale et avec le moins d'interventions possible ». Le moment de l'accouchement venu, plusieurs ont toutefois demandé la péridurale. La majorité d'entre elles se sont senties considérées dans leurs préférences manifestées (12 répondantes). « Leurs choix ont été respectés ou bien les circonstances ont modifié le scénario prévu sans qu'elles aient le sentiment d'avoir perdu leur pouvoir de choisir. [...] Le refus ou les demandes claires qui n'ont pas trouvé réponse cependant sont ancrés dans la mémoire des femmes [...] même plusieurs années après leur accouchement. »



Lucie Thibodeau

L'HUMANISATION DES SOINS DE LA MATERNITÉ SELON LES ORGANISMES

Organisation mondiale de la santé (OMS) : « dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel ». *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique*, 1997.

Société des obstétriciens gynécologues du Québec (SOGC) : « les établissements ne devraient adopter que les règles de soins essentiels et celles-ci devraient être introduites dans un climat de flexibilité et d'attention portée aux besoins individuels des couples ». *Healthy Beginnings*, 1995.

Santé Canada : « pour faire des choix éclairés, les femmes et les familles ont besoin de connaissances sur les soins prodigués ». *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*, 2000.

Tiré de la présentation d'Hélène Vadeboncoeur.

« Les refus ou les demandes claires qui n'ont pas trouvé réponse [...] sont ancrés dans la mémoire des femmes [...] même plusieurs années après leur accouchement. »

— Lucie Thibodeau

5. Il s'agit d' « une exploration de ce que les femmes conservent de leur accouchement en termes de souvenirs, satisfactions, déceptions, émotions, leçons. » Son intérêt « réside dans les pistes qu'il ouvre pour poursuivre l'exploration et la recherche, en lien avec les choix et leurs impacts sur les femmes qui donnent naissance au Québec ».

6. Leur recrutement reposait sur une base volontaire et ne dépendait pas d'un échantillonnage représentatif.

**DÉCLARATION
CONFÉRENCE AU BRÉSIL EN 2001 SUR L'HUMANISATION DE LA NAISSANCE**

« "Humanization"

A process of communication and caring between people leading to self-transformation and an understanding of the fundamental spirit of life and a sense of compassion for and unity with:

1. the Universe, the spirit and nature;
2. other people in the family, the community, the country and global society; and
3. other people in future, as well as past generations.

Humanization is an important means of encouraging and empowering individuals and groups to move towards the development of a sustainable society and the enjoyment of a fulfilling life.

Humanization can be applied to any aspect of care, including childbirth, the terminally ill, the elderly, the disabled, the poor, health and disease education, the environment, economics, politics and culture.

As childbirth is the beginning of life and affects the rest of life, and because the humanization of childbirth is such a clear need, the application of this particular aspect of care is an important start.

In view of the above, the Conference proposes that "Humanization" should be a key concept for the development of a sustainable society in the 21st century and urges all governments, United Nations organizations, international organizations and NGOs to take action to promote "Humanization". »

Source : Umenai, T., Wagner, M., Page, L.A., et coll. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suppl. 1, novembre 2001, p. S3-S4.



Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « Chronique d'une intervention annoncée », le 29 novembre 2004 :

- présentation PowerPoint de Lucie Ross
- présentation PowerPoint d'Hélène Vadeboncoeur

2) Autres ressources Internet

Statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur les accouchements et naissances

http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/accou_naiss.html

Site du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR)

<http://www.cam.org/~rnr/index.html>

- Le RNR rassemble plus d'une trentaine de groupes travaillant à l'humanisation de la naissance.

Site de la Coalition pour l'amélioration des services entourant la maternité (Coalition for Improving Maternity Services, CIMS), dont le siège social est en Floride

<http://www.motherfriendly.org/>

- CIMS est une « coalition constituée d'individu-e-s et d'organisations nationales préoccupés des soins et du bien-être des mères, des bébés et des familles. La mission de la Coalition est de promouvoir un modèle de soins entourant la maternité axé sur le bien-être qui améliorera les "résultats" de l'accouchement et réduira substantiellement les coûts. Ce modèle axé sur la mère, le bébé et la famille, modèle fondé sur des données probantes (*evidence-based*) considère la prévention et le bien-être comme des alternatives valables aux programmes coûteux de dépistage, diagnostic et traitement qui existent actuellement ». (Traduction de Hélène Vadeboncoeur, Ph.D, septembre 2004.)

- Pour la traduction française (par Hélène Vadeboncoeur) de la mission de CIMS et du projet Initiative Amis des femmes qui enfantent :

<http://www.motherfriendly.org/Downloads/MFCI-french.pdf>

3) Livres et articles

CORNELLIER, Hélène, « Vingt-cinq ans après *Accoucher... ou se faire accoucher?*, une question toujours d'actualité » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 427-440.

GRÉGOIRE, Lysane, Mireille BOUFFARD et coll. *La périnatalité québécoise depuis 20 ans. Document d'accompagnement branché sur la JAP 2000*. Montréal, ASPQ, 2000.

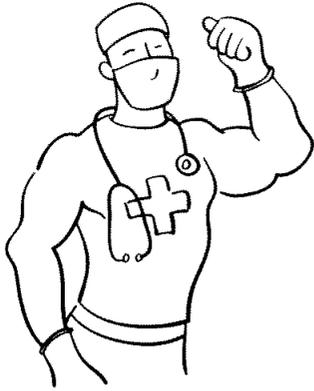
PICHÉ, Victor et Céline LEBOURDAIS, dir. *La démographie québécoise. Enjeux du XXI^e siècle*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, [c2003]. (Coll. « Paramètres »).

Revue *Santé, Société et Solidarité*. Numéro thématique sur la naissance en France et au Québec, no 1, 2004.

VADEBONCOEUR, Hélène. « L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? », *Le médecin du Québec*, 40,7 (juillet 2005), p. 77-86.

VADEBONCOEUR, Hélène. *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on?* Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en sciences humaines appliquées, Université de Montréal, 2004.

VADEBONCOEUR, Hélène. *Une autre césarienne? Non merci*. Montréal, Québec/Amérique, 1989.



Un air connu...

Le phénomène est connu : les mots et les images de la naissance propagés par les divers médias sont la plupart du temps déformés et tiennent du cliché. Rarement l'accouchement est-il représenté comme un phénomène normal et simple, et encore plus exceptionnellement comme une expérience intime et sacrée. C'est toujours la même chanson : un danger plane au-dessus de la mère et de l'enfant, péril sournois qui les guette sans relâche...

Une vidéo (« La naissance à l'écran ») présentée en ouverture de la Conférence de l'ASPQ, et tout un atelier animé par Stéphanie St-Amant (M.A., chercheuse en périnatalité) et Manon Niquette (Ph.D., professeure de communication au Département d'information et de communication de l'Université Laval), ont été consacrés à ce « bain de mots et d'images » marqués au sceau du risque.

Quoi de plus répandu que l'accouchement montré sous l'angle de la comédie dramatique où, en dépit d'une approche légère et drôle, on sent bien le drame qui menace à tout instant de chasser la joie primaire de la mise au monde ? La prise en charge médicale, le rôle capital de la technologie dans la sécurité de l'accouchement, la marginalisation de la mère dans une histoire qui lui doit pourtant la vedette, la prépondérance du temps (qui doit impérativement être court !), le rejet de la douleur, la présence d'un père incapable et inquiet (qu'il vaut mieux distraire par mille et une menues tâches...), tel est le refrain que l'on entend toujours et tout le temps... Les canaux spécialisés de télé voués à l'éducation sont de leur côté très prolifiques en émissions où le canevas est encore plus franchement dramatique, voire même mélodramatique : éléments réalistes entremêlés à des exagérations, rôle principal joué par un héros-médecin, fond sonore qui souligne et renforce les passages émotionnellement intenses, scénario établi sur le modèle équilibre-détérioration-retour à l'équilibre (pour une fin heureuse).

Les intentions et les effets de ces émissions éducatives, tout comme celles d'ailleurs des productions cinématographiques documentaires et fictives, tiennent davantage de la normalisation du processus de la naissance et de la célébration de la science et de la chirurgie, que de celles de montrer l'acte de la mise au monde dans son unicité, ses nuances et ses multiples facettes.

En somme, il semblerait bien que céder trop tôt à la joie de porter un enfant et de le mettre au monde, simplifier la naissance, être trop optimistes, équivaudrait à tenter le diable ! Aussi, vaut-il mieux envisager le pire et consentir suffisamment d'offrandes « technocratiques » (Robbie Davis-Floyd) pour se protéger... À moins que ce soit le spectacle, mis en scène par les médias, qui souffrirait le premier d'une telle démythification ?

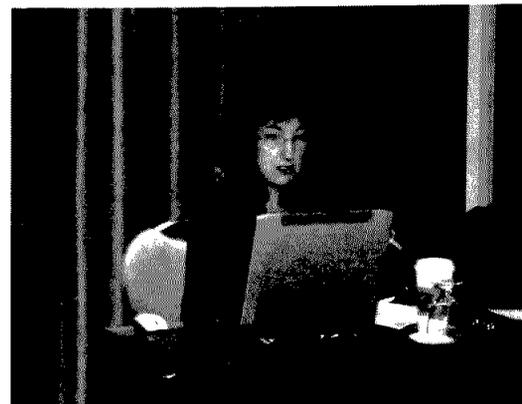


Stephanie St-Amant

Cela tombe sous le sens : les représentations de la naissance, montrée comme un phénomène compliqué et risqué, ont une réelle influence sur les perceptions et les comportements des individus. Les mots et les images orientent les choix. Ils permettent à la plupart des individus de « jouer sans partition », en adhérant au modèle unique qui leur est proposé, en suivant tout simplement le flot...

« De même que les gens heureux sont sans histoire, les grossesses simples ne présentent pas suffisamment d'intérêt pour qu'on s'y attarde. Au contraire, impliquant des performances médicales, le risque périnatal mérite les projecteurs des médias, qui, à force de le souligner, viennent le rendre implicite et donnent une vision complètement déformée des perspectives de la naissance en général. Pour envisager d'avoir une grossesse sans problèmes, une femme aujourd'hui doit être vraiment peu anxieuse, en tout cas très résistante au discours ambiant. »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin, *Les femmes et les bébés d'abord. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*, Paris, Albin Michel, [c2001], (coll. « La cause des bébés »), p. 62-63.



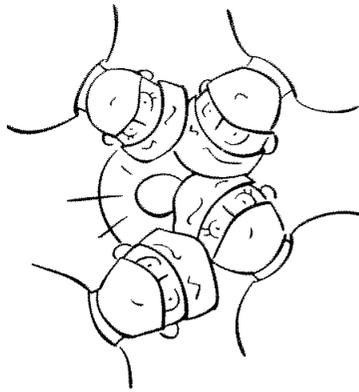
Manon Niquette

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Enregistrement des commentaires lors de la présentation de la vidéo « La naissance à l'écran », le 29 novembre 2004.



La gestion du risque : une musique de film de peur...

Les clichés sur la naissance sont le reflet de cette musique de fond, celle de la peur, qui enveloppe les intervenants et les intervenantes.

La « culture de la peur » est d'ailleurs ciblée par plusieurs conférenciers comme étant la principale force à l'œuvre dans les choix quotidiens des intervenantes et des intervenants en regard des recommandations, des gestes médicaux et des soins aux femmes enceintes.

Les praticiens sont coincés « entre le marteau et l'enclume », observe le Dr Vania Jimenez. Ils ont perpétuellement à évaluer le poids relatif entre ces deux plans distincts que sont :

- ▶ la santé de la mère et de l'enfant, et
- ▶ l'expérience de la naissance tant pour la mère que pour l'enfant.

Ici, non seulement les connaissances des intervenants sont en jeu, mais aussi des pressions de l'ordre du contexte médico-légal, de l'environnement de pratique et l'imposition d'une nouvelle discipline clinique, celle de l'*Evidence-Based Medicine*. Or, ces influences qui pèsent sur les intervenants et intervenantes engendrent la peur... Dans un tel contexte, on s'interroge sur leur marge de manœuvre réelle, compte tenu des multiples contraintes auxquelles ils sont soumis.

Un nouveau dogme : la médecine basée sur les données probantes

L'*Evidence-Based Medicine* (EBM)¹ a pour ambition d'établir la médecine sur des faits prouvés et de fournir aux médecins des repères scientifiques fiables dans leur prise de décision clinique. Durant les dernières années, cette stratégie d'étude s'est imposée comme un véritable « code moral » pour les médecins.

Plusieurs conférenciers se sont prononcés sur la médecine factuelle, en particulier Vania Jimenez, Guy-Paul Gagné, Bernard Bel et France Lebrun. La puissante contrainte exercée par les données probantes en médecine est claire pour tous.

L'EBM est certes un progrès. Elle fournit aux professionnels un outil essentiel dans leur prise de décision clinique. Elle offre l'avantage de fonder les actes médicaux et les protocoles de surveillance sur des études scientifiques, plutôt que sur des routines ou sur des observations fragmentaires ou imparfaites. De plus, a spécialement souligné Bernard Bel (ingénieur de recherche au CNRS en France, secrétaire de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté), elle permet de fournir aux usagères et usagers l'information pertinente nécessaire à l'exercice de leurs propres choix et de documenter les décideurs en santé publique qui sont appelés à faire des recomman-

1. Elle est également connue sous plusieurs autres noms dont : médecine basée sur le niveau de preuve, médecine factuelle, médecine fondée sur des données probantes ou tout simplement les « données probantes ».

dations cliniques. Ce sont là des avantages certains. Toutefois, il est clair aussi que les données probantes doivent être utilisées avec grand discernement. La médecine factuelle comporte des limitations notables et il est indispensable de s'interroger sur son utilisation et sur la véritable connaissance qu'elle procure.

Dans sa conférence, le Dr Vania Jimenez (médecin rattachée à l'Unité de médecine familiale du CLSC Côte-des-Neiges et directrice de recherche en médecine familiale à l'Université McGill) a souligné la défaillance de l'EBM dans son objectif d'éliminer l'incertitude des intervenants dans l'application clinique des résultats scientifiques. Elle énumère plusieurs champs toujours soumis à la controverse malgré les données probantes : l'AVAC, l'accouchement de siège par voie vaginale, la rupture artificielle des membranes, l'épisiotomie, l'épidurale, la césarienne sur demande, l'induction et l'antibiothérapie en intrapartum. Le Dr Jimenez a affiché une perplexité singulière à l'égard de la césarienne sur demande : comment des intervenants peuvent-ils dans leur discours mettre l'emphase sur la liberté de choix des femmes et en même temps adhérer à la médecine basée sur les données probantes qui soulignent les complications consécutives aux césariennes et les effets sur la capacité éventuelle des femmes d'avoir d'autres enfants ? En atelier, le Dr Guy-Paul Gagné a critiqué de façon similaire les données probantes lorsqu'il évoque la peur panique provoquée il y a quelques années par les recherches qui avaient mis en évidence les risques significatifs liés à l'AVAC et à l'accouchement vaginal de bébés qui se présentent par le siège. Par la suite, d'autres recherches ont permis une nouvelle mise en perspective de ces données et d'interpréter différemment les risques. Les données probantes prêtent, de toute évidence, à la confusion.

Et que faire encore, comme s'interroge Vania Jimenez, quand on se retrouve devant la situation où une même recherche prête à des interprétations contradictoires ? Comment réagir quand un même chiffre est présenté à la fois comme la preuve qu'une situation n'est pas tellement risquée et comme celle d'un problème exigeant une intervention ? Tous le savent trop bien : quand ils sont placés devant pareil dilemme, la grande majorité opte pour l'intervention, solution à la fois la plus simple et la moins risquée... pour le médecin (au plan médico-légal) ! Telle est la conséquence du fond musical de peur en question... Dans un tel contexte, le Dr Jimenez pose la question cruciale : « l'intervenant qui se fie sur l'EBM exerce-t-il son libre choix ? »

Bernard Bel s'est penché plus spécifiquement sur les pierres d'achoppement de la médecine factuelle. Ces écueils, souligne-t-il, sont nombreux. Il s'agit :

- ▶ des biais liés aux conditions expérimentales;
- ▶ des fraudes volontaires des chercheurs (qui surviennent surtout lorsque des intérêts économiques sont en jeu);
- ▶ des fraudes involontaires, en particulier dans l'usage de la démarche hypothético-déductive;
- ▶ des fraudes par « polissage des résultats » et
- ▶ des fraudes méthodologiques, notamment dans le calcul statistique et la dissimulation de variables.



Vania Jimenez

« ... le regard et peut-être un doute sur ce qu'il faut en attendre. C'est un dilemme qui se présente en entrevue... »
— Dr Vania Jimenez

« ... l'EBM est une norme... Une césarienne, ce n'est pas banal... Je ne comprends pas de quelle manière on peut intimer [les femmes] en leur ôtant le droit de choix et de leur dire : « Informer de tout ce qui vient avec... »
— Dr Vania Jimenez

« L'utilisation des données [probantes] ne peut faire l'économie d'une analyse critique des études épidémiologiques, population et traitement statistique, protocole expérimental, variables cachées, etc. Seule une lecture compréhensive et critique permet de se prémunir contre toute généralisation abusive. »
— Bernard Be!

« Dans un accouchement, la peur est la première marche d'un escalier qui dégringole, lentement mais sûrement, vers la pathologie. »
— Bernard Be!



France Lebrun

« Seule, insiste-t-il, une lecture compréhensive et critique permet de se prémunir contre toute généralisation abusive. » Il a remarqué que la plupart des intervenants ne s'attardent malheureusement pas à lire avec minutie les recherches et s'en tiennent – pour ceux qui le font – à la lecture des résumés... Par ailleurs, il préconise que les recherches s'orientent davantage vers « l'étude de la variabilité pour favoriser des pratiques prenant en compte la *plasticité adaptative* [des individus] *dans leur capacité d'intégration au milieu* ».

Sur le terrain, dans son rôle d'infirmière en chef (rattachée à l'Unité des naissances du Centre hospitalier Saint-Eustache) France Lebrun s'est dite également désarçonnée par les données probantes. Elle pointe le cas de la péridurale – en hausse remarquable dans son établissement au cours des dernières années – qui, selon les données probantes, n'aurait aucune incidence significativement défavorable sur le déroulement de l'accouchement. Pourtant ce n'est pas exactement ce qu'elle observe sur le terrain... Elle s'inquiète notamment du prolongement du travail au deuxième stade et des effets négatifs de la péridurale sur le début de l'allaitement.

L'environnement médico-légal

Il paraît évident également que les associations professionnelles et les établissements exercent une pression extrêmement puissante sur les intervenants. Plusieurs conférenciers ont mentionné le poids de l'environnement sur la pratique obstétricale.

Le Dr Guy-Paul Gagné, chef du département d'obstétrique-gynécologie du Centre hospitalier de LaSalle, a rappelé les écueils rencontrés dans son établissement au moment où a été élaborée une philosophie pour orienter l'action de son département, au début des années 1990.² Au cœur de la nouvelle approche était placée la reconnaissance des préférences de la femme et la dispensation de soins personnalisés. Cette démarche a obligé, au premier chef, une révision complète des politiques de l'hôpital et l'abolition de toutes les routines obstétricales. L'opération a été loin d'être facile. Se mettre au diapason, au sein d'une équipe composée de plusieurs médecins, a été, et reste toujours, un exercice très exigeant. « Il faut faire des consensus continuellement. C'est très compliqué... », explique le Dr Gagné. Ces obstacles à la mise en œuvre d'une philosophie différente, axée sur des soins personnalisés, illustrent bien la force de résistance au changement exercée par l'environnement de pratique.

2. Ce travail a été réalisé à partir d'études de clientèle.

La philosophie du département d'obstétrique-gynécologie du Centre hospitalier de LaSalle est le F.N.C.P.

Familiale
Naturelle
Confortable
Personnalisée

Le Centre hospitalier de LaSalle a été le premier hôpital au Canada à proposer systématiquement à ses clientes la préparation d'un plan de naissance.

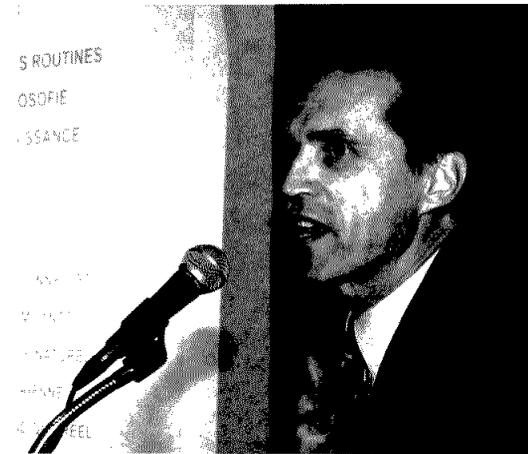
Vania Jimenez a présenté la situation sous un autre angle lorsqu'elle a demandé : pourquoi des médecins de famille, qui estiment que l'accouchement est un processus physiologique, voient-ils leur taux de césarienne grimper en flèche lorsqu'ils exercent dans des centres tertiaires? Voilà un exemple concret de l'influence de l'environnement sur les intervenants. « C'est vraiment la musique de fond de type guerrière, observe-t-elle. On ne peut pas y échapper [...]. C'est comme le chien de Pavlov. Je réagis [...] dans un sens de risque élevé. »

Le blocage le plus sérieux vient des directives cliniques qui encadrent les décisions et les actes des intervenants. Le Dr Gagné a insisté sur le fait : l'intervenant est pris dans le carcan de directives cliniques extrêmement restrictives et mal rédigées. La situation est loin d'être banale : on ne retrouve aucun passage dans les guides de pratique qui tiennent compte du libre choix des parturientes! Cette omission cause beaucoup de tort aux femmes qui accouchent, estime le Dr Gagné.

Dans le contexte médico-légal actuel, rien d'étonnant par ailleurs à ce que les protocoles – qui offrent l'avantage d'une prise de décision rapide et acceptée par tous – soient scrupuleusement respectés. « En cas de litige, ce n'est pas le bien-fondé du protocole qui est remis en cause, ni par les experts, encore moins par les juges, a signalé Bernard Bel. La responsabilité des praticiens est évaluée en fonction de leur respect ou non des protocoles en vigueur dans leur équipe. »

Les possibilités de plus en plus réduites offertes aux femmes enceintes semblent être largement déterminées par la crainte créée par l'environnement médico-légal. C'est ce que soutient Guy-Paul Gagné qui a montré, en atelier, l'influence décisive du contexte médico-légal et des recherches sur la pratique obstétricale dans son établissement, le Centre hospitalier LaSalle. Il cite les cas de l'AVAC, de la césarienne sur demande et de l'accouchement par voie vaginale où la présentation est en siège. Pour chacune de ces situations, les recherches ont provoqué des réactions de panique qui se sont soldées par une hausse des interventions... des interventions que des recherches subséquentes montreront comme peu avantageuses! Le droit de choisir des femmes et la question de la pluralité des choix sont des raisons bien suffisantes pour s'assurer que soient partout mises en place des mesures permettant à chacune de faire un choix éclairé, parmi les différentes options qu'on aura pris soin de bien lui expliquer. Entre-temps, il reste à espérer que les intervenants n'aient pas trop perdu en chemin de leur savoir-faire dans « le naturel »...

