

HEC MONTRÉAL

**L'histoire de l'accouchement :
Entre sécurité et dépossession féminine**

**par
Émilie Aubin**

**Sciences de la gestion
(Option Gestions en contextes d'innovations sociales)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Avril 2018
© Émilie Aubin, 2018

Résumé

À travers les époques, l'expérience des femmes occidentales en matière d'accouchement et de soins périnataux a connu une profonde transformation. En effet, l'accouchement, traditionnellement féminin et communautaire, s'est progressivement médicalisé, technicisé et standardisé à l'échelle occidentale. Le présent mémoire tentera de faire ressortir les différents impacts en termes de gains et de pertes de pouvoir que ces mutations ont pu entraîner pour les femmes occidentales.

Explorant l'évolution de l'accouchement au cours des derniers siècles, nous avons identifié trois modèles correspondant à ces différents moments clefs: l'accouchement « traditionnel », l'accouchement « moderne » et l'accouchement « renouvelé ». Nous en proposons tout d'abord un récit idéal-typique, inspiré de la documentation que nous avons consultée. Chacun de ces récits est complété d'un commentaire historique portant sur les lieux d'accouchement, le type d'accompagnement privilégié à chaque époque, la pharmacopée et les outils/techniques employés, ainsi que la transformation des soins périnataux offerts. Un accent particulier est mis à la fois sur le contexte historique au sein duquel ces différents types d'accouchements s'inscrivent ainsi que sur l'expérience typiquement féminine, autant en termes d'accouchement que d'accompagnement. Bien que l'échelle d'analyse englobe l'ensemble de l'Occident, c'est la situation québécoise qui constitue notre objet privilégié. Au terme de ces descriptions, et en prenant appui sur certaines des thèses de Michel Foucault et Silvia Federici, nous soutenons que ces transformations de l'accouchement ont entraîné une profonde dépossession du corps féminin ainsi que de l'expérience de l'enfantement.

Mots-clés de l'auteure : accouchement; soins périnataux; santé reproductive; (bio)pouvoir; discipline; contrôle; sages-femmes, sorcières; féminisme; Occident-Québec

Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des annexes.....	vii
Remerciements	ix
Introduction.....	11
Chapitre 1 L'accouchement traditionnel : une affaire de femmes.....	15
1.1 Récit	15
1.2 Commentaire historique.....	19
1.2.1 <i>Les commères et l'entraide féminine</i>	19
1.2.2 <i>L'accoucheuse : médiatrice entre l'ici-bas et l'au-delà</i>	21
1.2.3 <i>Un matériel sommaire, mais une technicité et une pharmacopée diversifiée</i>	24
1.2.4 <i>Diverses positions d'accouchement</i>	27
1.2.5 <i>Les débuts de la fin du règne des matrones</i>	28
Chapitre 2 L'accouchement moderne : un problème de santé	33
2.1 Récit	33
2.2 Commentaire historique.....	40
2.2.1 <i>Un nouvel accompagnant masculin</i>	40
2.2.2 <i>La pathologisation de l'accouchement : émergence et montée de l'obstétrique en Amérique du Nord</i>	42
2.2.3 <i>Une nouvelle accompagnante : l'infirmière</i>	47
2.2.4 <i>L'industrialisation de l'accouchement</i>	53
2.2.5 <i>Remises en question</i>	61

Chapitre 3 L'accouchement renouvelé : une liberté surveillée	65
3.1 Récit.....	65
3.2 Commentaire historique	71
3.2.1 <i>L'humanisation de la naissance au Québec</i>	71
3.2.2 <i>Des revendications largement partagées, mais pas toujours respectées</i>	74
3.2.3 <i>Vers un retour de la pratique sage-femme?</i>	78
3.2.4 <i>Comment accouchent les Québécoises à l'heure actuelle?</i>	85
Chapitre 4 Une histoire de dépossession	111
4.1 Du pouvoir d'accoucher	111
4.1.1 <i>De la souveraineté au contrôle ... en passant par la discipline</i>	112
4.1.2 <i>Changement sociétal et capitalisme</i>	115
4.2 L'accouchement communautaire.....	117
4.3 L'accouchement discipliné	121
4.4 L'accouchement contrôlé.....	126
4.5 Quel avenir pour l'accouchement contrôlé?	130
Conclusion.....	133
Bibliographie.....	141
Annexes	i

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : Modèle de serment, proposé par l'Église en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris
- ANNEXE 2: Some Forms of Second-Wave Feminism
- ANNEXE 3: Projets-pilotes sages-femmes
- ANNEXE 4 : Comparaison des coûts
- ANNEXE 5 : Liste des examens et analyses relatifs à la mère
- ANNEXE 6 : Liste des examens et analyses relatifs à l'enfant
- ANNEXE 7 : Liste des examens et analyses relatifs au père
- ANNEXE 8 : Les naissances menées par sage-femme
- ANNEXE 9 : Liste des maisons de naissance et service sage-femme
- ANNEXE 10 : Les normes de pratiques professionnelles des sages-femmes au Québec

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de maîtrise, Yves-Marie Abraham, qui m'a poussé à explorer des thèmes de recherche que je n'aurais jamais pensé être en mesure d'aborder au sein d'une école de gestion. Il a su valoriser la perspective que j'ai développée dans le cadre de mon BAC en anthropologie, tout en l'élargissant. Je tiens aussi à souligner l'ouverture que j'ai trouvée un peu partout aux quatre coins du département de management d'HEC Montréal. Un endroit où se côtoient, à la fois, la pensée de Karl Marx, celle d'Adam Smith ainsi que celle de Pierre-Joseph Proudhon.

À mes collègues de Gestions en contextes d'innovations sociales, je vous remercie pour votre implication au sein de notre option ainsi que pour nos nombreuses discussions (animées) des dernières années. Je vous trouve si belles et si beaux lorsque vous défendez vos idéaux!

Je tiens aussi à remercier Vincent, qui m'accompagne depuis plusieurs années, entre autres, à travers mes démarches académiques. Bien que ce type de démarches lui soient peu familières, le support ainsi que les nombreux encouragements qu'il m'offre quotidiennement ont joué un rôle des plus importants dans la poursuite de mes études.

Finalement, je suis profondément reconnaissante envers mes parents, Jacques et Nathalie, de nous avoir toujours encouragé, mon frère et moi, à ne pas avoir peur de prendre la parole et d'élever notre voix. Le présent mémoire est un témoignage de cette si importante leçon de vie.

Introduction

« On peut imaginer que la recherche relative à l'accouchement a pu écoper du *backlash* du féminisme post 1990. Des bruyantes revendications des années 1970 et 1980, entachées de discrédit [...] on ne voulait plus en entendre parler. Dans le milieu universitaire, les chercheuses intéressées étaient soupçonnées de vouloir faire de la « victimologie » et étaient ainsi découragées dans leurs travaux »

(Rivard, 2016)

Si l'on en croit Andrée Rivard, auteure d'une *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, se pencher sur l'histoire de l'accouchement au Québec (et en Amérique du Nord) constituerait une démarche véritablement « subversive » à l'heure actuelle (Rivard, 2016: 4). En effet, alors que la question de la santé sexuelle et reproductive des femmes fut l'un des thèmes centraux des luttes féministes des années 1970-1980, peu oseraient actuellement s'y aventurer tellement le terrain y serait « miné » (Rivard, 2016: 5). Deux discours tendent à s'opposer au sujet de l'accouchement tel qu'il est pratiqué aujourd'hui : l'un qui salue les progrès de l'obstétrique comme un acquis important pour les femmes, l'autre qui déplore l'artificialisation de cette expérience proprement féminine qu'est le fait de mettre au monde un enfant. Comme Andrée Rivard le souligne, « mettre sur la table la question du « naturel » suscite parfois des réactions épidermiques » (Rivard, 2016: 4). Celles (et ceux) qui valorisent l'accouchement « naturel » seront taxé.e.s d'essentialisme et soupçonné.e.s de vouloir renvoyer les femmes à une condition dont elles ont eu tant de mal à sortir. À l'inverse, on reprochera à celles (et ceux) qui soulignent la dimension émancipatrice de l'accouchement médicalisé de cautionner des pratiques qui privent les femmes de la possibilité de vivre pleinement une expérience qui leur est propre. Ce sont en fait deux manières d'envisager la libération des femmes qui semblent se heurter autour de cette question de l'accouchement, comme autour de tant d'autres aujourd'hui.

Et tout se passe comme si, pour éviter d'aviver ces débats « sororicides », on préférerait ne pas en parler. Toujours selon Andrée Rivard, la reconnaissance de la pratique sage-femme (au Québec) aurait d'ailleurs été utilisée par certaines afin de justifier la « mise sur pause » des questionnements entourant l'accouchement (Rivard, 2016). Toutefois, ce silence prudent a pour conséquence de laisser à elles-mêmes les femmes qui souhaitent donner naissance à un enfant. Il nous semble par conséquent urgent de continuer à en parler et à en débattre.

C'est dans cet esprit, et sans doute avec une certaine naïveté, que nous avons décidé d'entreprendre une recherche sur l'histoire de l'accouchement, en partant de la question suivante : *en termes de pouvoir, quels sont les gains et les pertes vécus par les femmes qui accouchent aujourd'hui par rapport aux femmes des générations précédentes?* Pour tenter de répondre à cette question, nous avons enquêté sur les pratiques d'accouchement en Occident (en particulier au Québec) depuis les débuts de ce qu'il est convenu d'appeler la Modernité, c'est-à-dire à partir des XVI^{ème} et XVIII^{ème} siècles¹. Nous n'avons pas travaillé pour ce faire sur des archives, mais sur des travaux d'historiennes reconnues, en particulier ceux-ci : *Histoire de la naissance en France (XVII^e-XX^e siècle)* (Morel, 2007-2008), *Sorcières, sages-femmes & infirmières: Une histoire des femmes soignantes* (Ehrenreich et English, 2014) *Accoucher autrement* (Saillant et O'Neill, 1987a) et *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne* (Rivard, 2014). En ce qui concerne les pratiques d'accouchement actuelles, nous avons analysé plusieurs sites internet abordant la question de l'accouchement aujourd'hui : sites d'ordres professionnels, sites gouvernementaux, sites d'organismes communautaires, etc. Le site internet du magazine *Naître et grandir*² nous a été particulièrement utile à cet égard. Enfin, des discussions informelles avec Francine Saillant et Maria de Koninck³ à l'automne 2015 ont aussi nourri notre enquête et nos réflexions.

¹ Nous n'ignorons pas que cette périodisation est sujette à de nombreux débats. Nous ne souhaitons pas y prendre part, dans la mesure où celui-ci ne nous semble pas constituer un enjeu important pour le sujet qui nous intéresse. Nous nous rallions donc à la position la plus souvent adoptée sur la question.

² Il est important de mentionner que « *Naître et grandir* offre une source d'information fiable et validée par des professionnels de la santé [...] [le] site soutient les parents dans le développement de leur enfant » et que « *Naître et grandir* est financé et publié par la Fondation Chagnon » (Naître et grandir, 2018).

³ Toutes deux collaboratrices à l'ouvrage *Accoucher autrement*.

Sur le plan théorique, pour aborder la question du pouvoir, nous avons pris appui sur les thèses de Michel Foucault, et en particulier sur ses réflexions concernant l'évolution historique des dispositifs par lesquels s'exerce selon lui le pouvoir. Dans cette perspective, un petit texte de Gilles Deleuze, prolongeant les réflexions de Foucault sur ces questions, nous a été fort utile. Dans son *Postscriptum sur les sociétés de contrôle* (1990), Gilles Deleuze soutient que nous serions sortis de ce que Michel Foucault appelait la « société disciplinaire », pour entrer dans la « société de contrôle ». Succédant elle-même à la « société de souveraineté », la « société de discipline » était caractérisée selon Foucault par la prédominance de dispositifs visant la « disciplinarisation » des corps. Au sein de la « société de contrôle », cette discipline aurait été totalement internalisée par les individus tout en prenant des formes nouvelles, selon Deleuze. Nous avons tenté de mettre en relation cette histoire du pouvoir dans nos sociétés avec l'histoire de l'accouchement, en complétant notre analyse à l'aide des travaux réalisés par la chercheuse féministe-marxiste Silvia Federici, sur l'histoire du capitalisme.

Pourquoi une recherche sur l'histoire de l'accouchement dans le cadre d'une Maîtrise en gestion ? Inscrite dans une spécialisation en innovation sociale, j'ai découvert au cours de ma formation le champ de la critique de la technique, qui porte notamment sur les effets déshumanisants et souvent contreproductifs des technosciences. Comme le défend Ivan Illich, les différentes problématiques liées à cette contre-productivité s'avèrent particulièrement aigus dans le domaine de la médecine : « il faut avant tout reconnaître que de nouveaux moyens techniques et de nouvelles modalités d'organisation médicale, conçus comme remède à la iatrogénèse clinique directe, tendent eux-mêmes à devenir pathogènes [...] [l]es mesures techniques ayant pour cible la iatrogène directe contribuent au développement d'une iatrogène clinique au second degré, épidémie qu'on peut déjà constater et décrire » (Illich, 2003 (1975)) . D'où notre choix de mener une enquête dans ce secteur. Nous avons ensuite décidé de travailler plus spécifiquement sur la prise en charge de l'accouchement, avec le souci de combiner cette critique des technosciences avec une critique féministe. Une telle combinaison demeure rare dans les deux champs de recherche en question. Elle l'est encore plus dans le champ de la recherche en gestion. Si l'on veut développer des formes de management qui ne contribuent plus à la reproduction des discriminations de genre dans le monde des affaires

ni à la prolifération de techniques déshumanisantes, il semble essentiel de multiplier et approfondir des travaux sur ces questions dans les sciences de gestion. Le présent mémoire constitue une tentative en ce sens.

Le compte rendu de notre travail comporte quatre chapitres. Les trois premiers chapitres proposent une histoire de l'accouchement en trois moments, que nous avons nommés: « l'accouchement traditionnel », « l'accouchement modernisé » et « l'accouchement renouvelé ». Chacun de ces chapitres s'ouvre sur un bref récit d'accouchement fictif, inspiré de nos lectures. Ces récits visent, autant que possible, à « faire vivre » au lecteur ou à la lectrice les trois idéaux-types d'accouchement que nous avons construit. Ils sont suivis à chaque fois d'un commentaire historique présentant de manière plus « froide » et systématique les caractéristiques essentielles de la prise en charge de l'accouchement à chacun de ces trois moments. Revenant à notre question de recherche, nous proposons dans le quatrième chapitre, une interprétation de cette histoire à l'aide de notre cadre théorique. Nous y montrons que les trois moments de l'histoire occidentale de l'accouchement que nous avons identifiés correspondent d'assez près aux trois régimes de pouvoir étudié par Michel Foucault (et relu par Gilles Deleuze) : la souveraineté, la discipline, le contrôle. Ce quatrième chapitre se termine par une réflexion entourant les possibles grandes tendances pour le futur de l'accouchement en Occident (et au Québec). En conclusion, nous soutenons que la modernisation de l'accouchement a principalement entraîné une dépossession du corps et de l'expérience d'enfantement des femmes occidentales, avant de souligner les limites de notre travail et de lancer quelques pistes de réflexions dans la perspective d'une reconquête par les femmes de leur « pouvoir d'accoucher ».

Chapitre 1

L'accouchement traditionnel : une affaire de femmes

1.1 Récit

C'est aux petites heures du matin qu'elle fût réveillée par les crampes qui lui étaient maintenant plus que familières. À travers l'enchaînement de ses treize accouchements précédents en une vingtaine d'année, elle avait finalement développé une certaine routine à partir du moment où les premières douleurs se faisaient ressentir ; elle demandait généralement à l'un de ses fils d'aller chercher madame M. et elle comptait sur sa fille aînée pour qu'elle s'occupe d'emmener les plus jeunes chez sa belle-mère qui habitait au bout du rang. Sa belle-mère était habituellement la première à arriver sur les lieux, suivie de madame M. et, parfois, d'une ou plusieurs de ses belles-sœurs.

Sa propre mère ainsi que ses trois sœurs étaient fières d'être présentes lors de son premier accouchement, mais puisqu'elles habitaient maintenant toutes à des distances nécessitant plusieurs heures de transport en train, il était difficile pour elles d'être présentes à ce quatorzième accouchement. Sa mère avait bel et bien planifié se déplacer quelques jours avant l'accouchement, mais l'arrivée hâtive de l'enfant allait déjouer ses plans. Son aide sera tout de même plus qu'appréciée dans les semaines qui suivront l'accouchement, particulièrement en ce qui a trait aux tâches ménagères et au soin des autres jeunes enfants. Ces deux sœurs aînées prévoient aussi venir lui prêter main forte dans les prochaines semaines. Sa sœur cadette, elle-même enceinte de plusieurs mois pour la huitième fois, ne sera pas en mesure de venir lui offrir son aide.

Madame M. avait suivi sa grossesse avec un soin et un intérêt particulier puisque ses trois derniers accouchements avaient été particulièrement longs et difficiles. Le dernier s'était justement terminé de manière tragique ; madame M. avait à peine eu le temps de baptiser le nouveau-né qu'il s'éteignait dans les bras de son père, avant même l'arrivée du curé. Le rétablissement de la mère fut pénible suite à cet accouchement ; elle

avait déjà connu quelques fausses couches en début de grossesse, mais il s'agissait de la première fois qu'elle perdait véritablement un enfant. L'une de ses sœurs, qui avait elle-même vécu une situation similaire lors de son quatrième accouchement, avait su trouver les bons mots pour la réconforter à travers cette épreuve.

Suite à cet évènement, madame M. lui avait même fortement recommandé de ne pas avoir d'autres enfants puisqu'elle craignait qu'un futur accouchement ne se termine de manière encore plus tragique. Elle alla jusqu'à lui proposer de préparer une concoction à ingérer de manière mensuelle afin d'empêcher une grossesse. Initialement, la femme avait accepté, mais après quelques mois elle en avait parlé à son mari qui en avait ensuite lui-même glissé mot au curé. Celui-ci avait fortement insisté sur le fait qu'« empêcher la famille » constitue un grave péché et que madame M. ne devrait pas aller à l'encontre de la volonté de Dieu en encourageant les femmes à utiliser ses « remèdes de sorcières ». Malgré les mises en garde et les attaques de la part du curé, il demeure que les femmes de la paroisse faisaient toujours confiance à madame M. pour son accompagnement lors de leurs grossesses et de leurs accouchements. Elles étaient cependant de plus en plus réticentes à utiliser les différentes méthodes contraceptives qu'elle leur proposait.

Comme à l'habitude, c'est sa belle-mère qui arriva la première avec son panier remplis de guenilles, de vieux draps, d'aiguilles à tricoter et de balles de laines. Celle-ci demanda à son fils de partir un feu dans le poêle à bois de la cuisine pour y mettre un gros chaudron d'eau à bouillir et l'encouragea ensuite à s'occuper du train habituel puisque, si les derniers accouchements étaient moindrement indicatifs, ils étaient tous partis pour une longue journée d'attente. Par la suite, elle s'affairait à échanger la literie pour les vieux draps qu'elle avait sorti de son panier. Elle avait aussi pris la peine de trainer le petit tabouret qui lui avait jadis si bien servi lors de ses propres accouchements. Elle offrait à sa belle-fille le même genre de soutien et de petites attentions que lorsqu'elle accompagnait ses propres filles à travers leurs accouchements. Elle sentait sa belle-fille particulièrement anxieuse et fébrile. Elle tentait de lui changer les idées en discutant de tout et de rien et en lui montrant ce qu'elle avait tricoté dans les dernières semaines pour

le nouveau-né. Les deux attendaient avec impatience l'arrivée de madame M. qui saurait probablement leur offrir du réconfort.

Madame M. arriva un peu plus tard. Dès son arrivée, elle s'empressa de palper le bedon afin de s'assurer que l'enfant était bien positionné pour l'accouchement. Il l'était deux jours plus tôt lors de leur dernière rencontre. Il faut croire qu'il s'était déplacé depuis puisqu'il se trouvait maintenant dans une position diagonale quelque peu fâcheuse. Rien de trop dramatique selon madame M., qui décida tout de même de tenter de le replacer grâce à une série de massages manuels. Après quelques mouvements, il se retrouva finalement dans une position plus que satisfaisante.

Le travail allait bon train depuis quelques heures; la progression de l'accouchement était plus rapide qu'à l'habitude. Grâce aux bons conseils et aux différents remèdes offerts par madame M., ses contractions lui semblait beaucoup moins douloureuses qu'à l'habitude. Sur l'heure du midi, son mari était venu prendre des nouvelles. Voyant que l'atmosphère était beaucoup moins tendue qu'au dernier accouchement, mais qu'il faudrait encore quelques heures pour que le l'enfant se pointe le bout du nez, il décida d'aller rejoindre ses enfants.

Lorsque le moment des dernières poussées arriva, madame M. s'enduit à nouveau les mains de beurre et prit soin de faire de même pour l'entrejambe de la mère, question de faciliter au maximum le passage de l'enfant. Comme lors de la majorité des accouchements qu'elle accompagnait, elle encouragea la mère à appuyer ses bras sur le bord du lit afin de se positionner de manière semi-accroupie au sol. À travers l'ensemble des accouchements auxquels elle avait assisté depuis son adolescence, il s'agissait de la position qui, à ses yeux, avait le plus fait ses preuves. Cependant elle ne souhaitait pas l'imposer. En effet, elle acceptait et s'adaptait aux différentes positions que les femmes souhaitaient adopter tout au long de l'accouchement.

L'enfant se présenta dans une bien meilleure position comparativement aux derniers accouchements. À bout de force, la mère fut encouragée à persévérer autant par

madame M. que par sa belle-mère. Après quelques belles grosses poussées, le petit garçon, hurlant, se retrouva dans les bras de madame M. qui s'empressa de le déposer dans les bras de sa mère tout en le nettoyant grossièrement. Elle sortit sa paire de ciseaux à bout rond du sac dans lequel elle conservait aussi les remèdes qu'elle employait plus ou moins régulièrement lors d'accouchements ; ergot de seigle, belladone, herbe du dragon, etc. Elle coupa le cordon puis le mis de côté. Par la suite, elle commença à pousser sur l'utérus afin de s'assurer qu'il reprenait non seulement sa forme normale, mais aussi que le placenta avait été complètement expulsé. La mère, qui avait perdu beaucoup de sang pendant l'accouchement, saignait encore abondamment, mais beaucoup moins qu'à la suite de ses derniers accouchements. Après quelques minutes, le flot de sang s'étant considérablement atténué, madame M. alla chercher le chaudron d'eau bouillante et s'affaira à nettoyer et à masser le corps de la nouvelle maman qui tentait déjà de donner le sein au nourrisson à moitié endormi.

Entre temps, sa belle-mère s'était chargée d'aller avertir son fils et ses petits-enfants. Accompagnés de tantes, cousins et cousines, ils arrivèrent rapidement pour souhaiter la bienvenue au petit garçon emmaillotté près du poêle à bois. Pendant les longues heures d'attente, sa fille aînée avait décidé de lui cuisiner un gâteau à la mélasse suivant une vieille recette reconnue pour aider les femmes à reprendre des forces pendant et après leurs accouchements. Elle la remercia et dévora le délicieux gâteau.

Le nouveau papa, rassuré de voir le bon état dans lequel sa femme et son fils se trouvaient, pris son petit garçon dans ses bras en demandant à sa femme sous quel nom ils pourraient bien le baptiser.

1.2 Commentaire historique

« Chaque naissance est l'affaire de toutes les femmes du village et n'est pas comme aujourd'hui un événement intime, privé, solitaire ou exclusivement familial »

(Morel, 2007-2008: 23)

1.2.1 *Les commères et l'entraide féminine*

L'un des éléments les plus importants qui ressortent du précédent récit d'accouchement est sans aucun doute le caractère profondément féminin, non seulement de l'accompagnement à la naissance, mais aussi des savoirs et des cadres de références valorisés. Si l'on se fie, entre autres, aux travaux d'Hélène Laforce à propos de l'accouchement traditionnel au Québec, l'entraide féminine y jouait un rôle central : « Cette assistance s'organise généralement spontanément de la part des femmes quoique sous la surveillance réservée de la mère ou de la belle-mère de l'accouchée [...] [c]ette aide des femmes, parentes ou voisines qui viennent parfois par dizaines, touche à tous les travaux du quotidien qu'il s'agisse du soin des enfants, de l'entretien de la maison ou des multiples services lors de la période des relevailles⁴ » (Laforce, 1987a: 42). Leur rôle ne se limitait cependant pas simplement à accomplir une part des tâches domestiques ; elles pouvaient aussi être responsables du bon déroulement de certains rituels ainsi que répondre à différentes fonctions symboliques.

⁴ Traditionnellement, au sein de la religion catholique, la période des relevailles désigne les semaines qui suivent l'accouchement. Bien qu'il existe d'importantes variations selon les régions et les époques, il s'agit généralement d'une période de temps prédéterminée durant laquelle la femme ayant accouché est considérée comme « impure » et doit donc éviter les lieux de cultes incluant l'église. Au terme de ce type de relevailles, une cérémonie ayant pour but de purifier et réintégrer la femme au sein de l'église était communément tenue. Depuis le concile de Vatican II (1962), le rituel des relevailles fut supprimé pour être remplacé par une bénédiction de la mère et du père lors du baptême de l'enfant.

C'est exactement l'un des éléments que Marie-France Morel tente aussi d'illustrer dans sa description de l'histoire de l'accouchement en France entre le XVII^{ème} et le XX^{ème} siècle (Morel, 2007-2008)⁵. Elle y défend notamment la centralité de l'accompagnement offert par les commères lors de l'accouchement traditionnel. En effet, bien qu'éventuellement elles seront critiquées et dévalorisées à travers l'histoire de la prise en charge de l'accouchement en Occident, Morel rappelle clairement et explicitement que le rôle des commères en France est loin d'être aussi insignifiant qu'il pourrait paraître. Elles offrent non seulement leur soutien ainsi que leur réconfort à la femme qui accouche (anecdotes, recettes, etc.), mais elles participent aussi à la préparation de l'espace et de l'équipement (entretien du feu, préparation du lit, des langes, de l'eau chaude, etc.) ainsi qu'aux soins portés au nouveau-né et à la mère suite à la naissance (nettoyage et emmaillotement du nouveau-né, préparation de soupes reconstituantes pour la mère, etc.). Elles s'assurent aussi que différents rituels soient respectés afin d'aider le travail et de réconforter la future mère (pose d'une ceinture de la Vierge et d'un sachet d'accouchement, utilisation de la pierre d'aigle, rose de Jéricho trempée dans une eau ensuite bue par la femme qui accouche, etc.). Dans les jours qui suivent l'accouchement, elles offrent aussi de l'aide à la mère qui doit parfois rester alitée, notamment en effectuant divers travaux domestiques (Morel, 2007-2008: 23). Dans l'univers traditionnel, en Occident du moins, l'accouchement semble donc s'inscrire dans la sphère publique bien qu'il se déroule habituellement dans l'espace privé de la maisonnée et que ce soit un évènement typiquement féminin.

⁵ Il est important de mentionner qu'il existe d'importantes divergences entre l'histoire de l'accouchement en France et au Québec (Nouvelle-France), notamment en matière de pratique sage-femme: « Après à peine un siècle de colonisation, la colonie française que l'on appellera un jour le Québec n'est déjà plus la France. L'adaptation des coutumes françaises à un nouvel environnement, tant géographique que social, fait émerger une situation originale » (Laforce, 1987b: 187). De plus, on peut facilement imaginer que la solidarité communautaire (féminine) ne s'est pas construite du jour au lendemain lors de la colonisation de la Nouvelle-France. Il demeure tout de moins intéressant d'inclure dans l'analyse certains travaux portant sur ces différentes régions géographiques afin de faire ressortir certaines grandes tendances historiques.