« Il existe trois sortes de mensonges : les mensonges, les affreux mensonges et les statistiques. »
— B. Disraeli cite par C. Racinet dans Comment décrypter une publication médicale ?



Guy-Paul Gagné

« Ce qu'il faut voir, c'est qu'un décès est tellement rare qu'un seul événement change toutes les données. Par exemple, si nous avions pris les statistiques (sur les accouchements de siège par voie vaginale) de LaSalle à partir de 1982 au lieu de 1995, ça aurait beaucoup réduit le risque. C'est sûr que les statistiques de notre Centre ne valent pas une étude randomisée, ce n'est pas valable scientifiquement. Ce n'est qu'une observation. Mais pour nous, c'est très intéressant. »

— Dr Guy-Paul Gagné

« Un protocole d'accord sur la base de ce que l'investisseur a pu faire que peuvent les autres faire... mais... ça n'est pas... à l'extérieur... ça n'est pas... les peurs profondes... de ce que peut faire l'industrie de santé pour la sécurité des personnes... les habitudes... les coutumes... les habitudes... en fait... ça n'est pas... médico-légale... Tout ça... l'économie, le plus souvent de références précises aux données de la science... — Bernard Bel

« Le risque perçu est plus grand que réel... — Dr Guy-Paul Gagne

« Ça fait partie de la fausseté scientifique qui nous fait croire d'abord que la santé c'est dans les tests, que la santé c'est un état objectif... — Céline Lemay

Myriam Tremblay (médecin rattachée au Centre hospitalier universitaire de Québec) a soulevé de manière originale la question de l'influence de l'environnement médico-légal en partageant son expérience de la pratique obstétricale en région éloignée à Havre St-Pierre, sur la basse Côte-Nord, au début de sa carrière. Avec quelques accouchements seulement à son actif (une trentaine), elle a dû apprendre à travailler dans un cadre très différent du centre hospitalier tertiaire où elle avait été formée. Dans un environnement médical sans anesthésiste, sans gynécologue-obstétricien, sans chirurgien (à moins de transférer à une heure de là, à Sept-Iles), elle a découvert par la force des choses les effets positifs du « moins de moyens » à sa disposition, pour une naissance plus naturelle et sans interventions. Elle a souligné les effets pervers du mariage de l'obligation des moyens pour le médecin et du *High Tech* qui se concrétise dans la cascade des interventions.

Le diagnostic prénatal ou la litanie des risques...

La sage-femme Céline Lemay (présidente du Regroupement Les sages-femmes du Québec) a abordé de façon particulière le thème du diagnostic prénatal.

L'offre sur le marché (de plus en plus visible et répandue) des tests de dépistage génétique durant les 1^{er} et 2^e trimestres installe très tôt la trame musicale de la grossesse. Avec ces tests, un son discordant s'insinue dans le chant de joie, riche, souple et complexe, du tout début de la grossesse. En *fortissimo*, les tests génétiques annoncent que l'heure n'est pas à la réjouissance tant que le « produit » n'aura pas été d'abord « vérifié »... Toutes les représentations stéréotypées véhiculées par les médias – et largement intériorisées par l'ensemble de la société – présentant la grossesse et l'accouchement comme un phénomène compliqué et risqué, sont d'un coup amplifiées par le fond musical de film de peur (voire d'horreur) qui accompagne ces tests.

La facilité d'accès aux tests de dépistage génétique suffit à découpler la peur séculaire et fondamentale relative à l'état de santé et à la conformité corporelle de l'enfant à naître. Cette simple possibilité qui permet d'*en avoir le cœur net* suscite le doute et l'angoisse. La très grande majorité des enfants ne naissent-ils pourtant pas avec un corps parfait, observe Céline Lemay? Et où cette peur s'arrêtera-t-elle si on l'entretient? « Les risques potentiels n'ont pas de limite », souligne la sage-femme. Les parents seront-ils pour autant rassurés par des tests dont la fiabilité n'est que de l'ordre du 75 % à 80 %? Et les faux positifs sont loin d'être exceptionnels...

Céline Lemay est catégorique : « **le test est simple mais l'enjeu ne l'est pas** ». Dans la culture sage-femme, la grossesse et l'accouchement sont de véritables processus, des temps de transformation pour la femme. Or le vaste accès aux tests génétiques place les choses tout autrement : le corps est une machine caractérisée par des gènes; la grossesse est la production d'un bébé; et, conformément à la vision industrielle, il convient de déterminer de bons standards de qualité et de s'assurer de la qualité du produit avant sa livraison... Les tests génétiques posent d'autres problèmes encore à qui souscrit à la vision sage-femme de la naissance. Soutenir les femmes enceintes dans leur volonté de vérifier la « qualité » du fœtus revient-il à admettre que toute technologie est profitable du seul fait qu'elle existe et qu'elle est bonne

pour toutes? Cela revient-il à reconnaître que la santé est un état objectif? Est-il dans le rôle de la sage-femme, en tant que spécialiste de la grossesse et de l'accouchement normaux, de passer du temps à faire de la « gestion du risque »?

Autre questionnement : puisque les tests génétiques tendent à se standardiser, la sage-femme, à titre de professionnelle de la santé, devrait-elle s'avancer elle-même sur la question durant les premières consultations prénatales? Il faudra alors mettre au courant la femme des tenants et aboutissants de ces tests, l'informer de leur fiabilité relative et de leur danger, lui expliquer qu'un résultat négatif ne signifie pas de façon absolue que tout est normal, qu'il existe des faux positifs, que les tests ont été validés par des études randomisées, « sûres » au plan scientifique... mais qui correspondent à une manière parmi d'autres de lire la réalité. La question reste malgré tout entière, surtout si l'on considère la possibilité de créer du même coup de l'incertitude chez les parents. En laissant s'infiltrer le doute et en lui donnant l'occasion de s'incruster, comment nourrir par la suite la confiance des femmes dans leur capacité naturelle de porter et de donner naissance à un enfant? Et encore, un tel niveau de réflexion doit-il être imposé à la femme enceinte? Dans sa conférence, le Dr Vania Jimenez avait mis en évidence l'influence des rapports de transfert et de contre-transfert entre la femme et l'intervenante. Ce dont il faut se méfier c'est sans doute de la dynamique de peur qui menace de s'installer entre eux, très tôt dans la relation, lorsqu'on ouvre toute grande la porte au diagnostic prénatal...

La pédopsychiatre Myriam Szejer s'est également montrée spécialement inquiète par rapport au diagnostic prénatal désormais omniprésent. De son côté, elle a mis en relief les risques psychologiques associés à de tels tests. **En fait, on dispose encore de très peu de données sur la manière dont les parents et les bébés vivent le suspens du diagnostic prénatal et ses répercussions exactes.** Pour les femmes qui s'imaginent porter un enfant potentiellement non conforme, « [c]'est comme si la grossesse psychique s'arrêtait, ou du moins se mettait entre parenthèses, dans l'attente d'un feu vert médical, explique-t-elle. Bien que dans la très grande majorité des cas, l'examen soit rassurant, on pourrait quand même se demander ce que ce temps de latence, de désinvestissement maternel, voire parental, pourrait déclencher chez ces bébés-là. Au même titre qu'un divorce ou un deuil, la méfiance, le stress répété ou un projet abandonné d'interruption de grossesse n'auraient-ils pas également des répercussions sur la vie psychique du fœtus, voire son développement, sa relation à sa mère, son futur? Il semble difficile de faire abstraction de ces temps de ralentissement ou d'arrêt qui pourront éventuellement se traduire par des symptômes non significatifs après la naissance » (tels que les troubles du sommeil, de l'alimentation, du comportement et diverses autres pathologies).



Celine Lemay

« Le dépistage devient une norme sociale. Ce n'est pas seulement une option. C'est bien différent. »

— Celine Lemay

« Si c'est moi qui prend l'initiative de demander à la femme si elle veut des tests, c'est comme si je la forçais à regarder des la première rencontre l'incertitude inhérente et normale que les femmes ont quand elles portent et mettent au monde leur enfant. »

— Céline Lemay

« Comment je vais faire pour construire et nourrir la confiance de cette femme-la? [...] Je suis la beaucoup pour nourrir et pour reconnaître la confiance qu'ont les femmes dans leur capacité de porter et de mettre au monde un enfant. »

— Celine Lemay

« Pour moi, ça fait des musiques qui sont différentes, entre la mienne [en tant que sage-femme], et celle d'une culture sociale qui est construite. »
— Céline Lemay

« Ce dépistage des anomalies est tellement générateur d'angoisse qu'il y a de quoi se demander si le fœtus ne fait pas ainsi l'objet d'une première forme de ce qui a été évoqué comme une "maltraitance institutionnelle". »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin, *Les femmes et les bébés d'abord...*, p. 83.

« Le diagnostic anténatal donne l'impression de lever les doutes. Il permet d'en savoir plus mais certainement pas de tout savoir. [...] Il y a toujours un pari à faire. Ce qui suppose, une fois de plus, un temps d'attente afin de permettre aux parents de se sentir vraiment associés à une décision. On sait que certains couples font un chemin extraordinaire par la suite, mais que d'autres, en revanche, n'arrivent pas à se reconstruire. [...] Pour eux, le temps s'est arrêté avec le traumatisme et leur vie reste en suspens. »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin, *Les femmes et les bébés d'abord...*, p. 96.

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « Chronique d'une intervention annoncée », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Myriam Tremblay (PowerPoint)

Atelier « Pratiques sous influence », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Bernard Bel

(enregistrement, PowerPoint et article « Protocoles obstétricaux et données probantes des études scientifiques : une panacée ? »)

- présentation de Marie Forcier (enregistrement et PowerPoint)

- présentation de Guy-Paul Gagné (enregistrement et transparents en PDF)

Conférence de Vania Jimenez, le 29 novembre 2004, intitulée « Naissance : les intervenantes ont-elles vraiment le choix ? » (enregistrement)

Table ronde « Échos du terrain », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Céline Lemay (enregistrement)

- présentation de Guy-Paul Gagné (enregistrement et transparents en PDF)

- présentation de France Lebrun (enregistrement et PowerPoint)

2) Autres ressources Internet

RACINET, C. « Comment décrypter une publication médicale ? », *Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*, CNGOF. Paris, 18^e Journées nationales, 1994. Fiche [1046] de la base de données AFAR.

<http://pro.gyneweb.fr/jmb/gyneweb-echo/ebm/stat/decrypt.pdf>

Base de données bilingue de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR) qui offre au public des références bibliographiques collectées de manière coopérative

<http://afar.info/biblio-liens.htm>

2) Autres ressources Internet (suite)

Bibliothèque de la Faculté de médecine de l'Université de Liège : sélection de ressources EBM
http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/link_ebm.htm#EBM%20Reviews

Cochrane Library (EBM)

http://www3.interscience.wiley.com/aboutus/sharedfiles/cochrane_transition/

3) Livres et articles

AMZALLAG, G. N. *La Raison malmenée. De l'origine des idées reçues en biologie moderne*. Paris, CNRS Editions, 2001.

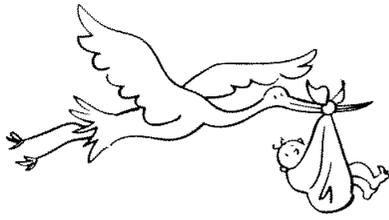
BEL, Bernard, « Pour une naissance insoumise » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 361-382.

JIMENEZ, Vania, « La césarienne sur demande : une manifestation de la culture de la peur ? », *Le médecin du Québec*, 40,7 (juillet 2005), p. 65-69.

SZEJER, Myriam et Francine CAUMEL-DAUPHIN. *Les femmes et les bébés d'abord. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité*. Paris, Albin Michel, [c2001]. (Coll. « La cause des bébés »)

WAGNER, Marsden, « Pour les poissons, l'eau est invisible : la nécessité d'humaniser la naissance » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 219-247.

- Cet article est d'abord paru sous le titre « Fish Can't See Water » dans *The International Journal of Gynecology and Obstetrics*, no 75 (supplément), 2001, p. 25-37. Il a été traduit de l'américain par Stéphanie St-Amant, Michèle Champagne, Ana Rodà et Hélène Vadeboncoeur, avec l'autorisation de l'auteur.



La perte de l'expertise pour l'accouchement physiologique

Le déclin de popularité de l'accouchement « naturel » est la manifestation la plus visible de la musique de peur qui pénètre tant le public que les intervenants.

Le Dr Guy-Paul Gagné a mis plusieurs éléments en cause pour expliquer cette décroissance. Au premier chef, la « culture du facile », ou en d'autres mots, l'idéal du « bébé livré gratuitement... comme avec la cigogne ! ». Le succès de la péridurale qui obtient ces années-ci une faveur sans précédent y serait d'ailleurs étroitement lié tout comme la banalisation de la césarienne. Comme a tenu à le faire remarquer le Dr Gagné, de nos jours, les probabilités sont plus grandes pour un médecin d'être condamné pour ne pas avoir fait de césarienne à la moindre complication que d'être félicité pour avoir sauvé une parturiente du scalpel ! Il est clair selon lui que le risque perçu est plus grand qu'il ne l'est réellement. L'une des conséquences les plus graves de cette situation est le recul de l'expertise des intervenants dans l'accouchement physiologique. Déjà on en observe les résultats tangibles dans la rupture de services en plusieurs endroits pour les cas de double AVAC et pour la naissance de bébés qui se présentent par le siège.

LE FANTASME DU RISQUE ZÉRO

« On veut augmenter la sécurité et on fait plus d'interventions. C'est la poursuite du "zéro risque". C'est impossible ! La grossesse c'est un événement naturel, un peu divin... Déjà au début de la grossesse, on perd 10-20 % des fœtus parce qu'ils sont sélectionnés par la nature [...]. Là on a créé des façons de changer ça et on est pris avec la prétention qu'on a eu d'être parfaits. Et je pense qu'on est des apprentis sorciers. Il faudrait l'admettre et faire ce que la nature nous demande de faire. »

— Dr Guy-Paul Gagné

« Malgré toutes les précautions, la césarienne reste pour la mère, et plus encore pour le bébé, un acte de violence, une agression. Elle remet en jeu tous les mécanismes complexes mais naturels de l'accouchement. Elle devrait être réservée à des indications purement médicales et systématiquement faire l'objet d'une préparation [de la mère]. [...] La considération médico-légale devrait être exclue [de la décision] au même titre que le fantasme de la naissance zéro risque. »

— Dr Myriam Szejer

LA NATURE...

« La nature, c'est l'ensemble des lois fondamentales qui régissent l'univers. La naissance, le cosmos, les planètes font partie de l'univers. [...] La nature est omnisciente, omnipotente, omniprésente. La nature a fait l'homme à son image. [...] Si l'on fait des choix qui ne vont pas dans le sens de la nature, il ne faut pas penser que l'on pourra échapper à la toute-puissance de la nature. Je ne parle pas comme religieux ou même comme médecin. Je suis un homme qui réfléchit. »

— Dr Guy-Paul Gagné

France Lebrun a spécialement souligné le rôle de la péridurale dans l'étiollement du modèle de la naissance naturelle chez les infirmières. Elle a observé que ces intervenantes sont de plus en plus dépourvues devant un accouchement physiologique qui tend à devenir un phénomène marginal. Les nouvelles infirmières sont encore plus touchées que les autres. Cette situation est non seulement préjudiciable aux femmes désirant un accouchement naturel et qui ne peuvent bénéficier d'un accompagnement pleinement adapté, mais elle dessert aussi les infirmières dont le travail est radicalement transformé. Leur rôle de soutien et de guide – une fonction porteuse de satisfaction élevée – a dû céder le pas, au gré de cette mutation, à de nouvelles responsabilités axées sur les interventions et sur la surveillance du travail et de l'accouchement. C'est l'essence (et le sens) même du métier d'infirmière en obstétrique qui sont bouleversés. Ce retournement est source de découragement et de démobilitation chez beaucoup d'infirmières, a souligné France Lebrun.

Qu'on se le tienne pour dit : les savoir-faire spécifiques à l'accouchement naturel sont maintenant l'apanage de peu d'intervenants, les sages-femmes (encore peu nombreuses) ainsi que de quelques médecins et infirmières seulement.

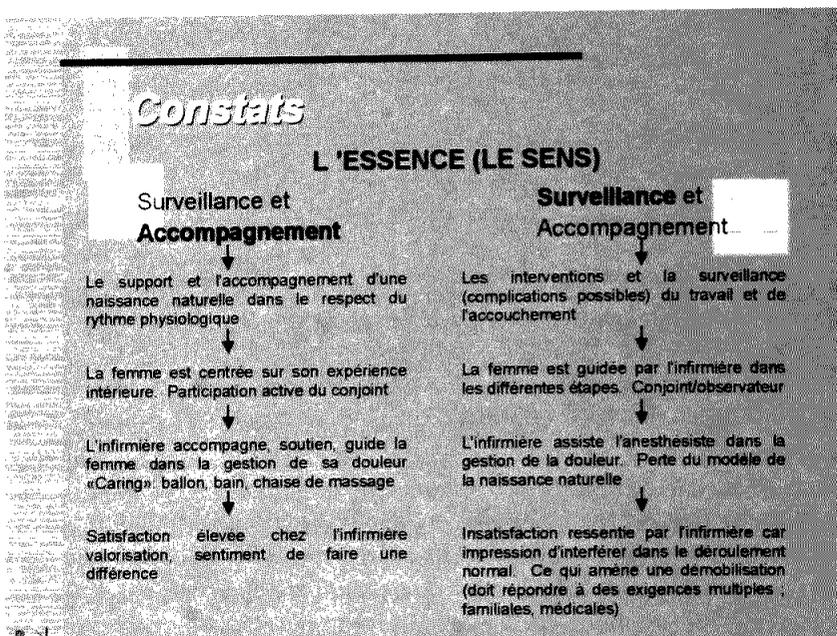
LA NORMALISATION DE LA PÉRIDURALE EN FRANCE

« La grande majorité des femmes réclament aujourd'hui une péridurale et presque tous les services [en France] sont en mesure d'accéder à leur demande. Cette technique qui ne devrait être qu'un moyen parmi d'autres de trouver le meilleur chemin vers une naissance sereine est en passe de devenir la norme. Celles qui préfèrent, d'entrée de jeu, s'en passer sont marginales. [...] [O]n a réduit l'enjeu de l'accouchement à un enjeu de douleur. Un accouchement réussi ? C'est celui où on n'a "rien senti". »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin,
Les femmes et les bébés d'abord..., p. 120.



Guy-Paul Gagné et France Lebrun



Tiré de la présentation de France Lebrun.

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « Pratiques sous influence », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Guy-Paul Gagné (enregistrement et transparents en PDF)

Table ronde « Échos du terrain », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Guy-Paul Gagné (enregistrement et transparents en PDF)

- présentation de France Lebrun (enregistrement et PowerPoint)

Le choix en question

Durant les années 1980, le climat sociopolitique était à la reconnaissance et à la promotion de l'autonomie des individus dans le système de santé. C'est sur le respect de cette autonomie que repose la possibilité pour l'individu de faire des choix. Dans l'élan donné par les colloques multi-régionaux *Accoucher... ou se faire accoucher?* tenus en 1980, le respect de l'autonomie des femmes enceintes et la reconnaissance de leurs choix a été au cœur des revendications des divers groupes et mouvements en périnatalité.

La notion d'autonomie en santé publique

La question de l'autonomie est certes un défi de taille en santé publique, comme l'a souligné Hubert Doucet, Ph.D. (professeur aux Facultés de médecine et de théologie, spécialisé en bioéthique, à l'Université de Montréal), lors de l'atelier intitulé « Naissance citoyenne ». La question est complexe car elle porte à de multiples interprétations mais elle l'est aussi en raison des contradictions auxquelles elle prête entre l'autonomie basée sur la préséance des droits individuels et la solidarité sur laquelle repose un système de santé public. Si historiquement la santé publique a utilisé la coercition pour restreindre les droits individuels au profit de la collectivité, ses approches et objectifs sont désormais plus diversifiés, si bien qu'on y retrouve à la fois des actions coercitives et d'autres qui favorisent le choix individuel.

Le grand défi actuel de la santé publique est d'amorcer un dialogue citoyen, où serait reconnue la parole de chaque individu. Il est donc urgent, soutient le professeur, de favoriser des approches axées sur la délibération citoyenne. « La naissance [est] un lieu exemplaire de cette nécessité. »



« Donner naissance à un enfant représente à la fois la réalisation d'un désir profond pour les personnes qui ont cette joie et une responsabilité sociale pour favoriser la continuation de la vie de l'espèce. La collectivité a toujours été préoccupée de la réalisation de ce geste éminemment personnel. »

— Hubert Doucet



Hubert Doucet



Les femmes ont-elles vraiment le choix ?

Depuis une vingtaine d'années, les transformations dans les services et les soins périnataux, une meilleure reconnaissance de l'autonomie des personnes dans le système de santé et une accessibilité accrue de l'information relative à l'accouchement, ont étendu les options et favorisé la capacité de choisir des parents. Mais quel sens les femmes donnent-elles à leur capacité de choisir et comment gèrent-elles leurs choix ?

Lors de l'atelier « Naissance à la carte : mythe ou réalité ? », Myriam Hivon, Ph.D. (agente de recherche pour le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal), a permis de jeter un regard sur la question, en présentant des résultats d'une recherche qu'elle a menée avec d'autres chercheurs rattachés à l'Université McGill, le Dr Vania Jimenez et Abby Lippman Ph.D., et le Dr Michael Klein de l'Université de la Colombie Britannique. Cette recherche a été menée en 2003 auprès de 26 montréalaises, dont le tiers étaient suivies par des sages-femmes et les deux autres tiers par des omnipraticiens ou des obstétriciens.

Qu'elles aient mis leur enfant au monde avec un médecin ou avec une sage-femme, les femmes rencontrées étaient très informées à propos de l'accouchement et elles s'intéressaient aux mêmes sujets. Le rôle qu'elles donnent à l'information vient toutefois les distinguer. Alors que les femmes du groupe médecin étaient à la recherche d'une information rassurante susceptible de calmer leurs inquiétudes, celles suivies par une sage-femme concevaient l'information surtout comme un outil leur permettant de faire des choix¹. La possibilité de faire des choix éclairés par rapport à l'accouchement présente un enjeu différent selon les femmes. En se confiant aux soins d'un intervenant – en tant que spécialiste de l'accouchement – des femmes avaient le sentiment d'exercer ainsi un choix.