1.2.2 L'accoucheuse : médiatrice entre l'ici-bas et l'au-delà

L'ouvrage *Accoucher autrement* débute avec une introduction de Francine Saillant et Michel O'Neill, les directeurs de l'ouvrage collectif. Dès le premier paragraphe, ils affirment que l'« on observe, tant dans l'univers de la naissance que dans celui de la mort, des variations historiques, sociales et culturelles identifiables dans les diverses pratiques rituelles et symboliques dont on les entoure » (Saillant et O'Neill, 1987b: 28). Dans l'univers traditionnel que reflète le précédent récit, l'accouchement et la naissance sont effectivement généralement perçus comme des moments et/ou des espaces hors du commun où se côtoient intimement la vie et la mort. C'est d'ailleurs ce que défend Marie-France Morel lorsqu'elle décrit comment la conception traditionnelle de l'accouchement inscrit automatiquement la femme et son enfant au sein de la cyclicité naturelle de la vie : « En donnant le jour à son enfant, chaque mère est reliée à toutes les mères, qui avant elle, ont fait naître leurs enfants au même endroit; maillon d'un vaste cycle vital qui dépasse son individualité propre, elle est intégrée, avec son enfant, pour le meilleur et pour le pire, dans une large communauté de vivants et de morts » (Morel, 2007-2008: 22). Combinant un indice synthétique de fécondité⁶ de 5 enfants par femmes à une estimation du taux de mortalité maternelle de 1%-2% dans la France du XVIIIème siècle, Marie-France Morel arrive à la conclusion, qu'à cette époque, ce serait près de 10% des femmes en âge de procréer qui décédaient lors d'un accouchement⁷ (Morel, 2007-2008: 23). On peut donc assumer que la naissance et la mort se trouvaient régulièrement juxtaposées au moment de l'accouchement.

Avec un tel taux de mortalité périnatale estimée en France, il n'est donc pas surprenant que l'accouchement traditionnel y soit effectivement conçu comme un moment chargé d'un pouvoir symbolique et religieux très fort. Selon Jacques Gélis : « Dans cet univers, le rôle de l'accoucheuse consistait à assurer pratiquement et symboliquement la permanence du cycle de construire l'ancestralité [...] [d]errière ces croyances et ces

⁶ « Nombre moyen d'enfants qu'aurait une cohorte de femmes dans l'hypothèse où ces femmes seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux de fécondité par âge observés durant une période donnée » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2018).

⁷ Puisque les risques se renouvèlent à chaque grossesse.

comportements émerge la structure circulaire de ce cycle vital original, et transparait l'idée d'un monde plein, d'une grande famille de vivants et de morts toujours égale en nombre, perdant ici ce qu'elle récupère là » (Gélis, 1987: 18). L'accoucheuse, par le biais de sa pratique, aurait ainsi détenu un pouvoir symbolique relativement important. Il est d'ailleurs très intéressant de constater qu'en France, le rôle traditionnel de la matrone (ou accoucheuse) ne se limitait pas seulement à l'accompagnement de la naissance, mais qu'il incluait aussi généralement la responsabilité d'effectuer la toilette des morts (Morel, 2007-2008: 22). Se trouvant constamment à cheval entre le monde du vivant et celui de la mort, elle pouvait ainsi accompagner certaines familles à travers l'ensemble du cycle vital décrit par Jacques Gélis. Le lien de confiance entre la famille et l'accoucheuse se construisait non seulement en fonction de son expérience et de ses compétences, mais aussi selon son niveau de discrétion. En effet, vu sa position privilégiée au sein de l'espace privé, il n'était pas rare qu'elle soit au courant de certains secrets qu'une famille souhaitait garder cachés (Morel, 2007-2008: 23).

Toujours dans le cas spécifique de la France du XVIIème siècle, « la matrone [...] est bien connue de tout le village ; elle est en général âgée, et donc disponible ; elle a appris son métier sur le tas, sans étudier [...] [s]ouvent fille ou nièce de matrone, il lui a suffi de réussir quelques accouchements pour avoir la confiance des villageoises ; elle ne sait en général ni lire ni écrire, et le curé qui surveille ses compétences ne lui demande que de savoir réciter les formules du baptême au cas où elle devrait ondoyer⁸ un nouveau-né mal en point » (Morel, 2007-2008: 22). Dans un tel contexte, la matrone se trouve régulièrement à la jonction de la vie et de la mort. D'un point de vue anthropologique, ce positionnement est tout à fait cohérent avec une vision cosmologique cyclique de la vie et de la mort qui dépasse l'individu et qui intègre la communauté.

Qu'on la nomme matrone, sage-femme, « bonne-mère », « femme qui aide » ou peu importe quel autre nom selon l'époque ou la région, il demeure que cette femme semble traditionnellement conserver les mêmes grandes responsabilités peu importe où elle se trouve : elle accompagne la femme qui accouche au meilleur de ses connaissances

⁸ L'ondoiement est la cérémonie du « baptême d'urgence réduit à son essentiel » (Éditions Larousse, 2018b).

et compétences, acquises à travers ses différentes expériences. C'est exactement le rôle que madame M. détient tout au long du récit d'accouchement présenté plus haut.

Dans la France chrétienne du Bas Moyen Âge, les accoucheuses/matrones françaises étaient supervisées par le clergé. Il s'agissait de s'assurer qu'elles soient en mesure d'accomplir les rituels du baptême, dans le cas où le prêtre n'aurait pas le temps de se rendre auprès d'un bébé mourant ou risquant de mourir⁹. En d'autres termes, les prêtres masculins relaient (partiellement) à une femme une partie de leurs responsabilités religieuses. On reconnaît donc à la matrone/sage-femme un rôle important : elle jouait un véritable rôle de médiation entre l'ici-bas et l'au-delà, presque à l'égal des prêtres. Éventuellement, si l'on prend la mise sur pieds des premiers programmes officiels de formation de sages-femmes dans la France du XVIIIème siècle comme exemple, le pouvoir de l'Église aurait continué à encadrer la pratique des sages-femmes nouvellement formées¹⁰.

De plus, si l'on se fie aux travaux de Sylvia Federici (Federici, 2014) ainsi qu'à ceux de Barbara Ehrenreich & Deirdre English (Ehrenreich et English, 2014), les savoirs traditionnels (notamment en matière d'herboristerie) ainsi que les cadres de références médicaux utilisés par ces sages-femmes occidentales ont principalement été construits et transmis par des femmes : « Les femmes ont toujours été des soignantes [...] [e]lles furent les médecins et anatomistes sans titres de l'histoire de l'Occident [...] [e]lles étaient avorteuses, infirmières et conseillères [...] [e]lles étaient pharmaciennes, cultivant les plantes médicinales et partageant les secrets de leurs utilisations. Elles étaient sages-femmes, se déplaçant de maison en maison et de village en village » (Ehrenreich et English, 2014: 29). Bien qu'avec l'émergence de la profession médicale « moderne » le rôle des femmes en matière de santé a progressivement diminué, la question de la santé et

⁹ Bien que la question du destin de l'âme des nourrissons décédés avant d'être baptisés soit toujours source de débats au sein des différentes branches de la religion chrétienne, la conception religieuse dominante de l'époque reposait sur le précepte que l'âme d'un enfant décédé avant d'être baptisé se trouvait éternellement confinée dans les limbes, n'ayant pas accès au paradis mais ne méritant pas l'enfer.

¹⁰ Pour un exemple de cet encadrement, voir l'annexe 1 : « Modèle de serment, proposé par l'Église en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris ».

de la sexualité féminine étant demeurée tabou, les femmes y ont conservé un rôle d'accompagnement prédominant pendant une plus longue période, comparativement aux autres domaines de la médecine : « La campagne menée par la profession médicale contre les femmes soignantes instruites des villes européennes fut pratiquement close au cours du XIVE siècle [...] [l]es médecins hommes avaient conquis un monopole indiscutable sur l'exercice de la médecine au sein des classes dominantes (excepté pour l'obstétrique, qui resta le domaine des sages-femmes, même au sein des classes dominantes, pendant encore trois siècles) » (Ehrenreich et English, 2014: 58)¹¹ .

1.2.3 Un matériel sommaire, mais une technicité et une pharmacopée diversifiée

L'accouchement étant conçu comme un évènement normal et naturel, le matériel jugé (potentiellement) nécessaire pour le mener à bien restait relativement élémentaire. Reprenant certaines des conclusions des travaux de recherches de Muriel Bonnet, Hélène Laforce présente l'exemple de la *comadrona* qui, dans la région du Yucatan, n'apportait toujours (dans les années 1980) « qu'un fil pour nouer le cordon, une lame de rasoir pour le couper, de l'alcool et des herbes dont son père lui a transmis le secret » (Bonnet, 1980 dans Laforce, 1987a: 43). Le matériel traditionnellement utilisé par les accoucheuses/sages-femmes françaises (et québécoises) n'était pas plus complexe que celui de la *comadrona* : « À la fin du 18e siècle, la célèbre accoucheuse française, madame Angélique de Coudray, recommande à ses étudiantes accoucheuses de tenir prêts « deux liens de fils de trois ou quatre brins, une paire de ciseaux arrondis ou un bon couteau pour couper le cordon » (Gélis, 1984: 189 dans Laforce, 1987a: 42-43).

Comme mentionné précédemment, la prise en charge de l'accouchement n'est pas statique dans le temps ni dans l'espace. Bien entendu, les pratiques traditionnelles des

¹¹ La question de l'émergence de la profession médicale masculine sera abordée plus en détail un peu plus loin.

accoucheuses/sages-femmes/matrones ont elles aussi évoluées à travers le temps. Il demeure que, si l'on se fie aux travaux d'Hélène Laforce, le matériel qu'elles auraient employé au Québec serait resté essentiellement le même jusqu'au XXème siècle : un bac d'eau, quelques vieilles toiles ou du papier journal, un coussin pour glisser sous les reins, un drap pour protéger la pudeur de la femme, du fil, un couteau et (plus tard) une sonde pour les rétentions d'urines ainsi que du nitrate pour les yeux de l'enfant (Laforce, 1987a: 43). D'ailleurs, comme Marie-France Morel le défend, ce serait face aux instruments rudimentaires des accompagnantes féminines que les premiers « accoucheurs » européens auraient graduellement réussi à s'imposer par le biais d'une supposée supériorité instrumentale : « L'accoucheur réussit également à s'imposer parce qu'il travaille avec de nouveaux instruments relativement efficaces, les leviers et les forceps, mis au point conjointement en France et en Angleterre à la fin du XVIIe siècle [...] [p]rivilège exclusif des hommes, médecins ou chirurgiens, puisque matrones et sages-femmes, même instruites, n'ont pas le droit de s'en servir » (Morel, 2007-2008: 24). Barbara Ehrenreich et Deirdre English évoquent le même phénomène dans l'Angleterre du XVIIIème siècle : « [d]es praticiens masculins non professionnels, les « barbiers-chirurgiens », menèrent l'assaut en Angleterre, revendiquant une supériorité technique sur la base de leur utilisation du forceps obstétrical [...] [l]es sages-femmes anglaises s'organisèrent et accusèrent les intrus masculins de mercantilisme et d'utilisation dangereuse des forceps » (Ehrenreich et English, 2014: 60).

Au-delà du matériel dont elles disposaient, ces sages-femmes s'appuyaient surtout sur des techniques et une pharmacopée traditionnelle. C'est leur capacité de prise de décision rapide ainsi que leur dextérité qui constituaient l'essentiel de leur savoir. Reprenant le témoignage de la sage-femme Aurore Bégin¹² ayant pratiqué au Québec au milieu du XXème siècle, Hélène Laforce illustre comment les sages-femmes traditionnelles devaient développer leur « art des mains » tout en étant capable de réagir rapidement aux différentes situations : « Je poussais sur l'utérus et je travaillais avec

¹²Pour plus de détail sur le parcours d'Aurore Bégin, voir <http://dev.aspq.org/fr/dossiers/prix-de-reconnaissance/prix-aurore-begin/77/objectifs>.

l'autre main [...] lorsqu'il s'agissait d'une présentation difficile il fallait agir vite, faire attention au cordon, et puis tourner la tête pour pouvoir « faire une tête » » (Laforce, 1986 dans Laforce, 1987a: 43). Si l'on remonte plus loin dans l'histoire occidentale, on peut aussi voir que ces mêmes techniques se sont transformées en fonction des changements dans les cadres de références (médicaux, religieux, politiques, etc.) entourant l'accouchement.

À cela s'ajoutait l'utilisation des herbes médicinales. Ehrenreich et English soutiennent que les savoirs traditionnels d'herboristerie des *bonnes femmes*¹³ étaient toujours à la base de la médication utilisée dans les années 1970 pour soulager les douleurs et hâter le travail lors de l'accouchement : « Elles utilisaient l'ergot de seigle pour soulager les douleurs de l'accouchement [...] [l]es principaux médicaments utilisés aujourd'hui pour hâter le travail de l'accouchement et faciliter les suites des couches sont dérivés de l'ergot [...] [p]our réduire les contraction utérines lorsqu'elles craignaient une fausse-couche, les sorcières-guérisseuses utilisaient la belladone, qui sert encore aujourd'hui d'antispasmodique » (Ehrenreich et English, 2014: 50-51). La richesse de la pharmacopée de l'accoucheuse traditionnelle est aussi souligné par Hélène Laforce (Laforce, 1987a: 44). S'ajoutant à une utilisation de divers purgatifs variant selon les régions (et les herbiers), certains produits gras (beurre, huile de noix, etc.) étaient employés afin de lubrifier autant le sexe des femmes que les mains de l'accoucheuse lors du travail. Dans le cas particulier du Québec, Hélène Laforce mentionne l'utilisation de l'ergot de seigle pour accélérer les contractions. Elle décrit aussi que, de la période de la colonisation française jusqu'au tournant du XX^{ème} siècle, « l'herbe du dragon » et « l'herbe de la St-Jean » auraient, entre autres, été utilisées par les Québécoises pour leurs propriétés abortives et thérapeutiques. Hélène Laforce partage également le point de vue d'Erhenreich et English en ce qui a trait aux différents apports des savoirs traditionnels de l'accoucheuse à la médecine moderne : « Même si la médecine s'en attribuera souvent

¹³ Elles présentent l'image de la bonne femme comme renvoyant à celle de la sorcière, image souvent associée aux femmes soignantes traditionnelles. Le titre de leur ouvrage, *Sorcière, sages-femmes et infirmières*, illustre d'ailleurs ce qu'elles argumentent comme le passage des femmes d'un rôle traditionnellement prééminent en matière de soins vers une éventuelle soumission vis-à-vis le pouvoir masculin au sein, entre autres, du système médical américain. (Ehrenreich et English, 2014)

le mérite des découvertes, il semble que la pharmacopée de l'accoucheuse traditionnelle ait été riche et diversifiée » (Laforce, 1987a: 44).

Un bref détour ethnographique hors du cadre occidental européen permet de constater qu'un peu partout sur la planète, les femmes semblent avoir développé et entretenu divers savoirs concernant la pharmacopée utile à l'accouchement à travers le temps. On n'a qu'à repenser, par exemple, à la *comadrona* du Yucatan¹⁴ ou à analyser les pratiques traditionnelles des diverses communautés autochtones québécoises. L'ouvrage *Accoucher autrement* consacrait justement trois chapitres à la présentation des terrains ethnographiques de Marie-Josée Routhier (Routhier, 1987), de Rose Dufour (Dufour, 1987) et de Monique Cournoyer (Cournoyer, 1987), menés dans les années 1970-1980, portant sur l'accouchement chez les Atikamekw de Manouane, les Inuits d'Iglulik et les Cris de la Baie James. Dans ces trois communautés, ce sont les femmes qui détenaient les savoirs entourant l'accompagnement et/ou les remèdes traditionnels et/ou les prescriptions et proscriptions à suivre concernant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum (voir, entre autre, (Routhier, 1987: 49), (Dufour, 1987: 93), (Cournoyer, 1987: 116)).

1.2.4 Diverses positions d'accouchement

Dans le précédent récit d'accouchement, madame M. s'adapte aux différentes positions que la future mère décide d'adopter tout au long du travail. Si l'on se fie encore une fois aux travaux de recherche de Marie-France Morel, il semblerait que diverses postures d'accouchement aient effectivement été adoptées à travers les pays européens, avant la période contemporaine. Elle présente, entre autres, l'exemple de l'Angleterre où « la future mère, couchée sur le bord du lit, les genoux pliés, est accouchée par derrière »

¹⁴ Dans le cas de la *comadrona*, comme mentionné précédemment, c'est son père qui lui transmet habituellement le secret des plantes. Il demeure tout de moins que c'est elle qui a ensuite la responsabilité de les utiliser dans le contexte de l'accouchement.

(Morel, 2007-2008: 23). Dans d'autres régions, la parturiente « peut être assise sur une autre femme, sur le bord du lit ou sur une sorte de chaise percée, destinée spécialement aux accouchements (très fréquente en Alsace, Lorraine, Flandre et dans les pays germaniques) [...] [d]ans d'autres régions, la femme accouche debout, les bras levés puis appuyés sur une barre de bois ; ailleurs, elle peut être à genoux, sur de la paille, appuyée sur une chaise » (Morel, 2007-2008: 23).

Bien que cette évocation ne concerne que l'Europe, il n'est pas difficile d'imaginer qu'il en allait de même en Amérique du Nord, particulièrement dans le cas des villages plus éloignés des grands centres urbains. Si l'on avance, à l'instar d'Andrée Rivard, qu'au Québec « il est possible [...] que la confiance des femmes en celle-ci [la sage-femme] soit demeurée longtemps vivace en raison d'un savoir qui avait fait ses preuves depuis la nuit des temps » (Rivard, 2014: 68), on peut donc déduire que l'ouverture aux diverses postures d'accouchement possibles faisait effectivement partie des pratiques traditionnelles courantes en matière d'accompagnement à l'accouchement au Québec. Comme en Europe, ce serait la montée du pouvoir médical et obstétrical qui aurait mené à la disparition de la pratique autonome des sages-femmes du Québec (Laforce, 1985).

1.2.5 Les débuts de la fin du règne des matrones

Les chasses aux sorcières européennes

D'après Ehrenreich et English, la « Grande Peur des sorcières » aurait principalement constitué une « campagne de terreur menée par la classe dirigeante contre la population féminine paysanne » (Ehrenreich et English, 2014: 37). Cette thèse est aussi défendue par Sylvia Federici dans *Caliban et la sorcière* (Federici, 2014) où elle tente de démontrer, entre autres, que « la principale initiative que prit l'État pour retrouver le niveau démographique désiré fut de livrer une véritable guerre aux femmes visant clairement à briser leur contrôle sur les corps et la reproduction [...] cette guerre fut menée principalement par la chasse aux sorcières qui diabolisa littéralement toute forme de

contrôle des naissances et de sexualité non-procréative, tout en accusant les femmes de sacrifier des enfants au diable » (Federici, 2014: 179-180)¹⁵. Ce sont les accompagnantes traditionnelles qui détenaient les savoirs traditionnels associés à la santé féminine, notamment en matière de reproduction et de contraception. Elles ont donc été l'une des cibles privilégiées de cette « chasse aux sorcières ».

Selon les thèses d'Ehrenreich et English ainsi que celles de Federici, on pourrait considérer les différentes vagues de chasses aux sorcières comme un outil de contrôle social utilisé face à ce que les Églises et les États percevaient comme étant une menace et/ou une crise. D'un côté, d'après Ehrenreich et English, « dans la persécution des sorcières coïncide les obsessions anti-empiristes, misogynes et anti-sexuelles de l'Église [...] la sorcière représenta[nt] une triple menace pour l'Église : elle était une femme, et n'éprouvait aucune honte; elle semblait faire partie d'une organisation clandestine de paysannes; elle était une soignante dont la pratique était basée sur l'étude empirique [...] [f]ace au fatalisme répressif de la chrétienté, elle portait l'espoir du changement dans ce monde » (Ehrenreich et English, 2014: 52). D'un autre côté, soulignant le rôle important joué par les États, Silvia Federici avance que la chasse aux sorcières faisait partie d'un effort de contre-révolution étatique beaucoup plus large, notamment en matière de sexualité, de démographie et de développement économique : « Alors qu'au Moyen Âge les femmes avaient pu employer diverses formes de contraception, et avaient exercé un contrôle incontestable sur le processus d'enfantement, leurs utérus, à partir de ce moment-là, devenaient un territoire public, contrôlé par les hommes et l'État, et la procréation était directement mise au service de l'accumulation capitaliste » (Federici, 2014: 184).

¹⁵ Federici trace d'ailleurs un parallèle fort intéressant entre les rhétorique et symboles employés par les Églises et les États lors des grandes périodes de chasses aux sorcières européennes ainsi que lors de la colonisation de l'Amérique du Sud : « les femmes étaient des « spécialistes du savoir médical », maîtrisant la connaissance des propriétés des herbes et des plantes et la divination [...] [l]a notion chrétienne de diable leur était inconnue [...] [c]ela n'empêcha pas qu'au XVIIe siècle, sous le coup de la torture, des intenses persécutions et des « acculturations forcées », les femmes andines qui furent arrêtées, vieilles et pauvres pour la plupart, furent accusées des même crimes que dans les procès de sorcières européens » (Federici, 2014: 404-405).

Un encadrement étatique de la pratique sage-femme

Dans le prolongement de ces chasses aux sorcières, et pour les mêmes raisons, les États mettent en place les premiers programmes de formation pour les sages-femmes, en France notamment. Toujours selon Marie-France Morel, ce serait sous l'initiative de Mme du Coudray, sage-femme formée à l'hôtel Dieu de Paris, que ces premières formations auraient été organisées à travers la France (Morel, 2007-2008: 24). Soutenues par la couronne, ces formations avaient pour but d'offrir une base de connaissances médicales aux matrones/sages-femmes qui accompagnaient encore une majorité d'accouchements, particulièrement en campagne : « À partir de 1760, pour empêcher les mères et les enfants de mourir en trop grand nombre, le pouvoir royal s'efforce de transformer les matrones de campagne en véritables sages-femmes en leur donnant une rapide formation médicale » (Morel, 2007-2008: 24). Puisqu'elle se déplaçait d'une région à l'autre, Mme De Coudray ne pouvait s'occuper de l'ensemble des cours. Suite à son passage, c'était donc les accoucheurs démonstrateurs qui assuraient la formation des sages-femmes de leur région : « en quarante ans, deux cent accoucheurs-démonstrateurs formeront dix à douze mille sages-femmes (il y a à l'époque environ un million de naissances par an » (Morel, 2007-2008: 24).

À la fin du XVIIIème siècle on se retrouve donc, en France du moins, avec une double représentation « officielle » de la sage-femme : d'un côté, l'image de la mauvaise sage-femme/matrone héritière des savoirs traditionnels liés (explicitement et/ou implicitement), aux anciennes pratiques des sorcières et, d'un autre côté, l'image de la bonne sage-femme ayant suivi les différentes formations offertes par l'État et les accoucheurs, se pliant ainsi aux premiers préceptes de l'obstétrique. Selon Marie-France Morel, au-delà de leur pratique, ces nouvelles sages-femmes auraient peu à peu internalisé, au moins partiellement, les discours et cadres de références biomédicaux : « À la différence des anciennes matrones qui avaient été choisies par les femmes du village, les nouvelles sages-femmes formées à la ville ne sont plus aussi près des femmes qu'elles assistent [...] [c]omme elles l'ont appris de leur maîtres, elles veulent aérer et faire sortir les compagnes inutiles; elles ont aussi une attitude plus distante vis-à-vis du travail et de la souffrance; elles ne veulent plus être celles qui encouragent les cris et aident

à enfanter [...] [e]lle sont plus insensibles et autoritaires » (Morel, 2004: 24). Bien que cette transformation de la pratique sage-femme en France reflète une grande tendance, on observe différentes variations à travers le temps ainsi que selon les régions et les aires culturelles puisque les pratiques et les discours ne changent habituellement pas du tout au tout du jour au lendemain¹⁶. Cela dit, le passage de l'accompagnante à la naissance du rôle de matrone/sorcière vers celui de sage-femme est un pas vers l'accouchement modernisé, dont nous allons parler à présent.

¹⁶ Notamment, en ce qui a trait aux luttes d'ordres professionnels ainsi qu'à la dichotomie ville/campagne.

Chapitre 2

L'accouchement moderne : un problème de santé

2.1 Récit

Tout comme lors de ses deux premières grossesses, elle était venue habiter chez l'une de ses cousines pendant le dernier mois. Ses deux filles, toutes deux âgées de moins de cinq ans, l'accompagnaient en ville. Leur père aurait bien voulu les garder à la maison avec lui, mais avec les nombreuses tâches quotidiennes de la ferme il n'aurait pas été en mesure de s'en occuper correctement. En effet, bien que ses frères et ses beaux-frères allaient se relayer afin d'accomplir les tâches quotidiennes de leur ferme pendant quelques jours, lorsque son mari viendrait les rejoindre, il ne pouvait tout de même pas leur demander de s'en occuper plus longtemps! Elle souhaitait simplement que l'enfant ne se pointe pas le bout du nez plus rapidement que prévu, comme ce fut le cas lors de son dernier accouchement, afin que son mari soit présent à l'hôpital lors de son arrivée. En effet, puisque sa deuxième fille étant née trois semaines plus tôt que ce que le médecin avait calculé, son mari n'avait été alerté que plusieurs heures après le début du travail. Bien qu'il se soit immédiatement rendu à la station de train afin de prendre le prochain départ vers la ville, il était tout de même arrivé quelques heures après sa naissance. Elle était un peu déçue, mais elle se disait que c'était le prix à payer pour accoucher à l'hôpital.

Elle suivait à la lettre toutes les indications de son médecin ainsi que celles de l'obstétricien qui assurerait par la suite son suivi de grossesse en ville ; elle n'avait toujours pas pris plus de 20 livres, elle allait évidemment éviter les relations sexuelles pendant le dernier mois de sa grossesse, elle ne prendrait pas de bains pendant cette période non plus, elle continuerait de surveiller son alimentation et elle s'assurerait de prendre ses suppléments vitaminés quotidiennement. Les médecins lui avaient assuré que c'était la meilleure manière de favoriser non seulement la bonne santé de son enfant, mais aussi la sienne au moment de l'accouchement.

Étant la cadette de sa grande famille, elle avait encore de vagues souvenirs des premiers accouchements de ses sœurs plus âgées. Elle se rappelait, entre autres, comment certains s'étaient déroulés au domicile familial. Ces souvenirs étaient quelque peu flous et mitigés. D'un côté, elle se rappelait comment l'une de ses sœurs aînées avait perdu son second enfant à la suite d'un accouchement long et très douloureux. Cette dernière avait perdu tellement de sang, qu'elle avait passé bien près de mourir elle aussi. Le jeune médecin du village, tout nouvellement arrivé, avait finalement été appelé en renfort. En arrivant, il chassa les commères qui étaient au chevet de sa sœur. À ses dires, bien qu'il eût réussi à sauver la mère, il n'avait plus rien à faire pour sauver l'enfant. Il utilisait d'ailleurs encore l'anecdote de cet accouchement, plus d'une quinzaine d'années plus tard, lorsqu'il encourageait fortement les femmes du village à accoucher à l'hôpital. D'un autre côté, la femme se souvenait aussi comment sa grand-mère avait été présente pour accompagner le tout premier accouchement de sa plus vieille sœur. Elle aurait certainement aimé que sa grand-mère, avec sa longue expérience en matière d'accouchements, puisse être présente pour la réconforter et l'appuyer comme elle avait pu l'être pour sa sœur. Cependant, elle savait très bien que, même si elle était encore en vie, sa grand-mère n'aurait jamais pu entrer dans la salle d'accouchement de l'hôpital. Encore une fois, elle était un peu déçue de ne pas pouvoir être accompagnée de sa cousine ou de ses sœurs. C'était pour son bien et celui du bébé que les obstétriciens leur bloquaient l'accès. Après tout, les nombreux progrès de l'obstétrique n'avaient-ils pas permis de réduire les nombreux risques liés à la grossesse et à l'accouchement ? Elle ne voulait surtout pas avoir à vivre le drame que sa sœur avait vécu.

Son mari avait décidé de les surprendre en arrivant en ville quelques jours plus tôt que prévu. C'était son frère aîné qui l'avait encouragé à devancer son départ en lui assurant que les tâches de la ferme seraient accomplies. Elle faisait une petite sieste avec ses deux filles lorsque celui-ci la réveilla doucement dès son arrivée. Elles étaient si contentes de le voir ! Après plusieurs semaines d'attentes, elle savait maintenant qu'il allait pouvoir être présent à l'hôpital lors de la naissance de leur troisième enfant.

Quelques jours plus tard, alors qu'elle préparait le petit-déjeuner, elle commença à ressentir ses premières contractions. Elle se changea rapidement et sorti le sac d'effets personnels qu'elle avait soigneusement préparé en prévision de son séjour hospitalier. Elle laissa ses filles sous la surveillance de sa cousine, et, accompagnée par son mari, elle se dirigea vers l'hôpital. Dès son arrivée à l'accueil, on l'assit confortablement sur une chaise roulante afin de lui garantir un certain confort. C'était aussi une manière de prévenir les chutes en cours d'accouchement. Alors que son mari commençait à remplir les différents documents nécessaires à son enregistrement, elle ressentit une contraction particulièrement douloureuse. L'infirmière près d'elle tenta de la reconforter en lui promettant que les médicaments allaient bientôt l'apaiser.

Tandis que son mari s'occupait toujours de la documentation, l'infirmière la poussa jusqu'à la salle d'examen. Ensuite, elle lui demanda de se déshabiller et d'enfiler la jaquette qui se trouvait sur le bureau près de la table d'examen. L'infirmière lui indiqua qu'elle ne devrait pas avoir à attendre trop longtemps puisque son médecin, docteur M., se trouvait déjà à l'hôpital pour une autre de ses patientes qui venait tout juste de finir d'accoucher.

Effectivement, la femme finissait à peine d'enfiler la jaquette lorsque docteur M. cogna à la porte. Puisqu'elle commençait à être familière avec ce rituel, elle s'installa rapidement sur la table d'examen en prenant bien soin de placer ses jambes le plus confortablement possible dans les étriers. Elle l'invita ensuite à entrer dans la salle. Celui-ci se lava les mains et débuta son examen en effectuant les tests habituels ; il prit sa pression, sa température et il écouta sa respiration. Ensuite, le médecin appela l'infirmière pour qu'elle effectue les divers préparatifs corporels nécessaires avant l'accouchement. La femme savait ce qui s'en venait et elle aurait profondément souhaité pouvoir passer par-dessus les prochaines étapes. Cependant, elle savait très bien que ce n'était pas possible.

L'infirmière débuta en lui rasant la vulve. C'était de loin l'étape qui la rendait la plus inconfortable. Avec son gros bedon rebondi, elle essayait tout de même de se contorsionner le plus possible afin de faciliter la tâche de l'infirmière pour qu'elle termine au plus vite. Étant de nature quelque peu pudique, elle se sentait toujours humiliée lors de cette étape. Elle se souvenait encore comment, lors de son premier accouchement, l'infirmière qui la rasait l'avait accidentellement coupé avec la lame du rasoir à deux reprises.

Ensuite, c'était l'étape du lavement rectal. Rendu à son troisième accouchement, cela la dérangeait étonnamment beaucoup moins que lors de son premier accouchement. La première fois, elle avait été incroyablement gênée de devoir passer à travers cette étape. Maintenant elle se disait que c'était probablement pour le mieux puisque, comme une infirmière sentant son inconfort le lui avait expliqué : « un lavement c'est peut-être inconfortable mais ne n'est rien comparé à la gêne qui accompagne un colon qui se vide alors qu'un médecin effectue un examen rectal ».

Finalement, l'infirmière désinfecta sa vulve avec un liquide qui lui faisait toujours un peu penser à de l'alcool fort. Lors de son premier accouchement, l'infirmière n'avait pas eu le choix que d'appliquer le liquide directement sur les coupures qu'elle venait de lui infliger avec le rasoir. Elle se souvenait encore à quel point cela avait chauffé sur sa peau. Elle était contente qu'au moins, cette fois-ci, l'infirmière ait relativement bien réussi l'étape du rasage. À partir de ce moment, il lui était strictement interdit de se toucher la vulve. L'infirmière lui avait tout de même rappelé que, si elle ne respectait pas cette consigne, elle n'aurait pas d'autre choix que de lui attacher les mains au lit d'accouchement.

Puisque les résultats de son premier examen étaient un peu inquiétants, le docteur M. alla informer son mari que sa pression artérielle était relativement élevée. Il l'avertit du même coup qu'il y avait donc de bonnes chances que l'accouchement se solde par une césarienne si le travail ne progressait pas assez rapidement puisque, sous de telles conditions, plus le travail se prolongeait plus ça devenait dangereux pour la mère ainsi

que pour l'enfant. Il allait tout de même tenter de diriger et d'accélérer le travail grâce à différents médicaments avant de recourir à la césarienne puisque cette technique comportait certains risques d'infections. Finalement, il lui demanda de se rendre directement à la salle d'attente pour ne pas agiter inutilement sa femme.

L'infirmière poussa la chaise roulante jusqu'à la salle travail. Le docteur M. arriva au même moment, lui laissant à peine le temps de s'installer sur le lit d'accouchement. Il lui administra une première dose d'un liquide transparent. Bien qu'elle ne sût pas exactement ce qu'elle venait de se faire injecter dans le bras, l'infirmière la rassura en lui disant que ça allait la calmer. Le docteur M. procéda ensuite à une seconde injection, celle-ci allait accélérer le travail tout en réduisant l'intensité des contractions. Ensuite, il procéda à un premier toucher rectal. Il fut rassuré de constater que la tête de l'enfant se présentait très bien. Finalement, il mesura à nouveau sa pression artérielle. Elle avait baissé un peu, mais elle se trouvait toujours légèrement au-dessus de la normale. Il décida de laisser aux ocytociques le temps de faire leur effet avant de venir réexaminer sa patiente. En sortant de la chambre, il indiqua à l'infirmière de vérifier sa tension artérielle à toutes les demi-heures et de l'appeler immédiatement si jamais elle remontait au niveau mesuré lors de son arrivée à l'hôpital. L'infirmière acquiesça et revint auprès de la patiente.

Après trois heures de travail, les injections faisaient toujours leurs effets. Ses contractions étaient effectivement beaucoup moins intenses. Cependant, elle se sentait un peu « dans les vapes », au point même où elle n'arrivait plus à estimer depuis combien de temps elle était arrivée à l'hôpital. Elle avait aussi commencé à avoir la nausée quelques minutes après avoir reçu les injections. Elle commençait à peine à se sentir un peu mieux lorsque le docteur M. arriva pour la réexaminer. Après un second toucher rectal, il était content de la progression du travail. Le col de l'utérus était de plus en plus dilaté. Il examina aussi les mesures de pression artérielle effectuées dans les trois dernières heures : toujours un peu plus élevées que la moyenne, mais elles n'avaient pas

augmentées. Le seul véritable problème qu'il entrevoyait était le fait qu'elle n'avait toujours pas « crevé ses eaux ». Comme le travail progressait bien, il décida de perforer lui-même la membrane afin de le favoriser encore plus. Par la suite, il indiqua à l'infirmière de continuer à mesurer la pression aux demi-heures. Il lui signala aussi que, puisqu'il devait se diriger au bloc opératoire afin d'effectuer une césarienne dans les prochaines minutes, il ne savait pas exactement dans combien de temps il pourrait repasser. Il lui expliqua qu'en cas d'urgence, elle devrait se référer au docteur F.

Quelques minutes après avoir terminé la césarienne de son autre patiente, le docteur M. était revenu la voir. Elle s'était assoupie et il dû la réveiller pour effectuer son examen. Elle se réveilla avec la nausée. Le travail n'avait pas progressé autant qu'il l'aurait souhaité. Cependant, puisque sa pression était retombée dans les normales, il décida d'attendre encore deux heures avant de prendre une décision. Avant de partir, il lui administra tout de même une autre injection afin de faire accélérer le travail à nouveau.

À son retour deux heures plus tard, l'injection semblait avoir fait son effet puisque, bien qu'elle ne sentît presque plus ses contractions, son col était maintenant assez dilaté pour entreprendre les dernières poussées. Elle était épuisée et se sentait plus ou moins d'attaque; elle avait vomi à trois reprises dans la dernière heure et, bien que l'infirmière lui permis de prendre quelques gorgées d'eau pour se rincer la bouche, elle lui avait demandé de les recracher aussitôt. Le médecin lui demanda de se ressaisir; si elle refusait toujours de pousser, il n'aurait pas d'autres choix que de lui imposer une césarienne puisqu'il n'y avait pas de temps à perdre. Le bébé devait sortir dans les prochaines minutes. Souhaitant éviter à tout prix une césarienne, elle se résigna. En effet, l'ensemble des quatre grossesses de sa cousine s'étant soldé par des césariennes, elle avait pu constater à plusieurs reprises à quel point ses convalescences avaient été difficiles. Elle ne pouvait pas se permettre d'être alitée plusieurs semaines après son accouchement; il y aurait trop de tâches à accomplir lors de son retour à la ferme.

Donc, avec le peu d'énergie qu'il pouvait lui rester, elle poussa et elle poussa. Cependant, le docteur M. réalisa assez rapidement que la descente de l'enfant progressait

trop lentement; il devait réagir avant qu'il ne se retrouve en situation de détresse. Il était maintenant trop tard pour une césarienne puisque l'enfant était trop engagé; il devait aller le chercher avec ses forceps. Les événements des minutes qui suivirent se déroulèrent beaucoup trop rapidement pour qu'elle réalise ce qui se passait exactement. Elle eut à peine le temps d'entendre le docteur M. indiquer à l'infirmière de se préparer pour l'épisiotomie avant de s'endormir.

Elle se réveilla en sursaut, sans savoir où elle se trouvait. Il y avait deux autres femmes avec elle dans la salle, mais elles étaient toutes les deux endormies. Après ce qui lui semblait être une éternité, une infirmière qu'elle n'avait jamais rencontrée arriva à son chevet. Elle lui demanda aussitôt comment allait son enfant. L'infirmière lui indiqua qu'elle n'était pas au courant; tout ce qu'elle savait c'était que son petit garçon éprouvait des difficultés respiratoires à la naissance. La nouvelle maman lui demanda aussitôt si elle pouvait voir son fils. L'infirmière lui indiqua que c'était impossible, qu'elle devait restée alitée en attendant que les effets de l'anesthésiant s'estompent. Élevant le ton, elle exigea de voir son fils sur le champ.

Le docteur M, qui passait dans le couloir au même moment, entra dans la salle en lui ordonnant de se calmer. Saisie par le ton de sa voix, elle se tu. Son silence permis au docteur de l'informer qu'il avait réussi à sauver son fils et qu'il se trouvait maintenant à la pouponnière, hors de danger. Il s'en allait justement avertir son mari qu'il était père d'un petit garçon lorsqu'il l'entendit crier du bout du couloir. Avant de sortir de la salle, il lui indiqua que, si elle arrivait à garder son calme, elle serait bientôt transférée dans une chambre de séjour où elle allait pouvoir voir son mari.

2.2 Commentaire historique

« Le médecin, que je n'ai rencontré qu'une fois, me répète que les hommes sont interdits dans la salle d'accouchement, puis, sans plus d'explications, on m'attache les pieds dans les étriers, les mains à des poignées, et pendant que je crie « je ne suis que de sept mois », on me met le masque de chloroforme sur le nez. Je me sens violée. »¹⁷

(Rivard, 2014: 430)

2.2.1 *Un nouvel accompagnant masculin*

L'une des principales différences que l'on remarque rapidement lorsque l'on compare les accouchements traditionnels et modernes typiques est sans aucun doute le type d'accompagnement offert aux femmes qui accouchent. En effet, alors que dans le cas de l'accouchement traditionnel on retrouve un accompagnement féminin relativement étendu, à l'époque moderne la prise en charge de l'accouchement est typiquement masculine et se limite plus ou moins exclusivement au(x) médecin(s), comme l'illustre le récit précédent. Peu importe le lieu où se déroule l'accouchement, en centre hospitalier ou à domicile, l'obstétricien (ainsi que l'obstétrique) s'impose graduellement pour éventuellement devenir la figure principale de la prise en charge de l'accouchement moderne en Occident. Bien évidemment, cette transformation ne s'est pas produite du jour au lendemain et elle fut sources d'opposition plus ou moins féroce selon les régions et les milieux.

¹⁷ Citation provenant du récit d'accouchement qu'offre Janette Bertrand dans son autobiographie *Ma vie en trois actes. Autobiographie (2004)*. Cet accouchement se déroulait en 1948 à l'hôpital de la Miséricorde de Montréal.

Si l'on se fie aux travaux de Marie-France Morel, bien que les premiers accoucheurs européens aient fait leur apparition au XVII^{ème} siècle, leur pratique se limitait, initialement du moins, aux milieux nobles et bourgeois (Morel, 2007-2008). Bien que les femmes et les hommes de ces milieux aient initialement eu leurs réserves respectives vis-à-vis de cette arrivée de l'accoucheur, il demeure qu'en moins d'un siècle la « mode » de l'accoucheur a énormément gagné en popularité à travers l'Europe. Par exemple, selon le chirurgien parisien Pierre Dionis, « les princesses et toutes les dames de qualité choisissent des accoucheurs : les bonnes bourgeoises suivent leur exemple et l'on a entendu dire aux femmes des artisans et du menu peuple que, si elles avaient les moyens de les payer, elles les préféreraient aux sages-femmes » (Dionis, 1718 dans Morel, 2007-2008: 24).

Cette montée en popularité de l'accoucheur serait expliquée, entre autres, non seulement par l'utilité du chirurgien dans le cas d'accouchement difficile, mais aussi par le développement de son expertise technique. L'accoucheur devint peu à peu un symbole de sécurité aux yeux des maris et de leurs épouses. Toujours selon Marie-France Morel, les femmes auraient ainsi acquis l'habitude de faire automatiquement appel à l'accoucheur (Morel, 2007-2008: 24). Son aura tient en partie aux nouveaux instruments qu'il utilise et dont il a le monopole : « [il] réussit également à s'imposer parce qu'il travaille avec de nouveaux instruments relativement efficaces, les leviers et les forceps [...] [i]ls deviennent le privilège exclusif des hommes, médecins ou chirurgiens, puisque matrones et sages-femmes, même instruites, n'ont pas le droit de s'en servir [...] [g]râce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort » (Morel, 2007-2008: 24).

Le récit d'accouchement précédent se déroulant quelques siècles après l'arrivée des premiers accompagnants masculins, la comparaison entre les expériences d'accouchement de la femme et de celui de sa sœur aînée reflète parfaitement, en accéléré, le passage d'un accompagnement féminin traditionnel vers un accompagnement masculin moderne. La rhétorique employée par le médecin afin d'encourager les femmes du village à faire appel à la médecine (masculine) lors de leur grossesse et de leur accouchement rejoint le discours critique de la médecine envers les matrones françaises du XVIII^{ème}

siècle : « tous les jours, elles font périr en même temps la mère et l'enfant, faute des connaissances nécessaires et requises pour les conserver » (Raulin, 1770 dans Morel, 2007-2008: 24).

2.2.2 La pathologisation de l'accouchement : émergence et montée de l'obstétrique en Amérique du Nord

Si l'on se fie à Renaud & al. (1987), dans le cas spécifique de l'Amérique du Nord, l'émergence et la montée en puissance de l'obstétrique au XX^{ème} siècle comporterait trois étapes relativement distinctes. En analysant les 17 éditions du *Williams' Obstetrics*¹⁸ publiées entre 1906 et 1985, les auteur.e.s ont identifié l'étape d'affirmation, l'étape de légitimation ainsi que l'étape d'hégémonie du regard médical.

i. L'étape d'affirmation (1906-1950)

L'étape d'affirmation du discours obstétrical serait principalement caractérisée par un certain pluralisme en matière de suivi de grossesse et de prise en charge lors de l'accouchement. À cette époque, les obstétriciens, de plus en plus confiants dans l'efficacité de leur pratique, avaient à négocier l'utilisation de leurs services par les femmes (Renaud *et al.*, 1987: 209).

Avec la multiplication des différentes percées scientifiques, les connaissances et les outils thérapeutiques¹⁹ se raffinent rapidement. Par exemple, les nouvelles

¹⁸ Les auteur.e.s ont choisi le *Williams' Obstetrics* comme ouvrage officiel de référence puisqu'il s'agit du « manuel le plus utilisé en Amérique du Nord pour la formation des étudiants [...] il est le représentant exemplaire des normes et des pratiques de la communauté médicale » car « [i]l exprime, à chaque édition, les consensus de base » (Renaud *et al.*, 1987: 206). Au moment de publier l'ouvrage, les auteur.e.s indiquaient en note de bas de page que leur étude se poursuivait en intégrant d'autres manuels de référence provenant de divers pays (France, Angleterre, etc.) afin de comparer différents contextes sociaux et scientifiques.

¹⁹ Les connaissances et les outils thérapeutiques tels que décrits dans le *Williams' Obstetrics*, ne l'oublions pas. En effet, Renaud *et al.* ne tentent pas de confirmer ou d'infirmier les affirmations contenues dans l'ouvrage, mais plutôt d'analyser la transformation du discours médical/obstétrique officiel.

connaissances expliquant le fonctionnement et la cyclicité des hormones de grossesses ont permis de développer les premiers tests de grossesses biologiques « modernes »²⁰, dans les années 1930-1940 (Morel, 2004: 50). Les progrès technoscientifiques ont constitué autant d'arguments mobilisables par les obstétriciens pour convaincre les femmes de l'importance de leur rôle, que ce soit lors du suivi de grossesse ou pendant l'accouchement.

Selon les auteur.e.s, cette première étape serait aussi caractérisée par le ton éducatif adopté par les obstétriciens. Loin du ton autoritaire que certains adopteront plus tard, ils tentent plutôt d'adopter une approche centrée sur la « patiente », ce qui leur aurait entre autres permis de « vendre des soins périnataux aux femmes » (Renaud *et al.*, 1987: 212). Cela dit, il ne se privent pas non plus de porter, à l'occasion, des jugements accusateurs envers « l'indolence et le manque d'intelligence de plusieurs patientes » (Renaud *et al.*, 1987: 212)

Enfin, aux interventions cliniques (palpations, par exemple) décrites initialement dans le *Williams' Obstetrics* sont venus s'ajouter de plus en plus de conseils alimentaires pour les femmes enceintes et la préconisation d'interventions technologiques (tests de laboratoire, radiologie, etc.) (Renaud *et al.*, 1987: 214). En ce qui a trait aux conseils sanitaires, ils sont peu nombreux à l'époque et ils reposent parfois sur des connaissances plus ou moins limitées : « la proscription du bain et des relations sexuelles repose sur l'ignorance de l'étiologie des infections puerpérales, sur des croyances (on croit que l'infection peut s'introduire dans le corps de la femme lors du bain) et sur des observations très partielles (on a relevé des cas d'infection puerpérale chez des femmes ayant eu des rapport sexuel durant le dernier mois de leur grossesse » (Renaud *et al.*, 1987: 214).

²⁰ Bien avant l'apparition de ces tests dit « modernes », différentes techniques (divinatoires) étaient traditionnellement utilisées pour tenter de savoir si les femmes étaient bel et bien enceintes et/ou, plus tard pendant la grossesse, quel était le sexe du bébé à naître (Morel, 2004: 34).

ii. L'étape de légitimation (1950-1971)

La seconde étape de la montée en puissance de l'obstétrique mise en évidence par les auteur.e.s s'axe principalement autour de la légitimation et de l'institutionnalisation de la pratique et du discours obstétrical. Les barrières et les oppositions présentes au début du siècle semblent s'être graduellement atténuées. Lors de cette étape, l'obstétrique se serait officiellement auto-attribuée les différents succès médicaux remportés depuis les années 1930, notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle (Renaud *et al.*, 1987: 216). Cette étape voit aussi l'émergence de la préoccupation de l'obstétrique pour le fœtus comme sujet distinct de la mère qui le porte : l'obstétrique cherche à réviser l'ancien principe selon lequel les bons soins maternels garantissaient du même coup la santé du fœtus.

S'inscrivant en continuité de l'étape précédente, la seconde étape est marquée non seulement par une généralisation de l'emploi des outils thérapeutiques ayant été développés jusqu'au milieu du siècle, mais aussi par une multiplication des nouvelles découvertes obstétricales : sémiologie fœtale, iso-immunisation fœto-maternelle, premières amniocentèses, thérapeutique fœtale, transfusions *in utero*, etc. (Renaud *et al.*, 1987: 218). La crédibilité scientifique et l'acceptabilité sociale de l'obstétrique ne furent que renforcées par ces nouvelles découvertes. Alors qu'au début du XX^{ème} siècle les obstétriciens nord-américains devaient négocier avec les femmes, au milieu du siècle l'appel à leurs services afin d'assurer le suivi de grossesse et la prise en charge de l'accouchement est considéré comme une responsabilité de la femme enceinte (Renaud *et al.*, 1987: 220).

Le ton éducationnel initialement adopté est progressivement remplacé par un certain alarmisme plus ou moins autoritaire. Dans l'édition de 1956 du *Williams' Obstetrics*, on affirme que « toute la population » sait maintenant ce que sont les soins obstétricaux nécessaires puisqu'ils sont entrés dans les mœurs et que, conséquemment, « la femme à la fois informée de l'absolue nécessité de voir un médecin et ignorante quant au processus physiologique complexe de la grossesse [...] doit donc se soumettre en toute connaissance de cause » (Renaud *et al.*, 1987: 220).

La grossesse normale et la grossesse pathologique sont de plus en plus indissociables au sein de l'obstétrique américaine (Renaud *et al.*, 1987: 221). Avec l'avènement de la prévention comme nouvelle pierre angulaire de la pratique obstétricale, le suivi de grossesse devint conséquemment de plus en plus pointu à partir du milieu du siècle. Lors de l'étape précédente, on recommandait à l'obstétricien 1 ou 2 rencontres de suivi pendant la grossesse. Le suivi mensuel revenait donc aux infirmières : « [l]e suivi qu'elles assurent se résume alors à quelques interventions : prises de sang et recueil des urines, pesée, mesure de la pression »²¹ (Renaud *et al.*, 1987: 213). Au cours de la deuxième période, on recommande maintenant que la femme enceinte soit vue le plus tôt possible pendant la grossesse et la fréquence des suivis devrait s'accélérer, particulièrement lors du troisième trimestre de grossesse. Les examens/entrevues deviennent eux-mêmes de plus en plus exhaustifs afin d'inclure non seulement les indicateurs habituels (poids, pression sanguine, urines, etc.) mais aussi diverses informations liées, par exemple, aux antécédents familiaux ainsi qu'à l'état du fœtus (Renaud *et al.*, 1987: 222).

La prévention est aussi au cœur des multiples prescriptions et proscriptions décrites à l'époque par le *Williams' Obstetrics*. Ces conseils qui portent sur l'ensemble des habitudes de vie des femmes reposent de plus en plus sur des bases « prouvées scientifiquement », bien que certaines des anciennes prescriptions et proscriptions soient maintenues à la fin de cette étape pour de toutes nouvelles raisons²². Finalement, bien que les interventions cliniques soient encore privilégiées, elles perdent de leurs poids relatifs au profit des interventions technologiques (utilisation accrue des rayons X, premières échographies, etc.) et thérapeutiques. Comme mentionné précédemment, ce n'est plus seulement la santé et le bien-être de la future mère qui est recherchée par le biais de la prévention, mais aussi ceux du fœtus qu'elle porte.

²¹ L'importance du rôle qu'auraient joué les femmes infirmières en matière de santé périnatale sera explorée plus en détails dans la section *Une nouvelle accompagnante : l'infirmière*.

²² « La prévention des infections puerpérales n'implique plus dorénavant l'interdiction du bain et des relations sexuelles durant le dernier mois. La découverte des streptocoques et de leur rôle à titre d'agents infectieux a rendu caduques ces deux normes. Elles seront cependant maintenues sur la base d'une autre argumentation : les relations sexuelles sont interdites en vue de prévenir la prématurité et le bain proscrit dans le but d'éviter le risque de chute » (Renaud *et al.*, 1987: 225).

iii. L'étape d'hégémonie (1971-1985)

Lors de cette troisième étape de « modernisation » de l'accouchement, l'obstétrique en vint à se définir comme « science biologique et sociale, ayant des responsabilités accrues tant sur le plan moral et médical » (Renaud *et al.*, 1987: 226). Cette responsabilité est revendiquée non seulement vis-à-vis de la mère, mais aussi vis-à-vis du fœtus. En effet, le regard obstétrical qui avait commencé à s'intéresser au fœtus lors de l'étape d'institutionnalisation, s'axe maintenant principalement autour de sa surveillance. Étant plus à risque de morbidité et/ou de mortalité que la mère, l'« état du fœtus devient l'indicateur clé de la qualité de la grossesse » (Renaud *et al.*, 1987: 226).

Non seulement marquée par une volonté de l'obstétrique d'inclure de plus en plus les aspects psycho-sociaux de la grossesse, cette étape repose aussi sur l'utilisation d'outils technologiques de plus en plus pointus permettant de « monitorer » la santé de la mère et du fœtus. Paradoxalement, certaines remises en question autocritiques apparaissent au même moment dans le *Williams' Obstetrics* : « les soins prénatals ont quelquefois été une épée à deux tranchants [...] [p]lutôt que d'améliorer l'issue de la grossesse, c'est à l'occasion l'exact opposé qui s'est produit et ce, de multiples façons [...] conseils diététiques inappropriés [...] prescription inutile de drogues potentiellement dangereuses [...] ne pas encourager la femme à rapporter immédiatement un événement anormal mais la faire attendre jusqu'au prochain rendez-vous (Williams, 16e éd., 1980 : 303-304, traduction libre) » (Renaud *et al.*, 1987: 230). Ces remises en question se seraient cependant effacées au tournant des années 1980, laissant plutôt place à une « euphorie des pouvoirs technologiques », notamment en matière de fœtologie (Renaud *et al.*, 1987: 231).

À partir des années 1970, le discours de l'obstétrique Nord-Américaine se veut de plus en plus interventionniste et alarmiste. Cet alarmisme est renforcé à un point tel que la « normalité » de la grossesse est maintenant déterminée qu'une fois la naissance passée (Renaud *et al.*, 1987: 228). La relation patiente/médecin est de plus en plus dépendante des nouvelles technologies puisqu'elles permettent de palier les multiples incertitudes associées à cette rhétorique du risque (Renaud *et al.*, 1987: 229). Bien que la femme en vienne à jouer un rôle de plus en plus passif lors de son propre accouchement, le *Williams'*

Obstetrics met en garde les obstétriciens contre les effets potentiellement iatrogènes d'une trop grande passivité de la part de la femme (Renaud *et al.*, 1987: 229).