Au moment de l'accouchement, sur le « terrain », quel que soit le lieu de naissance ou l'intervenant, les femmes n'ont pas toujours eu l'impression d'avoir pu participer aux décisions. Ce sentiment est plus fréquent chez celles qui ont accouché à l'hôpital et il est exprimé plus systématiquement par les femmes qui ont été transférées d'une maison de naissance.

L'information accumulée par la femme durant sa grossesse influence certes ses choix et la prise de décision, mais au moment de l'accouchement d'autres facteurs tels que la confiance qu'elle a dans l'intervenant, ses priorités personnelles et sa perception du risque jouent un rôle considérable.

Les chercheurs concluent que la possibilité pour les femmes de choisir et de participer aux décisions implique d'être informées tout au long du processus de la grossesse et de l'accouchement. Cela suppose également qu'elles soient entendues et écoutées. « Être bien informée est nécessaire, mais sans partenariat entre la femme et les intervenants, ce n'est pas suffisant. »

1. Cette conception de l'information comme outil permettant d'exercer un choix ne ressort pas de manière implicite dans le groupe-médecin. Mais cela ne veut pas dire qu'elle soit nécessairement absente par les femmes de ce groupe.

LA PEUR INFLUENCE LES CHOIX

« On pourrait dire que la peur, dans un environnement médical, est une "maladie psychique nosocomiale" sans lien objectif avec la configuration de risque dans l'instant de l'accouchement. Elle est induite ou amplifiée par les personnes accompagnantes, médecins et sages-femmes, le plus souvent relayées par le père de l'enfant, dans un contexte familial et culturel propice à la "contamination". »

— Madeleine Akrich, citée par Bernard Bel

À l'occasion du même atelier, Marlène Cadorette, candidate au doctorat en droit à l'Université Laval, a présenté la question du choix sous l'angle juridique, en faisant part des résultats d'une recherche sur les alternatives lors de l'accouchement. Cette étude a été réalisée à partir d'entrevues avec des femmes primipares et des intervenants et de l'analyse de la jurisprudence.

En droit, la question des alternatives se pose dans le cadre de l'obligation du consentement libre et éclairé et du principe du respect de l'autonomie de la personne. Les alternatives à une intervention proposée figurent parmi les éléments de la divulgation d'informations nécessaires pour rencontrer les exigences du consentement éclairé. La jurisprudence a établi que la demande d'information sur les motifs d'une intervention lors de l'accouchement ou la préparation d'un plan de naissance sont la preuve d'un désir de connaître les alternatives. Elle souligne également des éléments de la jurisprudence relative à la liberté de consentir et son impact sur la possibilité de choisir. « Des techniques subtiles de manipulation, de persuasion ou d'influence altèrent certainement le caractère volontaire du consentement dans la mesure où la personne à convaincre est vulnérable. » L'analyse des entrevues a permis à Marlène Cadorette d'observer que les femmes recueillaient peu d'information auprès de leur médecin lors des visites prénatales et que ceux-ci considéraient l'accouchement comme un moment défavorable pour la divulgation d'informations, les femmes étant sous l'emprise de la douleur et de la fatigue.



LA JURISPRUDENCE

Une décision d'une cour albertaine a statué en faveur d'une femme dont une réplique au médecin (« So I have no choice ») qui avait annoncé qu'il utiliserait les forceps indiquait qu'elle désirait être informée des alternatives. Le médecin a été tenu responsable parce qu'il n'avait pas traduit cette remarque comme une demande d'alternative. Marlène Cadorette a toutefois indiqué que la jurisprudence canadienne ne se montre pas nécessairement ouverte à cette position albertaine.



France Paradis

« Les droits modernes de la personne constituent un événement historique, un effort unique pour identifier et partant, pour promouvoir et protéger les pré-requis de niveau sociétal pour le bien-être des personnes. »

— Jonathan Mann, cité par Hubert Doucet

Lors de l'atelier « Naissance à la carte : mythe ou réalité ? », France Paradis, qui accompagne depuis plusieurs années des femmes enceintes marginales, a souligné leur double marginalité quand il s'agit de la naissance. « "Choix" pour ces femmes-là est un mot qui n'existe même pas. » Ces femmes dont elle parle sont marginalisées du fait d'être sidéennes, de vivre dans la rue, d'être des détenues ou des conjointes de détenus, des toxicomanes, des déficientes intellectuelles, ou autres. Souvent elles n'ont pas choisi leur grossesse. Certaines se présentent sans dossier médical ni suivi de grossesse, elles mentent sur leur historique médical et social, refusent de collaborer ou de se laisser toucher, sont terrorisées et décompensent soudainement (par des hurlements, de l'agressivité physique et verbale, etc.), sont intoxiquées par la drogue ou l'alcool, sont « sales » et « sentent mauvais », etc. En somme, leur situation « va à l'envers de tout ce qu'on aime retrouver dans ces situations-là ».

On méprise la réalité de ces femmes et les intervenants essaient d'ignorer leurs biais. « Ce n'est pas vrai qu'on est objectifs », a insisté France Paradis. « Mesurons-nous bien le lien de pouvoir qui s'installe entre les intervenantes et les femmes accouchantes, du seul fait que les intervenantes détiennent à la fois le savoir qui permet les choix et la capacité de permettre leur exercice ? » Questionner les choix d'une femme marginalisée est plus facile que pour n'importe quelle autre femme. Elle exhorte les intervenants à être conscients de leur subjectivité et à élargir leurs propres limites.

Pour avoir voix au chapitre : l'exercice de la citoyenneté

Selon Hubert Doucet, la vision citoyenne de l'autonomie repose sur le principe du « vivre ensemble dans la reconnaissance de chacun ». Les droits qu'elle suppose favorisent l'expression politique de la liberté de conscience et d'expression, du droit à la sûreté contre l'arbitraire du pouvoir et de la protection de la sphère privée et de la faculté d'association. Ce respect de l'individu est toujours associé à la promotion des droits sociaux. La naissance est pour le bio-éthicien un secteur privilégié pour engager un dialogue citoyen.

Bernard Bel, secrétaire de l'Association francophone pour l'accouchement respecté (AFAR), association de naissance citoyenne établie en France, a parlé en atelier de l'approche qui sous-tend son association. Pour son groupe, la notion de citoyenneté repose sur le droit à la liberté et à l'information et sur la responsabilité de chacun. Cette vision est étroitement associée à la notion « d'éducation de la conscience critique » définie par Paolo Freire.

La question de la sécurité de l'accouchement est, selon l'AFAR, trop complexe pour se résumer à des décisions sur le lieu de l'accouchement, le type d'accompagnement et l'efficacité des soins néonataux. La réappropriation de la naissance ne peut se limiter au refus d'actes médicaux dont la nécessité n'est pas sûre. « Elle implique un renversement de point de vue qui replace cet événement au centre de la vie familiale, alors qu'il a tendance aujourd'hui à se désintégrer, se déshumaniser, dans un univers techno-médical gouverné par des règlements sur lesquels les citoyens n'ont aucune prise. »

Les droits des parents ne devraient pas être à renégocier perpétuellement. L'AFAR propose plutôt l'élaboration de « Projets de naissance », calqués sur les « contrats de soins » en vigueur en France selon le code de déontologie médicale qui vise à « satisfaire et protéger les deux parties, pas pour entériner une relation dominant/dominé. »

L'ALLIANCE FRANCOPHONE POUR L'ACCOUCHEMENT RESPECTÉ

L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) « réunit des parents, futurs parents et professionnels de la naissance ou de la petite enfance, aussi bien que des associations, qui souhaitent que la mère, le couple et l'enfant soient respectés dans leurs choix, quels qu'ils soient, au moment de la naissance qui peut être si décisif dans le commencement d'une existence. Elle se veut aussi une source exhaustive d'information, présentant les solutions possibles et leur réalisation concrète, afin de permettre à chacun de choisir en connaissance de cause. [...]

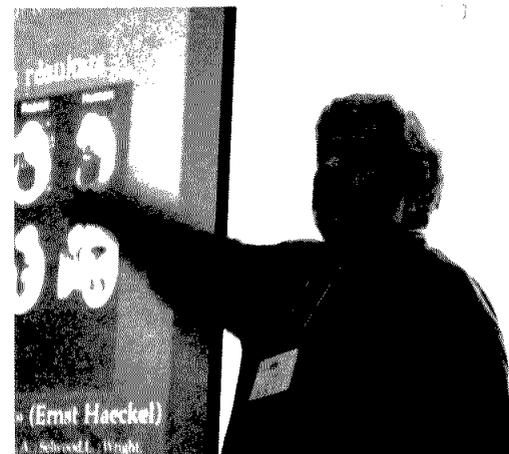
« Les parents et leur bébé doivent être mis au centre du système, sujets et non objets des soins ou de l'accompagnement. Un facteur clé s'élabore durant la grossesse et l'accouchement : la confiance. Confiance en la capacité de la mère à porter et à faire naître son enfant, confiance en la mission d'accompagnement du père, confiance vis-à-vis de l'enfant à naître, mais aussi confiance dans la collectivité humaine qui l'accueille... Pour cela, il est nécessaire que les parents soient encouragés à l'autonomie et non à la dépendance, à la responsabilité et non à la soumission. [...]

« Pour l'AFAR, l'accouchement à domicile, de par sa capacité à respecter le rythme de la naissance et les besoins vitaux du bébé et de ses parents, devrait constituer la référence à partir de laquelle les structures, quelles qu'elles soient, mettent en place leurs protocoles. [...]

« En prenant connaissance de l'information, les parents (enfin responsabilisés !) peuvent se réapproprier la naissance. L'objectif de l'AFAR est de soutenir les options de ses membres (parents, professionnels; associations) en leur fournissant de l'information scientifique, des conseils sur les textes de lois, et un soutien juridique en cas de difficulté. Elle choisit également de profiter pleinement de son droit d'ester en justice pour la défense des usagers des services obstétricaux dont les droits n'ont pas été respectés (actes posés sans le consentement explicite des personnes concernées).

« La situation de la naissance (hypermédicalisation, « usines à bébés ») est plus que préoccupante et nous comptons bien en faire prendre conscience, à la plus grande échelle possible. Nous sommes persuadés que le fait de tisser dans ce domaine un réseau associatif à l'échelle nationale, voire internationale, peut permettre à chacun d'améliorer le quotidien à son échelle, et à son tour contribuer à la responsabilisation d'autres personnes, instaurant ainsi une mentalité « citoyenne » jusque dans les choix à propos de naissance et d'éducation. »

Extraits du manifeste de l'AFAR – <http://www.fraternet.org/afar/>



Bernard Bel

L'accompagnement à la naissance

Pour Nesrine Bessaih, coordonnatrice des dossiers politiques liés à l'humanisation au Regroupement Naissances-Renaissance, l'approche citoyenne repose sur « la volonté individuelle d'exercer en toute liberté ses droits et ses devoirs dans la société dans le but d'être un acteur de transformation sociale et culturelle ».

Dans un contexte de perte de pouvoir des femmes lors de l'accouchement (manque d'information et de consultation sur le déroulement et sur les décisions, mise en opposition de l'expérience de la femme et du bien-être du bébé, mise en doute de la connaissance de son corps), l'accompagnement à la naissance est un moyen efficace de soutenir l'autonomie des femmes et l'humanisation de la naissance. L'accompagnement est en ce sens une expression de l'exercice « citoyen » de la naissance.

Pour les individus, l'accompagnement :

- ▶ favorise une approche critique relativement aux interventions, aux protocoles et aux routines;
- ▶ encourage les démarches qui soutiennent le respect des droits (par exemple, la préparation d'un plan de naissance);
- ▶ engage l'autonomie et la responsabilité de la femme;
- ▶ reconnaît l'accouchement comme un rite de passage porteur de transformation;
- ▶ utilise des sources d'information variées dans le but de favoriser un choix éclairé.

Au plan collectif, l'accompagnement :

- ▶ assure la diffusion de la « culture de la normalité » et du pouvoir des femmes (l'accouchement à la maison est considéré comme la référence);
- ▶ utilise les résultats des études scientifiques sociales et épidémiologiques;
- ▶ dénonce la médicalisation, les protocoles et les routines qui ne reposent pas sur des données probantes;
- ▶ s'oppose à la marchandisation de la naissance et de la vie;
- ▶ met en place et participe à des actions qui font respecter les droits des femmes.



Hubert Doucet et Nesrine Bessaih

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « Naissance à la carte : mythe ou réalité ? », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Myriam Hivon (PowerPoint)

Atelier « Naissance citoyenne », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Bernard Bel (enregistrement, PowerPoint et article « Naissance "citoyenne" : s'éduquer à une conscience critique »)

- présentation de Nesrine Bessaïh (enregistrement et PowerPoint)

- présentation de Hubert Doucet (enregistrement et PowerPoint)

2) Autres ressources Internet

AFAR – Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté

<http://www.fraternet.org/afar/>

AIMS (Royaume Uni) Association for Improvements in the Maternity Services – Association pour l'amélioration des services de maternité

<http://www.aims.org.uk/>

CIANE (France) Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

<http://www.fraternet.org/naissance/CIANE/>

Groupe MAMAN – Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel (Québec)

<http://pages.infinit.net/matilda/maman/>

Portail Naissance : sites Internet et associations francophones pour une approche « citoyenne » de la naissance

<http://www.fraternet.org/naissance/>

Sur Paolo Freire :

http://www.unesco.org/most/freire_paulo.pdf

<http://www.ibe.unesco.org/International/Publications/Thinkers/ThinkersPdf/freiref.PDF>

http://fr.wikipedia.org/wiki/Paolo_Freire

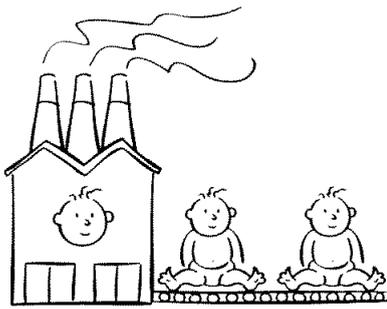
<http://users.skynet.be/parlecriture/freire.htm>

3) Livres et articles

BEL, Bernard, « Pour une naissance insoumise » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 361-382.

FREIRE, Paolo. *Education for Critical Consciousness*. New York, Continuum, 2002. (Première édition : 1973)

VADEBONCOEUR, Hélène, « La femme en travail peut-elle exercer son autonomie en centre hospitalier ? » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 89-110.



La « techno », musique rituelle des sociétés post-industrielles...

L'anthropologue Robbie Davis-Floyd, professeure à l'Université du Texas, a montré le danger du modèle technocratique – qui domine les sociétés post-industrielles – dans le champ des soins obstétricaux.

Pour celle-ci, la naissance est un microcosme des valeurs du modèle médical technocratique où la technologie est transcendante et où le corps féminin est vu comme une machine défectueuse, l'hôpital comme une industrie et le bébé comme un produit. Ce modèle de la naissance, devenu hégémonique, est apparu en force dans les années 1970. En voici les principaux traits :

- ▶ l'assimilation du patient à un objet;
- ▶ le rapport patient/médecin considéré comme une aliénation par le médecin;
- ▶ l'emphase mise sur le diagnostic;
- ▶ la surévaluation des technologies;
- ▶ les interventions agressives motivées par la volonté d'obtenir des résultats rapides (sans préoccupation pour les effets à long terme);
- ▶ la standardisation des soins;
- ▶ l'autorité et la responsabilité exercée par le médecin.

Le modèle technocratique, basé sur la médecine officielle transmise par l'enseignement universitaire, est renforcé par des rituels dont le rôle consiste à le justifier et à habituer les praticiens à performer à l'intérieur de son cadre.



Robbie Davis-Floyd

Robbie Davis-Floyd définit une société post-industrielle comme « a society organized around an ideology of progress through the development of high technologies and the global flow of information ».

Selon Robbie Davis-Floyd, nos sociétés technocratiques post-industrielles sont soumises au mythe de la transcendance technologique. Ce mythe a pour fonction d'arracher l'humain de la nature pour l'élever dans la culture. La cybernétique (fusion de la technologie et de l'être humain) fait figure de représentation la plus parfaite de cette transcendance technologique. L'homme montre sa présence sur la nature en la modelant à son gré pour atteindre l'ultime perfection. Obnubilés par l'impératif technocrate de dompter la nature, les scientifiques ne s'interrogent pas sur les impacts de leur adhésion à cette idéologie et sur son coût écologique...

Comme tous les paradigmes, le modèle technocratique prête à l'illusion qu'il peut satisfaire à tous les besoins et répondre à toutes les questions, et qu'il représente la réalité totale. Pourtant, il n'en montre qu'un aspect parmi d'autres...

Un modèle réglé comme du papier à musique

Comme tous les rituels, le modèle technocratique des soins repose sur

- ▶ des symboles (les divers gestes ou objets figurant l'autorité, la maladie et l'incapacité);
- ▶ une mise en ordre et un formalisme qui en font un monde à part de celui de la vie ordinaire (l'hôpital est un temple où règnent l'ordre et une hiérarchie soumise au médecin, unique détenteur de la connaissance et de l'autorité);
- ▶ l'inviolabilité et l'impérativité (il est impossible de s'y dérober).

À la manière d'un entraînement neurologique, le rituel crée une *habituat*ion qui évite d'avoir à réfléchir mais qui, en même temps, rend tout changement extrêmement difficile.

LE RITE

Un rite est un comportement symbolique, verbal ou gestuel, codifié au sein d'une société.

« Le propre du rite est d'être prescrit, codifié, répété et réalisé en vue d'obtenir un effet déterminé. »

— Jean-Hugues Dechaux dans le *Dictionnaire de sociologie Larousse*, 1998.

LE SYMBOLE

Le symbole est un objet, une idée ou une action chargée d'une signification sociale. Il incarne une croyance ou une valeur culturelle.

Par exemple, dans le cadre de la naissance, la blouse représente la maladie et la chaise roulante l'incapacité.

À quoi servent les rituels ?

Les fonctions des rituels sont multiples. Les rituels permettent :

- ▶ de renforcer la cohésion du groupe, via un système de croyances partagées (ce qui inclut des artefacts, des espaces et un langage spécifique qui suscite le respect);
- ▶ de créer des émotions et des croyances;
- ▶ d'accroître le courage face au danger;
- ▶ de mettre de l'ordre là où il y a le chaos.

L'anthropologue souligne que plus il y a d'émotions qui sont engagées dans les rituels, moins il est nécessaire de questionner ses messages ou d'examiner des alternatives. Si un rituel échoue, c'est que les *offrandes* n'ont pas été suffisantes... Dans le champ obstétrical, « l'échec » est représenté comme la matérialisation d'un manquement aux rituels interventionnistes proprement voués à contrôler la physiologie de la naissance. Négliger les *offrandes* (interventions) destinées à élever des barrages contre le mal, équivaut à lui ouvrir une brèche... Selon la chercheuse, les principaux rituels du modèle technocratique des soins obstétricaux sont les suivants :

- ▶ la position durant le travail (couchée/debout);
- ▶ la gestion du temps (normalisation, efficacité);
- ▶ l'installation d'un soluté intraveineux (pourquoi la femme ne peut-elle pas boire ?);
- ▶ l'usage du monitoring fœtal (pas très utile et qui comporte des désavantages sérieux dont celui de faire augmenter le taux de césariennes);
- ▶ la séparation mère-enfant;
- ▶ l'exclusion du père.

« If the technology exists, we must use it. Using existing technologies constitutes the best care. Not using them constitutes inferior and more ignorant care. »
— Robbie Davis-Floyd

Les modèles humaniste et holistique de soins obstétricaux

D'autres modèles de soins obstétricaux existent dans nos sociétés post-industrielles. Ils sont toutefois marginaux.

Les sages-femmes, les doulas et certains médecins s'inscrivent dans un modèle de soins humaniste ou holistique. Ces modèles ont en commun de considérer la femme comme une personne et de mettre l'accent sur la relation entre l'intervenante et la mère. Celle-ci est considérée à la fois dans sa globalité, sa multiplicité et son unicité. Les intervenantes reconnaissent les besoins variés (pas seulement physiques) de la femme. Ces modèles ont également en commun de baser leur pratique sur la physiologie de la naissance, de reconnaître la responsabilité de la mère, d'utiliser la technologie de manière judicieuse (en bannissant toute routine) et d'inclure la médecine intégrative (chiropractie, homéopathie, phytothérapie, médecine chinoise, etc.).

Il y a l'air et il y a la chanson...

Toutes les femmes souhaitent bien sûr recevoir des soins plus humains. Mais où se situe exactement la frontière entre le modèle technocratique dominant et les autres modèles véritablement axés sur la personne humaine ? C'est cette nébulosité dans les délimitations des modèles qui pousse Robbie Davis-Floyd à faire cette importante mise en garde : « il est facile de kidnapper l'humanisme ». Elle établit une nette distinction entre l'humanisme superficiel (bonne nourriture, bons soins, décor agréable... mais taux élevés de césarienne !) et le véritable humanisme (*deep humanism*) qui repose sur la physiologie de la naissance, tient compte des besoins affectifs de la mère et respecte son autorité.

« Obstetrician
standardize pathology.
Midwives normalize
uniqueness. »
— Robbie Davis-Floyd

« Il est facile de kidnapper
l'humanisme »
— Robbie Davis-Floyd



Robbie Davis-Floyd

Les trois grands modèles des soins obstétricaux dans les sociétés post-industrielles

Technocrate	Humaniste	Holistique
Modèle biomédical	Modèle bio-psycho-social	Modèle holistique
Médecins	Certains médecins; sages-femmes; doulas	Certains médecins; sages-femmes; doulas
Basé sur des évidences scientifiques.	Basé sur des évidences scientifiques.	Basé sur des évidences scientifiques. Réserve une part à l'intuition.
Le corps est une machine.	Le corps est un organisme.	Considère aussi l'âme.
Séparation corps/esprit. Axé sur les soins physiques.	Connexion corps/esprit. Reconnaissance et respect des besoins émotifs des mères.	Postule l'unité corps/esprit/âme. Le corps est un système énergétique lié à d'autres systèmes énergétiques.
La mère est un objet.	La mère est une personne.	La mère est une personne dont on doit prendre soin dans sa totalité (incluant la dimension spirituelle), dans le contexte global de son existence.
Responsabilité détenue par le médecin qui exerce l'autorité.	Information, prise de décision et responsabilité partagées par la mère et la praticienne.	L'autorité et la responsabilité appartiennent à la personne, qui est unique.
Emphase mise sur le diagnostic.	Emphase mise sur la relation mère/praticienne et l'écoute des mères.	Le lien mère/praticienne (<i>essential unity</i>) peut changer quelque chose.
Standardisation des soins. Modèle industriel (hôpital/industrie, bébé/produit).	Aucune routine. Soins adaptés, personnalisés et humains.	Aucune routine. Soins adaptés, personnalisés (<i>normalizing uniqueness</i>) et humains.
Contrôle et interventionnisme. Transcendance technologique.	Basé sur la physiologie de la naissance. Reconnaissance que toutes les possibilités de « bons contacts » (eau, père, attitude de respect, de compassion, etc.), sont favorables à la naissance. La technologie est au service de l'individu et elle doit être utilisée judicieusement.	Il faut d'abord laisser à la personne son action. La première intervention doit être douce (par exemple, grâce au déplacement de l'énergie de la gorge vers le col de l'utérus). Pour être véritablement au service de la personne, la technologie doit être utilisée comme une solution ultime, une fois que toutes les autres ont échoué.