À travers cette troisième étape, les soins périnataux ne sont désormais plus considérés comme un moment d'intervention « particulier », mais plutôt comme faisant partie d'une « prise en charge globale et des soins continus de santé » (Renaud *et al.*, 1987: 230). La prévention atteint un niveau inégalé; elle débiterait idéalement avant même la conception du fœtus. Bien que le nombre de visites conseillées demeure pratiquement le même, le calendrier devient plus flexible afin de s'adapter au rythme du développement fœtal (Renaud *et al.*, 1987: 232).

Du côté des prescriptions et proscriptions sanitaires, Renaud et al. ont remarqué que la prévention de la toxémie ainsi que des infections puerpérales auraient progressivement été remplacées par diverses préoccupations entourant le syndrome de l'alcoolisme fœtal ainsi que la naissance de bébés de faible poids (Renaud *et al.*, 1987: 233). Ces nouvelles priorités sont cohérentes avec le déplacement du regard obstétrical vers la santé du fœtus. Finalement, bien que les conseils en matière d'habitude de vie se précisent lors de cette étape d'hégémonie obstétricale, certains font l'objet d'importants débats au sein de la communauté scientifique.²⁴

2.2.3 Une nouvelle accompagnante : l'infirmière

Face à l'arrivée de l'accoucheur/obstétricien, le rôle traditionnellement réservé à l'accompagnante féminine s'est transformé à travers les siècles. Il s'agit de l'un des thèmes centraux de l'ouvrage *Sorcières, sages-femmes & infirmières* de Barbara Ehrenreich et Deidre English (Ehrenreich et English, 2014). L'édition originale ayant été publiée en 1973 suite à l'énorme popularité d'un pamphlet qu'elles avaient elles-mêmes

²⁴ Renaud et al. mentionnent, entre autres, la question du travail et de la sexualité lors de la grossesse (Renaud *et al.*, 1987: 236).

autoéditées, il retrace un pan de l'histoire des femmes (le *herstory*²⁵) qu'elles considéraient avoir été trop longtemps laissé de côté : le passage de la prééminence des femmes à leur soumission au sein du système médical (américain). Se limitant aux contextes occidental/américain, la thèse principale qu'elles défendaient en 1973²⁶ était que la prise de contrôle masculine de ce système était la résultante (provisoire) autant d'une lutte de classes que d'une lutte (« guerre ») des genres (« sexes ») (Ehrenreich et English, 2014: 32). La première victime de cette double lutte est la sage-femme qui, en Amérique du Nord au moins, disparaît littéralement de la scène de l'accouchement, remplacée par l'infirmière, à qui l'on confie un rôle mineur dans le processus.

Selon Ehrenreich et English, « pour la nouvelle profession médicale masculine, le bannissement des sages-femmes signifiait la suppression d'une source de concurrence [...] [l]es femmes avaient été chassées de leur dernier bastion de praticiennes indépendantes [...] [i]l ne restait aux femmes comme activité dans le domaine de la santé que les soins infirmiers » (Ehrenreich et English, 2014: 89-90). Cette lecture rejoint celle d'Hélène Laforce concernant la disparition de la pratique sage-femme au Québec: « La disparition des sages-femmes au Québec est liée à un processus d'élimination qui s'inscrit dans les enjeux de la concurrence [...] [c]ette disparition est importante car elle enlève aux femmes une solution de rechange importante dans un domaine primordial pour elles [...] [c]ette concurrence est autant une affaire de femmes que d'hommes [...] [s]i les médecins ont réussi pendant un siècle à établir puis stabiliser leur monopole, c'est que le discours d'efficacité qu'ils ont transmis a été bien intégré par les femmes, qui l'ont accepté » (Laforce, 1987b: 203). Le Québec semble donc se retrouver à la confluence de l'Europe et des États-Unis : historiquement, la pratique sage-femme aurait été implantée en Nouvelle-France sous le régime français, pour ensuite être progressivement évacuée

²⁵ « Constatant que l'histoire est majoritairement écrite par les hommes, et s'amusant de ce que dans le mot anglais *history* on puisse voir apparaître le pronom masculin *his*, les féministes proposent par un jeu de mot de remplacer le pronom *his* par le pronom féminin *her* : le mot ainsi créé, *herstory*, propose d'écrire désormais l'histoire d'un point de vue féministe, histoire des femmes dans l'histoire écrite par des femmes. Le jeu de mots paraît très difficilement traduisible en français » (Ehrenreich et English, 2014: 120).

²⁶ Qu'elles ont d'ailleurs réitérées dans l'introduction de l'édition de 2010, de manière plus ou moins nuancée, par le biais de recherches conduites depuis les années 1970.

sous le régime britannique²⁷, et finalement remplacée par l'obstétrique et les soins infirmiers (nord-américains).

La « dame à la lampe »

Pour Ehrenreich et English, ce serait aux États-Unis que le contrôle masculin de la fonction de soignant aurait été poussé le plus loin, au terme d'une lutte contre les femmes soignantes : « Dans les histoires conventionnelles de la médecine, le Mouvement populaire pour la santé [Popular Health Movement (PHM)] des années 1830-1840 est en général rapidement écarté comme étant le sommet de la vague du charlatanisme et du sectarisme médical [...] [e]n réalité ce fut le front médical d'un soulèvement social généralisé attisé par le mouvement féministe et le mouvement ouvrier [...] [l]es femmes étaient la colonne vertébrale du Mouvement populaire pour la santé » (Ehrenreich et English, 2014: 70-71). Forte du soutien de différentes institutions étatiques²⁸ ainsi que de la philanthropie privée²⁹, la profession médicale (masculine) contre-attaque et, au tournant du XX^e siècle, se débarrasse des « dernières réfractaires de l'ancienne médecine populaire – les sages-femmes » (Ehrenreich et English, 2014: 88). Parallèlement, au Québec, l'instauration de la Corporation des médecins en 1847 permettra à la fois la montée du contrôle médical (masculin) au sein des lieux de savoirs universitaires et des maternités ainsi que l'élimination progressive de la pratique sage-femme : « Cette

²⁷ Hélène Laforce observe (et soulève un questionnement intéressant) : « les pays où la profession de sage-femme a été évacuée sont tous d'anciennes colonies britanniques [...] [d]es lieux où l'absence de traditions issues d'un mandarinat médical a laissé toute la latitude à la libre concurrence dans le domaine médical [...] [m]ais l'Angleterre n'est pas la seule à posséder des colonies [d]oit-on entrevoir dans cette similitude, un effet du génie protestant très favorable au principe de la domination de l'homme sur la nature ainsi qu'aux répercussions en obstétriques des libéralismes économique et institutionnel britanniques » (Laforce, 1987b: 203).

²⁸ « Soumis à d'intenses pressions de la part de la profession médicale, les États promulguèrent l'un après l'autre des lois mettant hors la loi les sages-femmes et réservant la pratique de l'obstétrique aux docteurs [...] [p]our les femmes pauvres de la classe ouvrière, cela signifiait une dégradation – voire une suppression – des soins obstétricaux » (Ehrenreich et English, 2014: 89).

²⁹ « l'intervention organisée de la classe dirigeante dans la vie sociale, culturelle et politique de la nation [...] [d]es fondations furent créées pour être les instruments durables de cette intervention (les fondations Rockefeller et Carnegie apparurent dans la première décennie du XX^e siècle [...] [l]'une des questions les plus urgentes et primordiales de leur agenda était la « réforme » médicale : la création d'une profession médicale respectable et scientifique aux États-Unis » (Ehrenreich et English, 2014: 84).

concentration [de facultés de médecine au Québec] sera fort importante car elle permettra un meilleur contrôle de ces institutions et de leurs savoirs autant de la part de l'État que de la Corporation [...] [s]i les sages-femmes gardent encore leur place à l'intérieur de cette infrastructure [...] elles perdent cependant peu à peu le contrôle administratif et formel dans ces mêmes institutions [...] [s]i les femmes [...] n'avaient pas été évincées de ces véritables lieux de décision, l'histoire qui va suivre aurait sans doute été différente » (Laforce, 1987b: 198).

Au tournant du XX^{ème} siècle, les femmes soignantes (nord) américaines ne pouvaient donc désormais que jouer le rôle de l'infirmière. Existant déjà dans l'imaginaire collectif de l'époque, le symbole de l'infirmière ne représentait cependant pas un métier respectable : « [a]u début du XIX^e siècle, une « infirmière » était simplement une femme qui apportait des soins à quelqu'un [...] [i]l y avait des hôpitaux et ils employaient des infirmières [...] [l]'histoire dépeint les infirmières d'hôpital comme un groupe peu recommandable, enclin à l'ivrognerie, à la prostitution et au vol » (Ehrenreich et English, 2014: 90). Devant cette représentation plus ou moins péjorative, certaines femmes aristocrates³⁰, dont Florence Nightingale, se lancèrent dans une profonde réforme, non seulement des soins infirmiers, mais aussi de la représentation de l'infirmière elle-même. Elles souhaitaient donner une image plus vertueuse à la profession afin qu'elle devienne respectable non seulement aux yeux des autres femmes d'un certain statut, mais aussi vis-à-vis des médecins qui devaient accepter leur présence au chevet des patient(e)s. Suite au rôle que ces infirmières nouvellement formées jouèrent lors de guerres importantes (notamment, la guerre de Sécession ainsi que la guerre de Crimée), l'infirmière sera dorénavant perçue dans l'imaginaire collectif occidental comme « la dame à la lampe » qui se « dévou[e] corps et âme aux blessés » (Ehrenreich et English, 2014: 91).

Classe sociale et construction de genre s'y entremêlant, ces nouveaux programmes de formation imposèrent les valeurs culturelles de la classe dominante (incluant son idéal de la féminité) à de nouvelles infirmières provenant de plus en plus des classes moyennes

³⁰ Ehrenreich et English présentent, notamment, les exemples de Dorothea Dix, Florence Nightingale, Euphemia Van Rensselear ainsi qu'Isabel Hampton : « ces femmes qui ont inventé le métier d'infirmière [...] ce métier tel que nous le connaissons aujourd'hui [en 1973] est le produit de leur oppression en tant que femmes de la classe dominante dans la société victorienne » (Ehrenreich et English, 2014: 92).

et inférieures ainsi que des milieux ouvriers : « Nightingale et ses disciples immédiates marquèrent le métier d’infirmière de l’empreinte indélébile de leurs préjugés de classe. La formation insistait sur l’attitude plutôt que sur le savoir-faire. Le produit fini, l’infirmière façon Nightingale, était tout simplement la Dame idéale, transplantée de la maison à l’hôpital, et dispensée de la responsabilité de la reproduction. Au docteur, elle apportait la vertu d’obéissance absolue propre aux bonnes épouses. Au patient, elle apportait le dévouement désintéressé d’une mère. Aux employés subalternes de l’hôpital, elle apportait la discipline ferme mais bienveillante d’une maîtresse de maison habituée à diriger des domestiques » (Ehrenreich et English, 2014: 93). Plusieurs cours étaient centrés sur l’apprentissage des bonnes manières telles que conçues par la classe dominante (service du thé, appréciation artistique, etc.) et l’on inculquait aux futures infirmières qu’elles devaient se maquiller et porter une gaine ainsi qu’ « imiter le comportement d’une classe de femmes « meilleures » » (Ehrenreich et English, 2014: 93). Poussant un peu plus loin cette réflexion, on pourrait même aller jusqu’à dire que, pour (certaines) des femmes de ces milieux ouvriers ou de classe moyenne inférieure, l’entrée à l’école d’infirmières constituaient une forme de mobilité ou d’ascension sociale à privilégier.

Les percevant comme d’éventuelles compétitrices à leur pratique, les médecins auraient initialement été méfiants envers l’arrivée des premières infirmières formées, entre autres, par Florence Nightingale³¹. Cependant, ils auraient rapidement réalisé qu’elles ne souhaitaient pas les remplacer mais plutôt les servir (Ehrenreich et English, 2014: 95). Associé à cette relation de soumission à l’autorité masculine du médecin, le rôle « naturel » de la femme se serait professionnalisé sous la forme du soin infirmier. Cette professionnalisation aurait inversement été accompagnée d’une certaine « domesticisation » : la femme devint naturellement infirmière dans l’espace hospitalier et, parallèlement, la mère devint elle-même l’infirmière au sein de l’espace domestique.

³¹ « Nightingale était un peu obsessionnelle sur ce point. Lorsqu’elle arriva en Crimée avec ses infirmières nouvellement formées, les docteurs commencèrent par les ignorer complètement. Nightingale décida alors que ses femmes ne lèveraient pas le petit doigt pour aider les milliers de soldats malades et blessés tant que les docteurs n’en auraient pas donné l’ordre. Impressionnés, les docteurs fléchirent et chargèrent les infirmières du nettoyage de l’hôpital » (Ehrenreich et English, 2014: 96).

Ultimement, le médecin (américain) en serait venu à considérer l'infirmière comme un « don du Ciel » : « un groupe de travailleuses de la santé qui ne cherchait pas à concurrencer les « réguliers », qui n'avait aucune doctrine médicale à promouvoir et qui ne semblait pas avoir d'autre mission dans la vie que de servir [...] [il] avait besoin pour cela d'une aide patiente et obéissante, d'une personne qui ne se placerait pas au-dessus des tâches les plus ingrates, en bref, d'une infirmière » (Ehrenreich et English, 2014: 98).

L'idéal de féminité associé au rôle de l'infirmière impliquait aussi, de manière relativement explicite, un certain idéal de la masculinité. En effet, la division des savoirs, habilités et rôles thérapeutiques respectifs du médecin et de l'infirmière reposait, initialement du moins, sur une construction de genres dichotomique : « Les qualités qui faisaient que la Femme était faite pour le métier d'infirmière lui interdisaient d'être docteur, et vice versa. Avec sa sensibilité et sa spiritualité innée, elle ne pouvait trouver sa place dans le monde rude et linéaire de la science. Avec son esprit de décision et sa curiosité, il ne pouvait patienter de longues heures au chevet des malades » (Ehrenreich et English, 2014: 99). En d'autres termes, le médecin, homme de science et de connaissances, traitait la maladie tandis que l'infirmière, femme sensible et spirituelle, soignait les patient(e)s.

Cette division « naturelle » selon le genre est d'ailleurs bien rapportée dans les mémoires de Violaine Kerbrat. Ayant œuvré comme infirmière/sage-femme³² à partir des années 1970 en France, Kerbrat a été témoin non seulement de quarante ans de progrès obstétricaux, mais aussi des dilemmes (éthiques) qu'ils ont progressivement posés. Un des passages les plus parlants est sans contredit la description de son expérience en tant que sage-femme à la maternité de l'hôpital Antoine Béchère : « En parlant ensemble, nous

³² Dans le contexte Français de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le rôle de la sage-femme en centre hospitalier semble se rapprocher beaucoup plus de celui de l'infirmière obstétrique que du rôle « traditionnel » de la sage-femme, tel que présenté précédemment : « Que pouvait revêtir ce terme de sage-femme pour une jeune fille d'à peine 20 ans ? Bien sûr, je connaissais leur histoire, je savais que, au moins depuis le Moyen Âge, la mise au monde entre femmes avait toujours été la règle. Que certaines étaient plus savantes que d'autres dans l'accompagnement de la grossesse, appliquant des recettes empiriques (et magiques), ce qui leur valut souvent des procès en sorcellerie. Et enfin, que leur rôle avait décliné au profit des chirurgiens il y a trois ou quatre siècles [...] Mais, au vrai, l'aspect historique du métier ne m'intéressait guère. [...] Ce que j'entrevois dans l'exercice de cette profession, c'était le soin, l'accompagnement, l'attention sincère portée à l'autre, et aussi, je crois, le don de soi » (Kerbrat et Sultan, 2010: 25-26).

soudions une équipe, nous nous efforcions aussi de faire disparaître la traditionnelle rivalité entre sages-femmes et médecins, nous faisons notre possible pour être complémentaires, pour que chacun se sente l'égal de l'autre. Combien de médecins méprisants envers les « ventrières » (vilain nom qui désignait les sages-femmes) n'avais-je pas rencontrés auparavant ! Combien de siècles de condescendance devions-nous effacer ! » (Kerbrat et Sultan, 2010: 66). Cela dit, Kerbrat n'est pas dupe des rapports de pouvoir dans lesquels s'exerce sa profession: « La sage-femme était alors peu considérée à l'hôpital [...] Aujourd'hui encore, aucune manœuvre instrumentale ne nous est autorisée. Nous sommes là pour surveiller le bon déroulement du travail – que nous aidons parfois en administrant des produits » (Kerbrat et Sultan, 2010: 29). En somme, même là où le titre de « sage-femme » a perduré, la fonction réelle de ses soignantes a été réduite à celle de l'infirmière dans le cadre de « l'accouchement modernisé ».

2.2.4 L'industrialisation de l'accouchement

i. L'hôpital, usine à accoucher

Bien que la pratique de l'accouchement en milieu hospitalier pré-date la période moderne, jusqu'au XIX^{ème} siècle l'hôpital est généralement perçu plutôt comme un lieu d'assistance de dernier recours pour les femmes n'ayant nulle part ailleurs où accoucher. En effet, en France par exemple, jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle, l'hôpital est considéré comme un lieu d'accouchement dangereux (plus dangereux que le domicile) vers lequel seules « les pauvresses et les filles-mères » se tournent (Morel, 2007-2008: 23). Cette perception serait principalement liée aux nombreuses explosions d'épidémies de fièvre puerpérale qui se répandaient de manière récurrente dans certaines maternités françaises³³. C'est face à ce type de situations que les différentes percées scientifiques,

³³ Morel présente, entre autres, l'exemple particulièrement parlant de la maternité de Port-Royal : « dès 1856, des statistiques précises ont établi que la mortalité en couches à la maternité de Port-Royal est dix-neuf fois plus forte qu'en ville (5,9% contre 0,3%) [...] [c]e sont surtout les fièvres puerpérales, récurrentes jusqu'en 1880, qui déciment les nouvelles accouchées : ainsi, en mai 1856, à la maternité de Port-Royal, 31 des 32 accouchées meurent ! » (Morel, 2007-2008: 25).

incluant la montée d'un nouveau paradigme bactériologique, allaient avoir le plus d'impact.

À partir de 1878, Louis Pasteur enseigna à de nombreux médecins français l'importance des pratiques associées à la stérilisation, à l'asepsie ainsi qu'à l'antisepsie. En effet, sous le paradigme miasmatique dominant jusqu'au milieu du siècle, les médecins ne comprennent pas véritablement les modes de transmission de la fièvre puerpérale, bien qu'ils la considèrent très contagieuse : « Comme on pense que le mal se propage par les « miasmes » de l'air, on se contente d'aérer les locaux par des courants d'air, après avoir isolé les malades ; le personnel n'est pas encore en blouse blanche et se lave rarement les mains, transmettant ainsi, sans le savoir, avec les doigts, les pansements et les instruments, les germes d'une femme à l'autre » (Morel, 2007-2008: 25). Avec l'arrivée de la bactériologie et des nouvelles pratiques lui étant associées, on observe une baisse drastique des taux de mortalité maternelle³⁴. La perception de l'hôpital en matière d'accouchement se transforme alors peu à peu dans l'imaginaire collectif français. Plus généralement, au tournant du XX^{ème} siècle l'hôpital est désormais reconnu, non seulement en France mais un peu partout en Occident, comme un espace de soins aseptisés où est pratiquée une médecine qui sauve des vies.

Si l'on se fie à Statistiques Canada, pour ce qui est du Québec, le point tournant en matière d'accouchement en milieu hospitalier se situerait entre 1950 et 1960. En 1926 seulement 4.8% de l'ensemble des accouchements se seraient déroulés à l'hôpital. En 1960 ce taux atteignait 85.2%, (Statistiques Canada dans Laurendeau, 1987: 143)³⁵. À l'échelle Canadienne, en 1930 ce taux était de 26.6% et s'élevait déjà à 76% en 1950 (Statistiques Canada dans Laurendeau, 1987: 143). En 1974, 99.7% des accouchements se déroulent en milieu hospitalier au Québec, comme dans le reste du Canada (Statistiques Canada dans Laurendeau, 1987: 143). Corolaire à cette montée de l'obstétrique et de

³⁴ Pour soutenir son point, Morel présente ici le cas de la Maternité de Paris : « elles [les pratiques d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation] permettent une baisse radicale de la mortalité maternelle : dès 1892, à la maternité de Paris, elle descend en dessous de 0,5% et, après 1900, elle n'est plus que de 0,13% » (Morel, 2007-2008: 25).

³⁵ Il est cependant important de mentionner que, bien que ces chiffres nous permettent de comparer les contextes québécois et canadiens dans leur ensemble, ils ne reflètent cependant pas les variations régionales qui auraient pu exister.

l'accompagnement masculin, l'organisation (spatiale) de ce nouvel environnement d'accouchement implique aussi d'importants changements en ce qui a trait à son déroulement.

Sur la « chaîne de montage » hospitalière

« The conveyor belt concept has its use in analyzing our problems. It emphasizes the repeated transference of a mother (as in a motor-car assembly) from place to place, and also that unequal time periods at any station can render the process uneconomical. »

(Gainsborough & Gainsborough dans Lindheim, 1981: 6)

Reprenant le concept de chaîne de montage afin de décrire la division spatiale des unités de naissances (et des hôpitaux dans leur ensemble), Denise Piché défend que celle-ci reflète et actualise les principes centraux du taylorisme industriel. Le regard qu'elle pose sur l'hôpital des années 1980 est relativement critique : le corps (des femmes enceintes) doit se plier à des routines hospitalières construites en fonction d'espaces et d'instruments utilisés afin d'atteindre diverses économies d'échelles (Piché, 1987). Selon ce paradigme organisationnel, ce sont donc les patient.e.s qui doivent se plier aux divers besoins du milieu hospitalier, et non l'inverse. Cette standardisation progressive touche non seulement la nature de l'accompagnement offert, de plus en plus dépersonnalisé par souci d'efficacité et d'efficience, mais elle a aussi un impact sur les moindres détails du déroulement de l'accouchement.

La division de l'espace à laquelle doit se plier la femme accouchant en milieu hospitalier à la fin du XX^{ème} siècle s'apparente effectivement à une chaîne de montage bien rodée. Dans le cas où l'accouchement n'est pas déclenché volontairement pour diverses raisons, la femme se déplace vers l'hôpital suite aux premiers signes annonçant

le début du « travail » (premières contractions, perte des eaux, etc.). Généralement accompagnée de son mari, elle est placée dans un fauteuil roulant³⁶ dès son arrivée. Dans le cas d'un accouchement sans complications, elle passera progressivement de la réception à la salle d'examen pour ensuite être déplacée à la salle de travail et/ou une chambre³⁷. Dans l'éventualité où la femme est placée dans une chambre privée, son mari peut l'accompagner jusqu'au premier stade du travail seulement. Dans tous les cas, on refuse la présence du mari lors des diverses préparations (lavement, rasage de la vulve, examens rectaux, etc.) ainsi que lors des derniers stades de l'accouchement (Rivard, 2014: 109). On lui demande alors de se déplacer vers la salle d'attente jusqu'à l'arrivée du nouveau-né. S'appuyant sur les travaux de Wendy Mitchinson, Andrée Rivard affirme que cette exclusion du mari (et des autres membres de la famille) visait à renforcer l'autorité du médecin tout en lui permettant de garder un plus grand contrôle sur le déroulement de l'accouchement : « elle note à cet égard que « if the patient and her family had more say, he had less [...] [h]e was under the surveillance of the patient and her family » (Mitchison, 1991 dans Rivard, 2014: 111). Dans le cas où des complications se présentent, le bloc opératoire et la salle de réveil s'ajoutent à la chaîne de montage. De son côté, suite à sa naissance, le nouveau-né est lui aussi placé sur une autre « branche » de la chaîne de montage obstétricale: « le nouveau-né est accroché à un convoyeur qui a son propre itinéraire jusqu'à la pouponnière » (Piché, 1987: 357).

Couchées devant le médecin

Alors que l'accouchement traditionnel repose sur une liberté de choix qui semble quasi-totale en matière de position d'accouchement, avec le processus de modernisation on observe l'imposition progressive de la position de lithotomie³⁸. Cette imposition s'inscrit en parfaite cohérence avec plusieurs des facteurs déjà présentés.

³⁶ Pour Andrée Rivard, « [l]e fauteuil roulant, où la parturiente était installée dès son arrivée à l'hôpital, a longtemps été le symbole de sa passivité » (Rivard, 2014: 110).

³⁷ Dans certains hôpitaux, la femme était dirigée directement dans une chambre puisqu'on n'y retrouvait pas de salle de travail.

³⁸ Position couchée sur le dos.

En premier lieu, les principes de l'asepsie devant être respectés à tout prix, il n'est pas rare que les femmes voient désormais leurs mains attachées à la table d'accouchement : « On exige de la parturiente qu'elle s'abstienne de toucher ses organes génitaux pendant l'accouchement et on fixe ses mains sur la table d'accouchement par des sangles pour éviter que dans [...] un geste spontané vers son enfant elle souille le champ opératoire » (Rivard, 2014: 112). Logiquement, si les mains de la femme sont attachées à la table d'accouchement, elle peut difficilement adopter une autre posture que la lithotomie.

Ensuite, le « monitoring » de plus en plus fréquent de la mère et du fœtus³⁹ lors de l'accouchement implique que la mère soit liée à divers appareils électroniques en permanence. Elle ne peut donc pas choisir, de manière instinctive ou non, d'adopter diverses positions à travers les différentes étapes de son accouchement. Elle est désormais couchée dès son arrivée à la salle de travail et elle le restera jusqu'à son arrivée à la chambre de séjour. France Laurendeau soulève d'ailleurs les effets possiblement iatrogènes de l'imposition de la position couchée : « l'apport sanguin au fœtus est ainsi réduit et [...] l'inconfort de la mère peut produire du stress » (Laurendeau, 1987: 156). De plus, la position couchée aurait été favorisée au dépend des autres positions possibles par l'obstétrique moderne, car il s'agissait de celle qui assurait un plus grand confort pour le médecin et un meilleur contrôle de sa part sur le déroulement de l'accouchement. L'usage des étriers répond aux mêmes exigences et facilite le recours aux instruments de l'obstétricien (ses forceps, notamment). Comme l'observe Andrée Rivard : « Bien que les auteurs du *Manuel Zabriskie* se montrent convaincus que « l'ambiance de la salle d'accouchement moderne [...] rappelle l'atmosphère du foyer », ce qui est utile pour favoriser la détente de la parturiente, il est légitime de se questionner sur le bien-être réel d'une femme ainsi installée et attachée sous de puissantes lampes » (Rivard, 2014: 115).

³⁹ « Le moniteur fœtal (Electronic fœtal monitor, ou E.F.M) est un appareil qui permet d'enregistrer la fréquence et l'intensité des contractions utérines durant le travail, ainsi que les battements du cœur fœtal. Au Québec, cet appareil a été introduit dans les salles d'accouchement au début des années 1970. Il est destiné à la surveillance des grossesses à risque élevé puisqu'il permet de détecter la souffrance fœtale durant le travail et, par conséquent, d'intervenir à temps. Plusieurs médecins le jugent toutefois utile dans tous les cas » (Laurendeau, 1987: 155).

C'est le point d'aboutissement d'une rhétorique médicale qui dès le XVIII^{ème} siècle a comparé les femmes qui n'accouchaient pas allongées à des bêtes donnant naissance à une portée : « Dans l'obstétrique savante du XVIII^e, seule la position allongée sur le dos est convenable; les autres positions sont condamnées au nom de la décence, car elles « répugnent à l'humanité » ; la femme qui les pratique peut être comparée à une bête » (Morel, 2007-2008: 24). Selon cette conception, la femme refusant d'accoucher de manière couchée était non seulement considérée comme indécente, mais elle renonçait du même coup à son humanité.

Une opération chirurgicale

En plus de la réorganisation spatiale et de l'imposition d'une nouvelle position privilégiée, la modernisation de l'accouchement occidental a aussi impliqué l'introduction d'une série de nouvelles routines corporelles justifiées, entre autres, par les principes de l'asepsie. Comme le souligne le précédent récit d'accouchement moderne, ces routines incluaient le lavement intestinal, le rasage de la vulve ainsi que les examens rectaux (plutôt que vaginaux). On imposait le rasage vulvaire car on croyait que les poils pouvaient retenir des microbes qu'il fallait à tout prix tenter d'éliminer. C'est aussi pourquoi, après avoir rasé la région, on la nettoyait et on la désinfectait juste avant le passage du nouveau-né (Rivard, 2014: 112). On effectuait aussi un lavement intestinal qui visait non seulement « à stimuler les contractions et à faciliter les examens rectaux, mais également à prévenir toute défécation pouvant contaminer le champ stérile » (Lerch, 1970: 162 dans Rivard, 2014: 112). Finalement, suite aux diverses découvertes bactériologiques, on pouvait privilégier le toucher rectal (au détriment du « traditionnel » touché vaginal)⁴⁰ afin d'évaluer la progression du travail puisqu'il aurait permis de conserver l'asepsie vaginale.

Ces nouvelles routines corporelles « modernes » ont aussi été accompagnées par un usage de plus en plus systématique de l'anesthésie épidurale et du moniteur fœtal ainsi

⁴⁰ « Cette obsession des germes explique généralement que des médecins favorisaient le toucher rectal plutôt que le toucher vaginal pour palper le col de l'utérus et la tête de l'enfant » (Rivard, 2014: 112).

que par la multiplication du recours à la rupture de membranes⁴¹, à l'épisiotomie⁴² et à la césarienne lors de l'accouchement. Par exemple, dans le cas du Québec des années 1970, moment charnière en ce qui a trait la modernisation / technicisation de l'accouchement, on a observé une augmentation de 250 % de la rupture artificielle des membranes ainsi qu'une augmentation de 32.6% du nombre d'épisiotomies pratiquées entre 1971 et 1977 (Statistiques non publiées de la Régie de l'assurance-maladie du Québec dans Laurendeau, 1987: 146). De plus, toujours selon la Régie de l'assurance maladie du Québec, de 1971 à 1978 l'utilisation du monitoring fœtal aurait connu une explosion de 4907.0% (passant de 0.3% à 16.1% des accouchements recensés) tandis que l'anesthésie épidurale et la césarienne auraient respectivement connu des augmentations de 56.9% et 129.9% (Laurendeau, 1987: 148 & 151). Dans le cas de l'anesthésie générale⁴³, selon l'ancien ministère des Affaires sociales, en 1971 elle touchait 55.0% de l'ensemble des accouchements recensés⁴⁴ (Rivard, 2014: 98). En revanche, fait intéressant à noter, l'utilisation des forceps aurait chuté de 34.4% de 1971 à 1977 (passant de 24.1% à 15.8% de l'ensemble des accouchements recensés) (Laurendeau, 1987: 146). Ce qui illustre bien que les pratiques routinières se transforment à travers le temps; que l'intervention exceptionnelle d'aujourd'hui peut certainement devenir la routine de demain. Bref, bien que ces nouvelles techniques n'étaient peut-être pas appliquées de manière aussi systématique que le toucher rectal, le lavement intestinal et le rasage vulvaire, il demeure tout de même que leur routinisation évidente reflète parfaitement la prise de contrôle intégrale du processus de l'accouchement par le corps médical et ses instruments. La parturiente n'y a pratiquement plus aucun rôle à y jouer. Elle doit être aussi passive que

⁴¹ Dans le cas où l'on rompait artificiellement les membranes, c'était habituellement afin d'accélérer l'accouchement (Laurendeau, 1987: 146-147).

⁴² L'épisiotomie [incision du périnée] est une mesure préventive qui évite les déchirements difficiles à réparer [...] [d]e plus, il semblerait que l'épisiotomie prévienne les descentes de vessie ou d'utérus consécutives à l'accouchement [...] [p]ourtant, ces maladies sont en régression partout dans le monde, même dans les pays où on ne fait que très peu d'épisiotomie (Hare, 1972) » (Laurendeau, 1987: 147).

⁴³ « Le but de l'anesthésie générale était de faire en sorte que la parturiente « ne se rende pas du tout compte de l'expulsion de son enfant » [...] [l]orsqu'elle revenait à elle, la femme était habituellement rendue dans sa chambre ou en salle de réveil [...] [s]elon le Dr Jacques Fortier, « [l]es patientes ainsi traitées s'en trouvent toujours très heureuses et sont surprises de constater que l'accouchement a eu lieu » [Fortier, 1946 : 128] » (Rivard, 2014: 103).

⁴⁴ Au total, lorsqu'on additionne toutes les formes possibles d'analgésie, soit générale (55.0%), régionale (26.0%), locale (6.5%) ou combinée (0.9%), c'était 84.4% des accouchements qui était touché en 1971 (Rivard, 2014: 98).

possible, quitte à l'attacher ou à la droguer. Le pilote de l'opération est désormais le médecin. Cette dépossession est comparable à celle que le taylorisme a imposé quelques décennies plus tôt aux ouvriers de métier, avec la division verticale du travail (et non plus seulement horizontale). Dans le cas de l'accouchement, cette dépossession est genrée. Ce sont les hommes qui prennent les commandes de l'accouchement à travers le XX^{ème} siècle.

À l'heure de sa modernisation, l'accouchement occidental finit par être considéré par le corps médical comme un acte chirurgical⁴⁵, y compris lorsqu'il ne se termine pas par une césarienne. L'un des enjeux qui conduit à cette approche de l'accouchement est celui du temps : « Pour ces experts, il existe clairement un modèle idéal de l'enfantement : « si les accouchements trop longs sont néfastes pour la mère et le fœtus et doivent désormais disparaître des maternités bien tenues, les accouchements trop rapides, qui sont des accouchements « forcés », sont également dangereux, et pour les tissus maternels, et pour le cerveau du fœtus » (Rivard, 2014: 107-108). L'un des outils privilégiés de ce contrôle du temps d'accouchement est constitué par toutes les substances administrées aux parturientes; anesthésiants (barbituriques et sédatifs) afin d'éliminer (une partie de) la douleur, antispasmodiques et ocytociques pour déclencher le travail, soluté glucosé permettant à la femme de s'hydrater et de combattre l'épuisement, etc. Pour les faire accepter aux femmes, l'un des arguments majeurs a sans doute été la promesse d'un accouchement non seulement sans risques, mais aussi sans douleur ni effet véritable : « Au fur et à mesure que, pour des raisons de confort et de sécurité, l'habitude d'accoucher en maternité se répandait, l'accès aux médicaments analgésiques devint de plus en plus facile et la consommation s'en accrut [...] [c]ertaines femmes en virent alors à considérer l'enfantement sans administration massive de soporifiques et d'anesthésiques comme une épreuve insurmontable » (Goodrich, 168:12 dans Rivard, 2014: 104)⁴⁶.

⁴⁵ Pour l'ensemble des accouchements, pas seulement dans le cas des césariennes : « Le Dr. L. Bécharde de l'Université Laval et ses collègues se montraient [...] convaincus que « l'accouchement est un acte chirurgical », ce qui suppose une « parfaite » asepsie des instruments et des champs opératoires » (Bécharde & al., 1964 dans Rivard, 2014: 112).

⁴⁶ La victoire de la médicalisation de l'accouchement découlerait donc, du moins en partie, de l'émergence d'un nouveau rapport à la douleur associé à la modernité occidentale : « Même si la douleur est une donnée fondatrice de l'humanité, soumise à une variété de perceptions porteuses de diverses

Que pouvaient donc y opposer les femmes compte tenu du rapport de force en présence? Isolées de ses proches qui lui offraient traditionnellement accompagnement, soutien et réconfort, dépossédées de toutes les connaissances traditionnelles concernant l'enfantement, les femmes accouchant en milieu hospitalier au XXème siècle se sont retrouvées littéralement à la merci du corps médical. Elles n'avaient guère d'autres solutions que de s'en remettre aux savoirs et aux techniques de l'obstétricien, ainsi qu'à sa volonté de contrôler autant que possible l'opération. Certaines, pourtant, ont trouvé la force de commencer à remettre en question cette manière d'accoucher.

2.2.5 Remises en question

Comme mentionné précédemment⁴⁷, dès le milieu du XXème siècle, certains professionnels de l'obstétrique commencèrent à remettre en question la surmédicalisation ainsi que la technicisation de l'accouchement. À l'instar d'Ivan Illich, qui soulevait le caractère potentiellement iatrogène⁴⁸ de la biomédecine moderne dans son ensemble à travers l'ouvrage *Némésis Médicale : L'expropriation de la santé* (Illich, 2003 (1975)), certains de ces professionnels remettaient en question les effets contreproductifs de certaines pratiques obstétricales précises, telle l'anesthésie générale, soupçonnée d'affecter le système respiratoire du nouveau-né (Rivard, 2014: 127-128).

Toutefois, les principales critiques et revendications vinrent des femmes elles-mêmes. Pour Andrée Rivard, l'importation de certaines méthodes d'accouchements alternatifs au Québec dans les années 1950-1960⁴⁹ serait le reflet d'un « mouvement d'affirmation inédit des Québécoises en matière d'enfantement, qui demandent de

significations au plan culturel, la modernité occidentale en a fait une source d'avilissement et un archaïsme que la médecine doit à tout prix supprimer » (Rivard, 2014: 96). Pour plus de détails concernant le rapport de l'homme à la douleur, voir, entre autres, les travaux de l'anthropologue David Le Breton (Le Breton, 2012 (1995)).

⁴⁷ Voir la section traitant de la période d'hégémonie du discours obstétrical.

⁴⁸ « Se dit d'un trouble [...] provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin » (Éditions Larousse, 2018a).

⁴⁹ Pensons, par exemple, à la méthode d'accouchement « sans crainte » du Dr. Read (Rivard, 2014: 135) ou à la méthode d'accouchement « sans douleur » du Dr. Lamaze (Rivard, 2014: 139).

pouvoir accoucher selon les nouvelles méthodes d' « accouchement conscient » élaborées en Europe [...] l'intérêt des futures mères à l'égard de cette nouveauté témoigne d'une nouvelle sensibilité féminine » (Rivard, 2014: 133-134). On peut certainement considérer que cette « nouvelle sensibilité féminine » a été influencée, au moins partiellement, par ce qu'il est convenu d'appeler la seconde vague du féminisme en Occident.

Selon Gray et Boddy, on peut retracer les origines de la première vague du féminisme à l'ouvrage de Mary Wollstonecraft intitulé *Vindication of the Rights of Women* (1792) (Gray et Boddy, 2010: 369). La lutte féministe vise alors principalement la reconnaissance des droits des femmes dans une perspective libérale. L'image par excellence de cette vague est sans aucun doute celle des suffragettes réclamant le droit de vote. De manière générale, c'est l'infériorité institutionnelle des femmes qui est contestée. Reprenant certaines revendications historiques de cette première vague, les féministes de la seconde vague « were centrally concerned with the elimination of gender inequality » (Gray et Boddy, 2010: 25). Les principales revendications se portent ainsi sur l'accès des femmes au marché du travail, l'équité salariale homme/femme, les droits reproductifs des femmes (contraception, avortement, etc.) ainsi que la défense de la santé et la sécurité des femmes et de leurs enfants. C'est dans le contexte de cette vague qu'émerge le « mouvement pour la santé des femmes » (Women's Health Movement) aux États-Unis.

Selon Francine Saillant, c'est l'ouvrage *Our bodies, Ourselves* publié en 1971 par le Boston's Women Health Collective qui constitue la « pierre angulaire » de ce mouvement (Saillant, 1985: 5). Ehrenreich et English, en racontent ainsi les débuts : « Quelques-unes d'entre nous se rassemblèrent pour étudier des manuels de médecine en vue de préparer des présentations sur des thèmes comme le cycle menstruel, la grossesse et la ménopause [...] [a]ujourd'hui [en 2010], bien sûr, tout le monde peut être informé [...] [m]ais à l'époque, les femmes affluaient à nos cours du soir, avides de chaque information que nous avions à offrir » (Ehrenreich et English, 2014: 11). Dans la foulée de la construction du premier programme de *women's studies* aux États-Unis, Ehrenreich et English sont encouragées par Florence Howe⁵⁰ ainsi que par plusieurs de leurs collègues

⁵⁰ « Florence Howe (née en 1929) militante féministe, militante pour les droits civiques des Afro-Américains, auteure, enseignante d'histoire et de littérature. A fondé en 1970 les éditions The Feminist

à monter un cours portant sur la santé des femmes (Ehrenreich et English, 2014: 12). Ce sont leurs recherches entourant le cursus de ce cours ainsi que la réponse de leurs étudiantes qui ont mené à l'autoédition de la première version du pamphlet *Sorcières, sages-femmes et infirmières* en 1972. L'une des questions explorées par les deux auteures et leurs étudiantes était la suivante : « comment, de notre position ancienne de prééminence, en sommes-nous arrivées à notre position actuelle de soumission [dans le système médical de l'époque, en 1973] ? » (Ehrenreich et English, 2014: 31).

En 1978, Sheryl Ruzek recensait sept principes à la base de cette refonte de la pratique médicale revendiquée par le mouvement pour la santé des femmes : la démedicalisation, la réappropriation du corps (contraception, droit à l'avortement, etc.), la mise en circulation de l'information, la multiplication des ressources autres que médicales et l'augmentation des possibilités de choix dans les thérapies, le développement des mécanismes d'intervention des usagères dans les lieux de décision, l'obtention des services non existants quand il y a lieu et le développement de mécanismes autonomes d'intervention par les femmes (Saillant, 1985: 14). Ajoutons que cette lutte contre la surmedicalisation de la grossesse et de l'accouchement, contre la mainmise masculine sur la médecine (et l'obstétrique), pour l'accès aux contraceptifs ainsi qu'au droit à l'avortement a été renforcée par des convergences avec d'autres luttes, dont celle pour les droits civiques. Le mouvement des Black Panthers, par exemple, a été impliqué dans diverses luttes entourant la santé reproductive des femmes : « how many scholars of black liberation are aware that the Black Panthers worked around reproductive health? [...] [s]ome still do - former Panther Erica Huggins trained the East Bay Birth Support Project⁵¹ [...] [she] included some of this little-known aspect of Panther history, drawing a connection to the Panther's survival-pending-revolution programs in the black community and today's fights for Reproductive Justice » (Apfel, 2016: xix).

Press [...] [qui] a publié des rééditions d'ouvrages littéraires écrits par des femmes, des essais. Toujours très actives aujourd'hui, leurs publications récentes comprennent les traductions de *King Kong Theory* de Virginie Despentes et de *Testo Junkie* de Beatriz Preciado, des textes des Pussy Riot et, bien entendu, les rééditions des pamphlets de Barbara Ehrenreich et Deidre English » (Ehrenreich et English, 2014: 12).

⁵¹ « a collaboration between the Birth Justice Project and Black Women's Birthing Justice, both of which address health and access disparities by providing support for people of color birthing within low-income and underserved communities (including jails) » (Apfel, 2016: xix).

Ces protestations et revendications ont toutes contribué à l'émergence d'un accouchement que nous avons qualifié de « renouvelé ».

Chapitre 3

L'accouchement renouvelé : une liberté surveillée

3.1 Récit

Mariés depuis quelques mois, elle et son conjoint avaient décidé d'avoir un enfant. Elle arrêta la prise de sa pilule contraceptive et commença à tracer son cycle hormonal plus précisément. Cependant, après plus d'un an de tentatives infructueuses, ils décidèrent d'aller consulter un spécialiste dans une clinique de fertilité. Après avoir passé une batterie de tests et rencontré une série d'experts, rien de semblait particulièrement problématique. Certes, le compte de spermatozoïde de son conjoint était peut-être un peu bas, mais il était tout de même dans les normes. Par ailleurs, ayant tous les deux dépassé le cap de la trentaine, leur fertilité en était peut-être un peu diminuée. Ultimement, bien qu'on ne leur offrit aucune explication claire à leurs problèmes de fertilité, les experts leur proposèrent tout de même une série d'options possibles : insémination artificielle, traitements hormonaux, fécondation *in vitro*, don de sperme, etc.

Après en avoir discuté, ils avaient choisi de se tourner vers les traitements hormonaux, pour débiter du moins, et voir où cela les mènerait. Elle était contente que la couverture médicale offerte par son employeur rembourse une bonne partie du prix de ces traitements, puisqu'ils n'étaient pas donnés. Et joie! Après quelques mois de suivi (et d'ajustements de traitement) à la clinique de fertilité, elle tomba finalement enceinte.

Jusqu'à la douzième semaine de sa grossesse, tout semblait bien se dérouler. Son obstétricienne lui avait fait passer tous les tests nécessaires et les deux premières échographies ne laissaient rien percevoir de problématique. Cependant, en se réveillant quelques jours plus tard, elle ressentit d'importantes crampes au bas-ventre. Son conjoint étant en voyage d'affaire, elle se dirigea vers l'hôpital seule en prenant soin de placer une serviette sanitaire dans son sous-vêtement avant de partir, juste au cas où. En se rendant vers les urgences, ses crampes s'intensifièrent; son cœur se serra, et elle se mit à pleurer. Tous les efforts pour tomber enceinte pour en arriver là! Elle tenta de rejoindre son

conjoint à quelques reprises, mais elle n'arriva qu'à lui laisser un message sur la boîte vocale de son téléphone portable.

Après s'être enregistrée à l'accueil des urgences en spécifiant à l'infirmier qu'elle était probablement en train de faire une fausse-couche, elle se dirigea rapidement vers la salle de bain. Après avoir pris la peine de placer du papier sur le siège de toilette, elle s'assit. Elle remarqua qu'il y avait une quantité importante de sang dans son urine. Elle ressentit soudainement une violente crampe et elle sentie quelque chose glissée entre ses jambes. Elle se releva rapidement; elle eut à peine le temps de distinguer la forme de l'embryon avant que la chasse se tire automatiquement. Elle sortit de la salle de bain en panique. Elle cria et cria à l'infirmier que la toilette venait de « flusher » son bébé.

Avant de retourner chez elle, elle arriva finalement à parler à son conjoint. Elle lui apprit qu'elle avait perdu leur bébé et qu'elle avait un rendez-vous d'urgence avec son obstétricienne le lendemain afin de déterminer qu'elle méthode d'évacuation serait la plus appropriée considérant leurs problèmes de fertilité. Il tenta de la reconforter du mieux qu'il pouvait lorsqu'elle se mit à pleurer. Il lui dit qu'il prendrait le prochain vol de retour; qu'il ferait son possible pour être de retour à temps pour l'accompagner à son rendez-vous. Avant de raccrocher, il lui dit qu'il l'aimait.

Ils décidèrent d'attendre un peu avant de reprendre les traitements hormonaux. Ils avaient besoin de temps pour se remettre sur pieds; ils n'étaient pas prêts à revivre la possible déception devant les trop nombreux tests négatifs qui avaient précédé sa précédente grossesse. Lorsqu'ils se sentirent enfin prêts, ils décidèrent qu'ils essaieraient seulement un ou deux cycles de traitements et que, si les tentatives demeuraient vaines, ils considéreraient les autres options possibles. Cependant, le second cycle fut le bon; elle utilisa deux tests plutôt qu'un pour être certaine. Elle était bel et bien enceinte!

Considérant ses antécédents en matière de fausses-couches, son obstétricienne lui signa un arrêt de travail préventif et lui recommanda de « prendre ça mollo », du moins pour le reste de son premier trimestre de grossesse. Puisque les tests habituels n'avaient

pas pu être effectués sur le premier embryon afin de mieux comprendre les possibles causes de sa fausse-couche, son obstétricienne souhaitait prendre plus de précautions que pas assez. De même, elle lui proposa un suivi de grossesse plus serré qu'à l'habitude : un rendez-vous au 2-3 semaines, plutôt que tous les mois ou les mois et demi, comme elle le faisait pour une grossesse normale. La femme accepta volontiers. Elle aurait préféré être suivie par une sage-femme, mais elle comprenait très bien que, dans les circonstances, ce n'était pas possible. Elle avait tout de même réussi à faire accepter à son obstétricienne que son conjoint et elle suivraient une série de cours prénataux en maison de naissance. En fait, elle n'avait pas vraiment cherché son approbation; elle lui avait simplement annoncé qu'ils étaient inscrits aux cours lors du rendez-vous de la 10e semaine.

Jusqu'aux alentours de la 15e semaine, les nombreux tests qu'elle avait passés laissaient présager que, dans son ensemble, la grossesse se déroulait très bien. Considérant les problèmes passés, l'obstétricienne avait initialement hésité à lui proposer une amniocentèse. D'un côté, la fausse couche passée étaient peut-être le fruit d'une problématique congénitale mais, d'un autre côté, l'amniocentèse pouvait entraîner une série de complications (allant jusqu'à la fausse couche). Ultimement, en combinant les résultats sanguins à un test de clarté nucale, elle avait écarté la nécessité d'avoir recours à l'amniocentèse. La seule chose qui préoccupait encore un peu l'obstétricienne était que le fœtus ne semblait pas prendre assez de poids. En effet, dès la 15e semaine, ses estimations le plaçaient dans le bas des courbes de croissance en termes de poids. La future mère n'avait elle-même pas pris beaucoup de poids; ses nausées du premier trimestre lui coupaient l'appétit. Cependant, puisque le fœtus se situait près du milieu de la courbe de croissance en matière de longueur et qu'il semblait se développer normalement, l'obstétricienne n'en avait pas trop fait de cas. Elle lui avait simplement recommandé de tenter de prendre plus de poids; que ses intenses nausées du premier trimestre allaient fort probablement se calmer dans les semaines à venir.

Lors du rendez-vous de la 24e semaine, elle avait dû passer le test de dépistage pour le diabète de grossesse. Pour ce faire, elle avait dû boire une sorte de sirop pour causer une hyperglycémie et voir comment son corps réagissait. Le résultat des prises de sang tomba : elle souffrait de diabète de grossesse. L'obstétricienne était très surprise

puisque, habituellement, le diabète de grossesse s'accompagne de bébé bon poids. Avant d'avoir recours aux médicaments afin de contrôler ses taux de sucre, elle avait offert à la future mère de rencontrer une nutritionniste pour évaluer d'autres possibilités. Après cette rencontre, celle-ci suivit à la lettre les recommandations alimentaires de la nutritionniste tout au long du deuxième et troisième trimestre. Elle était fière de contrôler son taux de sucre dans le sang sans médication. En revanche, combinés aux restrictions alimentaires généralement adressées aux femmes enceintes ainsi qu'à ses propres aversions personnelles, ces nouvelles recommandations alimentaires vinrent limiter encore un peu plus ce qu'elle pouvait manger. Par conséquent, son poids, ainsi que celui du fœtus, n'augmentèrent pas aussi rapidement que son obstétricienne l'aurait souhaité. Lors du rendez-vous de la 28e semaine, la tendance observée plus tôt pendant la grossesse se confirma : elle portait bel et bien un bébé de petit poids, malgré son diabète de grossesse. Cette double contrainte allait avoir un impact sur le déroulement de son accouchement.

De même qu'elle aurait souhaité être suivie par une sage-femme pendant sa grossesse, elle aurait aussi voulu accoucher en maison de naissance. Deux de ses amies proches qui avaient vécu cette expérience lui en avaient dit grand bien. Les maisons de naissance lui semblaient offrir un environnement beaucoup plus humain et respectueux que celui de l'hôpital. Lorsqu'elle avait discuté de son plan de naissance avec son obstétricienne, elle avait découvert que ce n'était pas une possibilité pour elle : « tu as été suivie à l'hôpital, tu devras y accoucher aussi ».

Suite à une longue discussion avec l'accompagnante responsable de ses cours prénataux, celle-ci l'encouragea fortement à exprimer clairement ses souhaits à son obstétricienne. Ultiment, elles arrivèrent à « négocier » un plan d'accouchement qui lui convenait : elle acceptait un accouchement en milieu hospitalier, puisqu'elle comprenait qu'il y avait certains risques pour elle-même ainsi que pour son bébé, mais elle voulait accoucher naturellement. Son obstétricienne avait accepté de tenter un accouchement naturel, mais seulement si elle ne détectait pas d'hypertension d'ici la fin de la grossesse. De plus, à la moindre hésitation lors de l'accouchement, elle lui imposerait la césarienne. La future mère ne pouvait pas vraiment en demander plus : elle ne pouvait tout de même pas dicter à son obstétricienne ce qu'elle avait à faire!

À chacun de ses rendez-vous, son obstétricienne lui indiquait que son bébé restait « dans le bas de la courbe ». Voyant bien que cette situation induisait un stress important chez sa patiente, elle lui proposa de déclencher son accouchement un peu plus de deux semaines avant la date prévue. De cette manière, ce serait « plus facile de nourrir directement le bébé pour qu'il prenne du poids » et la nouvelle maman ne se retrouverait plus au milieu de la double contrainte des restrictions alimentaires et du poids de son bébé. L'obstétricienne, souhaitant respecter le plan de naissance qu'elles avaient établi quelques semaines plus tôt, ne lui imposait pas cette option, elle lui proposait simplement. La patiente avait décidé d'accepter cette recommandation. Certes, cette provocation de l'accouchement serait artificielle, mais elle lui permettrait peut-être d'avoir un accouchement naturel. Elle se présenta donc à l'hôpital à la date prévue.

Avant de déclencher artificiellement l'accouchement, il fallait s'assurer que la condition du col de son utérus était favorable. Après examen, l'obstétricienne détermina que son col était beaucoup trop dur. Elle lui avait donc inséré vaginalement un tampon de prostaglandine afin de le ramollir et entraîner sa dilatation. Habituellement, lors de l'utilisation d'un tel tampon, les femmes peuvent retourner chez elles pendant quelques heures afin de lui laisser le temps d'agir. Elle avait cependant préféré admettre sa patiente à l'hôpital afin de la garder sous observation. Une dizaine d'heures après l'insertion du tampon, le col de son utérus n'avait toujours pas assez ramolli. L'obstétricienne lui en inséra donc un second. Après un peu plus de quatre heures, le col était enfin assez ramolli et dilaté afin de permettre de passer aux prochaines étapes. Elle pouvait donc lui administrer du Pitocin par voie intraveineuse afin de déclencher le travail proprement dit. Comme le travail progressait bien, elle s'assura de la bonne position de présentation du bébé avant de crever artificiellement la poche des eaux.

Cependant, suite à cette opération, le travail ralentit et la patiente commença à ressentir d'intenses contractions, beaucoup plus douloureuses que ce qu'on lui avait indiqué dans les cours de préparation à la naissance. Elle fut informée préalablement qu'il pouvait s'agir de l'un des effets secondaires de Pitocin. Elle écarta de ses pensées la

péridurale. De toute manière, son obstétricienne la lui aurait probablement refusée puisque cette anesthésie pouvait ralentir le travail qu'elle tentait justement d'accélérer, plus ou moins vainement. Son conjoint, présent à ses côtés, faisait les cents pas dans la chambre : il tentait de l'appuyer du mieux qu'il pouvait, mais il avait horreur de la voir souffrir à ce point. Il avait beau avoir assisté aux cours prénataux, la réalité de l'accouchement le frappait de plein fouet.