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Conférence de Robbie Davis-Floyd, le 30 novembre 2004, intitulée « L'accouchement comme rite de passage » (enregistrement et PowerPoint)

2) Autres ressources Internet

Site personnel de Robbie Davis-Floyd

<http://www.davis-floyd.com/>

3) Livres et articles

DAVIS-FLOYD, Robbie E. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1992. (2^e édition 2003)

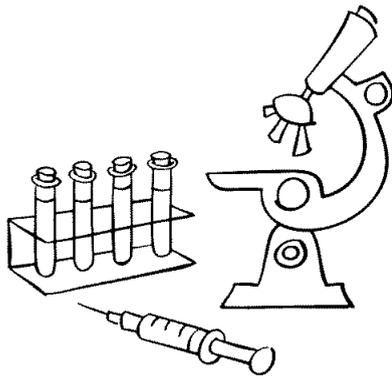
DAVIS-FLOYD, Robbie E. and Carolyn F. SARGENT, Editors, *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, University of California Press, 1997.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. and Joseph DUMIT, Editors, *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*. New York, Routledge, 1998.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. and Gloria ST.JOHN, *From Doctor to Healer : The Transformative Journey*. New Brunswick NJ, Rutgers University Press, 1998.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. and P. Sven ARVIDSON, editors. *Intuition : The Inside Story Interdisciplinary Perspectives*. New York, Routledge, 1997.

JORDAN, Brigitte. *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4^e édition, révisée et augmentée par Robbie Davis-Floyd. Prospect Heights, Ill., Waveland Press, 1993.



Les femmes et les bébés d'abord ?

« Naître, a priori, n'est pas un traumatisme, c'est une étape de la vie humaine. En revanche, ce qui peut l'être, ce sont les conditions dans lesquelles se déroule la naissance et la façon dont elle fait résonance dans l'histoire du sujet et de sa famille. »

C'est sur ces mots que Myriam Szejer ouvrait sa conférence intitulée « Qu'en est-il à moyen et à long terme ? ». Élève de la pédiatre Françoise Dolto, pionnière dans l'application de la psychanalyse auprès des enfants, Myriam Szejer est pédopsychiatre et psychanalyste, attachée à la maternité Antoine Béclère à Clamart (France), où elle intervient auprès des bébés et de leurs parents. Son propos a éclairé de façon originale la réflexion autour de la médicalisation de la naissance, en soulignant l'impact de l'accueil réservé aux femmes enceintes, aux jeunes mères et aux nouveau-nés, tant sur l'avenir des enfants que celui de la société.

Malgré qu'en France la très grande majorité des femmes attendent leurs enfants sans connaître de problème, la grossesse et l'accouchement sont très médicalisés. La médicalisation soutenue des dernières décennies et l'avènement du diagnostic anténatal ont certes permis de grands progrès. Toutefois ils ont aussi contribué à l'avènement du mythe du bébé parfait. « Dans une logique économique, a souligné le Dr Szejer, nous avons mis la priorité sur l'efficacité technique, et dans une logique paranoïaque, sur la diminution du risque. » Les mères et les bébés ne sont plus des sujets « pensants et parlants », mais les objets d'une multitude d'enjeux qui leur sont extérieurs. La déshumanisation de la naissance serait-elle le prix à payer pour avoir accès à la technologie médicale et profiter de ses progrès ?

Myriam Szejer déplore que l'approche médicale ne tienne pas compte des répercussions sur le psychisme des mères et des enfants de la technicisation de la grossesse et de l'accouchement. Sa conférence pointe quelques-uns des champs d'interventions médicaux et leurs effets sur les principaux concernés.

« La médecine s'aime dans ses prouesses techniques. Elle a plus de mal avec l'humain, car il n'en existe pas de mode d'emploi standard. Les progrès acquis en matière d'obstétrique font oublier que la grossesse n'est pas une maladie, et que 90 % des grossesses ne présentent pas de difficultés. La traiter comme une maladie a des effets pervers pour les mères, et aussi pour leurs bébés. Le temps de la grossesse, le temps de la naissance, le temps de l'entrée en maternité ne peuvent se réduire à un calendrier médical. Trop les résumer à une série de dates et de mesures a pour résultat, à l'égard des mères et des enfants, une forme de violence institutionnelle qui confine parfois à la maltraitance. Pourtant, quand on regarde les habitudes, il n'est pas déraisonnable de penser qu'elles pourraient changer. »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin, *Les femmes et les bébés d'abord...*, p. 10.

Une médicalisation précoce de la maternité

La médecine exerce son emprise sur la maternité avant même la conception, alors que « le désir d'enfant est parasité par la hantise de l'infertilité et les pseudo-impératifs de programmation ». L'assistance médicale à la procréation qu'on qualifie abusivement de « médecine du désir » relève bien davantage de la « gestion du désir », au sens presque économique du terme, que du désir défini par la psychanalyse, spécifique à chaque personne et prenant ses racines dans l'inconscient de la mère et du père. L'assistance médicale à la procréation permet désormais de gérer le désir d'enfant, en fournissant les moyens de l'intégrer au plan de carrière. Rapidement elle met un terme à l'attente de grossesse qu'on refuse désormais de laisser arriver dans un temps plus ou moins long et aléatoire.

Cette mainmise médicale sur la maternité se poursuit avec le diagnostic de la grossesse et le commencement du suivi prénatal. À ce moment, le dépistage des anomalies fœtales intervient de manière particulière. Échographies, examens biologiques, tout est mis en œuvre pour « calibrer les bébés » et permettre aux parents d'avoir l'enfant en santé auquel ils ont *droit*, dit-on. Mais la banalisation médicale de ces examens cache le rôle capital qu'ils jouent pourtant comme espaces d'élaboration de la parentalité. À ce titre, on peut se demander ce que l'attente d'un diagnostic, ce temps de latence, de mise en parenthèse de la grossesse psychique, de désengagement maternel (et même parental), peut provoquer chez le fœtus. Quels peuvent être les effets sur sa vie psychique, son développement, sa relation à sa mère, voire sur son futur, du stress récurrent et de la méfiance suscitée par les examens anténatal de dépistage d'anomalies ou par un projet abandonné d'avortement ? Une chose est sûre, soutient Myriam Szejer, les parents doivent en tenir compte et faire le nécessaire pour intégrer cet épisode dans l'histoire familiale : « il faut raccrocher les wagons d'une gestation mise en suspend. Le lien parfois gravement endommagé entre le fœtus et sa mère doit se restaurer ».¹ Pour les mêmes raisons, les parents devraient aussi prendre soin d'associer à l'histoire familiale – par l'entremise de la parole – le fœtus mort-né ou né non viable pour que chacun puisse intégrer son existence et que chaque autre enfant soit en mesure de définir sa place dans la fratrie.



Myriam Szejer

1. Myriam Szejer parle de ses expériences en cette matière dans son livre *Des mots pour naître, l'écoute psychanalytique en maternité*.

DÉTOURNEMENT DE SAVOIR

« Paradoxalement l'amélioration de la sécurité à la naissance s'accompagne d'une montée en puissance de l'inquiétude des femmes enceintes. Médecins, sages-femmes, infirmières, à un moment ou un autre de la grossesse, tout le monde va mettre en cause la capacité spontanée qu'ont les femmes à fabriquer leur bébé, à signifier que tout va bien ou qu'au contraire quelque chose les inquiète. Parce qu'il est détenteur d'un savoir sur le corps, le discours médical fonctionne dans le registre d'un discours maternel et dépossède les parents de la responsabilité de leur projet. Voilà assurément une belle union sacrée constituée autour de la santé et du bien-être de l'enfant à naître mais dont les futures mères semblent être les grandes oubliées. Ce déferlement de savoir finit par ébrécher la confiance aveugle qu'elles portaient à leur bébé et à elles-mêmes, au risque de compromettre, par la suite, leur capacité à être mères. »

— Myriam Szejer

La préparation à la naissance et à la parentalité

« On a réduit l'enjeu de l'accouchement à un enjeu de douleur. Un accouchement réussi, c'est celui où on n'a rien senti. » Or ramener l'enfantement à la question de la douleur – que la péridurale solutionne aisément et rapidement –, c'est ignorer l'importance capitale de l'accompagnement dans le projet parental de mise au monde.

Cet accompagnement devrait commencer le plus tôt possible, avec la préparation à la naissance. Bien plus qu'un temps d'entraînement physique et d'assimilation de notions théoriques, elle permet aux couples de se préparer à la parentalité. Elle est aussi une occasion privilégiée pour aider la femme enceinte à choisir les « techniques » d'accouchement qui lui conviennent le mieux. Même pour celles qui doivent avoir une péridurale ou une césarienne, une telle préparation est utile.

Pourtant en France la préparation à la naissance est devenue accessoire. Pour les futures mères qui prévoient pour la plupart accoucher sous péridurale, son utilité est loin d'être évidente. Et d'un point de vue gestionnaire, lui attribuer une ressource paraît tout à fait ridicule vu l'impossibilité de connaître son rapport coût-bénéfice exact et compte tenu de l'actuel contexte de pénurie de personnel...

« La grande majorité des équipes de maternité manifeste un franc désintérêt pour le côté passage, métamorphose, initiation personnelle que traverse une femme tout au long de sa grossesse. L'accompagnement se réduit au plan strictement médical. Pour le reste, la mise au monde n'est plus appréhendée que comme une épreuve physique qui se prépare à la façon d'une épreuve d'endurance. »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin,
Les femmes et les bébés d'abord..., p. 121-122.

Le temps de l'accouchement et le respect du rythme materno-fœtal

Le cas de bébés que l'on « force à naître » devrait également préoccuper. S'il est généralement admis que dans la naissance des processus physiologiques à la fois du côté maternel et fœtal sont en jeu, des professionnels de la naissance, notamment les psychanalystes, ont également observé l'influence du psychisme de la mère sur le processus. Lorsqu'il est « déclenché », « programmé », ou provoqué par la chirurgie (césarienne), le rythme normal et les mécanismes complexes de l'accouchement sont bouleversés. Et quelles que soient les précautions prises, ces interventions, et spécialement la césarienne, sont vécues comme des actes d'agression tant pour la mère que pour l'enfant, mais encore davantage pour ce dernier. Aussi Myriam Szejer est catégorique : la césarienne devrait être strictement réservée à des indications médicales et systématiquement faire l'objet d'une préparation de la mère (excluant donc les interventions de « convenance », celles des intervenants comme celles des futurs parents).

Par ailleurs, à force d'entretenir l'illusion de la maîtrise de l'accouchement, qu'on peut même programmer, le moindre imprévu peut être source d'une « déception durable, voire d'un sentiment d'échec très percutant », observe-t-elle encore. « On ne peut jamais évaluer de quel prix, plus tard, une famille paiera une intervention survenue de façon intempestive au cours de la naissance d'un enfant mais qui n'aura pas été accompagnée d'explications suffisantes. » « On rencontre assez souvent des femmes effondrées, poursuit-elle, qui, des années après, évoquent leur accouchement, une césarienne mal acceptée ou un forceps, vécu comme une blessure narcissique jamais cicatrisée. Les psychanalystes et les psychiatres qui reçoivent certains des bébés nés dans ces conditions témoignent de leur souffrance. Pour eux, la naissance aura fait traumatisme. Non pas le fameux *traumatisme de la naissance* freudien, mais celui dû aux circonstances de la mise au monde, et qui, chez certains, laissera des traces parfois indélébiles dans le psychisme. »

LA CÉSARIENNE ET LE BÉBÉ

Lors de la césarienne, « paniquée par l'environnement hypermédicalisé du bloc opératoire, la mère transmet à son fœtus un stress considérable. Bien souvent, les bébés naissent tendus et en hypothermie. Privés de l'irremplaçable contact du ventre et du sein maternel, ils sont souvent déposés dans une couveuse pour les réchauffer et mieux les surveiller. La rupture soudaine entre la vie amniotique et la vie aérienne n'est pas sans conséquence sur la relation mère-bébé. Dans la salle où on lui prodigue des soins à l'urgence souvent relative, l'enfant né par césarienne mais en bonne santé se trouve privé de l'environnement adapté à l'accomplissement des rites de passage qui lui seraient nécessaires. [...]

« Si on est à leur écoute, de nombreux nouveau-nés manifestent d'emblée leurs difficultés à se remettre d'une naissance vécue comme violente. Ils seront douloureux, tristes, pleurnichards, voire anorexiques ou insomniaques, parfois malades. Malheureusement, ces symptômes, parallèlement à la démarche médicale qu'ils suscitent, sont rarement appréhendés dans leur dimension symbolique et resitués en paroles au sein de leur histoire et de son sens. Le plus souvent ils ne sont vus que comme des manifestations du seul registre pédiatrique à faire taire au plus vite. Ainsi se constitue une trace impossible à cicatriser, une trace qui resurgira du fond de l'âme lors de toutes les séparations car celles-ci résonneront en profondeur comme des métaphores répétitives de la naissance, des métaphores du traumatisme initial. »

— Myriam Szejer

L'accueil du bébé

Plusieurs travaux ont montré que la naissance n'est qu'une étape dans la vie du fœtus, une sorte de « déménagement écologique ». On a maintenant relativisé le fameux trauma de la naissance, en montrant que le fœtus traversait les phases de l'accouchement dans une sorte de sommeil physiologique (qui entraîne un effet semblable à une anesthésie)... « sous réserve toutefois que celui-ci se déroule sans stimulation artificielle des contractions, ni rupture précoce de la poche des eaux, ce qui est toujours le cas lorsque l'accouchement se déroule sous péridurale » !

Au moment de la naissance, il est par conséquent primordial de prendre les moyens nécessaires pour atténuer les changements vécus par le bébé dans ses diverses sensations, comme l'avait proposé Frédérick Leboyer dès les années 1970. « Ainsi peut s'opérer une transition douce entre sa vie pré et postnatale, contribuant à lui donner confiance en lui-même en maintenant la continuité des repères anténataux (odeur, chaleur, voix, bruits du cœur et corps de la mère), fondant ainsi les bases de son narcissisme. »

La solitude des mères durant le post-partum

Dans les jours qui suivent la naissance, la femme tente de s'adapter du mieux qu'elle le peut à sa nouvelle condition de mère et de se relever d'un accouchement qui peut lui avoir laissé des séquelles physiques. Moments difficiles quand, au même moment, sortent tous en même temps les « cadavres cachés dans le placard » issus de son histoire personnelle. Blessures anciennes et traumatismes non cicatrisés sont alors au rendez-vous.

C'est sur cette toile de fond que s'installe le *baby blues*, cet état dépressif de la mère qui survient durant les premiers jours du post-partum. Partagée entre un « bébé déconcertant » et un « compagnon déconcerté », c'est souvent dans une profonde solitude que les mères entreprennent leur nouvelle vie. Certaines auront plus de difficultés que d'autres à s'en sortir et s'installeront dans la dépression. Pour le bébé dont les premiers liens avec la mère sont si déterminants pour fonder son narcissisme et son sentiment de sécurité, l'état maternel n'est pas sans conséquence sur sa santé physique et psychique future. Bien des troubles de la petite enfance y trouvent leur origine.

Avec l'installation de ses propres rituels, la médecine a éliminé les anciens rituels familiaux entourant la naissance et qui permettaient de canaliser les débordements. « Il est temps, souligne la conférencière, d'imaginer d'autres solutions pour offrir véritablement un soutien prolongé des mères et prévenir les difficultés et leur isolement. »

JAMAIS UNE SOCIÉTÉ N'A ÉTÉ AUSSI DURE POUR LES JEUNES MÈRES

« Solitude, choc du réel, identification impossible, incommunicabilité dans le couple, il y a de quoi déprimer pour les mères, déraiper pour les pères. On se penche aujourd'hui sur la dépression maternelle, les professionnels y consacrent colloques après congrès. Cela n'a rien d'étonnant. Tout est mis en place pour que les dépressions se multiplient car jamais une société humaine n'a été aussi dure avec les jeunes mères, ne les a laissées aussi seules. »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin,
Les femmes et les bébés d'abord..., p. 177-178.



Myriam Szejer

« [D]onner la vie, c'est aussi en prendre le risque, et d'une certaine façon donner également la mort. En ce domaine, l'application logique du principe de précaution consisterait à ne plus donner la vie. Quand on veut troquer la qualité d'un accompagnement contre la sécurité, on se leurre. Dans le registre médical, de la conception à la naissance et aux suites de couches, on ne s'occupe pratiquement et en priorité que de la santé physique, comme si la mère n'était qu'un corps. Quant à la société dans son ensemble, elle rend la tâche si difficile aux mères, qu'elle ne protège plus ses enfants. La logique à court terme aujourd'hui en vigueur ne voit manifestement pas venir d'autres coûts, pas tous mesurables, mais dont les effets se verront un jour à leur tour chiffrés sans qu'on puisse toujours en reconnaître l'origine. À ne pas prendre le temps de questionner nos actes, nous "shuntons" l'aspect humain de l'accueil au monde de notre descendance tout en refusant de prendre la mesure des conséquences de cette attitude sur son avenir. »

— Myriam Szejer et Francine Caumel-Dauphin,
Les femmes et les bébés d'abord..., p. 9-10.

Myriam Szejer est la présidente de l'association « La cause des bébés » dont les objectifs sont :

- ▶ « d'œuvrer pour la connaissance de la sensorialité et de la sensibilité du fœtus jusqu'à la naissance, puis du bébé dès sa venue au monde, afin de modifier par l'écoute qu'on lui accorde la qualité de la relation,
- ▶ « d'être une association interdisciplinaire regroupant tous ceux qui désirent que, dès la naissance, soit faite à l'enfant la place d'être humain, à part entière, qui lui revient. Autrement dit qu'il soit traité non comme un objet virtuel, quantifiable et mesurable – attitude qui se rencontre souvent en périnatalité –, mais avec le respect dû à sa dignité de sujet. »

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Aucun document relatif à la conférence donnée par Myriam Szejer n'est accessible sur le site de l'ASPQ. Comme son propos est largement inspiré du livre qu'elle a préparé en 2001 avec Francine Caumel-Dauphin, intitulé *Les femmes et les bébés d'abord : pour une médicalisation raisonnée de la maternité* (Albin Michel, coll. « La cause des bébés »), les intéressés peuvent très avantageusement s'y référer. Un ouvrage à lire pour une meilleure compréhension des complexes enjeux personnels et sociaux de la médicalisation de l'obstétrique.

2) Ressources Internet

Site de l'association « La cause des bébés » (voir encadré)

<http://lacausedesbebes.free.fr/>

Site de l'association L'ENVOL

<http://site.voila.fr/AssocLENVOL>

- L'ENVOL est une association de bénévoles professionnels de la santé (médecins libéraux, pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices) dont l'objectif est de favoriser tout ce qui peut améliorer l'accueil médical et « humaniste » du bébé. Les membres fondateurs de L'ENVOL travaillent tous en maternité, à la clinique Saint-Jean de Roubaix (France). Un site pour s'inspirer et réfléchir mais aussi pour suivre des liens Internet intéressants.

3) Livres

De GASQUET, Bernadette, Xavier CODACCIONI et al. *Bébé est là, vive maman ! Les suites de couches*. Paris, Robert Jauze, 2005.

ELIACHEFF, Caroline. *À corps et à cris, être psychanalyste avec les tout-petits*. Paris, Albin Michel, 2000.

SZEJER, Myriam. *Des mots pour naître, l'écoute psychanalytique en maternité*. Paris, Gallimard, 1998.

SZEJER, Myriam et Richard STEWART. *Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse*. Paris, Robert Laffont, première édition 1994, édition revue et augmentée en 2002.



Le « bruit de la nature » : les besoins fondamentaux du bébé dès sa naissance

L'espèce humaine « élève maintenant ses enfants de manière incongrue, totalement incompréhensible de mémoire animale ». Voilà le résultat de la dégénérescence du genre *Homo* durant son évolution récente, il y a environ 8000 ans, avec sa sédentarisation et la naissance des premières civilisations. Les conséquences de cette puériculture inadaptée à la nature de l'*Homo sapiens* sont incalculables au plan du bien-être et quant à sa survie. À continuer de la sorte, nous nous dirigeons à coup sûr vers un désastre ! Tel est le constat fait par le Dr Pierre Lévesque (gynécologue-obstétricien, Centre hospitalier de Rimouski) dans le cadre de sa conférence intitulée « *La nature ne fait rien en vain* » – *Aristote*, où il partageait ses réflexions sur l'humanité qu'il examine selon la perspective de la biologie évolutionniste.

La phylogenèse de l'être humain actuel (de la branche *Homo sapiens sapiens*) en fait un membre à part entière du règne animal appartenant à la classe des mammifères, à l'ordre des primates, à la famille des omnidés et au genre *Homo sapiens*. Qu'est-ce à dire en ce qui concerne l'« état de nature » de l'être humain ? Primo : que ses gènes de mammifère le portent vers la socialisation et vers le soin de ses petits qui ont pour caractéristiques particulières de naître démunis et de rester dépendants de leurs parents durant une longue période de temps (l'allaitement fait partie des soins spécifiques aux petits des mammifères). Secondo que son appartenance spécifique à l'ordre des primates anthropoïdes détermine le besoin prolongé du bébé humain (unique) d'être porté et d'être en contact continu avec sa mère. Or, affirme le Dr Lévesque, cette filiation de l'*Homo sapiens* au monde animal, son appartenance à la nature, ne peut être reniée qu'au risque de mettre sa survie en péril.

« Voici l'homme : un singe qui ne grimpe plus aux arbres, un bipède pas particulièrement rapide, un être sans griffes acérées, ni dents pointues, [doté d'] une force physique "respectable", sans plus, [mettant au monde] des bébés démunis et [...] longtemps dépendants. Vivant à l'origine dans [...] la savane et [dans un] milieu de vie clairsemé, avec quelques outils [...] primitifs... »

« Cet homme fait partie intégrante de la nature par son histoire, par sa morphologie, par sa physiologie, par les rouages de ses fonctionnements intimes, et jusqu'à un certain point par ses comportements aussi. »

— Pierre Lévesque

L'Homo sapiens en question

Les premiers humains vivaient au sein d'une structure de support à la taille réduite, dans des bandes constituées de dix à cinquante personnes. Ils formaient des sociétés égalitaires où les prérogatives et les habiletés de chacun étaient respectées. Le plus souvent nomades, ces bandes assuraient leur subsistance par la cueillette et la chasse.

Dans ces petits groupes, chaque naissance avait une importance primordiale puisqu'elles étaient rares mais aussi parce que, manifestement, c'est par celles-ci que la bande pouvait assurer sa continuité. La préservation de l'unité mère-enfant, essentielle dans la reproduction des grands primates, a permis à l'espèce humaine de se perpétuer. Ce lien était basé sur une relation de proximité constante (contact corporel continu) et sur un allaitement intense et prolongé.