Tout d'un coup, une alarme se fit entendre. L'infirmière qui se trouvait dans la chambre appela l'obstétricienne en urgence. Celle-ci arriva quelques minutes plus tard. Elle étudia rapidement le moniteur d'où l'alarme provenait : le cœur fœtal était faible, mais semblait se stabiliser. Tout en gardant un œil sur le moniteur, l'obstétricienne lui expliqua rapidement qu'elle devait maintenant envisager sérieusement la césarienne. Ses explications à peine terminées, l'alarme se fit entendre à nouveau. Un important branle-bas de combat se déclencha immédiatement dans la pièce, bien que l'équipe eût été avertie dès le départ que cet accouchement se terminerait probablement par une césarienne.

L'anesthésiste lui administra l'épidurale. Elle se consola en se disant, qu'au moins, elle resterait consciente lors de la naissance de son enfant. Une quinzaine de minutes plus tard elle se trouvait au bloc opératoire. Près d'une demi-heure plus tard, elle tenait son fils dans ses bras pour la première fois, alors que l'obstétricienne s'affairait à recoudre l'incision à son bas-ventre. Suite à un examen rapide du nourrisson confirmant qu'il était en bonne santé, son conjoint pu prendre leur fils dans ses bras de longues minutes avant qu'un médecin vienne le chercher pour dresser son bilan médical complet.

3.2 Commentaire historique

3.2.1 *L'humanisation de la naissance au Québec*

C'est au cours des années 1970 que les remises en question de ce que nous avons appelé « l'accouchement modernisé » prennent vraiment de l'ampleur au Québec, et finissent par préoccuper l'État québécois.

Créé en 1973, le Conseil du statut de la femme (CSF) publie en 1978 sa première politique d'ensemble de la condition féminine intitulée *Pour les Québécoises : égalité et indépendance* (Conseil du statut de la femme, 1978). Cette politique offrait un portrait complet de la situation des femmes québécoises à la fin des années 1970 : division genrée des rôles sociaux, santé féminine, éducation sexuelle, reproduction, violence envers les femmes, femmes sur le marché du travail, etc. Une section entière du second chapitre portant sur la santé des femmes est destinée à la maternité : « Ce que les femmes réclament à ce chapitre, c'est le droit de choisir : choix de devenir mère ou pas, choix du moment et du nombre de leur(s) maternité(s) [...] [c]eci constitue pour elles une condition fondamentale à l'acquisition et à l'exercice de leur autonomie [...] [l]e fait de pouvoir choisir leur(s) maternité(s) donne également aux femmes la possibilité de se réaliser dans d'autres fonctions que celle de mère, sans exclure cette dernière » (Conseil du statut de la femme, 1978: 87). En matière d'accouchement, le Conseil du statut de la femme offre 14 recommandations au Ministère des affaires sociales afin de répondre à quatre principaux objectifs : i. « Permettre aux femmes de vivre sainement une maternité librement consentie », ii. « Rejoindre les femmes afin de les seconder dans leur(s) grossesse(s) et leur fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge de leur(s) maternité(s) », iii. « Démédicaliser les naissances pour permettre aux femmes de vivre l'accouchement comme un acte naturel et leur redonner le contrôle sur celui-ci », iv. « Fournir aux femmes l'information et l'appui nécessaire pour qu'elles traversent sainement la période post-natale » (Conseil du statut de la femme, 1978). Ces recommandations touchent autant à l'image de l'accouchement dans les cours prénataux

(qui devrait être « réaliste » plutôt qu'idéalisée, pas seulement axée sur le couple mais aussi sur les « femmes seules ») qu'à l'organisation des salles de naissances (qui devraient se situer dans un département d'obstétrique « en retrait des autres départements des centres hospitaliers »), en passant par l'ouverture à l'allaitement naturel ainsi qu'à la cohabitation mères-enfants, pour les femmes qui le désirent⁵² (Conseil du statut de la femme, 1978: 99-101).

L'année suivante, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) met sur pied le colloque *Avoir un enfant sans violence et sans risque*. Toujours selon Suzanne Savard, ce colloque marqua un tournant important en matière d'humanisation des soins périnataux puisqu'il « permit de mettre en évidence la nécessité de poursuivre la réflexion sur le sujet afin d'en arriver à des propositions concrètes » (Savard, 1987: 312). C'est pourquoi, à l'automne 1980, l'ASPQ lança une série de 11 colloques régionaux sous le titre *Accoucher ou se faire accoucher*. Entraînant la mobilisation de plus de 10 000 personnes à travers la province, cette série de colloques a très certainement démontré la vigueur et la vitalité du mouvement pour l'humanisation des soins périnataux (Savard, 1987: 312). Le rapport préparé par Maria De Koninck suite à la tenue de cette série de colloques contient non seulement une synthèse des thèmes abordés et des revendications exprimées par les participantes⁵³, il présente aussi le positionnement relativement critique de l'ASPQ vis-à-vis du contexte (social) au sein duquel le mouvement pour l'humanisation s'inscrivait à l'époque : « Même si l'objectif est clair, à savoir la réappropriation de l'accouchement et de la naissance, les moyens d'y arriver sont sans conteste très divers et souvent difficiles à articuler dans le contexte social actuel [...] [c]e qui nous amène à proposer des réflexions sur les revendications qui ont été formulés par les participant(e)s aux colloques » (Maria De Koninck, 1981: 15). Plusieurs de ces réflexions touchent à la problématique de l'interventionnisme médical en matière de soins obstétricaux; de la technicisation à la désappropriation, en passant par la montée de la révolte chez plus en plus de femmes (Maria De Koninck, 1981). La question de la lutte

⁵² Pour la liste complète des recommandations du CSF en matière de maternité, voir les pages 91 à 93 et, en matière d'accouchement, voir les pages 99 à 101 de *Pour les Québécoises* (Conseil du statut de la femme, 1978).

⁵³ Ces thèmes et recommandations rejoignant directement ce qui avait été présenté par le CSF en 1978. Pour la liste complète des recommandations, voir les pages 9 à 13 du rapport (Maria De Koninck, 1981).

de pouvoir entourant la prise en charge de l'accouchement au Québec à la fin du XX^{ème} siècle était justement soulevée explicitement par Maria De Koninck en guise de conclusion à son rapport : « constituer une force qui s'imposera pour reprendre ce pouvoir puisqu'il est rare de voir les détenteurs du pouvoir le céder [...] [l]es femmes qui se sont retrouvées dans les colloques ont, espérons-nous, puisé [...] la détermination et l'énergie pour amener les intervenant(e)s à redéfinir leur conception de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale et ainsi, à se situer dans une relation égalitaire plutôt que de pouvoir » (Maria De Koninck, 1981: 16).

Selon Hélène Savard, la lutte québécoise pour l'humanisation des soins périnataux aurait entraîné certains changements déjà observables au début des années 1980 : « au milieu des années 1980, la situation de l'accouchement à l'hôpital est sensiblement différente de qu'elle était en 1970, modelée par ces deux courants de la médicalisation et de l'humanisation des soins » (Savard, 1987: 315). Cependant, elle présente certaines réserves face à la véritable source de ces changements : « certains prétendent même que la motivation au changement dans des centres hospitaliers plus conservateurs aurait été davantage la réaction à une perte de clientèle, drainée par des centres plus progressistes, plutôt que la conviction profonde en la valeur et en la nécessité de ces changements de la part du personnel hospitalier » (Savard, 1987: 315). Que l'on soit en accord ou non avec cette interprétation d'Hélène Savard, force est de constater que la lutte pour l'humanisation des soins périnataux ne s'est pas arrêtée là : pour plusieurs, les changements apportés étaient loin d'être suffisants. Le mouvement Naissance-Renaissance, fondé en 1980, est devenu l'une des organisations les plus actives dans cette lutte.

Constitué d'une dizaine de regroupements régionaux, Naissance-Renaissance voulait favoriser (et favorise toujours⁵⁴) « l'humanisation de la naissance par le biais de

⁵⁴ Toujours actif, le mouvement s'est élargi depuis les années 1980. Il comporte maintenant 45 groupes régionaux et, à l'heure actuelle, présente sa mission comme suit : « Le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) est un organisme féministe provincial d'action communautaire autonome qui agit comme force de changement social pour l'humanisation de la période périnatale. Sa présence sur de nombreux comités permet de faire reconnaître les droits, le pouvoir et l'engagement des femmes dans tous les aspects de leur expérience périnatale » (Regroupement Naissance-Renaissance, 2014b).

l'autonomie et du libre-choix » (Savard, 1987: 312). Dans les années 1980, il se concentre autour des revendications exprimées par les femmes québécoises à l'époque : « l'humanisation de la naissance par la reconnaissance de la pratique sage-femme et le respect du processus naturel de la naissance [...] elles exigent l'abolition de pratiques médicales abusives comme les épisiotomies pratiquées sans raison, les anesthésies générales en cours de travail, l'interdiction de présence du conjoint » (Regroupement Naissance-Renaissance, 2014a). Reflétant l'élargissement des revendications des femmes elles-mêmes (et des nouveaux groupes en faisant partie), le regroupement élargit son champ d'action dans les années 1990 afin d'y inclure « [l]'accompagnement à la naissance, [la] promotion de l'allaitement maternel, [la] reconnaissance économique et sociale de l'engagement de la femme en période périnatale, [la] promotion de l'accessibilité et de la gratuité des services en périnatalité et [la] reconnaissance et [le] financement de l'action communautaire autonome en périnatalité » (Regroupement Naissance-Renaissance, 2014a).

3.2.2 Des revendications largement partagées, mais pas toujours respectées

Au tournant des années 1980, le débat entourant l'humanisation des soins périnataux s'étend dans l'ensemble de la population québécoise. C'est loin d'être un simple débat d'experts. Dans son *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Andrée Rivard relate notamment la réaction des Québécoises suite à la publication, dans le magazine *Châtelaine*, d'une entrevue avec le Dr. Frederick Leboyer: « Lorsque le magazine *Châtelaine* [...] publie en 1977 un article sur la méthode Leboyer [...] la rédaction reçoit des dizaines de lettres où les femmes se racontent [...] [a]vec sa collègue Louise Côté, Monique de Gramont entreprend de lancer le débat sur la colère sourde qui anime de nombreuses femmes [...] [q]uelques deux cents d'entre elles contactent alors les journalistes de *Châtelaine* [...] pour partager leur histoire » (Rivard, 2014: 247-248). Elle y souligne aussi l'importance que la revue féministe *La Vie en rose* a pu avoir en matière de conscientisation et mobilisation féminine : « En février 1985, *La Vie en rose* paraît sous le thème « Vive les sages-femmes! » [...] [d]ans ce numéro sont reproduites

des photos, rarement publiées, d'accouchement à la maison. Publié entre 1980 et 1987, *La Vie en rose* est le principal magazine féministe québécois, avec un tirage moyen de 20 000 exemplaires par numéro » (Rivard, 2014: 252).

Selon Suzanne Savard, les revendications des femmes en matière d'accouchement portaient sur trois questions principales : le cadre physique de l'accouchement, le ou les intervenant(e)s présent(e)s ainsi que les interventions pratiquées (Savard, 1987: 314).

En ce qui concerne le cadre physique, Suzanne Savard soulignait le désir des femmes « de vivre l'accouchement avec plus d'autonomie, plus de contrôle sur son déroulement, une plus grande possibilité de choix tout en ayant un encadrement sécuritaire et affectif de qualité » (Savard, 1987: 314). De la légalisation de l'accouchement à domicile à l'ouverture de chambres de naissances en milieu hospitalier, en passant par la mise sur pieds de maisons de naissances, les revendications associées à la liberté de choix en matière du lieu d'accouchement prenaient différentes formes dans le Québec des années 1980. L'aménagement de chambres de naissances en milieux hospitaliers fut l'une des premières revendications auxquelles le milieu médical répondit rapidement⁵⁵, quoique le taux d'utilisation de celles-ci à la fin des années 1980 variait grandement d'un établissement à l'autre : « dans certains milieux, on peut en faire un usage très limité car les critères d'admission y sont restrictifs [...] [à] l'inverse quelques centres n'auront que des accouchements en chambre de naissance car toutes leurs chambres de travail et leurs salles d'accouchement ont été réaménagées en conséquences » (Savard, 1987: 318). Au sein de ces chambres de naissance présentées comme alternative plus sécuritaire à l'accouchement à domicile, la décoration rappelle une chambre à coucher et les instruments et équipements d'urgence sont dissimulés (Savard, 1987: 317).

⁵⁵ La première chambre de naissance au Québec fut créée à titre expérimental en 1978, à l'Hôpital général juif de Montréal [...] [l]e 18 mars 1980, le centre hospitalier de Beauceville inaugurerait sa chambre de naissance qui servit de modèle et d'inspiration à plusieurs autres [...] [e]n 1985, 57 établissements qui offrent des services en obstétrique en possèdent au moins une. Certains hôpitaux ont aménagé jusqu'à 6 chambres de naissance » (Savard, 1987: 318).

Par ailleurs, la question du cadre physique de l'accouchement touchait aussi celle de la cohabitation mère-(père)-enfant suite à l'accouchement. Comme mentionné précédemment, la modernisation de l'accouchement en milieu hospitalier fut accompagnée par une division des départements d'obstétrique et des pouponnières, qui se voulaient de véritables « sanctuaires interdits aux profanes » (Savard, 1987: 320). Le mouvement pour l'humanisation des naissances, défendant les nombreux bienfaits de la cohabitation hospitalière des mères et de leurs enfants suite à l'accouchement, souhaitait que cette option soit mieux développée et plus étendue, notamment en matière d'organisation des chambres de naissance. Facilitant l'attachement et la transition entre l'hôpital et le domicile ainsi que l'intégration du nouveau-né dans la famille, cette cohabitation pouvait effectivement prendre plusieurs formes selon les centres hospitaliers : « La cohabitation semble toutefois être un concept assez large [...] [d]ans certains milieux, elle consiste en une prise en charge du nouveau-né par sa mère 24 heures par jour, alors qu'ailleurs, elle comprend simplement la possibilité de garder avec soi le bébé quelques heures pendant la journée » (Savard, 1987: 320). Fait intéressant à noter, Suzanne Savard soulève aussi que la cohabitation mère-père-enfants est un « phénomène exceptionnel » à la fin des années 1980 (Savard, 1987: 320).

Si, à la fin des années 1980, la cohabitation hospitalière n'implique habituellement pas le père, son accompagnement lors de l'accouchement était fortement revendiqué par le mouvement pour l'humanisation des soins périnataux dès les années 1970 : « Il était déjà acquis, en 1979, que le père de l'enfant soit admis en salle d'accouchement [...] [i]l est maintenant possible dans tous les centres hospitaliers d'être accompagnée par la personne de son choix [...] [u]ne ou des personnes, en plus du père, peuvent généralement assister à l'accouchement si la salle d'accouchement ou la chambre de naissance sont assez spacieuses » (Savard, 1987: 316). Avec cette reconnaissance de l'accompagnement à la naissance, on renouait en fait avec l'un des principes de l'accouchement traditionnel. S'appuyant sur une étude conduite par Sosa & al. en 1980, Suzanne Savard soulignait les bienfaits que peut avoir un accompagnement spécifiquement féminin lors de l'accouchement : « En effet, une étude démontre que la présence et le support d'une femme, même étrangère, pendant le travail semble raccourcir l'intervalle entre l'admission à l'hôpital et la naissance [...] [o]n note également au sein du groupe de

femmes bénéficiant d'un tel support moins de problèmes périnataux » (Sosa & al., 1980: 592 dans Savard, 1987: 316).

En ce qui concerne les interventions médicales, le mouvement pour l'humanisation des soins périnataux critiquait l'application de routines hospitalières considérées comme peu nécessaires au bon déroulement d'un accouchement (particulièrement, dans le cas d'accouchements normaux). Ces routines, principalement le rasage, le lavement ainsi que l'installation d'un soluté⁵⁶, auraient encore été pratiquées dans la vaste majorité des accouchements au Québec à la fin des années 1980 : « Il est généralement possible, pour les femmes qui le désirent, de négocier ou de refuser le rasage et le lavement dans presque tous les milieux. Une minorité de femmes se prévaut toutefois de ce droit, soit environ 25% (CPMQ, 1986 : 21). L'absence de soluté demeure plus difficile à obtenir » (Savard, 1987: 317). Il est intéressant de constater que, bien qu'elles aient eu le droit de refuser ces interventions, les Québécoises les acceptaient. Simple manque d'informations concernant le droit de les refuser ou véritable internalisation du discours médical véhiculé depuis plusieurs décennies ? L'auteure n'offre pas de réponse à cette question. Cependant, elle mentionne que ces routines ne sont pas nécessairement une exigence du médecin/obstétricien, mais plutôt du centre hospitalier qui les impose dès l'admission de la femme au département d'obstétrique.

Autre revendication importante des années 1980 : l'AVAC (accouchement vaginal après une césarienne). Le milieu obstétrical n'a pas seulement encouragé l'accouchement par césarienne à partir du milieu du XX^{ème} siècle. Il a également justifié le recours quasi-systématique à cette technique dans le cas des parturientes ayant déjà subi une césarienne lors d'une précédente grossesse. L'argument généralement utilisé était celui des risques de déchirement de la cicatrice initiale. Le mouvement en faveur de l'AVAC est venu contester cet argument et a obtenu qu'un nombre grandissant d'obstétriciens offrent cette possibilité aux femmes concernées. À la fin des années 1980, « [c]ette nouvelle alternative est maintenant offerte dans environ 45% des centres hospitaliers où se pratiquent des césariennes » (Savard, 1986: 42 dans Savard, 1987: 321). Les accouchements des femmes

⁵⁶ « l'administration d'un liquide par voie intraveineuse » (Savard, 1987: 317).

qui souhaitaient accoucher vaginalement après avoir connue une césarienne devaient répondre à plusieurs critères relativement précis : « Pour que cette alternative soit possible, il faut que la raison ayant justifié la césarienne précédente ne soit plus présente lors de la grossesse suivante [...] la mère doit bénéficier d'une surveillance étroite durant le travail et l'accouchement doit avoir lieu dans un milieu où il est possible d'intervenir rapidement en cas de complications » (Savard, 1987: 321). La défense et la valorisation de l'AVAC se poursuivent d'ailleurs toujours à l'heure actuelle par le biais, entre autres, des travaux de la chercheuse en périnatalité Hélène Vadeboncoeur⁵⁷.

3.2.3 Vers un retour de la pratique sage-femme?

« Le lieu idéal d'exercice de la profession de sage-femme est juste à côté des femmes qui accouchent. Donc juste à côté des femmes qui accouchent à l'hôpital, juste à côté des femmes qui accouchent dans des maisons de naissance, juste à côté de celles qui accouchent dans leur maison et juste à côté de celles qui accouchent dans un taxi »

-Isabelle Brabant⁵⁸ (Saillant, 1987: 471)

Point nodal des revendications des années 1970 et 1980 pour l'humanisation de l'accouchement, le retour des sages-femmes est au cœur de cette lutte des femmes pour reconquérir le « pouvoir d'accoucher ». Comme on l'a vu, ces personnages clés de l'accouchement traditionnel ont été marginalisés dans le cadre de l'accouchement

⁵⁷ Publié en 2012, son ouvrage *Une autre césarienne ou un AVAC? : S'informer pour mieux décider*, était « le seul ouvrage à avoir été publié en français sur l'accouchement vaginal après césarienne » (Vadeboncoeur, 2017).

⁵⁸ « sage-femme et mère de deux enfants, est l'une des figures les plus importantes du mouvement d'humanisation des soins à la naissance et à l'accouchement des années 1980 » (Saillant et O'Neill, 1987c: 11).

« modernisé ». Soit ces femmes ont été transformées en infirmières spécialisées, comme en France, soit elles ont littéralement disparu, comme au Québec. Hélène Laforce résume très bien le processus en affirmant que « [l]a disparition des sages-femmes au Québec est liée à un processus d'élimination qui s'inscrit dans les enjeux de la concurrence [...] [c]ette concurrence est autant une affaire de femmes que d'hommes [...] [s]i les médecins ont réussi pendant un siècle à établir puis à stabiliser leur monopole, c'est que le discours médical a été bien intégré par les femmes, qui l'ont accepté » (Laforce, 1987b: 203). Mais, sous pression du mouvement pour l'humanisation de la naissance, le milieu médical commence à la fin des années 1970 à envisager un retour des sages-femmes. Un retour très encadré cependant !

En 1980, la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ) publiait *Mieux accoucher, mieux naître* en réponse à la montée des remises en question face à la déshumanisation de l'accouchement au Québec. Dans ce document, la CPMQ reconnaissait que la technicisation de l'accouchement associée aux interventions obstétricales avait bel et bien certains effets indésirables sur l'expérience vécue par les femmes qui accouchaient et affirmait « souhaiter y remédier, en continuant toutefois d'insister longuement sur l'aspect sécuritaire devant entourer la grossesse et l'accouchement » (CMPQ, 1980 dans Savard, 1987: 313). La même année, la Fédération des syndicats professionnels d'infirmières et infirmiers du Québec (FSPIIQ) « demanda la reconnaissance des sages-femmes en autant qu'elles soient d'abord infirmières » (FSPIIQ, 1980 dans Savard, 1987: 313). La FSPIIQ s'assurait ainsi qu'un retour des sages-femmes ne vienne pas diminuer son poids politique. Dans la foulée de la FSPIIQ, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) se déclara en faveur de la reconnaissance légale des infirmières sages-femmes puisque « [l]e choix de ces intervenantes constituerait, selon l'ordre, la meilleure réponse à la volonté exprimée par les femmes de se réapproprier le contrôle sur la naissance » (Savard, 1987: 313).

Présidé par le ministère de l'éducation, un comité interministériel sur les sages-femmes recommanda, dès 1983, la légalisation de la pratique sage-femme au Québec. Il

faudra cependant attendre 1990 pour que la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* (Loi 4) soit adoptée à l'unanimité à l'Assemblée Nationale du Québec (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). Entre temps, l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes (AQSFP) avait été fondée en 1986⁵⁹ par des sages-femmes québécoises souhaitant, entre autres, établir des standards de pratique, construire un code de déontologie, mettre sur pieds un comité de plaintes et de discipline ainsi qu'un processus de révision par les paires (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). En d'autres termes, elles posèrent, dès la fin des années 1980, les bases de leur futur ordre professionnel. Publié l'année suivante, le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (aussi connue sous le nom de Commission Rochon) reconnaît la pertinence d'intégrer les sages-femmes au sein du réseau de la santé québécois (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). Ces travaux font directement écho aux revendications collectées dans l'ouvrage *Accoucher autrement* (particulièrement dans les derniers chapitres) au sujet de la pratique sage-femme ((Montreuil, 1987; Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987).

La *Loi sur les sages-femmes* (Loi 28) est adoptée au terme d'un long processus reposant, notamment, sur la mise en place de projets pilotes impliquant la pratique sage-femme (pour l'essentiel à travers des maisons de naissances affiliées à différents CLSC) ainsi que sur une évaluation minutieuse de ces projets. Sans examiner le détail de cette loi (et de ses incidences sur d'autres lois), rappelons qu'elle garantissait l'autonomie de la pratique sage-femme, qu'elle imposait comme prérequis aux candidat.e.s l'obtention d'un baccalauréat⁶⁰ et qu'elle lançait le mandat de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). La Loi édictait aussi certaines mesures entourant, notamment, les contrats de services avec les CLSC⁶¹,

⁵⁹ L'AQSFP sera dissout et remplacé par le Regroupement Les Sages-Femmes du Québec (RSFQ) en 1995.

⁶⁰ Le Baccalauréat en pratique sage-femme qui était (et est encore toujours à l'heure actuelle) dispensé exclusivement à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

⁶¹ « Une sage-femme pourra conclure un contrat de services avec un établissement qui exploite un centre local de services communautaires. L'établissement devra créer un conseil des sages-femmes lorsqu'il aura conclu un contrat de services avec au moins cinq sages-femmes et devra nommer un responsable des services sage-femme lorsqu'il aura engagé plus d'une sage-femme » (Université du Québec à Trois-Rivières, 2017).

la négociation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux⁶² ainsi que l'intégration, au sein du nouvel ordre professionnel, des sages-femmes déjà reconnues aptes à pratiquer sous la Loi 4 (Université du Québec à Trois-Rivières, 2017).

Alors que les recommandations ministérielles indiquaient que le développement de la pratique sage-femme devait s'effectuer au sein des différents milieux d'accouchement possibles, on observa cependant qu'elle se concentra rapidement dans les maisons de naissance (originales, et nouvellement ouvertes) : « finalement ... la décision qui a été prise ça été ça; d'ouvrir des maisons de naissance. Pour ce qui est de la pratique des sages-femmes dans le milieu hospitalier, ça c'était à l'origine des revendications. Je sais pas si ça se fait en ce moment, mais il n'y a pas longtemps il n'y en avait toujours pas [...] Est-ce qu'il y en a qui ont réussi à vraiment s'installer dans les milieux hospitaliers? [...] en même temps [...] il fallait que ce soit dans les maisons de naissance pour qu'elles puissent ... être autonomes »⁶³.

Toujours selon Maria De Koninck, pour être en mesure d'opérer, ces maisons de naissance devaient avoir une entente avec des hôpitaux: « pour que les projets fonctionnent, il fallait qu'il y ait des médecins dans les hôpitaux tout proches qui acceptent de recevoir les femmes qui avaient eu un suivi avec une sage-femme et qui avaient commencé à accoucher avec une sage-femme et là ça tournait mal, il fallait qu'ils les reçoivent »⁶⁴. Cependant, l'ouverture et la collaboration des médecins étaient loin d'être automatiques, même au sein des centres hospitaliers avec lesquels les maisons de naissances avaient leurs ententes : « Il y a des médecins qui collaboraient [...], il y avait des médecins qui ne voulaient rien savoir [...] [i]l fallait qu'ils se trouvent des alliés »⁶⁵. Ce n'est qu'en 2004 qu'une première entente allait être signée entre un centre hospitalier (LaSalle) et une maison de naissance (Lac Saint-Louis) permettant le suivi et l'accompagnement sage-femme lors des accouchements dans le centre hospitalier

⁶² « Certaines mesures permettant la conclusion d'une entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et un organisme représentatif des sages-femmes, notamment quant aux modes de rémunération de ces dernières » (Université du Québec à Trois-Rivières, 2017).

⁶³ Maria De Koninck, communication personnelle du 2 novembre 2015.

⁶⁴ Maria De Koninck, communication personnelle du 2 novembre 2015.

⁶⁵ Maria De Koninck, communication personnelle du 2 novembre 2015.

(Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). L'année suivante, soit en 2005, les assurances professionnelles permirent pour la première fois aux sages-femmes québécoises de pratiquer leur accompagnement à domicile, pour les femmes qui le désiraient (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). En dépit de ces avancées depuis le début des années 2000, le développement de la pratique sage-femme reste très limité au Québec.