Le mode spécifique d'existence des bandes de chasseurs-cueilleurs qui a précédé les organisations basées sur l'agriculture et l'élevage il y a environ 8000 ans, a été celui de 99,6 % de toute l'histoire de l'humanité. Aussi, cette manière de vivre représente « le véritable mode de vie naturel pour l'homme ». C'est dans ce cadre particulier que la nature a forgé l'être humain avec toutes ses caractéristiques biologiques, caractéristiques qui sont restées essentiellement les mêmes jusqu'à aujourd'hui.

« Cette longue immersion au sein d'un environnement stable et prévisible, où les grandes caractéristiques de notre espèce ont été établies puis stabilisées, a vu le développement par adaptation des comportements spécifiques d'espèces soudant enfants et parents dans une chorégraphie garante de la pérennité de l'humanité. Un contexte, une nature, qui ont fait de nous des êtres humains, des êtres sociaux dévoués, compatissants, respectueux et collaborateurs, des êtres destinés à se construire et à évoluer dans un climat d'amour, d'entraide, de confiance et de plaisir. »

— Pierre Lévesque

Le secret de la survie humaine

La plus grande question de l'aventure humaine est sans doute celle de sa pérennité. Comment le genre *Homo* a-t-il pu assurer sa continuité au cours des quelques deux millions d'années de son existence ? Bien que l'explication la plus généralement retenue soit celle de la lutte incessante de l'humain pour sa survie dans un monde hostile (y compris celui créé par sa violence intrinsèque), Pierre Lévesque s'oppose formellement à cette idée qui tient davantage du mythe que de l'observation attentive des premiers représentants de l'espèce humaine qui montrent, à qui sait bien les observer, d'incroyables capacités de coopération, d'entraide et de sollicitude à l'égard des autres, notamment des plus faibles.



Pierre Lévesque



Pierre Lévesque

Le grand secret de la survivance de l'humanité réside dans la structure même du cerveau humain dont les compétences associatives font de l'*Homo sapiens* un être fondamentalement altruiste, compatissant et convivial. Sa sollicitude pour les autres et son comportement particulièrement tendre à l'égard de ses petits, à qui il prodigue des soins attentifs et prolongés, conformes à sa double nature de mammifère et de primate, sont précisément ce qui a permis à l'humain de se perpétuer dans le temps.

Comment expliquer alors les comportements extrêmement violents dont nous sommes témoins chaque jour ? Comment expliquer la souffrance des jeunes ? « Pourquoi nos enfants préfèrent-ils le suicide à la vie, eux qui ont la chance de vivre dans l'une des nations les plus privilégiées de la planète ? Pourquoi le Québec est-il un endroit émotionnellement risqué pour élever nos enfants ? Nous sommes-nous mépris sur notre véritable nature ? [...] Comment l'espèce la plus sociale qui soit, donne-t-elle naissance à des petits *a priori* asociaux, manifestant d'emblée des comportements contraires aux qualités qui ont présidé à la survie de l'humanité ? » Pour Pierre Lévesque, la réponse se trouve dans les explications fournies par la biologie évolutive en regard de la neurophysiologie du développement du cerveau.

La sélection naturelle du cognitif

Le cerveau de l'être humain se développe de manière accélérée durant l'enfance, surtout durant les trois premières années de l'existence. Plus tard, « c'est la nature, c'est l'environnement, qui laisse à la vie le soin de poursuivre le développement du cerveau. » Les expériences vécues par l'individu et leur répétition vont venir stabiliser les connexions synaptiques. C'est ce qu'on appelle l'épigénèse. Par ce processus, l'environnement sculpte littéralement le cerveau humain en développement : c'est l'ensemble des expériences des individus qui permet de corriger l'agencement des voies neuronales et les caractéristiques des neurotransmissions.

Chez l'*Homo sapiens*, l'environnement spécifique à l'espèce est celui où il vivait en petites bandes selon le mode de vie des chasseurs-cueilleurs. Le processus de civilisation aurait fait bifurquer l'*Homo sapiens* du plan établi par la nature pour son espèce. C'est parce que le modèle spécifique pour l'espèce humaine prévu par la nature s'est fracturé que le processus de maturation cérébrale de l'*Homo sapiens* a été tordu, permettant des comportements contrenature et autodestructeurs. Guerres, meurtres, tortures, viols, dépressions, suicides, toxicomanies, sont quelques-unes des conséquences du cerveau dissocié, résultant d'une puériculture inadaptée des bébés humains.

« C'est la sélection naturelle qui détermine les types de problèmes que les cerveaux des espèces particulières sont appelés à résoudre. Pour comprendre la psychologie d'une espèce, il nous faut connaître les types de problèmes que ses représentants doivent ou ont dû résoudre dans la nature. Les mécanismes psychologiques complexes se fixent dans l'adaptation seulement lorsque l'environnement demeure stable au cours de nombreuses générations. C'est exactement ce qui s'est produit au cours de l'évolution humaine alors que le milieu de la savane s'est avéré particulièrement constant. Les animaux héritent donc, en plus de leur génome spécifique d'espèce, d'un environnement spécifique d'espèce. [...] Au cours d'une longue période de temps, les membres d'une espèce en viennent à s'attendre à un certain type d'environnement. Ils ont développé des solutions spécifiques d'espèce pour composer avec ces environnements stables.

« Chez l'*Homo sapiens*, c'est toujours le mode de vie des chasseurs-cueilleurs qui constitue l'environnement spécifique de l'espèce. Si l'organisme grandit dans des conditions semblables à celles qui ont prévalu au cours de l'évolution de l'espèce, son développement va suivre un patron spécifique d'espèce. Parce que le patron a été répété tout au long de l'histoire évolutive, cette espèce en est venue à compter sur la survenue d'expériences prévisibles, dans le cours du développement de l'individu. Les expériences attendues doivent se produire pour que la maturation cérébrale de l'individu se poursuive et s'achève dans l'harmonie, selon le plan établi dans la nature pour cette espèce. Ainsi, non seulement le génome contient-il le programme des structures physiques [...] mais il détient aussi la clé des comportements adaptatifs au milieu. »

— Pierre Lévesque

L'évolution a développé des patrons d'expériences chez l'*Homo sapiens* élaborés dans le cadre du mode de vie stable des chasseurs-cueilleurs qui ont permis la mise en place de voies neuronales prenant les expressions de la nature profondément conviviale et compatissante de l'espèce humaine. Les expériences attendues par l'être humain sont étroitement liées aux échanges qui ont lieu dans la relation mère-enfant lorsque les besoins fondamentaux du nouveau-né sont satisfaits. Ce rapport est d'une importance capitale. « Tout patron qui dévie de ce modèle naturel, prévient le conférencier, peut provoquer l'établissement irréversible de vaisseaux neuronaux anormaux, se traduisant par des anomalies de la personnalité et une altération des relations sociales. »

« La psychopathie des comportements destructeurs résulte de l'établissement de voies neuronales anormales.

Elles sont l'effet d'une puériculture inadaptée aux besoins de l'enfant. L'homme ne naît pas bon de nature, il le devient naturellement. »

— Pierre Lévesque

« C'est un peu comme
Albert Einstein qui dit :
— l'homme est un
être social. »

« Pourquoi ne pas
garder le contact
avec un bébé du mois ?
— Pierre Lévesque



Pierre Lévesque

« Pourquoi ne pas
garder le contact
avec un bébé du mois ?
— Pierre Lévesque

— Pierre Lévesque

Les attentes spécifiques du bébé humain

À sa venue au monde, le petit de l'humain s'attend à avoir une certaine forme de prise en charge.

« Tout comme le poumon du fœtus attend l'air sans l'avoir encore respiré, tout comme l'œil est prédisposé à s'imprégner de lumière, le cerveau du nouveau-né s'attend à recevoir la gamme des stimulants prévus a priori par la sélection naturelle se produisant de manière prévisible au sein de l'environnement spécifique d'espèce. Cette gamme de stimuli est nécessaire à la construction harmonieuse du cerveau inachevé du bébé par le biais de l'épigénèse. Elle est transmise dans le cadre d'une puériculture adaptée au mode de vie des chasseurs-cueilleurs.

« Cette puériculture attendue, naturelle, constitue toujours le paradigme de la prise en charge du nouveau-né chez l'Homo sapiens. »

— Pierre Lévesque

Les besoins fondamentaux de tous les bébés de la terre sont partout les mêmes, quelle que soit la culture où ils viennent au monde : **être allaités, être soudés et être portés.**¹ Cette puériculture naturelle est ce qu'il est communément convenu d'appeler l'« unité mère-enfant », ou tout simplement le « mèrentant » (en un seul mot comme le propose lui-même Pierre Lévesque). « Comme héritiers de ces constantes d'espèce, le bébé humain s'attend à ces *a priori* », explique le Dr Lévesque. L'optimisation de son développement en dépend, et même la préservation de son penchant naturel altruiste et pacifique.

Malgré la volonté sincère des parents d'agir dans le meilleur intérêt de leurs enfants, comment se fait-il qu'au fil des générations l'espèce humaine en soit venue à tordre de la sorte leur destin et à en faire, pour plusieurs, des êtres souffrants et violents ? En déviant de la puériculture attendue, c'est-à-dire du modèle basé sur le « mèrentant », prévu pour notre espèce par la nature. À cet égard, le conférencier met en garde contre trois inventions de notre époque, qui nuisent considérablement à l'établissement d'un lien fort entre la mère et l'enfant : la sucette, la couchette et la poussette.

1. L'allaitement et le contact continu (« être soudés ») sont universels chez les mammifères et le portage des petits est une constante chez tous les primates.

LE TRIANGLE D'OR DU DÉVELOPPEMENT HARMONIEUX, SELON PIERRE LÉVESQUE

Être allaité

Être soudé

Être porté

... le tout procurant intimité, confiance et affection, dans un contexte
d'amour et de plaisir !

La sucette, la couchette et la poussette

La sucette

Rien ne peut remplacer le sein maternel. L'allaitement maternel fait partie des normes évolutionnistes fondamentales au développement idéal de l'enfant. Si la nature a écrit un mode d'emploi spécifique à l'allaitement humain, il est clair aussi qu'il n'est pas indispensable de le suivre à la lettre pour assurer la survie des bébés. Cependant, précise le conférencier, on peut penser que la valeur ajoutée dépend du degré de fidélité à l'usage prescrit...

Au-delà de l'avantage de fournir à l'enfant une nourriture inégalable, l'allaitement maternel procure les stimuli favorables au développement idéal de son cerveau et produit chez la mère une cascade d'événements physiologiques avantageux grâce à l'intervention de l'ocytocine, dont l'augmentation de la contractibilité utérine, la diminution des pertes sanguines et une involution utérine plus rapide. Bien plus encore, la production de cette hormone amène chez la mère un état psychologique particulier : elle provoque un mouvement d'expansion vers les autres de même qu'un état de calme et de bien-être général. L'ocytocine « bonifie le cœur maternel » et cimente l'unité mère-enfant.

« Après des millions d'années d'évolution, l'allaitement est devenu beaucoup plus qu'un simple mode d'alimentation. Dans la manière de nourrir le bébé s'est développée une relation syncréatique unique et complexe entre la mère et l'enfant, ayant de profondes répercussions sur la physiologie, la psychologie et la santé de l'un et l'autre des partenaires. [...]

« Ainsi la mère fait office de régulateur du développement neurologique de son enfant. La période postnatale peut être considérée comme une gestation extra-utérine où la mère assure, par l'allaitement, la construction finale des fonctions cérébrales de son bébé. »

— Pierre Lévesque

« Un bébé seul, disait Winnicott, ça n'existe pas. Ce n'est pas seulement que le bébé a besoin de sa mère mais plutôt que la mère et l'enfant sont essentiels l'un à l'autre, s'influencent l'un et l'autre, à la fois sur les plans physiologique mais aussi psychologique et comportemental, s'interpénétrant, formant cette entité physique, physiologique et fonctionnelle qu'il convient d'appeler l'unité mère-enfant. Une unité physique véritable. »
— Pierre Lévesque

« L'allaitement favorise et renforce le lien mère-enfant. L'allaitement est le ciment du lien. »
— Pierre Lévesque

« Les conséquences de ce comportement de séparation nocturne sont souvent subtiles et d'apparition tardive, de sorte que la relation de cause à effet n'est pas toujours perceptible. Mais chez l'enfant génétiquement plus susceptible que d'autres, ce stress répété recèle le germe de la neuropathologie du comportement. »

— Pierre Lévesque

« Les bébés portés sont mous, passifs, presque immobiles. Ils utilisent leur musculature par eux-mêmes, selon leurs besoins. [Ils] sont nourris à la demande et immédiatement, parce que à proximité de la mère tout le temps. Ils sont calmes, ils sont faciles, ils ne pleurent pas, ils n'ont pas de coliques, ils dorment au besoin. Ils sont en fait "chez eux", dans un état de contentement. »

— Pierre Lévesque

La couchette et la poussette

La nature a prévu pour le bébé humain qu'il se développe au sein d'un environnement social fait de relations de proximité et d'interaction avec les parents. Chez les chasseurs-cueilleurs, les bébés de trois mois passent entre 70 % et 99 % de leur temps de jour en contact tactile avec un adulte, et tous dorment avec leur mère.

Qu'arrive-t-il lorsque ce lien de proximité est rompu comme il arrive dans nos sociétés, alors que les nourrissons passent 55 % de leur temps de jour dans une poussette, une balançoire ou autre objet du même genre et qu'ils passent 100 % de leurs nuits dans une couchette, en solitaire ? En vérité, affirme le Dr Lévesque, la plupart des enfants sont en carence au plan des contacts corporels. Couchette, poussette, balançoires, tous ces objets de consommation, « parfaitement inutiles », nuisent à l'établissement de rapports de proximité entre les bébés et leurs parents et à la socialisation de l'enfant.

Le Dr Pierre Lévesque rappelle que selon la théorie de l'attachement, ce sont les épreuves de séparation prolongée ou répétée qui sèment le germe des patrons de comportements pathologiques. Toutes les stratégies pour permettre à l'enfant de « faire ses nuits » (sommeil en solitaire, ignorance des pleurs, espacement graduel du temps de visite entre les pleurs, etc.) sont susceptibles de provoquer la rupture de son lien de sécurité avec l'adulte. Le prix d'une telle fracture peut être élevé : adultes incapables d'avoir des liens à long terme, insécurité affective, manque de confiance dans les autres, troubles de la personnalité, faible estime de soi, abus de drogues et d'alcool, dépressions, etc.

Le portage est extrêmement favorable au développement d'un lien d'attachement fort entre la mère et l'enfant. Les deux cessent d'être en conflit et sont plus épanouis. Dans un état de « silence éveillé », l'enfant est dans l'état le plus favorable pour son apprentissage et son développement physique.

« En vivant dans les villes, [l'être humain] s'est construit un monde où la nature est évacuée. Dans cet environnement artificiel, nous avons le sentiment d'avoir échappé aux contraintes que nous impose le monde naturel. Ainsi [nous nous sommes] coupés [des] origines de notre existence. Nous sommes devenus léthargiques, indifférents et lents. En perdant toute vision du monde, en nous livrant à la consommation et en nous installant dans les villes, loin de la nature, nous avons perdu notre lien avec le reste de la planète vivante et, j'ajouterais, avec nous-mêmes, avec notre propre nature à nous aussi.

« C'est dans ce contexte, où il faut réinventer un équilibre, qu'il nous faut redécouvrir une histoire et nous réapproprier notre identité. Tout tient à une histoire. Nous sommes présentement en difficulté parce que nous sommes privés d'une histoire valable. »

— Pierre Lévesque

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Conférence de Pierre Lévesque, le 30 novembre 2004, intitulé « *La nature de fait rien en vain* » – Aristote (enregistrement de la conférence et de la période d'échange et de questions).

2) Autres ressources Internet

Site de l'*Attachment Parenting International* qui fait la promotion de pratiques parentales favorisant l'établissement de liens d'attachement forts entre parents et enfants.

<http://www.attachmentparenting.org/>

Site de James McKenna, spécialiste mondial incontesté du sommeil partagé

<http://www.nd.edu/~jmckenn1/lab/index.html>

Site de l'Association IDÉES pour les parents (France)

<http://idees.parents.free.fr/>

- Livres, vidéos, articles de presse, publications scientifiques sur la naissance, l'allaitement, le maternage, le portage, le sommeil partagé, la parentalité, l'éducation des enfants, etc.

Cododo est un site où l'on retrouve de nombreuses informations, références et liens utiles.

<http://cododo.free.fr/>

Ce site comprend plusieurs articles et extraits d'articles, des témoignages, des références et des liens utiles :

www.maternage.free.fr

Site de Martha (éducatrice en périnatalité) et William Sears (pédiatre)

www.askdrsears.com

Michel Odent, « Le moment de la naissance peut avoir de profondes répercussions sur le reste de la vie », extraits d'une conférence enregistrée par Jean-Christophe Schmidt retranscrite par Peggy Labernadie et résumée par Cécile Bortayre.

On retrouve ces extraits sur le site <http://www.fraternet.org/naissance/docs/odent1.htm>

Ce texte de la conférence a été publié dans *Biocontact* no 70, février 1998.

3) Livres et articles

Parmi les ouvrages classiques, voir les travaux du pédiatre et psychanalyste Donald W. Winnicott sur le lien mère-enfant dont

- *L'enfant et sa famille : les premières relations*. Traduit de l'anglais par Annette Stronck-Robert. Paris, Petite bibliothèque Payot, [c2002]. Cet ouvrage publié originalement en anglais en 1957 sous le titre *The Child and the Family* a été réédité à de nombreuses reprises.

- *Le bébé et sa mère*. Traduit de l'anglais par Madeleine Michelin et Lynn Rosaz. Paris, Payot, [c1992]. (Coll. « Payot Science de l'homme »). Cet ouvrage a d'abord été publié en anglais sous le titre *Babies and their mothers*.

Voir également l'ouvrage pionnier d'Ashley Montagu sur l'importance des contacts corporels chez l'humain, *La peau et le toucher : un premier langage*, préface de Frédéric Leboyer, traduit de l'américain par Catherine Erhel, Paris, Seuil, [c1979]. (Traduction de *Touching : the human significance of the skin*)

Sur la philosophie de l'*Attachment Parenting*, lire Jean Liedloff, *The Continuum Concept : In Search of Happiness Lost*, Harmondsworth, Penguin Books Ltd, 1986. Voir également le site qui y est consacré <http://www.continuum-concept.org/>

Sur le maternage, le sommeil partagé et le portage, voir...

DIDIERJEAN-JOUVEAU, Claude-Suzanne. *Partager le sommeil de son enfant*. Préface de Edwidge Antier. St-Julien-en-Genevois, France, Éditions Jouvence. (Coll. « Pratiques »)

DIDIERJEAN-JOUVEAU, Claude-Suzanne, Jacky ISRAËL et James McKENNA. *Comment dorment les bébés : Pour ou contre le sommeil partagé*. Saint-Lubin-de-la-Haye, Belin, (Coll. « Naître, grandir, devenir », cahier no 2)

ROQUES, Nathalie. *Dormir avec son bébé*. Paris, L'Harmattan, 2002.



Une musique sacrée

- « J'ai réalisé que j'étais capable de passer au travers et que je suis forte. »
- « J'ai un beau souvenir maintenant, mais pas tout de suite après. »
- « Je ne savais pas que j'étais aussi résistante. »
- « J'ai pleuré de joie; c'était magique. »
- « Je me suis découvert une vulnérabilité et une force que je ne me connaissais pas. »
- « L'accouchement est une initiation, un passage de la vie; on ne connaît que la destination, l'itinéraire c'est l'aventure. »
- « Je reste avec une grande joie, un grand bonheur face à cette expérience. »
- « La naissance est un processus extraordinaire. J'ai vécu une expérience exceptionnelle. »

Commentaires recueillis par Lucie Thibodeau, directrice du Réseau des centres de ressources périnatales, dans le cadre de sa recherche effectuée en 2004 auprès de 20 femmes ayant utilisé les services de son réseau.

Que l'accouchement soit une expérience unique et puissante et un moment fort dans la vie des femmes est une opinion largement partagée. Nombreuses sont celles qui l'affirment avec vigueur et sans hésitation. De dire qu'il s'agisse aussi d'une expérience « initiatique » et « sacrée », voilà des mots qui échappent davantage au langage populaire et médical. Comment interpréter le malaise bien palpable souvent déclenché à la seule mention de ces mots? Le « sacré » serait-il une dimension taboue de la naissance? Doit-on voir dans cette gêne l'expression d'une pudeur par rapport à la spiritualité (étroitement associée chez nous à la religion) dans une société volontairement laïque? Ou bien encore peut-être de l'ascendance exercée sur la société par une médecine positiviste et omnisciente? Ces questions restent entières.

Le 29 novembre 2004, tout un atelier de la Conférence annuelle de l'ASPQ a été consacré à la dimension spirituelle de l'accouchement alors que diverses intervenantes avaient été invitées à partager leurs expériences et réflexions sur le sujet. Il s'agit de Jeen Kirwen, sage-femme au Centre de maternité de l'Estrie, Hélène Rousseau, omnipraticienne rattachée au CLSC Côte-des-Neiges, ainsi que de Sylvie Blouin et Johanne Tessier, accompagnantes à la naissance, membres du Collectif Les accompagnantes, à Québec. La sage-femme Céline Lemay a également traité du sujet dans le cadre d'un autre atelier portant sur les enjeux de la profession sage-femme.

Qu'est-ce que le « sacré » de la naissance ?

Une chose est certaine : tout en admettant son existence, définir le sacré de la naissance n'est pas chose aisée. À entendre plusieurs conférenciers, il semble bien que la dimension spirituelle de la naissance soit une réalité à la fois complexe, difficile à appréhender... tout en étant d'une simplicité désarmante ! À tout prendre, le sacré durant l'accouchement serait cet intangible que les mots ne suffisent pas à rendre, cette zone immatérielle, unique et personnelle à chacune. C'est à la fois le « mystère », la part d'« inconnu », la « magie de la naissance », ce qui la rend imprévue, une « énergie » (particulière à la naissance et spécifique à chacune des mises au monde), ce qui est « au centre de soi », ce qui « fait sens », ou ce qui provient du plus profond de l'inconscient humain et de la psyché... Le sacré serait ce que la médecine n'arrive pas à intégrer malgré toutes ses avancées et ses techniques de surveillance et chirurgicales de pointe. Habituellement vécu dans l'intériorité, il est favorisé par le silence, le calme et l'intimité, propices à l'abandon. Le sacré peut aussi se traduire par la confiance des personnes dans leurs propres ressources intérieures.

Même si les mots pour définir le sacré sont multiples et même si ses chemins d'accès montrent une réalité aux contours difficilement palpables, il ressort toutefois clairement pour toutes celles qui en ont parlé :

- ▶ que l'expérience spirituelle de la naissance existe bel et bien et qu'elle influence le déroulement de l'accouchement,
- ▶ qu'elle est unique à chaque femme,
- ▶ qu'elle est déterminante pour le reste de ses jours,
- ▶ et qu'elle peut être nourrie par l'accompagnement humain, dans le cadre d'une présence véritable auprès de la mère.

LE SACRÉ SELON JEEN KIRWEN, SAGE-FEMME

« Normalement, le sacré se retrouve au plus profond de soi, c'est le moteur qui guide nos actions et nos motivations. Il est très bien documenté et prouvé que lorsque la femme accouche, plus elle se fait confiance, plus elle peut alors s'abandonner et se référer à sa propre expérience. Et plus elle s'abandonne, plus elle est satisfaite de son expérience [...]. Lorsque la femme est nourrie pendant sa grossesse et qu'elle prend contact avec sa propre confiance, elle va plus facilement s'élever dans sa vision d'elle-même et de sa réalité. Elle sera plus en contact avec sa créativité intérieure et pourra ainsi se permettre de se dépasser. Est-ce cela le sacré ?

« Pour vivre ce niveau de relation avec soi-même, chaque femme développe sa façon de contacter son soi, son intériorité, son intuition, sa "petite voix"... Cela peut se développer pendant la grossesse et la femme continue idéalement à le cultiver par la suite. [...] »

« La dimension invisible, non matérielle de la maternité et de la paternité est pour nous (les accompagnantes du Collectif) capitale dans le sens où le docteur (Jean-Marie) Delassus en parle. La "maternité psychique" [...] semble un autre point de rassemblement. Une maternité souvent silencieuse. Une maternité qui se vit au niveau du cœur et de l'esprit. Une maternité sans mots, peu considérée socialement et souvent trop peu reconnue par les professionnels de la santé pour qui l'approche est centrée sur l'expérience physique. »
— Sylvie Blouin

« Peu importe la religion
(ou l'absence de religion),
la naissance reste un mystère
qui rejoint chaque individu.
Or, les attitudes, les gestes posés,
les paroles dites au moment de la
naissance auront un impact à long
terme sur la mère et l'enfant. »
— Dr Hélène Rousseau

« Concevoir un bébé, une nouvelle vie, n'est rien de moins qu'un miracle, à tous les niveaux. Pour les parents, c'est un très, très grand voyage. Les croyances que je vous communique aujourd'hui ne sont pas nécessairement partagées par toutes les femmes enceintes ou par toutes les personnes qui les accompagnent mais j'ai observé à travers mon expérience de sage-femme depuis 33 ans que la période périnatale transforme la femme. Et lorsque la femme est supportée et guidée vers son intériorité, vers la reconnaissance de ses ressources innées, elle en ressort avec un portrait différent, plus autonome d'elle-même. [...] Elle aura vécu des expériences concrètes qui lui permettront d'avoir confiance en elle-même et aux autres, mais surtout à ses ressources intérieures. Il en résultera généralement une personne plus responsable de ses émotions et de ses actions (un effet secondaire est qu'elle coûte moins cher au système de santé). »

La maison, lieu privilégié de l'actualisation du sacré de la naissance : une perspective anthropologique

Pour la sage-femme et anthropologue Céline Lemay, la maison est le lieu privilégié de l'actualisation de la dimension spirituelle de la naissance. En raison de sa fonction de protection et de cohésion, la demeure familiale constitue la pierre d'assise du sentiment de sécurité de la femme qui enfante car c'est le territoire même de l'intimité. Les propos de Céline Lemay reposent sur les résultats de son mémoire de maîtrise intitulé *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans* (Université de Montréal, 1997).

Pour illustrer que l'accouchement à la maison est une façon de se réapproprier la symbolique et le sens de l'enfantement, la sage-femme propose durant sa conférence des métaphores-clés utilisées par les femmes pour décrire l'expérience :

accoucher c'est :

- ▶ un passage
- ▶ une occasion
- ▶ une force
- ▶ un instinct
- ▶ une ouverture
- ▶ une histoire
- ▶ et un tout !

Si les femmes interviewées accordaient des sens variés à la douleur, elles partageaient cependant l'idée que l'accouchement est un événement normal de la vie... qui doit conséquemment être vécu comme tel, c'est-à-dire dans le cadre habituel d'existence ! De leur côté, les sages-femmes qui ont accompagné ces femmes lors d'un accouchement à la maison liaient le sens de la douleur à celui de l'accouchement. Ainsi, lorsque l'accouchement est considéré comme un processus de création, de séparation



Céline Lemay

et de transformation, sa douleur acquiert une fonction d'initiation. La relation particulière basée sur la coopération et la confiance qui existe dans un tel cadre, entre la femme et la sage-femme, transcende, a souligné Céline Lemay, la peur du risque.

« L'accouchement à la maison [...] exprime que l'humanisation est aussi le pouvoir de nommer, de définir et de signifier ce qu'est accoucher, souffrir et vivre le risque. Il est l'affirmation que la vie comporte des risques et que la science n'est qu'une strate du savoir. L'accouchement à la maison nous fait connaître un autre univers de référence. »

— Céline Lemay

L'accouchement en milieu hospitalier : quelle place pour le sacré ?

Hélène Rousseau (médecin rattachée au CLSC Côte-des-Neiges) a expliqué qu'en milieu hospitalier – où se déroulent la plupart des accouchements – il est compliqué d'installer le climat nécessaire à l'expression du sacré. Parmi les membres du personnel, nombreux sont ceux qui considèrent que la dimension spirituelle de la naissance concerne seulement les parents. Mais ceux-ci devraient comprendre que le sacré de l'enfantement regarde tous ceux qui y assistent, ne serait-ce que du seul fait d'être présent à ce moment-là...

L'organisation du travail est certes une entrave à l'expression du sacré dans le contexte hospitalier. L'industrialisation de la naissance est bien peu propice au lien et à l'écoute nécessaires (ce que le Dr Rousseau appelle la « qualité de présence ») à l'établissement de l'atmosphère qui permettrait l'éclosion et l'expansion du sacré.

Pour Hélène Rousseau, « bâtir une énergie autour de la naissance », pour se centrer sur le miracle qui s'accomplit, compte beaucoup. Malgré l'environnement *High Tech* de l'hôpital, elle croit que les intervenants peuvent protéger cette énergie sacrée en entretenant une attitude de respect et en soutenant l'intimité durant l'accouchement. Faire silence, être patiente, utiliser un langage positif, respecter sincèrement le choix des parents, intervenir en cas d'absolue nécessité, encourager le contact entre la mère et l'enfant ainsi qu'avec le père, parler au bébé, sont des moyens qui permettent de nourrir le sacré de la naissance, selon le Dr Rousseau.

L'exigence de cultiver l'écoute et l'intuition pour interpréter le « sens du sacré » propre à chacune

Dans sa présentation, la sage-femme Jeen Kirwen a mis en évidence l'importance cruciale de la qualité d'écoute des intervenantes pour « comprendre et décoder le sens du sacré de l'Autre ». À ses yeux, pour que l'énergie de la naissance puisse se déployer, il est indispensable de créer un espace où la femme sera capable de contacter ses propres forces, ses désirs, ses souffrances, ses peurs, etc., de manière à ce qu'elle puisse donner un sens à son expérience. La préparation prénatale et l'éta-

« Si on arrive à redécouvrir le sacré, cela nous nourrit, parce que c'est puissant. »

— Dr Hélène Rousseau



Hélène Rousseau

« Si on dépossède [les parents] de ce qui est sacré à l'accouchement, le lien d'attachement [avec l'enfant] ne sera peut-être pas le même. »

— Dr Hélène Rousseau

« Peut-être est-il temps d'arrêter de croire que l'accouchement est une expérience objective [...]; nous faisons partie de l'expérience de la femme qui accouche. »

— France Paradis

blissement d'une relation de confiance sont, a-t-elle insisté, des préalables incontournables quand on veut aider la femme à demeurer en contact avec elle-même durant l'accouchement.

Pour offrir une « présence réelle » auprès de la famille, chaque accompagnante doit au préalable prendre soin d'ouvrir sa conscience à la naissance qui s'en vient. Si chacune dispose de ses propres moyens pour s'y préparer (par la lecture, le dessin, la méditation, le chant, le yoga, ou autre), l'intuition doit toujours demeurer leur principal guide.

LE SACRÉ, L'EMPOWERMENT PARENTAL... ET LA SANTÉ !

« Chaque famille créée devient une nouvelle cellule de la société. Si cette cellule est en santé, c'est toute la société qui est aidée. [...] En anthropologie, on peut étudier les rituels qui favorisent la perte de pouvoir personnel et l'assimilation versus ceux qui aident à devenir plus autonome et à retrouver son pouvoir personnel. Pour moi, une femme qui traverse le prénatal, l'accouchement et le postnatal en étant en lien avec le sacré en elle, se donne toutes les chances de grandir et de vivre une vie très satisfaisante et en santé. »

— Jeen Kirwen, sage-femme

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « L'accouchement, moment sacré », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Sylvie Blouin (PowerPoint)

Atelier « Naissance citoyenne », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Nesrine Bessaih (PowerPoint)

Atelier « Sages-femmes, nouveaux enjeux », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Céline Lemay (PowerPoint)

Table ronde « Échos du terrain », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Lucie Thibodeau (enregistrement)

2) Autres ressources Internet

Site des Doulas d'Amérique du Nord (DONA)

<http://www.dona.org/PDF/BDPositionPaperfrench.pdf>

Site du Réseau québécois d'accompagnantes à la naissance

<http://www.naissance.ca/reseau/index1.htm>

2) Autres ressources Internet (suite)

Site du Collectif Les Accompagnantes (Québec)
<http://www.oricom.ca/accompagnantes/>

Site du centre de maternité Mère et monde
<http://mereetmonde.com/>

3) Livres et articles

BRABANT, Isabelle. *Une naissance heureuse : Bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Montréal, St-Martin, [c2001].
Un des rares guides destinés aux futurs parents qui intègre la dimension spirituelle de la naissance.

DELIASSUS, Jean-Marie. *Le sens de la maternité : Cycle du don et genèse du lien*. 2^e édition. Paris, Dunod, 2002.

GASKIN, Ina May Gaskin. *Spiritual Midwifery*. Summertown, TN, Book Publishing Co., 1975, quatrième édition 2002. Un classique !

LEMAY, Céline. *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*. Mémoire de maîtrise en anthropologie (M.Sc.), Université de Montréal, 1997. Cette recherche est également disponible en ligne à l'adresse :
<http://www.fraternet.org/naissance/docs/clemay/memoire.html>

MARTIN, Kirsten. *The Midwife as Teacher : Dialogue with and Confidence in the Woman*. Mémoire de maîtrise, Université McGill, 2002.

PARADIS, France, « De la science et du sacré » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 333-336.

Dans le recueil préparé par Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance...* (voir notice précédente), des femmes partagent leur expérience du sacré lors de leurs accouchements.



Quand la douleur se fait chant d'amour...

On ne peut éviter de constater que les récits positifs d'accouchements, susceptibles de semer chez les femmes le désir de tenter l'aventure de la douleur, sont une rareté. En dépit d'une culture de la naissance réfractaire à la douleur, a observé la sage-femme Isabelle Brabant, il existe heureusement des femmes qui ont l'envie de vivre pleinement l'expérience de l'enfantement... Et heureusement aussi « il y a encore des gens qui aimeraient les aider » !

Lors de sa conférence intitulée « La douleur au-delà de la douleur », c'est à pas feutrés que la sage-femme s'est avancée sur ce terrain fragile, pour nous livrer ses réflexions nourries du contact privilégié avec les femmes qu'elle a accompagnées – à domicile, en maison de naissance, à l'hôpital – depuis 25 ans.

LES FEMMES QUI ENFANTENT COMME PROFESSEURS

« ... l'histoire m'a donné à moi, "vieille" sage-femme, et à d'autres, l'honneur et le privilège d'apprendre cet extraordinaire métier par la base, par la vraie et unique manière, c'est-à-dire en ayant les femmes comme professeurs, et donc ce n'est pas dans les livres que j'ai appris comment aider les femmes qui vivent un accouchement, c'est en voyant les femmes qui le vivent, et en voyant qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui fonctionne, qu'est-ce qui fait qu'on en sort, qu'on en sort heureuse, contente... »

De quoi une femme a-t-elle besoin pour accoucher ?

Durant sa longue expérience de sage-femme, Isabelle Brabant a constaté que pour mettre au monde son enfant par elle-même, la femme a dans le fond besoin des mêmes conditions qu'il lui a fallu pour le concevoir neuf mois auparavant, à savoir de l'intimité, du temps et de la pénombre... Cela veut dire que celle qui enfante a besoin, de manière essentielle, d'être respectée dans son rythme et sa façon singulière de mettre au monde, de ne pas être dérangée et de ne pas avoir à répondre à des critères de « performance » ... Des conditions somme toute rarissimes en centre hospitalier où ont lieu la plupart des accouchements !

Qu'une femme arrive à transcender la douleur dans un contexte où elle est envahie par des étrangers qui la touchent à tout bout de champ, où la lumière et les bruits la distraient de ce qui se passe en elle, où elle se sent seule, etc., bref, qu'une femme puisse accoucher par elle-même dans de telles conditions relève d'un « absolu miracle », affirme la conférencière. Dans la plupart des cas, l'absence de considération par rapport aux conditions fondamentales à l'accouchement trouble suffisamment son déroulement pour rendre, en bout de piste, le recours à la péridurale tout à fait indispensable.

« On ne peut pas parler de la douleur séparément de la femme qui la vit ! »

— Isabelle Brabant

Guider et soutenir les femmes qui enfantent

Les conditions d'accouchement sont de nos jours si difficiles qu'il est illusoire de penser que toute femme en santé est en mesure d'accoucher par elle-même. D'où l'importance pour la plupart d'entre elles de pouvoir compter sur un accompagnement véritablement aidant.

S'ajuster aux besoins particuliers de chacune est un élément fondamental à la démarche d'accompagnement, a indiqué Isabelle Brabant. Un préalable est de reconnaître que chaque femme est porteuse d'une histoire personnelle et de conditions d'existence qui s'actualisent au moment de la mise au monde. Le reste demeure encore et toujours affaire de **temps** et **d'intimité**, ces deux ingrédients indispensables à l'éclosion de l'empathie et de la tendresse à la base du lien d'accompagnement. Selon la sage-femme, développer son empathie est un réel défi qui exige de l'intervenant un travail personnel souvent *inconfortable*, à l'image de la douleur vécue par la femme qui enfante...

S'adapter à chaque personne exige par ailleurs qu'on évite de juger individuellement les femmes qui demandent une péridurale, « c'est à nous, insiste la sage-femme, de regarder ce qu'on met autour pour que cette demande vienne le plus rarement possible et seulement quand elle est absolument nécessaire, ce qui est complètement une autre démarche. »



Isabelle Brabant

COMME LA FEMME, S'OUVRIRE À LA « GRANDE EXPÉRIENCE HUMAINE DE LA DOULEUR »...

« Une des difficultés d'accompagner les femmes, c'est accepter d'être en contact régulièrement avec cette grande expérience humaine de douleur et parfois d'impuissance, d'impuissance à changer les choses qui sont douloureuses [...]. Ça demande un travail personnel. [...] Ça me demande d'être en contact avec toutes mes petites lâchetés et les moins petites lâchetés. Et je ne trouve pas ça "confortable" non plus. Parce qu'il y a des moments où j'ai préféré reculer plutôt que d'avancer dans un processus que la vie m'offrait.

« [...] Puis je suis allée chercher l'énergie [d'avancer dans la douleur] où ? Où est-ce que je suis allée chercher ça ? Où est-ce que je peux inviter cette femme que j'accompagne à trouver cette place en elle – et qui n'est pas la mienne ? [...] Je suis là pour l'aider à trouver [...] dans ses forces à elle, où est-ce que ça se situe. Et je ne peux faire ça que pendant que je l'aime... (Ce n'est pas scientifique...) Si je suis en train de la juger [...], je n'arrive pas à trouver les bons mots pour elle [...]. Parfois je n'y arrive pas du tout [...]. Ça me demande parfois d'avoir recours à mes petites méthodes à moi [...] pour trouver l'endroit où je suis capable d'accueillir cette personne dans ce qu'elle est, avec toutes les limites qu'elle a. [...]

« C'est ce travail si profondément humain qui nous est demandé et qui nous demande, à nous, du temps [et] de l'intimité ».

Peut-on concilier accouchement et « confort » ?

Avec la popularisation de la péridurale, il semble que nous ayons adhéré à son objectif d'éviter la douleur, notait Isabelle Brabant. On a induit au sein de la population cette fausse idée que pendant le travail les mères devraient rechercher des moyens pour soulager la douleur et améliorer leur confort.

Pourtant, soulignait la conférencière, ces desiderata se situent « aux antipodes de ce que ça prend si on veut que ce bébé-là passe, si on veut qu'il passe par où il est supposé passer... » L'idée du confort pendant le travail apparaît à ses yeux « totalement incongrue ». Y a-t-il quelque chose de plus « inconfortable » qu'un accouchement ? « En cours de route, on a – probablement sans le vouloir – créé une sorte de dissociation entre la douleur et là d'où elle provient, a-t-elle expliqué. La douleur qui se vit à l'accouchement [...], c'est très exactement la sensation du passage de ce bébé hors du corps de cette mère pour venir la rencontrer dans un autre temps, dans une autre portion de sa vie. [...] Ce passage ne se fera pas sans la sensation qui va avec. C'est intimement et totalement lié. »



Isabelle Brabant

« D'où est-ce qu'elle vient cette douleur-là ? demande Isabelle Brabant. Elle vient du fait que – remarquez comme c'est bien fait – cette contraction, elle est en train de créer une pression et un mouvement sur le bébé dans son entier, par lequel la tête de ce bébé-là appuie sur le col de sa mère et se déplace en rotation dans son bassin pour y descendre finalement appuyer sur des muscles et des terminaisons nerveuses qui vont rajouter à ce mouvement-là une impulsion réflexe de poussée qui va achever de le mettre au monde. Si on est dans ce processus qui est la physiologie de l'accouchement et qu'on est en train de chercher les positions dans lesquelles on sent le moins cette pression, ce qu'on va obtenir comme résultat, c'est que la contraction ne pouvant pas faire appuyer la tête du bébé correctement sur le col, dans trois heures de là, cette femme aurait été un peu plus "confortable" [...], mais son col sera moins dilaté. [...] Finalement le progrès du travail est si lent, si difficile et si décourageant qu'elle dit [...] "je veux une péridurale"... Et je la comprends... »

Brancher la mère sur son bébé

Plutôt que de focaliser sur le soulagement de la douleur durant le travail, il serait plus aidant pour la femme qu'on la rappelle à cet enfant qui travaille fort lui aussi pour venir au monde. Connecter la mère avec son bébé dans l'énergie de la naissance pourra l'aider à traiter avec la douleur. « C'est quelque chose, témoigne la conférencière, quand on est auprès d'une femme de vraiment comprendre et sentir physiologiquement ce qui est en train de se passer dans son corps pour l'aider à rencontrer cette sensation-là, qui est la sensation de son bébé en train de faire son trajet par lui-même à l'intérieur, lui aussi travailler pour venir la rencontrer... »

Que la femme puisse donner un sens à ce qu'elle vit lui sera par ailleurs utile pour trouver ce qui fonctionne pour elle, dans ce processus particulier de mise au monde. L'assister dans cette quête intérieure est bien davantage profitable à celle de la recherche perpétuelle du confort physique. « Nous sommes là pour lui permettre de prendre toute sa place, affirme Isabelle Brabant, et de mener à bien ce qu'elle est supposée mener à bien, c'est-à-dire mettre le bébé au monde. Nous sommes des guides dans la tempête, nous n'avons pas à calmer les vents ! »

Mais encore...

Laisser la « femme sauvage » faire son travail !

Sans doute également serait-il favorable au déroulement du processus qu'on permette enfin à la femme qui enfante de laisser sortir la « femme sauvage » enfouie en elle.

L'image répandue de la femme qui accouche en silence, dans la détente et le confort, sans « friper sa jaquette » ni « défaire ses beaux cheveux », est absolument à contre-pied de la nature fondamentale de l'enfantement, explique Isabelle Brabant. Force nous est d'admettre que les représentations contemporaines ne laissent guère d'espace à la figuration de la femme qui enfante dans le chaos et l'effort vigoureux... Aussi elle plaide pour que collectivement nous réintégrions enfin cette conception vitale de la naissance qui repose sur la reconnaissance de la nature foncièrement primitive de l'accouchement, de sa sauvagerie et de sa violence (vécue dans la puissance du processus par l'enfant mais absolument organique pour la mère) !

Quand la péridurale est la dernière avenue possible...

En tout cela, une chose est certaine : autant sont variées les femmes et leurs manières d'enfanter, autant sont variées les façons de les soutenir, et cette singularité commande de les accompagner uniquement « là où elles veulent aller, et surtout là où elles peuvent aller ». Selon Isabelle Brabant, la douleur vécue durant l'accouchement ne devrait jamais être de nature à s'interposer au lien affectif entre la mère et son bébé. Ce qui compte le plus, c'est de préserver en bout de processus l'unité mère-enfant, de manière à permettre le meilleur départ possible à la nouvelle famille.

Au moment où une mère choisit d'avoir une péridurale, il est capital, a insisté la sage-femme, de l'aider à garder contact avec son bébé « qui, lui, n'est pas sous péridurale » et qui est « encore en train de chercher la petite lumière au bout du tunnel et qui y va avec un tel courage... » D'où l'importance, souligne-t-elle à nouveau, de « la **patience**, du **temps** et du **rythme des choses** »...

« Le père [...] est dans le plus mauvais casting qu'on peut imaginer. [...] Un casting abominable dans lequel la majorité des hommes sont pris pour se sentir incompetents, alors qu'ils sont en train, eux, de vivre quelque chose d'important, de majeur dans leur vie »
— Isabelle Brabant

AVEC LA NAISSANCE, REPRENDRE CONTACT AVEC LES FORCES DE LA VIE

« Je pense qu'on a besoin de reprendre contact avec cette force incroyable de la Vie qui vise la guérison, qui vise la résolution, qui vise la santé, qui vise la naissance [...].

« Pour ce qui est de la naissance comme telle, il y a là-dedans un contact avec les forces vives de la Vie qui ne sont pas assez connues et pour lesquelles les femmes ont besoin d'être guidées. [...] On a besoin de retrouver un contact vraiment primitif dans un contexte qui est celui du cercle [...] de l'inclusion, de la tendresse, de la solidarité ».

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Conférence d'Isabelle Brabant, le 30 novembre 2004, intitulée « La douleur au-delà de la douleur » (enregistrement de la conférence et de la période d'échange et de questions).