D'une part, certaines divisions importantes en matière de prise en charge de l'accouchement persistent : « les sages-femmes accompagnent les femmes qui privilégient un accouchement naturel. [...] La sage-femme amène donc avec elle lors de l'accouchement [en centre hospitalier] le même matériel que lors d'un accouchement à domicile et à la maison de naissance. Il n'est donc pas possible de choisir une péridurale et d'accoucher sous les soins d'une sage-femme. Si une péridurale s'avère nécessaire, un transfert de soins est effectué vers une équipe médicale » (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016a). D'autre part, le nombre d'accouchements assistés par une sage-femme demeure très peu élevé. Publiée en 2008, et toujours en application à l'heure actuelle, la 3^e politique en périnatalité (2008-2018) affirmait qu'« il faut développer les services des sages-femmes et viser à les rendre accessibles aux femmes qui en font la demande [...] [é]ventuellement les services des sages-femmes devront être offerts dans toutes les régions du Québec [...] [l]e développement des services nécessitera une augmentation substantielle du nombre de sages-femmes. » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2008: 25). La section de la politique portant explicitement sur le développement de la pratique sage-femme au Québec se termine avec la présentation des différentes orientations gouvernementales en la matière: « développer les services offerts par les sages-femmes et adopter un plan prévoyant la présence de ces professionnelles sur le territoire québécois afin que d'ici dix ans [en 2018], elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes » et « mettre sur pied 13 nouvelles maisons de naissance associées à autant d'établissements hospitaliers » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2008: 29).

Adoptée en 2015 sous le gouvernement libéral majoritaire de Philippe Couillard, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Loi 10, aussi communément appelée « Réforme Barette ») a eu, entre autres, un impact direct sur la représentativité de la pratique sage-femme en matière d'organisation des soins périnataux. En effet, alors que l'adoption de cette loi débouche sur une profonde réingénierie du système de santé québécois, « [l]es Conseils des sages-femmes perdent leur siège au sein des CA des établissements, et doivent maintenant faire entendre leur voix via le Conseil multidisciplinaire » (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2009-2016b). Cette exclusion a été fortement décriée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) avant même l'adoption de la Loi 10 : « elles qui ont toujours siégé aux instances régionales depuis la légalisation de la pratique. C'est le seul ordre professionnel dont la présence a été évacuée par le projet de loi 10 [...] « Nous avons cru que c'était un oubli au moment du dépôt du projet de loi, explique la présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), Marie-Ève Saint-Laurent. Mais avec le dépôt des amendements, nous voyons que nous n'apparaissions nulle part ! » » (Daoust-Boisvert, 5 décembre 2014).

En contradiction (au moins en apparence) avec cette exclusion qualifiée de véritable « insulte » par la présidente de l'OSFQ (Daoust-Boisvert, 5 décembre 2014), Gaétan Barette déclarait, en guise d'introduction au *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* publié en mars 2015, être « convaincu que l'ajout de sages-femmes et leur présence dans tout le Québec contribueront à améliorer la santé des mères et des jeunes enfants » et que « [l]e temps est maintenant venu de reconnaître la valeur ajoutée de ces intervenantes de première ligne au sein de notre réseau de santé et services sociaux et que l'on facilite leur pratique » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015: ii).

Axé spécifiquement sur l'organisation et l'implantation de la pratique sage-femme au Québec, ce cadre de déploiement reprend directement certaines des orientations et objectifs présentés dans la 3e politique en périnatalité adoptée en 2008⁶⁶. Notamment,

⁶⁶ Alors que Philippe Couillard était lui-même ministre de la Santé au sein du cabinet libéral de Jean Charest.

Gaétan Barette y réitère que le gouvernement du Québec « vise à ce que, d'ici 2019, de nouvelles maisons de naissance s'ouvrent et que toutes les régions du Québec soient dotées de services de sage-femme afin que 10 % des femmes enceintes puissent y avoir accès, que ce soit pour accoucher en milieu hospitalier, dans une maison de naissance ou à domicile » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2015: ii). Cependant, si l'on se fie à la présidente du Regroupement les sages-femmes du Québec (RSFQ), on était toujours loin du compte à environ deux ans de l'arrivée à échéance de la 3e politique en périnatalité : « après 17 ans de légalisation, on atteint à peine le 3 % en 2016, loin derrière nos comparables, l'Ontario, à 15 %, et la Colombie-Britannique, à 21 %. Pourquoi ce blocage dans le déploiement des services alors que les sages-femmes sont un atout au système de santé québécois ? » (CSN, novembre 2016).

Pourtant, les arguments en faveur du déploiement de la pratique sage-femme au Québec ne manquent pas. Dans un rapport de 2016 mandaté par la CSN et le RSFQ, la firme MCE Conseils effectuait un portrait financier comparatif d'un accouchement accompagné par un médecin et d'un accouchement accompagné par une sage-femme. Selon ce rapport, un accouchement suivi par un médecin en centre hospitalier impliquait, en moyenne, des coûts supérieurs de 24.9% à un accouchement suivi par une sage-femme en maison de naissance⁶⁷ (MCE Conseils, 2016: 3). Toujours selon ce comparatif, ce serait l'hospitalisation de la mère et de l'enfant qui entraîneraient plus de la moitié des coûts moyens d'un accouchement en centre hospitalier (MCE Conseils, 2016: 3). Bien que certaines des données employées lors de l'analyse de MCE Conseils puissent être approximatives⁶⁸, il demeure, qu'en moyenne, un accouchement en maison de naissance permet une importante économie de ressources. Outre ces gains financiers potentiels, le rapport met aussi de l'avant d'autres effets positifs de la pratique sage-femme : « [elle] se distingue tant par sa philosophie et le modèle de pratique que par la nature de la prestation des soins et des services dispensés que par les coûts et les bénéfices (santé de la mère et de l'enfant, taux d'allaitement supérieur, et développement de l'enfant, notamment) qui y

⁶⁷ Voir l'annexe 4 pour le tableau comparatif complet.

⁶⁸ Par exemples la question des coûts associés aux accouchements par césarienne est abordée séparément dans une autre section du rapport et la distinction entre les maisons de naissance en milieu urbain et celles en milieu rural et/ou éloigné n'est pas abordée.

sont associés [...] de toute évidence, [elle] apporte une contribution notable à une meilleure allocation des ressources dans un contexte où l'État québécois exige que le système de santé soit efficient » (MCE Conseils, 2016: 8).

Au Québec, 2018 sera à la fois marqué par l'arrivée à échéance de la 3e politique en périnatalité ainsi que par des élections provinciales. Le développement et l'adoption d'une 4e politique en périnatalité est donc à entrevoir dans les prochaines années. Cependant, ses orientations pourraient très bien dépendre de l'issue des élections; une défaite du gouvernement libéral (et de Gaétan Barette) entraînerait probablement d'importants changements non seulement en matière de périnatalité, mais à l'échelle du système de santé québécois dans son ensemble. Inversement, si Gaétan Barette demeure ministre de la Santé et des Services Sociaux après 2018, l'ambiguïté actuelle pourrait se prolonger. Bien qu'il ait annoncé vouloir continuer à soutenir le développement de la pratique sage-femme au Québec⁶⁹, « sa » réforme du système de santé québécois ainsi que les relations très tendues que lui-même et son ministère entretiennent avec les sages-femmes québécoises pourraient très bien avoir un impact négatif sur le rôle qu'elles seraient appelées à jouer suite à l'adoption d'une 4e politique en périnatalité.

3.2.4 Comment accouchent les Québécoises à l'heure actuelle?

i. Le suivi prénatal

Le type de suivi

Selon les régions et les ressources disponibles, le suivi de grossesse peut être effectué par différentes personnes : le ou la médecin de famille de la future mère, un.e obstétricien.ne, une sage-femme. En ce qui a trait au suivi sage-femme, il est seulement possible dans le cas de grossesses dites « normales ». Les motifs entraînant un transfert obligatoire de la prise en charge du suivi de grossesse vers un.e médecin sont énoncés

⁶⁹Notamment, en multipliant les ouvertures de nouvelles maisons de naissance.

dans le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-a). Si, selon les antécédents médicaux de la femme, il est déterminé que la grossesse est à risque⁷⁰, le suivi doit, dès le départ, être assuré par un.e médecin/obstétricien.ne. À tout moment, si la grossesse vient à être considérée à risque⁷¹, la prise en charge du suivi sera obligatoirement transférée à un.e médecin/obstétricien.ne. Dans certains cas, une simple consultation avec un.e médecin est obligatoire à titre préventif⁷², sans pour autant entraîner automatiquement un transfert de la prise en charge. Peu importe le type de suivi de grossesse, s'il est effectué au sein du système public de santé et que la femme enceinte répond aux critères de couverture, les frais seront assumés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

L'association des obstétriciens gynécologues du Québec affirme que « l'obstétricien gynécologue certifié est donc le mieux qualifié pour s'occuper de la santé de la femme durant toute sa vie : de sa naissance à la ménopause en passant par son adolescence, sa maternité et sa vie de femme » (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2017). De leur côté, « [l]es sages-femmes encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués [...] [e]lles conçoivent les décisions comme le résultat d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que conçue par la femme) et les professionnelles de la santé » (Ordre des sages-femmes du Québec, 2017b). On a donc là deux conceptions bien différentes du suivi de grossesse!

⁷⁰ Par exemple, s'il y a eu plusieurs grossesses s'étant soldées par une interruption involontaire (avortement spontané) après plus de 16 semaines de grossesses (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-a: 4).

⁷¹ Par exemple, s'il s'agit d'une grossesse multiple, si la mère souffre d'hypertension ou de prééclampsie, si on observe un décollement du placenta, etc. (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-a: 6).

⁷² Par exemple, si la femme est âgée de moins de 14 ans, si elle est anémique et/ou si elle souffre de vomissements gravidiques sévères, si on observe des saignements d'origine inconnue après 20 semaines de grossesse, etc. (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-a: 5).

Les visites et le soutien

Alors que la sage-femme effectue généralement le suivi de grossesse dans une maison de naissance, le suivi biomédical offert par un.e médecin peut avoir lieu à différents endroits : hôpital, clinique, cabinet privé, etc.⁷³. Dans les deux cas, on compte habituellement dix à douze rencontres de suivi dans le cas d'une grossesse typique sans complications.

La première rencontre se déroule habituellement lors du premier trimestre, avant la 12^e semaine de grossesse. Lors de cette rencontre, un examen physique complet est conduit et la femme enceinte doit répondre à une série de questions permettant d'évaluer ses antécédents médicaux. Si c'est la sage-femme qui est en charge de cette première visite, elle détermine si elle pourra suivre elle-même la grossesse ou non (Naître et grandir, 2016d). Par la suite, de la 12^e à la 30^e semaine de grossesse, les visites de suivi se déroulent toutes les quatre à six semaines et de la 31^e à la 36^e semaine elles se rapprochent toutes les deux à trois semaines. Finalement, à partir de la 37^e semaine, il est recommandé de suivre l'évolution chaque semaine (Naître et grandir, 2016d).

Dans le cas du suivi avec sages-femmes, elles « travaillent en équipe de 2 ou 3. Une sage-femme est donc toujours disponible pour répondre aux besoins du couple, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La sage-femme principale s'occupe de la plus grande partie du suivi, toutefois le couple rencontrera sa ou ses coéquipières avant l'accouchement afin de créer un lien personnalisé » (Naître et grandir, 2016c). Selon les régions, la femme enceinte peut aussi être dirigée vers un CSSS (centre de santé et service sociaux) / CLSC (centres locaux de services communautaires) afin de suivre une série de cours prénataux (en personne ou en ligne). Non-obligatoires, ces cours sont « fortement recommandés » dans le cas d'une première grossesse (Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2017)

⁷³ Selon la couverture d'assurance de la femme enceinte (RAMQ ou assurances privées), les frais de certains actes médicaux effectués en cabinet privé pourront, ou non, être remboursés. Plusieurs cas de figures sont donc possibles.

Analyses et examens

Les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire et/ou effectuer et/ou interpréter lorsqu'elle pratique au Québec sont très bien encadrés par le biais, entre autres, du 9e article de la *Loi sur les sages-femmes* (Assemblée nationale du Québec, 1999).

Récemment mis à jour, le *Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession* énumère clairement les analyses et examens que la sage-femme peut elle-même faire passer (ou non) à la mère, à l'enfant ainsi qu'au père biologique (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-b). Par exemple, la sage-femme peut prescrire une amniocentèse ou une échographie obstétricale, mais ne pourra ni les effectuer ni les interpréter (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-b: annexe I). Elle pourra cependant prescrire, effectuer et interpréter les bilans sanguins et les tests de dépistage d'infection(s) transmise(s) sexuellement ou par le sang (ITSS)⁷⁴ (Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-b: annexe I). Comme mentionné précédemment, dans certains cas, la sage-femme devra donc diriger les femmes qu'elle accompagne vers divers technicien.ne.s et/ou spécialistes qui ont le droit de conduire et/ou interpréter les analyses et examens qu'elle ne peut que prescrire. Même si la femme enceinte reste libre d'accepter ou non ces examens et analyses, force est de constater que leur nombre est assez considérable, y compris dans le cas d'une grossesse « normale ».

Vers la fin du premier trimestre (semaines 1 à 14), on recommande généralement une analyse d'urine et de sang de la mère afin de dépister, entre autres, le diabète, l'anémie, une/plusieurs infections(s) transmise(s) sexuellement ou par le sang, etc. Du côté du fœtus, les médecins conseillent à la mère d'accepter le dépistage prénatal afin de

⁷⁴ Pour les listes complètes des tests et examens que la sage-femme peut prescrire et/ou conduire et/ou interpréter, voir l'annexe 5 (pour la mère), l'annexe 6 (pour l'enfant) et l'annexe 7 (pour le père biologique).

décélérer une possible trisomie⁷⁵ ainsi que le spina bifida⁷⁶. La première étape du dépistage prénatal repose sur deux prises de sang; une première entre la 10^e et la 13^e semaine de grossesse et une seconde entre la 14^e et la 16^e semaine. Ce dépistage sanguin s'accompagne d'une échographie aux alentours de la 12^e semaine de grossesse afin d'évaluer la clarté nucale du fœtus⁷⁷. Selon les résultats combinés des prélèvements sanguins et de l'échographie, une amniocentèse peut être proposée à la femme enceinte⁷⁸.

Lors du second trimestre (semaines 15 à 28), on effectue habituellement une seconde échographie afin de confirmer la bonne progression de la grossesse. C'est aussi lors de cette échographie, conduite entre la 18^e et la 20^e semaine, que l'on peut habituellement déterminer le sexe biologique du fœtus. Vers la fin du second trimestre, on recommande à la femme de passer un test de dépistage de diabète gestationnel, puisque les problématiques de santé pouvant lui être associées peuvent s'avérer relativement graves. Du côté du fœtus, on considère actuellement que le diabète gestationnel peut entraîner, entre autres, un poids plus élevé que la moyenne, un manque de calcium dans le sang, des difficultés respiratoires à la naissance, etc. (Naître et grandir, 2013). Pour la mère, les comorbidités que l'on associe au diabète gestationnel sont nombreuses : augmentation du risque de difficultés lors de l'accouchement vaginal (plus de césariennes dû au poids du bébé), surproduction de liquide amniotique pouvant mener à un accouchement prématuré, hypertension de grossesse et prééclampsie, développement

⁷⁵ « Au Québec, le test de dépistage de la trisomie 21 est offert gratuitement par le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 à toutes les femmes enceintes. Votre professionnel de la santé vous en parlera d'ailleurs à votre première visite de suivi de grossesse. Vous n'êtes cependant pas obligée de vous y soumettre. Ce choix vous appartient entièrement, à vous et votre conjoint. » (Naître et grandir, 2014).

⁷⁶ Une malformation de la colonne vertébrale.

⁷⁷ « [V]otre médecin ou votre sage-femme pourrait vous proposer une échographie pour mesurer la clarté nucale du fœtus, c'est-à-dire l'espace entre la peau de son cou et sa colonne vertébrale. Si cet espace est plus grand que la normale, le risque de trisomie 21 est élevé, car les enfants atteints de cette anomalie présentent un pli cutané de la nuque plus épais. Le risque d'autres anomalies chromosomiques ou de malformations cardiaques est aussi élevé. Pour augmenter la fiabilité de ce test, la mesure de la clarté nucale doit être combinée aux résultats des prélèvements sanguins. » (Naître et grandir, 2014).

⁷⁸ « Si votre risque est élevé (soit de 1 chance sur 300 ou plus de donner naissance à un bébé avec la trisomie 21), cela ne veut pas dire que votre bébé sera à coup sûr atteint de la trisomie 21. Le professionnel qui suit votre grossesse vous proposera de faire une amniocentèse avec étude des chromosomes. Ce test permet de savoir si le fœtus est atteint de trisomie 21 ou d'une autre anomalie chromosomique. La majorité des femmes qui subissent une amniocentèse obtiennent un résultat normal et donnent naissance à un bébé qui n'a pas la trisomie 21. » (Naître et grandir, 2014).

d'un diabète de type 2 suite à l'accouchement, etc. (Naître et grandir, 2013). Diabète Québec estime qu'environ 3% à 20% des femmes enceintes développeraient un diabète gestationnel lors de leur grossesse (Diabète Québec, 2017). Dans certains cas, il peut être contrôlé par le biais d'un plan d'alimentation ainsi qu'un régime d'exercices physiques adaptés à la grossesse (par exemple, excluant les sports avec gestes brusques ainsi qu'avec risques de chutes) (Diabète Québec, 2017). Cependant, dans certains cas, le traitement par injection d'insuline ou par antidiabétiques oraux est nécessaire lorsque les mesures de la glycémie demeurent trop élevées. Finalement, à la fin du troisième trimestre, on propose à la femme enceinte de procéder à une culture vaginale afin de dépister le streptocoque B. Dans le cas où elle est effectivement porteuse de la bactérie, un traitement d'antibiotiques lui est prescrit afin qu'elle ne la transmette pas à son enfant lors de l'accouchement (par voie vaginale)⁷⁹.

Bien évidemment, dans le cas de grossesses dites « à risques » et/ou dans l'éventualité où une grossesse rencontre diverses complications, on peut rapidement assister à une multiplication des tests proposés.

ii. Le lieu et l'accompagnement lors de l'accouchement

Encore une fois, selon les régions du Québec, différentes options sont possibles en matière d'accompagnement (médecin/obstétricien.ne, sage-femme) et de lieu d'accouchement (domicile, maison de naissance, centre hospitalier).

Selon le rapport produit par MCE Conseils en 2016, entre 2012 et 2013, 97% des accouchements québécois ont eu lieu dans un hôpital en 2012-2013 (MCE Conseils, 2016). La même année, c'est donc environ 3% des accouchements québécois qui furent

⁷⁹ « Le streptocoque B est une bactérie qui se trouve parfois dans le vagin, le rectum et la vessie des femmes. Cette bactérie est sans danger pour la mère, mais peut parfois causer des infections graves chez le nouveau-né. Les experts estiment que 15 à 40 % des femmes enceintes sont porteuses de la bactérie et que 40 à 70 % d'entre elles la transmettront à leur bébé pendant l'accouchement » (Naître et grandir, 2016c).

accompagnés par une sage-femme (MCE Conseils, 2016: 1)⁸⁰. Les femmes accompagnées par une sage-femme ont généralement deux ou trois options possibles en matière de lieu d'accouchement; leur domicile, la maison de naissance et le centre hospitalier (Naître et grandir, 2016c). À l'heure actuelle, la majorité des femmes accompagnées par une sage-femme choisit d'accoucher en maison de naissance. En effet, parmi ces femmes, 5% choisissent leur domicile, 20% arrêtent leur choix sur le centre hospitalier et 75% décident d'accoucher en maisons de naissance (Naître et grandir, 2016c). Cependant, en plus des complications qui peuvent forcer le transfert en centre hospitalier, les femmes peuvent elles-mêmes décider de changer de lieu à tout moment⁸¹, y compris au beau milieu de leur accouchement.

Il est important de mentionner que les Québécoises peuvent aussi faire appel à une accompagnatrice à la naissance (aussi appelé *doula*) lors de leur grossesse et/ou de leur accouchement et/ou de la période de « relevailles » (postpartum). Bien que cette accompagnatrice ne puisse pas prendre en charge l'accouchement, elle peut, notamment, participer à la rédaction du plan de naissance ainsi qu'être présente lors du séjour hospitalier afin de s'assurer que celui-ci est respecté. Bien qu'elle puisse suivre différents programmes de certification⁸², « elle n'est toutefois pas une professionnelle de la santé. Elle n'est donc pas responsable du suivi de grossesse et ne peut pas poser de gestes techniques pendant l'accouchement [...] Cela lui permet toutefois d'avoir une relation égalitaire avec le couple qu'elle accompagne et de l'aider à obtenir l'accouchement désiré.

⁸⁰ Comparativement, c'est environ 10% des accouchements canadiens qui ont été accompagnés par une sage-femme en 2015-2016 : « Actuellement, la Colombie-Britannique est en tête au pays avec le pourcentage le plus élevé de naissances menées par sage-femme (21%) alors que l'Ontario mène quant au nombre total de naissances menées par sage-femme (21 224 par année). Les naissances menées par sage-femme désignent les naissances durant lesquelles une sage-femme a agi comme fournisseur de soins de santé primaire pour au moins la majeure partie de la grossesse et de l'accouchement » (Association canadienne des sages-femmes, 2017). Pour la carte comparative canadienne complète, voir l'annexe 8.

⁸¹ Par exemple, une femme qui aurait initialement choisi d'accoucher en maison de naissance accompagnée d'une sage-femme, pourrait, au milieu de l'accouchement, décider de se diriger vers le centre hospitalier à proximité afin d'avoir accès à l'anesthésie épidurale : « L'épidurale n'est pas offerte au cours d'un suivi avec sage-femme. Si une femme veut l'obtenir pendant le travail, elle devra être transférée en milieu hospitalier. Cependant, pendant le suivi de grossesse, la sage-femme aide la future mère à se préparer à l'accouchement en abordant le sujet de la gestion de la douleur » (Naître et grandir, 2016c).

⁸² Notons, par exemple, le programme de formation offert par l'organisme d'accompagnement à la naissance *Mère et monde*, ouvrant au Québec depuis plus de 20 ans (Mère et monde, 2018).

Son rôle est donc complémentaire à celui des autres professionnels de la santé comme le médecin, l’infirmière ou la sage-femme» (Naître et grandir, 2016a). Dans le cas des services de suivi offerts, par exemple, par les accompagnantes certifiées de l’organisme *Mère et Monde*, les coûts oscillent généralement entre 375\$ et 1500\$ (selon le type d’accompagnement désiré). Les coûts peuvent cependant varier d’un organisme ou d’une accompagnante à l’autre. Comme elles offrent habituellement leurs services en pratique privée, la RAMQ ne les rembourse pas. Selon les régimes, les assurances privées peuvent les défrayer en partie ou en totalité. L’organisme *Mère et monde* offre d’ailleurs un service d’accompagnement bénévole aux familles à faible revenu : « nous pouvons les mettre en relation avec une stagiaire de notre centre professionnel de formation. Les futures accompagnantes à la naissance que nous formons [...] sont désireuses d’acquérir une expérience d’animation de cours prénataux, d’accompagnement à la naissance durant l’accouchement et de soutien à l’allaitement pour l’obtention de leur certificat » (*Mère et monde*, 2018b).

L’accouchement à domicile

Cette option n’est pas possible pour l’ensemble des Québécoises à l’heure actuelle puisqu’elle nécessite une entente avec un centre hospitalier situé à proximité du domicile choisi (Naître et grandir, 2016c). Cette entente permet d’assurer un transfert rapide en cas de complications. Selon la localisation du domicile et/ou la mentalité du centre hospitalier, une telle entente est donc loin d’être toujours possible.

Lorsque cette option est praticable, la sage-femme qui suit la grossesse doit remettre à sa patiente une série de documents d’information présentant, en autres, les divers avantages et inconvénients des différents lieux d’accouchement possibles ainsi que les complications pouvant potentiellement entraîner son transfert en centre hospitalier. Elle doit aussi aller visiter le domicile quelques semaines avant la date prévue de l’accouchement afin de confirmer qu’il répond bien et bien à une série de critères précis. Par exemple, son organisation doit pouvoir permettre l’accès aux services paramédicaux (Naître et grandir, 2016c). Finalement, la sage-femme doit aussi faire signer un formulaire

à la femme enceinte confirmant que sa décision d'accoucher à domicile constitue véritablement un choix éclairé (Naître et grandir, 2016c). Lors de l'accouchement, la sage-femme se présente avec tout le matériel dont elle peut avoir besoin ainsi que les médicaments qu'elle est en droit d'administrer en cas d'urgence (en attendant l'arrivée des ambulanciers).

Dans sa contribution à l'ouvrage *Accoucher autrement*, Denise Piché contestait, dès 1987, l'argument selon lequel l'accouchement à domicile serait plus risqué : « L'argument évoqué contre l'accouchement à la maison est toujours le même : le risque. Pourtant lorsque les services de périnatalité exercent un bon tamisage et une bonne surveillance des femmes enceintes, les recherches [...] montrent que le risque à la maison est moindre, dans la mesure où les personnes qui assistent ne sont pas interventionnistes » (Piché, 1987: 371). Alors que Denise Piché s'appuyait sur des études conduites à la fin des années 1970 et au début des années 1980, l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) reprend des articles plus récents qui arrivent à la même conclusion : « pour des accouchements dont les conditions sont comparables et pour une clientèle sélectionnée présentant des bas risques de complications, les taux de mortalité et de morbidité périnatales sont égaux ou légèrement inférieurs à domicile (Peat, Marwick, Stevenson & Kellog, 1991 ; Janssen, Holt, Myers, 1994 ; Olsen, 1997 ; B.C. Home Birth Demonstration Project, 2000) » (Ordre des sages-femmes du Québec, 2017a).

L'accouchement en maison de naissance

« La façon dont la maison de naissance répond à tous les besoins des personnes qui y viennent, en particulier à leur besoin d'intimité de vie communautaire et d'identification à leur milieu, en fait un milieu d'une grande richesse [...] il faudra poursuivre les recherches et les expériences, car on a pas vidé le débat sur la taille idéale de ces milieux et sur la taille maximale au-delà de laquelle ils ne rencontrent plus leur fins : et on a pas fini de discuter la limite entre le normal et le pathologique et sur le niveau d'intervention qui y est acceptable en cas de difficulté avant le transfert à l'hôpital »

(Piché, 1987: 370)

En 2016, on comptait une douzaine de maison de naissance au Québec (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2016b)⁸³. À l'heure actuelle, ces maisons de naissances font partie du système de santé québécois et, comme dans le cas des accouchements à domicile, il doit y avoir une entente avec les différents centres hospitaliers à proximité afin d'assurer un transfert rapide en cas d'urgence. Dans le cas d'un transfert en centre hospitalier, la sage-femme demeure responsable de la mère et de l'enfant jusqu'à ce qu'ils soient pris en charge par l'équipe médicale (Naître et grandir, 2016c).

La maison de naissance est un endroit physiquement et philosophiquement distinct de l'hôpital : « [e]lle se veut un espace intime et accueillant [...] [l]a maison de naissance est aussi conçue pour que la femme soit dans un contexte familial [...] [l]a famille et les enfants y sont bienvenus. [...] [p]lusieurs maisons de naissance comprennent d'ailleurs une salle de jeu pour les enfants de même qu'une cuisine et un salon pour les parents » (Naître et grandir, 2016c). De plus, la maison de naissance n'est pas conçue comme un

⁸³ Pour la liste complète par région (en date de 2016) voir l'annexe 9.

simple lieu d'accouchement; il s'agit d'un véritable espace de solidarité et de soutien communautaire. La naissance s'y inscrit comme un aspect important de la parentalité parmi d'autres : « La participation des parents, à qui l'établissement confère des moyens réels et adaptés à leur réalité, est le fondement même du caractère communautaire d'une Maison de naissance. On y favorise la création et le maintien d'un comité de parents. Il s'y déroule des activités communautaires en lien avec la parentalité et la santé créant ainsi de nouvelles solidarités » (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2016a). Ultimement, la maison de naissance est construite autour d'une conception de l'accouchement comme phénomène naturel, on tente donc d'y limiter l'interventionnisme à un minimum : « L'environnement physique de la Maison de naissance et l'équipement qui s'y trouvent favorisent et protègent le déroulement naturel et physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né » (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2016a).