2) Livres et articles

Isabelle Brabant poursuit sa pensée dans « Accoucher, c'est prendre le risque d'être transformée », propos recueillis par Stéphanie St-Amant, dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 51-64.

Voir aussi les réflexions d'Isabelle Brabant sur la douleur dans son livre *Une naissance heureuse : Bien vivre sa grossesse et son accouchement*, Montréal, St-Martin, [c2001].

Le Dr Michel Odent a beaucoup écrit sur les besoins fondamentaux de la femme qui accouche. Voir en particulier son livre intitulé *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Paris, Albin Michel, 1990.

Pour des témoignages de femmes qui ont osé l'aventure de la douleur et ceux de proches qui les ont accompagnées, voir le recueil préparé par Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004].

Changer de partition : défis, enjeux et pistes de solutions en périnatalité



La Conférence 2004 de l'ASPQ éte l'occasion de dégager plusieurs défis en périnatalité à relever durant les années à venir. Des sonnettes d'alarme même ont été tirées en regard de certains enjeux cruciaux. Une chose est claire : il est grand temps de réfléchir aux répercussions sérieuses de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et d'innover pour qu'émerge enfin une nouvelle vision postmoderne de la naissance.

D'abord se sortir de la culture du risque !

Le côté le plus sombre de la spirale technocratique actuelle en obstétrique est certes la contagion de la peur. Le contexte médico-légal, l'environnement de pratique et la médecine factuelle génèrent la peur qui est à la source de cascades d'interventions et de précautions au total peu favorables à la santé physique et psychique de la mère et de l'enfant. Ainsi, le plus grand défi de nos jours en périnatalité est de se sortir de la culture du risque et de la peur qui influence quotidiennement les choix et les décisions des intervenants.

« C'est gros, on a un gros problème », a souligné à ce propos le Dr Vania Jimenez. D'autant plus que les États-Unis exercent une influence puissante sur nos pratiques. Sa conviction est que l'on devrait redonner toute sa portée au lien unique existant entre l'intervenante et la femme et reconnaître l'autorité de cette relation. Le principal guide pour l'intervenante devrait alors être sa propre intuition et surtout elle ne devrait jamais perdre la conscience de sa propre subjectivité.

Le Dr Guy-Paul Gagné a insisté de son côté sur le principe de prudence. Il propose que les médecins réaffirment avec fermeté le premier élément du serment d'Hippocrate *Primum non nocere*, être utile ou au moins ne pas nuire ! Il lui apparaît évident que les intervenants devraient prendre les moyens pour distinguer entre les complications qui surgissent naturellement et les complications iatrogéniques produites par le médecin lui-même.

Tendre vers une humanisation « vraie »

Même si la plupart des établissements se targuent d'offrir des soins humanisés aux femmes enceintes, force est d'admettre que l'accouchement demeure médicalisé (en dépit de certains progrès, spécialement au plan de la dimension familiale de la naissance). Plusieurs conférenciers et participants l'ont aussi souligné, l'autonomie des mères en matière de périnatalité est encore loin d'être acquise ! Le respect des volontés des femmes qui accouchent reste encore et toujours « partiel et conditionnel », selon l'expression d'Hélène Vadeboncoeur.

On a beaucoup insisté durant la Conférence sur le besoin des mères d'être accompagnées tout au long du processus de la grossesse, de la naissance et du post-partum. Plusieurs interventions diminueraient si les femmes étaient mieux guidées et soutenues au moment de l'accouchement.

« Il faut se mettre à gérer la vie, pas les risques. »

— Dr Guy-Paul Gagné

Il reste donc d'immenses pas à faire avant d'atteindre une humanisation véritable, où le sacré de la naissance serait protégé, où les femmes seraient adéquatement accompagnées et où leur autonomie serait réellement respectée.

Pour le Dr Guy-Paul Gagné, il serait grand temps que les intervenants reconnaissent la souveraineté de la mère dans ses choix. Il s'agit là d'ailleurs d'une voix susceptible de soulager les intervenants des sempiternelles peurs suscitées par le contexte médico-légal. Le grand problème, avait-il observé, c'est que les intervenants sont pris dans le carcan de directives cliniques mal rédigées, essentiellement axées sur la gestion des risques. Les femmes elles-mêmes en sont absolument exclues. « Il [faudrait] inclure, selon le Dr Gagné, des clauses de respect des choix dans toutes les directives cliniques et lui donner autant d'importance que la gestion du risque ». Les directives devraient être rédigées de manière à ce que chaque femme, après avoir reçu les informations nécessaires, puisse choisir un « niveau de risque » qui lui convienne.

Entendre les mères

Écouter et entendre les mères, voilà une injonction récurrente, dite de mille et une façons durant la conférence. Voici un échantillon de témoignages laissés par une participante (une accompagnante à la naissance dont le nom nous est resté inconnu) au moment d'un échange avec le panel :

« Je sollicite fortement qu'on offre des alternatives aux femmes [...]. Je souhaite aussi qu'on cesse de solliciter les femmes : "ma petite madame, on va vous poser un cathéter parce que l'anesthésiste est là maintenant" [...]. Je souhaite aussi qu'on entende le cri des femmes dans leurs demandes, leur cri d'un support et d'un encouragement. J'aime à croire que le changement passe par les femmes, par l'individu et chacun d'entre vous. »

De nombreux conférenciers ainsi que des participantes ont souligné l'importance de l'écoute des mères. C'est d'ailleurs cette sollicitude et le lien qu'elle crée entre la femme et son accompagnante qui lui permettra, a-t-on notamment souligné, de transcender la douleur et de vivre possiblement son accouchement sans péridurale.

La pédopsychiatre et psychanalyste Myriam Szejer est l'une des conférencières qui a le plus insisté sur le caractère impératif de l'écoute des femmes. Dans sa pratique, le Dr Szejer a observé les répercussions négatives et souvent graves de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement sur la mère et le bébé et du manque d'écoute à leur égard. « Il est temps d'imaginer, a-t-elle soutenu, d'autres solutions pour offrir véritablement un soutien prolongé des mères et prévenir les difficultés et leur isolement ». Selon elle, un grand nombre de dépressions du post-partum pourraient être prévenues « par des conduites plus adaptées en obstétrique ». Il est clair qu'une réflexion en profondeur est capitale. Pour commencer, les intervenants peuvent simplement s'exercer à mettre en branle ou à travailler quelques savoir-faire et qualités indispensables : l'imagination, l'attention dans l'écoute des parents et des enfants et la bonne volonté !

Maintenir la pluralité des choix

La variété des choix, en train de se rétrécir en peau de chagrin, est un grave enjeu lié à la culture du risque et de la peur. Non seulement les intervenants sont-ils réticents à accéder à certaines demandes des mères en raison de directives cliniques contraignantes mais la perte consécutive de leur expertise dans les accouchements naturels vient réduire encore l'éventail des possibilités. À cet égard, le développement de la pratique des sages-femmes dans les hôpitaux pourrait s'avérer être une clé très utile, selon le Dr Guy-Paul Gagné. C'est d'ailleurs l'outil qu'a choisi d'utiliser son établissement, le Centre hospitalier de LaSalle. L'entente intervenue avec les sages-femmes rattachées au CLSC de Pointe-Claire était conçue par le centre hospitalier à la fois comme une façon d'élargir le choix des femmes quant à l'intervenant mais aussi comme une occasion pour les médecins de partager l'expertise acquise par les sages-femmes dans l'accouchement physiologique normal.

Les pistes de solutions soumises par le Dr Myriam Tremblay, médecin accoucheuse au CHUQ (St-François d'Assise), allaient dans un sens analogue. Les praticiens de l'obstétrique devraient davantage partager leurs expertises, notamment en permettant des rencontres entre les étudiants de manière à favoriser la communication entre eux. « C'est par la formation qu'on peut changer les idées », a-t-elle soutenu. Il faut « ouvrir nos esprits sur les autres façons de faire et s'en imprégner ». Le Dr Tremblay est également d'avis qu'il faudrait favoriser un meilleur jumelage entre la femme et l'intervenant. « Plus une grossesse est normale, moins on devrait se tourner vers un gynécologue », croit-elle.

Lancer le débat éthique autour de la péridurale

S'appuyant sur son expérience d'infirmière en chef à l'Unité des naissances du Centre hospitalier St-Eustache, France Lebrun avait pointé du doigt le rôle de la montée de la péridurale dans l'agonie de la naissance naturelle et du déclin des savoir-faire des intervenants. Non seulement, avait-elle soutenu, des femmes ont à souffrir de la réduction de leurs choix, forcée par le manque d'expertise, mais en outre le confinement des infirmières au rôle de « surveillantes » produit sur elles un effet démobilisateur. Compte tenu des coûts substantiels liés à la péridurale (fournitures, rémunération à l'acte de l'anesthésiste, cascades des interventions qui s'ensuivent), de la moindre disponibilité de l'infirmière réduite à « surveiller » plutôt qu'à « accompagner » ainsi que des autres risques pour la mère et l'enfant, il est loin d'être certain qu'on y gagne au bout du compte, avait-elle souligné...

Parmi les participants, plusieurs ont fait valoir des arguments similaires ou sont venus les appuyer à un moment ou à un autre de la conférence. D'autres ont souligné la sollicitation faite auprès des femmes (soit par une offre précédant une demande formelle ou par la seule présence de l'anesthésiste) pour qu'elles reçoivent la péridurale. Sylvie Berthiaume, présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité, a accusé la culture de la facilité et le refus de l'effort pour expliquer la hausse des péridurales. Le soupçon d'intérêts personnels retirés par les anesthésistes rémunérés à l'acte a également été mentionné, un point de vue rejeté par ailleurs par d'autres participants qui l'ont jugé très réductionniste. Une participante a pointé du doigt le rôle des médias dans l'escalade technologique que l'on connaît.



Myriam Tremblay

« Mon plus gros questionnement [est celui] de répondre à une demande sans avoir mis en place les éléments pour que les femmes et les hommes réfléchissent [sur leurs choix]. Il faut continuer à susciter la réflexion. »

— France Lebrun

France Lebrun, qui avait ouvert le débat, avait elle-même avancé quelques pistes de solutions à l'usage effréné de la péridurale :

- ▶ En premier lieu, prendre conscience du problème et de l'ampleur de l'enjeu qu'il représente de manière à forcer le débat éthique au plus tôt, avant que le problème ait pris des proportions si démesurées qu'il devienne quasi impossible d'agir.
- ▶ Développer des tableaux de bord qui reflètent les activités des établissements, de manière à pouvoir les comparer et voir l'impact des actions qui sont faites (ces informations pourront servir de base à une réflexion commune des divers intervenants médecins, sages-femmes et infirmières).
- ▶ Réviser les protocoles de péridurales pour les rendre ambulatoires.
- ▶ Polariser la pratique sur la mobilisation et le positionnement physiologique, notamment avec les outils développés par le Dr Bernadette de Gasquet.
- ▶ Revoir complètement la gestion du 2^e stade.
- ▶ Permettre un meilleur accès aux résultats de recherches pour aider les mères dans leur choix.

Développer la profession sage-femme

Dans les années 1990, le gouvernement québécois a répondu aux demandes répétées par plusieurs groupes de femmes en intégrant les sages-femmes dans le système de santé. Au bout d'un long processus, en juin 1999 le gouvernement sanctionnait la loi instituant la profession sage-femme et l'exercice de la profession dans tous les lieux de naissance. Au mois de septembre suivant, le programme de Baccalauréat en pratique sage-femme (d'une durée de quatre ans et comptant 130 crédits) était implanté à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). En 2004, les sages-femmes comptaient 19 diplômées et 65 étudiantes étaient encore inscrites au programme.

Josée Lafrance, sage-femme et directrice du programme de baccalauréat en pratique sage-femme à l'UQTR a expliqué les enjeux relatifs au développement de la profession. Actuellement, le plus grand obstacle est celui du faible nombre de sages-femmes en maisons de naissance par rapport à celui des étudiantes inscrites au programme. Avec l'arrivée chaque année d'une vingtaine de recrues (le contingentement est fixé à 24), il est aisé de prévoir qu'à moins d'un nouveau développement du réseau des maisons de naissance, le nombre des étudiantes dépassera bientôt celui des préceptrices disponibles. Il y a donc urgence d'augmenter le nombre de maisons de naissance pour répondre aux exigences de la formation prévue au programme de l'UQTR. Cette demande des sages-femmes correspond d'ailleurs à celle de la population qui réclame en plusieurs endroits l'ouverture de nouvelles maisons de naissance, de manière à mieux desservir le territoire québécois mais aussi pour éponger le débordement des demandes dans certaines maisons de naissances ayant des listes d'attente.

À l'UQTR, on cherche également une solution au problème des professeures qui doivent actuellement interrompre leur pratique pour enseigner. On souhaiterait également développer la recherche scientifique en périnatalité.

La sage-femme...

**Professionnelle autonome et responsable,
habilitée à dispenser des soins périnataux aux
nouveau-nés et aux femmes dont la grossesse,
l'accouchement et le postnatal ne présentent pas
de complication**

**Intervenante de première ligne faisant partie du réseau
de la santé et des services sociaux**

**Professionnelle qui assure la continuité des soins et des
services pendant toute la période périnatale**

P

en pratique

S

sage-

F

femme

Présentation de Josée Lafrance

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « Sages-femmes, nouveaux enjeux », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Josée Lafrance (PowerPoint)

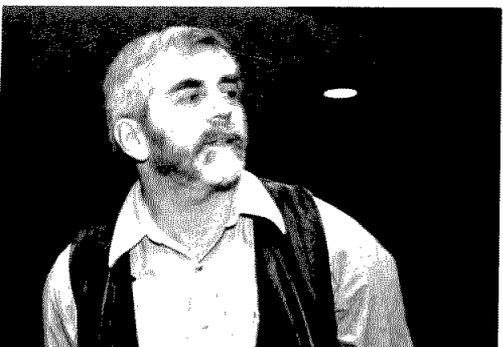
2) Autres ressources Internet

Site du Baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières

www.uqtr.ca/sage-femme



Josée Lafrance



De haut en bas : Lysane Grégoire, Suzanne Dionne et Jean-Claude Mercier

L'allaitement

Lors de l'atelier « Allaitement et conflits d'intérêts », Lysane Grégoire, le Dr Suzanne Dionne et le Dr Jean-Claude Mercier avaient traité des enjeux commerciaux autour des préparations commerciales artificielles pour les nourrissons et des conflits d'intérêts criants des intervenants concernant le mode d'alimentation des nouveau-nés. Ils avaient par ailleurs mis en évidence l'influence de la culture et de l'environnement sur la décision d'allaiter.

Promouvoir efficacement l'allaitement exige désormais que soit créé un nouvel environnement plus soutenant pour les mères. Pour instituer une nouvelle culture favorable à l'allaitement, les conférenciers ont soumis une liste de moyens concrets pour sortir de l'impasse actuelle. La voici :

- ▶ Mise en place des mesures sociales, tel un congé de maternité bien rémunéré et suffisamment long, pour permettre à la mère d'atteindre ses objectifs d'allaitement.
- ▶ Une prise de position féministe qui reconnaît le droit à la décision éclairée, au soutien et à la protection de l'allaitement lorsqu'il est choisi.
- ▶ Un engagement accru des professionnels dans la diffusion de l'information relative à l'alimentation du nourrisson (par le biais des diverses associations professionnelles comme celle des diététistes).
- ▶ Une publicité restreinte des substituts du lait maternel dans les établissements et milieux de la santé afin d'éviter le double discours, l'un faisant la promotion de l'allaitement et l'autre banalisant l'alimentation artificielle.
- ▶ Des milieux de garde qui soutiennent avec compétence les mères qui choisissent de poursuivre l'allaitement après leur retour au travail.
- ▶ La mise en place du programme IAB, Initiative Hôpitaux amis des bébés (parrainé par l'Unicef) dans les divers établissements du Québec.
- ▶ Par des lieux publics où l'allaitement est encouragé.

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Atelier « Allaitement et conflits d'intérêts », le 29 novembre 2004 :

- présentation de Lysane Grégoire, Suzanne Dionne et Jean-Claude Mercier (PowerPoint)

La nouvelle politique de périnatalité

Le Dr Michel Bureau du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est venu présenter aux participants de la conférence les grandes lignes de la politique québécoise de périnatalité en cours de révision. La dernière remontait à 1993. Cette politique exigeait une mise à jour en raison des changements socio-démographiques et technologiques et dans l'organisation des services survenus depuis ce temps. L'intégration des sages-femmes dans le système de santé est l'un de ces changements dont il fallait tenir compte. Le comité présidé par le Dr Bureau a voulu inscrire au cœur de la nouvelle politique les valeurs de l'humanisation, de l'éthique et de la sécurisation. La grande question reste sans doute celle de la conciliation entre toutes ces valeurs (un tel mariage est-il possible ? Existe-t-il des valeurs plus fondamentales que d'autres ?)

La préparation de cette politique constitue certes un défi majeur puisqu'elle doit fournir les orientations et les lignes d'actions en périnatalité pour plusieurs années à venir. Il s'agit d'un projet qui se doit d'être porteur et mobilisateur pour tous les acteurs, parents, divers intervenants et associations intéressés à la périnatalité.

Références

- 1) Sur le site Internet de l'ASPQ
<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Table ronde « Des projets qui auraient intérêt à faire des petits », le 29 novembre 2004 :
- présentation de Michel Bureau (PowerPoint, enregistrement de sa conférence et de la période de questions)



Michel Bureau

Vers un pacte « citoyen » de la naissance

Durant la conférence, Hubert Doucet, Bernard Bel et Nesrine Bessaïh ont chacun à leur manière fait état de l'urgence de mettre en place les conditions d'un dialogue citoyen en matière de périnatalité, où serait reconnue la parole des personnes dans un respect des droits sociaux, de la dignité des femmes et du pouvoir sur leur vie. Dans la même optique, plusieurs autres conférenciers et participants ont mis en évidence l'importance de développer la coresponsabilité des intervenants et des parents par rapport à la naissance. De cette responsabilité commune dépend ni plus ni moins l'issue positive du débat actuel concernant l'hypermédicalisation de l'accouchement.

Le secrétaire de l'AFAR, Bernard Bel, a signalé qu'en France le « Projet de naissance » (l'équivalent du « plan de naissance » au Québec) joue un rôle sensible dans l'exercice de la citoyenneté par rapport à la naissance. C'est un outil foncièrement égalitaire qui vise à « satisfaire et protéger les deux parties ». Pour cette association, la notion de citoyenneté repose plus spécifiquement sur le droit à la liberté et à l'information et sur la responsabilité de chacun. Systématiser le « plan de naissance » au Québec pourrait sans doute être envisagé comme une voie de solution permettant une plus grande autonomie et une plus grande responsabilisation des parents.

Pour l'AFAR, la notion de citoyenneté repose plus spécifiquement sur le droit à la liberté et à l'information et sur la responsabilité de chacun.

« Pour que le débat devienne constructif, il faut que les prestataires de soins et les usagers soient vraiment à l'écoute de leurs subjectivités respectives, mais qu'ils acceptent aussi d'étayer leurs arguments par des références précises aux données factuelles. »

— Bernard Bel

Tous en harmonie

Sans aucun doute, la Conférence de l'ASPQ a été l'occasion pour nombre de conférenciers et de participants de lancer des appels à la solidarité. Il ressort plus que jamais que la crise actuelle en périnatalité s'enracine dans la société toute entière. À plusieurs niveaux, c'est un changement de mentalités, un changement culturel, qui est exigé.

Pour que soit possible le changement, il est non seulement indispensable que chacun se sente interpellé et concerné mais il est également impératif d'éviter les divisions entre les divers intervenants. Heureusement des cas de collaborations interprofessionnelles sont déjà de bon augure. L'entente de partenariat survenue en 2002 entre les sages-femmes du CLSC Lac St-Louis et l'équipe de l'Unité des naissances du Centre hospitalier de LaSalle en est un excellent exemple. Dans sa présentation, la sage-femme Christiane Léonard avait partagé sur l'expérience positive de cette négociation qui était une première québécoise. Ces pourparlers ont montré qu'il était pos-

sible d'avancer ensemble si l'on misait sur la communication, les visions communes (notamment que la naissance appartient aux parents et non aux intervenants) et la reconnaissance réciproque de ses compétences. Nourrir les divergences aurait probablement eu un effet contraire. Il est certes à souhaiter que de telles dispositions propices à la communication et au changement désiré par tous, inspirent les divers intervenants en périnatalité.

Par ailleurs, cet appel répété à la solidarité est à mettre en lien avec celui en faveur de la naissance citoyenne qui a pour base la notion de responsabilité partagée entre parents et intervenants. Le principe de la coresponsabilité était proposé comme moyen pour relever le défi de la médicalisation et de la déshumanisation de la naissance.

En avant la musique !

Pour clôturer la conférence sur une note positive, l'ASPQ a tenu à présenter des expériences novatrices et prometteuses contribuant à la santé et au bien-être de la collectivité. Voici un résumé des présentations des conférencières.

► Michèle Turpin (directrice) pour le **Centre de ressources périnatales la Mèreveille**

Depuis vingt ans, l'organisme communautaire la Mèreveille de Mont-Laurier soutient et accompagne des familles dans la préparation à la naissance et l'adaptation à l'arrivée d'un nouvel enfant. La Mèreveille a été le premier promoteur du projet d'expérimentation des centres de ressources périnatales. Ce projet a permis d'élargir la clientèle habituelle et de rejoindre les familles qui ne répondent pas à des critères de vulnérabilité mais qui ont également besoin de soutien, d'information et d'accompagnement pour vivre une expérience de maternité et de paternité positive et enrichissante.

La Mèreveille a aussi permis d'offrir une plus grande variété de services et d'activités pour mieux répondre aux demandes et aux besoins particuliers des parents de Mont-Laurier. L'organisme a gagné en crédibilité dans son milieu, il a augmenté les heures de services, il a contribué à structurer le partenariat autour de la périnatalité et il a développé de nouveaux emplois qui accroissent l'expertise en périnatalité sur son territoire. Il s'agit à coup sûr d'une expérience concluante à consolider et à diffuser.

► Manon Campagna (IBCLC, infirmière) pour le **Centre Hospitalier St-Eustache**

La conférencière a partagé l'expérience très positive du Centre hospitalier St-Eustache concernant son affiliation au programme Initiative Hôpitaux amis des bébés (IAB). Elle s'est appuyée sur son vécu personnel pour montrer l'évolution survenue au fil des années dans cet établissement. Au moment de la naissance de son premier enfant, les mères étaient séparées de leur bébé qui devait obligatoirement passer la nuit à la pouponnière. Depuis l'implantation de IAB, la pouponnière est devenue le bureau de la consultante en lactation en plus d'être un salon d'allaitement pour les employées.



Michèle Turpin



Manon Campagna

Manon Campagna a souligné l'importance de recréer une culture d'allaitement. Pour les intervenantes du Centre hospitalier de St-Eustache, l'IAB va plus loin que la promotion d'un mode d'alimentation, elle donne justement aux générations futures la possibilité de grandir dans une véritable culture d'allaitement.

► Louise Filteau (présidente) pour **Alternative-Naissance**

« Dans presque toutes les cultures à travers l'Histoire, les femmes ont été entourées et soignées par d'autres femmes pendant l'accouchement. Les représentations artistiques à travers le monde montrent la parturiente entourée d'au moins deux femmes. Une est responsable de la sécurité du passage de la mère et de l'enfant. L'autre ou les autres sont derrière ou à côté de la mère et la rassurent et la réconfortent. L'accompagnante à la naissance moderne est la manifestation de la femme à côté de la mère. »

Alternative-Naissance apporte un support non médical à des femmes depuis plus de vingt ans durant toute la période périnatale. La majorité de la clientèle est immigrante. Ses services sont gratuits et vont du soutien téléphonique, aux rencontres prénatales, en passant bien sûr par l'accompagnement à l'accouchement en milieu hospitalier. Une soixantaine de suivis sont effectués chaque année. Elle détient une réputation enviable dans le milieu et son expertise est largement reconnue.

La formation reçue par les accompagnantes est une préoccupation importante d'Alternative-Naissance. Celle-ci doit être solide. Il importe également à l'organisme qu'au moment de la naissance ses accompagnantes veillent à établir une relation égalitaire de confiance avec les parents et un sincère rapport de collaboration avec les divers intervenants concernés.

L'expérience d'Alternative-Naissance a montré que les bénéfices de l'accompagnement sont très importants pour la mère et la nouvelle famille.

► Lise Gosselin-Benoît (infirmière responsable du programme de périnatalité, CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska), et le Dr Nathalie Lebrun (médecin accoucheuse, Centre hospitalier de Granby) pour le **Programme de périnatalité, CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska / Centre hospitalier de Granby**

Les conférencières ont démontré de quelle façon leurs établissements et les médecins de leur région sont arrivés à rencontrer les critères de congé précoce en périnatalité mis de l'avant dans le cadre du virage ambulatoire, tout en assurant le suivi et les soins requis par la mère, le père et le nourrisson, et ce de façon conjointe.

Leurs objectifs spécifiques étaient :

- de dépister pendant la grossesse les situations familiales à risque;
- de mettre en place des services de soutien aux familles en difficulté;
- d'assurer une continuité constante des services entre le CHG, le CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska et les médecins, tant en prénatal qu'en postnatal;
- d'offrir des services à la clientèle universelle en pré et postnatal;
- de promouvoir l'allaitement maternel.



Louise Filteau

Mais avant tout, la mise en place de ces services allait et va bien au-delà du congé précoce, c'est une occasion de rencontre avec les familles.

► **Lucie Hamelin (responsable clinique, sage-femme), pour la Maison de naissance de Nicolet**

Avec patience et conviction, les femmes, les familles et les professionnels de la région Mauricie Centre-du-Québec ont vu leur projet se concrétiser en 2003 par l'ouverture à Nicolet de la Maison de naissance de la Rivière. La nouvelle maison de naissance offre à la population non seulement de nouveaux choix quant à l'intervenant (sage-femme) et au lieu de naissance mais, chose rare, elle permet un accès accru à des services continus en milieu rural.

La Maison de naissance de la Rivière offre un milieu intime pour la femme qui accouche. On y reconnaît le caractère familial, normal et naturel de la naissance et on y favorise l'expérience humaine et le rôle actif de la femme.

La maison de naissance propose aussi la création d'un lieu convivial, fréquenté par les parents, où sont offerts le suivi pré, per et postnatal, le soutien à l'allaitement, des rencontres de parents et des activités de formation.



Lucie Hamelin

Références

1) Sur le site Internet de l'ASPQ

<http://www.aspq.org/colloques/index1.htm>

Table ronde « Des projets qui auraient intérêt à faire des petits », le 29 novembre 2004 :
- enregistrement des diverses présentations et de la période de questions, PowerPoint

2) Autres ressources Internet

Sur le site de l'Unicef, voir le document *L'allaitement maternel : Pour grandir en bonne santé*
http://www.unicef.org/french/publications/files/pub_breastfeeding_fr.pdf

Site de l'Association québécoise des consultant·es en lactation diplômées de l'IBLC
<http://www.aqcqca.qc.ca/>

Site du centre de ressources périnatales Mèreveille (géré par Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides)
<http://www.reseaudescrp.org/centres/mereveille.html>

Marsden Wagner, « Pour les poissons, l'eau est invisible : la nécessité d'humaniser la naissance » dans Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant, dir., *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-Ménage, [c2004], p. 219-247. Cet article est d'abord paru sous le titre « Fish Can't See Water » dans *The International Journal of Gynecology and Obstetrics*, no 75, supplément, 2001, p. 25-37. Il a été traduit de l'américain par Stéphanie St-Amant, Michèle Champagne, Ana Rodà et Hélène Vadeboncoeur, avec l'autorisation de l'auteur.

Dans ce texte, le médecin propose lui-même des pistes de solutions fort intéressantes pour se sortir de la crise actuelle et développer enfin une vision postmoderne de la périnatalité.



Conférence annuelle 2004 de l'Association pour la santé publique du Québec

**Obstétrique et santé publique :
élargir les perspectives sur les réalités de la naissance**

**Lundi 29 et mardi 30 novembre 2004,
Hôtel Le Reine Elizabeth de Montréal**

JOUR 1 – 29 NOVEMBRE

Note : En reconnaissance de la majorité féminine impliquée dans la périnatalité et afin de ne pas alourdir le texte, le genre féminin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La conférence vise tout d'abord à mieux comprendre le contexte dans lequel se pratique l'obstétrique au Québec, en prêtant une attention particulière aux intervenantes sur le terrain. De plus, considérant la prédominance de l'approche technologique de la maternité, les participantes seront invitées à réfléchir sur les réalités multiples de la naissance, notamment sur les plans anthropologiques, historiques, sociologiques et éthiques. Ainsi seront-elles en mesure d'intégrer ces perspectives dans leur pratique au quotidien et, peut-être, d'entrevoir un sens nouveau dans leur présence auprès des femmes et des nouveau-nés. Organisée en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et des représentantes des milieux professionnels, de la recherche et communautaires, cette conférence, par son approche, contribuera à ce que les processus entourant la naissance soient reconnus comme des déterminants importants de santé et de bien-être collectif.

10 h à 10 h 10

Mot du président de l'Association pour la santé publique du Québec
André Dontigny, M.D., président, Association pour la santé publique du Québec

10 h 10 à 10 h 30

Présentation de la vidéo « La naissance à l'écran »

Animatrice : **France Paradis**, auteure

Sensibiliser les participantes à l'influence probable sur la culture entourant la naissance des représentations de l'accouchement dans les œuvres de fiction.

Une période d'échanges et de questions de 5 minutes est incluse.

10 h 30 à 10 h 50

Naissance : les intervenantes ont-elles vraiment le choix ?

Vania Jimenez, M.D., directrice, Unité de médecine familiale du CLSC Côte-des-Neiges, directrice de recherche en médecine familiale, Université McGill

10 h 50 à 11 h

Période d'échanges et de questions

11 h à 12 h

Table ronde : Échos du terrain

Animatrice : France Paradis, auteure

Guy-Paul Gagné, M.D., FRPS(c), chef, département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de LaSalle

France Lebrun, infirmière en chef, Unité des naissances, Centre hospitalier Saint-Eustache et membre du Comité national en périnatalité, Association pour la santé publique du Québec

Céline Lemay, M.A., sage-femme, présidente, Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Lucie Thibodeau, directrice, Centre de ressources périnatales du Québec

Situer les pratiques en périnatalité au Québec en considérant les choix dont disposent les intervenantes.

Comprendre l'effet que peuvent avoir ces choix sur les relations avec la clientèle et entre les intervenantes, sur l'organisation des services et sur l'expérience des femmes.

Une période d'échanges et de questions de 15 minutes est incluse.

13 h 30 à 15 h

Ateliers simultanés

Une période d'échanges et de questions de 30 minutes est incluse.

Atelier 1 : Chronique d'une intervention annoncée

Lucie Ross, M.Sc., épidémiologiste, Direction de la surveillance en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., chercheuse en périnatalité, membre du Comité national en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec et auteure d'une thèse sur « l'humanisation de l'accouchement ».

Myriam Tremblay, MFC, omnipratricienne accoucheuse, Hôpital Saint-François d'Assise, Centre hospitalier universitaire de Québec

Décrire le mouvement d'humanisation des naissances au Québec et son effet sur la pratique de l'obstétrique.

Analyser les avancées sur les limites de l'humanisation des pratiques entourant l'accouchement en centre hospitalier.

Atelier 2 : Pratique sous influences

Marie Forcier, M.Sc., infirmière clinicienne, Centre hospitalier universitaire de Québec

Guy-Paul Gagné, M.D., FRCP(c), chef, département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de LaSalle

Bernard Bel, ingénieur de recherche, secrétaire de l'AFAR (France)

Reconnaître l'influence du médico-légal, des données probantes (EBM) et des demandes des mères sur les pratiques entourant la naissance.

Atelier 3 : Sages-femmes, nouveaux enjeux

Josée Lafrance, M.Sc., sage-femme et directrice, programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières

Céline Lemay, M.A., sage-femme, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec et porteuse du projet périnatalité, Association pour la santé publique du Québec

Christiane Léonard, responsable clinique sage-femme, Maison de naissance CLSC Lac-Saint-Louis

Saisir différentes facettes de la profession de sage-femme au Québec : formation, accouchement à la maison, pratique en milieu hospitalier.

Atelier 4 : Naissance à la carte : mythe ou réalité ?

Marlène Cadorette, LL.M., finissante au doctorat en droit, Université Laval

Myriam Hivon, Ph.D., agente de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

France Paradis, accompagnante, auteure

Situer la question du choix éclairé sous l'angle juridique et examiner les limites de la notion de choix.

15 h 30 à 17 h

Ateliers simultanés

Une période d'échanges et de questions de 30 minutes est incluse.

Atelier 5 : Bain de mots et d'images

Manon Niquette, Ph.D., professeure de communication, Département d'information et de communication, Université Laval

Stéphanie St-Amant, candidate Ph.D., chercheuse en périnatalité et membre du Comité national en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec

Identifier l'influence que peuvent avoir les différentes représentations de la naissance sur la perception que nous avons de celle-ci.

Atelier 6 : Naissance citoyenne

Hubert Doucet, Ph.D., professeur aux Facultés de médecine et de théologie, spécialisé en bioéthique, Université de Montréal

Nesrine Bessaïh, M.A., Coordinatrice de dossiers politiques liés à l'humanisation, Regroupement Naissance-Renaissance

Bernard Bel, ingénieur de recherche, secrétaire de l'AFAR (France)

Reconnaître l'implication et l'autonomie des citoyennes dans la prise de décisions les concernant.

Atelier 7 : Allaitement et conflits d'intérêts

Suzanne Dionne, M.D., médecin au CLSC-CHSLD de Haute-Yamaska, membre du Comité canadien en allaitement, membre du Comité québécois en allaitement et évaluatrice certifiée pour l'Initiative des Amis des bébés

Lysane Grégoire, directrice générale, Association pour la santé publique du Québec, responsable de l'implantation d'une structure organisationnelle pour la Coalition québécoise pour l'allaitement

Jean-Claude Mercier, ICBLC, M.D., médecin pédiatre au Centre hospitalier universitaire de Québec et consultant en allaitement

Comprendre les enjeux commerciaux entourant les modes d'alimentation du nouveau-né.

Identifier des moyens concrets afin de recréer une culture d'allaitement.

Atelier 8 : L'accouchement, moment sacré

Sylvie Blouin, membre du Collectif d'accompagnantes à l'accouchement de Québec

Jeen Kirwen, sage-femme, Centre de maternité de l'Estrie

Hélène Rousseau, M.D., médecin, CLSC Côte-des-Neiges

Joanne Tessier, coordonnatrice, Collectif d'accompagnantes à l'accouchement de Québec

Reconnaître la dimension spirituelle de la naissance afin de mieux accompagner les familles tout au long du processus de la maternité.

JOUR 2 – 30 NOVEMBRE

10 h à 10 h 10

Mot de bienvenue

Animatrice : **France Paradis**, auteure

10 h 10 à 10 h 50

« La nature ne fait rien en vain » – Aristote

Pierre Lévesque, M.D., gynécologue-obstétricien, Centre Hospitalier de Rimouski, membre du Comité canadien en allaitement et membre du Comité québécois en allaitement

Dans une perspective bioculturelle et selon la norme évolutionniste, identifier les besoins fondamentaux de l'être humain et ses attentes dès sa naissance pour parachever son développement global.

10 h 50 à 11 h

Période d'échanges et de questions

11 h à 11 h 50

The cultural meanings of modern obstetrics /

L'accouchement comme rite de passage

Robbie Davis-Floyd, Ph.D., docteure en anthropologie, professeure à la Case Western Reserve University et auteure du livre *Birth as an American Rite of Passage*, États-Unis

Comprendre les significations des pratiques obstétricales en Occident d'un point de vue anthropologique.

11 h 50 à 12 h

Période d'échanges et de questions

13 h 30 à 14 h

Qu'en est-il à moyen et à long terme ?

Myrian Szejer, M.D., Ph.D., pédopsychiatre et psychanalyste à la maternité Antoine-Béclère, présidente de l'association La Cause des Bébé, psychanalyste en cabinet privé et auteure du livre *Les femmes et les bébés d'abord*, France

Identifier les répercussions des pratiques obstétricales actuelles d'un point de vue psychologique sur les mères et sur les bébés.

14 h à 14 h 15

Période d'échanges et de questions

14 h 15 à 14 h 45

La douleur au-delà de la douleur

Isabelle Brabant, sage-femme à la Maison de naissance Côte-des-Neiges et auteure du livre *Une naissance heureuse*

Envisager les multiples facettes et significations de la douleur pendant l'accouchement.

Sensibiliser les intervenantes sur leur perception de l'expérience de la douleur vécue par les femmes.

14 h 45 à 15 h

Période d'échanges et de questions

15 h 30 à 17 h

Table ronde : Des projets qui auraient intérêt à faire des petits

Animatrice : **France Paradis**, auteure

Manon Campagna, IBCLC, infirmière, Centre Hospitalier St-Eustache

Louise Filteau, présidente, Alternative-Naissance

Lise Gosselin-Benoît, infirmière responsable du programme de périnatalité, CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska

Lucie Hamelin, responsable clinique, sage-femme, Maison de naissance de Nicolet

Nathalie Lebrun, M.D., médecin accoucheuse, Centre hospitalier de Granby

Michèle Turpin, directrice, Centre de ressources périnatales la Mèreveille

Michel Bureau, M.D., Directeur général, Direction des services de santé et médecine universitaire, MSSS

Apprécier des initiatives novatrices comme facteur contributif à la santé collective.

Une période d'échanges et de questions de 40 minutes est incluse.



Le Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ

Le Comité national est formé d'intervenantes de champs d'expertises et de niveaux d'intervention variés, issues du milieu de la périnatalité et dont voici les membres :

Nesrine Bessaïh, Coordonnatrice des dossiers politiques, Regroupement Naissance-Renaissance

Catherine Chouinard, chargée de projet en périnatalité, ASPQ

Isabelle Côté, IBCLC, Association québécoise des consultant·es en lactation

Raymonde Gagnon, sage-femme, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec

Catherine Gerbelli, sage-femme, Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Lise Gosselin-Benoît, infirmière, CLSC Haute-Yamaska

Robert Laliberté, organisateur communautaire, CLSC des Pays-d'en-Haut

France Laverdière, conseillère au programme, direction des services médicaux généraux et préhospitaliers, ministère de la Santé et des Services sociaux

France Lebrun, infirmière-chef, CH St-Eustache

Céline Lemay, sage-femme, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec, porteuse du dossier périnatalité au CA de l'ASPQ

Andrée Rivard, historienne, chercheuse en périnatalité

Hélène Rousseau, omnipraticienne, CLSC Côte-des-Neiges, Hôpital Juif de Montréal

Pierrette Simard, Directrice générale, Corporation Autonomie Jeunes Familles

Stéphanie St-Amant, chercheuse en périnatalité

Sylvie Thibault, accompagnante, directrice Mère et Monde

Bernadette Thibodeau, infirmière, présidente, Groupe MAMAN

Lucie Thibodeau, directrice, Réseau des centres de ressources périnatales du Québec

Pascale Turcotte, responsable du guide Mieux vivre avec son enfant, INSPQ

Hélène Vadeboncoeur, auteure, chercheuse en périnatalité

Il a pour **mission** de réfléchir, de questionner, d'analyser et de développer un regard critique sur la culture dominante de la période périnatale dans la perspective d'influencer cette culture. Ses **mandats** sont de développer de façon concertée une vision de santé publique en période périnatale, de consulter et mobiliser les divers acteurs au sein de leurs milieux et d'émettre des recommandations quant aux activités à réaliser par l'ASPQ.

Dans le secteur de la périnatalité, l'ASPQ accorde une valeur prépondérante aux éléments suivants:

- ▶ L'autonomie
- ▶ L'interdépendance
- ▶ Les pratiques novatrices
- ▶ L'attachement parent-enfant
- ▶ L'utilisation plus judicieuse des technologies médicales
- ▶ Le respect physique et psychologique des personnes
- ▶ La multidimensionnalité de l'expérience des parents en prénatal, durant la grossesse et en postnatal

Les **convictions** de l'ASPQ sont les suivantes:

1. La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques normaux. Le respect de ces processus et le soutien des personnes concernées ont un impact à court et à long terme sur le développement physique, émotionnel, affectif et spirituel des personnes, ainsi que sur la santé globale des familles, tout en favorisant un meilleur avenir à la génération naissante.

2. L'accouchement physiologique doit être le point de référence des pratiques obstétricales. L'accent mis sur les risques et la pathologie mène à une approche interventionniste, à l'accouchement médicalisé et à la promotion de l'accouchement en milieu hospitalier.

« Le résultat est qu'on n'est plus en mesure de savoir comment se seraient passées les naissances avant ces manipulations, les dispensateurs de soins ne sachant plus ce qu'est une naissance non médicalisée. C'est un problème d'une importance considérable... Toute la littérature sur l'obstétrique moderne et sur la néonatalogie repose essentiellement sur l'observation d'accouchements "médicalisés". »

— La maternité en Europe – Organisation mondiale de la santé (OMS), 1985

3. La maternité est une expérience singulière et multidimensionnelle et un processus de transformation. Elle a un impact important sur la vie de la mère, du père, de l'enfant, des autres membres de leur famille et sur la vie de leur communauté. En ce sens, la maternité doit être protégée.

4. La mère et son enfant forment une unité biologique et sociale indissociable tout en étant des personnes distinctes. Elles vivent une relation intime et privilégiée.

5. La relation du père à l'enfant est fondamentale et doit être soutenue à toutes les étapes de la période périnatale.

6. La famille est le premier milieu de vie et d'épanouissement de l'enfant; ses membres sont interdépendants. La famille doit être reconnue et soutenue.

« La communauté naturelle qu'elle représente doit devenir un cadre de vie à partir duquel nos sociétés vont se bâtir. »

— Déclaration sur l'importance du temps pour les familles
Organisation mondiale de la famille, 2003

7. Le soutien et l'accompagnement des parents dans cette période de changements, d'adaptations et d'apprentissages sont déterminants pour la santé et le bien-être de chacun des membres de la famille.

8. Toute intervention durant cette période, qu'elle soit d'ordre médical ou autre, doit être pratiquée de façon judicieuse, en tenant compte non seulement du résultat escompté, mais aussi de l'empreinte laissée à l'expérience vécue.

9. L'autonomie des femmes et des familles dans les prises de décisions les concernant est un préalable à une relation non hiérarchique de réciprocité pour toutes les parties concernées.

10. Les échanges plus égalitaires, avec et entre les experts et les intervenants, incluant la transmission d'informations compréhensibles, permettent aux parents des prises de décisions autonomes, basées sur des valeurs et des repères porteurs de sens pour eux.

En résumé, la **vision** de l'ASPQ en périnatalité est :

Que dans notre société, un ensemble de mesures doit être mis en place afin que :

- ▶ l'expérience de fonder une famille, de porter un enfant, de le mettre au monde et de l'accompagner dans la première année de sa vie soit porteuse de sens;
- ▶ les femmes, les hommes et les autres membres de leurs familles vivent à travers la naissance une occasion de transformation, d'autonomie et d'exercice de leur propre pouvoir (empowerment).

Définitions

Santé

« La santé est une mesure pour laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. »

— Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, 1986

Culture

Ensemble des formes acquises des comportements dans les sociétés humaines.

— Le Petit Robert

Période périnatale

Débute lors de la prise de décision d'avoir un enfant ou lors de sa conception et s'étend jusqu'à ce que l'enfant ait au moins un an.

— Politique de périnatalité, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1993

Attachement

Sentiment qui nous unit aux personnes et aux choses que nous affectionnons.

— Le Petit Robert

Sentiment qui consiste à établir des liens affectifs continus et étroits avec une personne avec laquelle on est en interdépendance.

— Claude Paquette¹

Autonomie

Capacité d'une personne à gérer et à utiliser ses ressources et ses talents pour apprendre, agir, se développer ou participer.

— Claude Paquette

1. Auteur et conférencier qui se préoccupe de la philosophie des valeurs (axiologie), des approches éducatives ouvertes et interactives, de pédagogies innovatrices et de processus de changement personnel et collectif. (<http://claudepaquette.qc.ca/>)

Interdépendance

Phénomène consistant en un état de subordination réciproque dans lequel des personnes ou des groupes se sentent solidaires les uns des autres par le seul fait de leur situation personnelle, sociale, économique, etc., et qui les incite à se soutenir mutuellement dans la recherche et la poursuite de leurs objectifs.

— Grand dictionnaire de terminologie, Office de la langue française du Québec

Reconnaissance que chaque personne est en interaction avec des proches qu'elle ne peut ignorer. La personne autonome est donc celle qui est aussi capable de gérer ses interdépendances. Dans un contexte d'interaction, l'autonomie comporte aussi une part d'autolimitation librement consentie.

— Claude Paquette

Pratiques novatrices

Historiquement, l'ASPQ considère comme novatrices :

- ▶ la promotion de la santé comme stratégie d'empowerment des personnes et des communautés;
- ▶ l'appui à des politiques publiques saines,
- ▶ les approches globales, concertées ou territoriales,
- ▶ **les stratégies de développement local, communautaire ou social qui tiennent compte des besoins de la personne ou de la communauté dans toutes ses dimensions.**

— Renald Bujold²

2. Le Dr Renald Bujold a été président de l'ASPQ de 2000 à 2004.



4126, rue Saint-Denis, Bureau 200, Montréal (Québec) H2W 2M5
Téléphone : (514) 528-5811 – Télécopieur : (514) 528-5590
www.aspq.org – info@aspq.org