Compte tenu de leur faible nombre et de leur volonté de limiter la quantité de patientes suivies afin de conserver leur aspect convivial (Naître et grandir, 2016c)⁸⁴, certaines de ces maisons ne peuvent répondre à la demande. Par exemple, « [l]a responsable des services de sages-femmes à la MDN [maison de naissance] de l'Outaouais, Parvin Makhzani, a fait savoir qu'une centaine de femmes désirant y obtenir un suivi de grossesse en 2015-2016 ont dû essayer un refus [...] L'ajout de cinq sages-femmes à la MDN devrait permettre d'effectuer environ 560 suivis par année, soit environ 200 de plus par année » (Mercier, 29 juin 2017). En théorie, les Québécoises ont la liberté de choisir d'accoucher en maison de naissance. En pratique, ce n'est pas toujours le cas.

L'accouchement en centre hospitalier

La prise en charge de l'accouchement par une sage-femme est une possibilité dans certains centres hospitalier du Québec : « la mère se voit attribuer une chambre d'hôpital

⁸⁴ « Cette installation, inspirée du domicile, est aménagée pour accueillir un maximum de 400 suivis de maternité complets par année afin d'en préserver le caractère intime, familial et humain » (Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2016a).

sans toutefois être hospitalisée [...] [a]ucun intervenant de l'équipe médical n'est présent pendant le travail, sauf en cas de complications [...] [l]a sage-femme quitte habituellement l'hôpital 3 heures après la naissance, mais demeure responsable d'effectuer le suivi postnatal par des visites à domicile rapprochées [l]a nouvelle mère peut alors choisir de retourner chez elle ou d'être admise à l'hôpital » (Naître et grandir, 2016c). Encore une fois, cette option n'est pas disponible partout au Québec puisqu'elle repose aussi sur une entente avec le centre hospitalier qui doit accepter la présence de la sage-femme ainsi que la non-intervention du personnel médical (sauf en cas de complications). À l'heure actuelle, on estime qu'environ 20% des accouchements (initialement) accompagnés par une sage-femme se déroulent en centre hospitalier⁸⁵ (Naître et grandir, 2016c).

La quasi-totalité des accouchements québécois se déroule en centre hospitalier accompagné d'une équipe médicale composée de divers.es intervenant.e.s (infirmi(è)r.es, obstétricien.ne.s, anesthésiste.s, etc.). Alors que les maisons de naissance québécoises semblent partager une certaine philosophie de pratique, d'organisation ainsi que d'aménagement, on observe une très grande variation au sein du type d'accompagnement à l'accouchement offert dans les différents centres hospitaliers du Québec, y compris au sein d'une même ville.

Prenons la région montréalaise, dont la situation semble particulièrement représentative de ces variations. En novembre 2010, Arianne Lacoursière de *La Presse* dressait un état des lieux après avoir effectué une tournée de visites des maternités montréalaises (Lacoursière, 6 novembre 2010). Dans certains cas, comme à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi qu'à l'hôpital Royal-Victoria, la mentalité de gestion de l'accouchement semblait relativement interventionniste; haut taux de césarienne (en augmentation dans le cas de Maisonneuve-Rosemont), manque d'outils de gestion de la douleur alternatifs à la péridurale, non-respect des demandes des couples, etc. (Lacoursière, 6 novembre 2010). Inversement, aux hôpitaux Pierre Boucher, Anna Laberge, LaSalle et Saint-Eustache, elle avait plutôt recueilli des témoignages reflétant

⁸⁵ 20% d'environ 3%, donc 0,6% des accouchements au Québec en 2012-2013.

une mentalité plus humaine, beaucoup moins interventionniste : « Isabelle Michaud, Isabelle Roy et Karine Bergeron sont toutes trois accompagnatrices à la naissance au centre *Mère et monde*. Quand on leur demande dans quel hôpital elles réfèreraient leurs amies pour accoucher, la réponse est unanime: l'hôpital LaSalle. « La très grande majorité du personnel est humain, respecte le choix des parents ainsi que la plupart des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé comme celle de donner à la mère la possibilité de manger et boire pendant le travail », note Mme Roy » (Lacoursière, 6 novembre 2010). Le développement d'expertises ou sphères d'actions particulières avait aussi été soulevée par la journaliste. Par exemple, dans le cas de l'hôpital Saint-Justine, où le nombre de mortinaissances était le plus élevé vu la concentration de cas complexes, la chef du département d'obstétrique tentait d'obtenir du financement afin de d'implanter des nouvelles chambres de séjour destinées aux mères qui avaient perdu leur enfant à la naissance ou dans les jours suivants (Lacoursière, 6 novembre 2010).

L'organisation physique ainsi qu'administrative apparaissait avoir également un impact sur la nature du suivi offert lors de l'accouchement. Notamment, on notait que la grandeur des chambres de séjour à l'hôpital Sacré-cœur ne permettait pas aux proches (dont le conjoint) d'y séjourner (Lacoursière, 6 novembre 2010). D'un point de vue administratif, le partage de l'ensemble des accouchements selon une liste commune afin de séparer équitablement le total de la rémunération entre obstétriciens (et ainsi favoriser la diminution du nombre de césariennes) avait un impact direct sur l'accompagnement à l'accouchement offert à l'Hôpital général juif : « Certes, la patiente a moins de chance d'accoucher avec son médecin. Mais le médecin de garde, qui est sur le point de terminer son quart de travail ne sera pas incité à provoquer inutilement une patiente ou à opter trop rapidement pour la césarienne » (Lacoursière, 6 novembre 2010). Finalement, dans certains cas, on observait certaines modifications ou adaptations en fonction de la clientèle desservie. Par exemple, l'hôpital St-Mary's, dont la clientèle était fortement multiethnique et majoritairement peu fortunée, offrait l'option aux femmes d'accoucher dans une salle commune : « Parce qu'une forte proportion de la clientèle est peu fortunée, l'hôpital Ste-Marys offre aux nouvelles mamans de séjourner dans des salles communes gratuites [...] « [m]ais ces chambres sont aménagées pour offrir beaucoup d'intimité [...] [l]es lits sont séparés par un demi mur au milieu » » (Lacoursière, 6 novembre 2010).

Bien que ce type d'expérimentations puisse être associé soit à une conception de l'accouchement plus (ou moins) humaine et/ou à une (relative) ouverture à répondre aux besoins de la clientèle, il demeure problématique que l'expérience de l'accouchement puisse autant varier d'un centre hospitalier montréalais (ou québécois) à l'autre. Les femmes n'ont pas toujours la possibilité, le privilège ainsi que les moyens de « magasiner » leur centre hospitalier. Par exemple, les femmes qui ne peuvent se qualifier à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) doivent déboursier de leur poche les frais d'un accouchement. La problématique de la surfacturation envers les femmes accouchant « hors-RAMQ », alors qu'elles se trouvent habituellement dans une situation vulnérable, est fortement décriée depuis plusieurs années⁸⁶. Toutefois, même dans le cas où la femme se qualifie, la RAMQ ne couvre pas automatiquement l'ensemble des frais pouvant être associés à un accouchement dans certains centres hospitaliers (par exemple, en matière de chambre privée ou non). Certes, il existe bien des assurances médicales privées, mais, encore une fois, les femmes enceintes n'ont pas nécessairement les moyens de payer les primes nécessaires. De plus, rien ne garantit que la couverture inclura la prise en charge des soins de grossesse : « Une assurance privée ne peut répondre à leurs inquiétudes croissantes puisque, souvent, les personnes s'aperçoivent qu'elle ne couvre pas les soins liés à une grossesse, sous prétexte qu'il s'agit d'une condition « prévisible » » (Gérin et Houle, décembre 2017-janvier 2018: 48).

Il semblerait donc, qu'encore à l'heure actuelle au Québec, le statut socioéconomique des futures mères et de leur famille puisse avoir un impact direct sur le type d'accompagnement à l'accouchement offert en centre hospitalier. Le témoignage d'Anne-Marie Bellemare, travailleuse sociale à *La Maison Bleu* de Montréal, illustre parfaitement la gravité potentielle d'une telle vulnérabilité socioéconomique : « Elle

⁸⁶ Voir, entre autres, l'article d'Annabelle Nicoud dans *La Presse* du 6 janvier 2015. Elle y révèle, entre autres, « que certains médecins exigent d'emblée jusqu'à 3500\$ en liquide pour un accouchement - presque 10 fois le tarif de base de la RAMQ (460\$) » (Nicoud, 6 janvier 2015). Dans un récent numéro de la revue *À bâbord!*, un article de Camille Gérin (médecin de famille) et Véronique Houle (directrice des opérations nationales de l'organisme Médecins du Monde) souligne que la situation demeure alarmante à l'heure actuelle pour les femmes enceintes sans statut : « Ces femmes sont pourtant parmi les plus vulnérables et donc à risque de grossesses compliquées de par leur parcours migratoire et leur situation socioéconomique souvent précaire. Le fardeau financier et les conséquences négatives sur la santé des mères et des enfants pèsent lourdement sur les épaules de ces femmes et de leur famille » (Gérin et Houle, décembre 2017-janvier 2018: 48).

énumère: un médecin qui se fâche pendant un accouchement parce que le papa du bébé n'a « que » 700\$ à lui remettre alors qu'il demande 1500\$. Une femme hospitalisée à 29 semaines de grossesse et qui quitte l'hôpital avec une facture de 175 000\$. Ou enfin, une femme qui, espérant économiser en prévision de son accouchement, a un suivi médical minimal et accouche seule, chez elle, d'un bébé mort-né de 7 mois » (Nicoud, 6 janvier 2015). Appelée à commenter cette surfacturation des soins périnataux offert aux femmes non couvertes par la RAMQ, Isabelle Girard, présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), affirmait que cette pratique était « justifiée » puisque « [c]e sont des soins privés offerts par des professionnels de la santé, hors-RAMQ [...] [i]ls peuvent facturer le montant qu'ils jugent raisonnable » (Nicoud, 6 janvier 2015).

iii. Les techniques

« À l'hôpital, le déclenchement de l'accouchement est aujourd'hui généralisé (50%). Le *monitoring* a créé un modèle où la contraction n'est jamais suffisante. L'équipe soignante regarde la machine, les contractions n'apparaissent pas assez vigoureuses. On injecte alors la syntocine. Cette hormone de synthèse change radicalement l'expérience des femmes en épreuve de force : des contractions, des contractions, des contractions, etc. Pas de pause, pas de répit [...] Ces interventions et instruments n'ont jamais démontré leur pertinence avant d'être adoptés. Ils ont été intégrés à une pratique obstétricale qui a cherché à démontrer sa scientificité et sa modernité en les mettant de l'avant. »

(St-Amant et Bessaïh, décembre 2017-janvier 2018: 39)

Selon le rapport de MCE Conseils, en 2012-2013, près des trois quarts des accouchements (71.4%, pour être exact) par voie vaginale s'étant déroulés au Québec auraient impliqué l'administration d'une anesthésie épidurale (MCE Conseils, 2016). La

province est championne en la matière au Canada : « La moyenne Canadienne est [pour 2012-2013] de l'ordre de 58.3%. La Colombie-Britannique a un taux de 34.4% (c'est le taux le plus bas des provinces) et l'Ontario a un taux de 63.3% (seconde province la plus élevée). Le Nunavut a un taux exceptionnellement bas à 7.4% » (MCE Conseils, 2016: 4). En 1978, au Québec, ce taux était de 20.7% (Laurendeau, 1987: 148).

On a aussi assisté à une importante augmentation du taux de césarienne depuis le début des années 1970, au Québec comme dans toute l'Amérique du Nord. Dès la fin des années 1980, Maria De Koninck soulignait le phénomène : « D'une intervention pratiquement inconcevable, la césarienne est donc devenue une intervention exceptionnelle et dangereuse puis une pratique admise et reconnue comme avantageuse dans certains cas. Depuis le début des années 1970 toutefois, cette évolution s'est accentuée et le taux d'interventions a franchi le cap des 10% des accouchements en Amérique du Nord (Bottom et al, 1980) » (Maria De Koninck, 1987: 272). Cependant, comme l'état des lieux dressé par Arianne Lacoursière en 2010 semble l'indiquer (Lacoursière, 6 novembre 2010), on observe une prise de conscience de la part des centres hospitaliers québécois concernant cette intervention chirurgicale. Certains centres hospitaliers ont mis en place des mesures afin de limiter le recours à la césarienne (Lacoursière, 6 novembre 2010). Il demeure, qu'en 2013, le taux de césarienne au Québec atteignait tout de même 22.5% (MCE Conseils, 2016), soit près d'un accouchement sur quatre. En 1978, ce taux était de 13.4% (Laurendeau, 1987: 151). Appelé à commenter la situation en 2015, Maria De Koninck affirmait avoir bel et bien noté une certaine prise de conscience de la part de certains médecins devant l'alarmante montée du taux de césariennes au Québec : « C'est rendu affolant, le taux de césariennes. À un tel point que, il y a des médecins [...] qui commencent à dire "faut faire quelque chose, il faut arrêter ça, ça n'a pas de bon sens". Entre autres, parce que ce n'est pas bon pour le bébé. Alors, une césarienne on la fait quand il y a un problème »⁸⁷. De Koninck suggérait aussi que la hausse de ce taux de césarienne n'était pas seulement imputable aux obstétriciens : « Il faut que je vous dise, ça se joue à deux »⁸⁸. Cela dit, elle reconnaissait également que le

⁸⁷ Maria De Koninck, communication personnelle du 2 novembre 2015.

⁸⁸ Maria De Koninck, communication personnelle du 2 novembre 2015.

choix d'une part croissante de Québécoises d'accoucher par césarienne relevait sans doute pour une part d'une internalisation du discours obstétrical.

Parallèlement, si l'on se fie aux chiffres présentés en 2008 dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, la baisse de l'utilisation des forceps que l'on observait déjà à la fin des années 1970 se poursuivait encore au début des années 2000 (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Alors, qu'au Québec, on avait utilisé les forceps dans près du quart des accouchements en 1971 (Laurendeau, 1987: 146), entre 2003 et 2005, ces instruments n'auraient été utilisés que dans moins de 4% des accouchements (Agence de la santé publique du Canada, 2008: 270). Fait important à noter, cette forte diminution de l'utilisation des forceps auraient cependant été accompagnée d'une hausse de l'utilisation de ventouses : « Ce changement de méthode a peut-être été influencé par les preuves démontrant que les traumatismes chez la mère étaient moins importants lorsqu'on utilisait la ventouse plutôt que le forceps et par l'amélioration des ventouses » (Agence de la santé publique du Canada, 2008: 84). Entre 2003 et 2005, 11.2% des accouchements Québécois auraient impliqué l'utilisation des ventouses lors de la naissance (Agence de la santé publique du Canada, 2008: 270).

Bien qu'elle ait été pratiquée lors d'environ 25% des accouchements au Québec entre 2004 et 2005 (Agence de la santé publique du Canada, 2008), l'épisiotomie a aussi connu une importante baisse de popularité depuis la fin des années 1970, moment où elle était pratiquée (de manière routinière) lors de près de 60% des accouchements (Laurendeau, 1987). Il demeure, qu'à l'heure actuelle, dans certaines régions de l'Amérique du Nord et de l'Amérique Latine, ce serait plus de 90% des accouchements qui impliqueraient une épisiotomie (St-Amant et Bessaïh, décembre 2017-janvier 2018: 39). Inversement, au Royaume-Uni ce taux atteindrait 13% tandis qu'en Suède il se situerait à 6% (St-Amant et Bessaïh, décembre 2017-janvier 2018: 39). Pour Stéphanie Saint-Amant et Nesrine Bessaïh, ces variations considérables d'un pays à l'autre témoignent du fait que l'épisiotomie est une pratique culturelle puisque, médicalement, elle est de plus en plus critiquée pour sa nocivité (St-Amant et Bessaïh, décembre 2017-janvier 2018: 39). Le pharmaco-épidémiologiste Marc Girard soulève le fait que l'épisiotomie serait une « aberration » en matière chirurgicale : « Il est complètement

inusité et contre-indiqué de couper un muscle transversalement » (St-Amant et Bessaïh, décembre 2017-janvier 2018). Le fait qu'elle soit parfois pratiquée de manière routinière par les médecins/obstétricien.ne.s, sans le consentement de la femme, ne fait qu'alimenter les nombreuses critiques à son égard.

En somme les techniques pratiquées en milieu hospitalier en ce qui concerne l'accouchement ont évolué de manière significative depuis 40 ans. Celles qui perdurent sont moins souvent utilisées et celles qui se sont développées sont moins brutales - à l'exception notable de la césarienne, mais qui est désormais effectuée sous anesthésie locale (péridurale), moins dommageable que l'anesthésie générale. Toutefois, l'accouchement reste technicisé, voire davantage qu'avant, et sous contrôle médical. La pratique sage-femme, qui vise à favoriser un accouchement plus « naturel » et à redonner aux femmes le « pouvoir d'accoucher », demeure bien trop marginale pour inverser cette tendance.

iv. Le suivi postnatal

« La durée appropriée du séjour à l'hôpital pour un accouchement suscite la controverse depuis des décennies. De nombreux facteurs autres que l'état de santé de la mère ont une incidence sur la durée du séjour, y compris les politiques sur les soins de santé et les ressources qui y sont affectées, les caractéristiques du système de prestation des soins de santé, la disponibilité des services de suivi dans la collectivité et les caractéristiques sociodémographiques de la mère. »

(Agence de la santé publique du Canada, 2008: 93)

Le suivi suite à un accouchement en centre hospitalier

Dans le cas du Québec, lors des accouchements par voie vaginale, les femmes sont, en moyenne, demeurées 2.6 jours à l'hôpital en 2004-2005 (Agence de la santé publique du Canada, 2008: 97). Pour la même période, elles y ont séjourné en moyenne 4.6 jours suite à un accouchement par césarienne (Agence de la santé publique du Canada, 2008: 97). Dans le cas des nouveau-nés québécois nés à terme, leur séjour fut comparable à celui de leurs mères entre 2002 et 2005, soit 2.7 jours (Agence de la santé publique du Canada, 2008: 102). Ultimement, peu importe le type d'accouchements, diverses complications peuvent entraîner un séjour à l'hôpital plus important (par prévention, pour observation et/ou pour traitement) autant pour la mère que pour l'enfant., Par exemple, une naissance prématurée peut nécessiter un séjour de quelques jours/semaines en incubateur pour le nouveau-né.

Au Québec, suite à un accouchement en centre hospitalier, le suivi postnatal initial sera généralement effectué par une infirmière : « Une infirmière [...] prendra contact avec vous après votre sortie de l'hôpital. Dans certains cas, une visite à domicile aura lieu pour évaluer votre santé et votre bien-être, ainsi que la santé de votre bébé » (CHUM, 2017). On comprend donc que, dans le cas du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le suivi postnatal initial se déroule par téléphone et la visite à domicile n'est pas automatique. Sur le site internet du centre hospitalier, on indique cependant aux femmes les signes ou symptômes indiquant la nécessité d'une consultation médicale d'urgence, pour elles-mêmes et/ou pour leur nourrisson⁸⁹. Dans le cas du CHUS (Centre hospitalier de l'Université Sherbrooke), la visite à domicile est, en revanche, automatique (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie - CHUS, 2017). À travers le Québec, certains CLSC (centres locaux de services communautaires) proposent des programmes

⁸⁹ Par exemple, dans le cas de la mère, « une température à 38,5 °C (101,3 °F) ou plus; des douleurs abdominales importantes et persistantes; une odeur forte des pertes sanguines; des saignements importants (une serviette hygiénique remplie par heure); des urines fréquentes et peu abondantes » etc. (CHUM, 2017). Du côté de l'enfant, une « température rectale : plus grande que 38,1 °C (100,5 °F) », des selles « noires ou vert foncé après quatre jours de vie [...] liquides comme de l'eau [...] plus de 12 en 24 heures », des urines « foncées ou moins de trois en 24 heures », des vomissements « plusieurs fois de suite », « tout changement soudain ou particulier » dans l'aspect général et le comportement » (CHUM, 2017).

ou des rencontres postnatales destinées aux nouveaux parents. Notons, par exemple, le programme Bébé Trucs offert au CLSC associé au CHUS (Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie - CHUS, 2017).

Un accompagnement à l'allaitement peut aussi être offert aux nouvelles mères lors de leur séjour hospitalier postnatal. Cependant, cet accompagnement est loin d'être généralisé et dépendrait, entre autres, des positions de l'équipe médicale en place au sujet de l'allaitement. On observe d'ailleurs la mise sur pied de différentes initiatives citoyennes visant à répondre au besoin d'accompagnement à l'allaitement des nouvelles mères. C'est le rôle que se sont donné notamment *La Ligue La Leche*, organisme international dont la mission consiste à « aider les mères à allaiter leur bébé [...] par un soutien de mère à mère, en donnant de l'encouragement, de l'information, de l'éducation et en faisant la promotion d'une meilleure compréhension de l'allaitement comme étant un élément important d'un développement sain du bébé et de la mère » (Ligue La Leche, 2017), et le Mouvement allaitement du Québec (MAQ), dont les membres « ont choisi de travailler sur les environnements plutôt que sur les individus. Entre autres, cela comprend le soutien aux femmes qui souhaitent allaiter et la protection de l'allaitement, ainsi que la normalisation du geste d'allaiter. Le MAQ ne fait pas la promotion de l'allaitement » (Mouvement allaitement du Québec, 2017).

Si l'on se fie aux indications offertes par le CHUM, dans le cas des nourrissons nés à l'hôpital, le suivi médical habituel est effectué dans les deux semaines suivant la sortie de l'hôpital, lorsqu'aucune problématique de santé particulière n'est rencontrée (CHUM, 2017). Ce suivi est pris en charge soit par le médecin de famille ou le pédiatre de l'enfant. Habituellement, on recommande aux parents d'effectuer un prélèvement de l'urine du nourrisson à sa 21^e journée de vie afin d'effectuer le dépistage de diverses maladies héréditaires (CHUM, 2017). Du côté de la mère, le suivi médical post accouchement sera effectué aux alentours de la sixième semaine post-partum, si elle ne rencontre aucune problématique de santé particulière dans les premières semaines (CHUM, 2017). Si elle a accouché par voie vaginale, elle aura rendez-vous avec le ou la docteur.e qui a suivi sa grossesse. Dans le cas où elle aurait connu une césarienne, son rendez-vous de suivi se déroulera en clinique hospitalière (CHUM, 2017). Si la mère a

reçu un diagnostic de diabète gestationnel au cours de sa grossesse, on répètera le test d'hyperglycémie provoquée entre la 6^e semaine et le 6^e mois post-partum afin de déterminer si la problématique persiste : « Dans la majorité des cas, le diabète disparaît après l'accouchement. Toutefois, les risques de développer un diabète dans les années qui suivent augmentent, surtout si un excès de poids est maintenu » (Diabète Québec, 2017).

Le suivi postnatal offert par une sage-femme

Comme dans le cas du suivi prénatal, le suivi postnatal offert par une sage-femme s'inscrit dans une perspective de continuité de soins. Contrairement au suivi et à l'accompagnement postnatal offerts lors d'un accouchement médicalisé en centre hospitalier, c'est la même personne (la sage-femme) qui offre les différents types d'accompagnement. En d'autres termes, alors que dans le système de santé les soins sont divisés entre l'obstétrique (pour le suivi médical), les soins infirmiers (pour le suivi initial), les CLSC (pour le suivi psychosocial), les groupes citoyens (pour l'accompagnement à l'allaitement) etc., c'est la sage-femme qui assume l'ensemble de ces rôles dans les premières semaines post-partum (Naître et grandir, 2016c), à domicile ou à la maison de naissance.

Dans le cas d'accouchements accompagnés par une sage-femme en maison de naissance ou en centre hospitalier et s'étant déroulés sans complications, la femme (et sa famille) ainsi que le nouveau-né peuvent quitter les lieux trois heures après l'accouchement⁹⁰ (Naître et grandir, 2016c). Cependant, dans le cas des accouchements en maison de naissance, la mère et l'enfant peuvent y demeurer jusqu'à vingt-quatre heures si la mère le désire et/ou si c'est considéré comme nécessaire par la sage-femme. Encore une fois, il est possible qu'un transfert en centre hospitalier soit nécessaire dans les heures qui suivent l'accouchement.

⁹⁰ Comme mentionné précédemment, dans le cas d'un accouchement accompagné par une sage-femme en centre hospitalier, la sage-femme quitte habituellement les lieux trois heures après l'accouchement et la nouvelle mère peut choisir de partir ou d'être admise à l'hôpital (Naître et grandir, 2016c).

En ce qui a trait au suivi postnatal, la sage-femme sera responsable d'effectuer trois visites à domicile dans les cinq premiers jours suivant la naissance, peu importe où l'accouchement a eu lieu (Naître et grandir, 2016c). Dans l'éventualité où des complications lors de l'accouchement auraient nécessité un transfert en centre hospitalier, la prise en charge du suivi postnatal serait aussi automatiquement transférée à l'équipe médicale. Lors de ses visites à domicile, la sage-femme s'assure « de l'évolution normale de la période suivant l'accouchement, tant pour la mère que pour son bébé [...] [e]lle offre aussi à la mère de l'aide avec l'allaitement [...] [d]e plus, 2 autres rencontres auront lieu à la maison de naissance par la suite » (Naître et grandir, 2016c). L'accompagnement de la sage-femme s'accompagne donc aussi d'un soutien collectif de la part des autres mères (et parents) fréquentant la maison de naissance. Le suivi postnatal offert par la sage-femme s'étend jusqu'aux alentours de la sixième semaine post-partum (Naître et grandir, 2016c). Par la suite, le suivi médical habituel emboîte le pas, notamment, en matière de vaccination du nourrisson.

L'une des fonctions importantes du suivi postnatal est désormais la détection du *baby blues* et, surtout, de la dépression post-partum. On estime qu'environ 80% des femmes ayant accouché récemment connaîtraient un épisode de *baby blues* pouvant s'échelonner de quelques heures à environ deux semaines (Naître et grandir, 2016b). Dans le cas du *baby blues*, les symptômes s'estompent habituellement d'eux-mêmes sans qu'une intervention ne soit nécessaire (Naître et grandir, 2016b). La dépression post-partum est plus grave : « Dans les cas les plus sévères, elle peut non seulement nuire à la mère, mais nuire aussi au développement du lien d'attachement entre elle et son bébé et réduire ses interactions avec lui. Le développement cognitif, social et affectif de son enfant pourrait même en être affecté » (Naître et grandir, 2016b). La dépression postpartum majeure toucherait environ 7% des nouvelles mères dans les premiers trois mois suivant l'accouchement et, dans le cas de dépression postpartum légère, elle affecterait jusqu'à 19% des nouvelles mères (Naître et grandir, 2016b). Comme pour les autres types de dépressions, le degré de traitement (et, parfois, de médication) nécessaire variera d'une personne à l'autre. Fait intéressant à noter, jusqu'à 25% des nouveaux pères

connaîtraient aussi des symptômes dépressifs trois à six mois après l'accouchement (Naître et grandir, 2016b). De par sa nature, le suivi postnatal effectué par une sage-femme pourrait probablement permettre de détecter plus rapidement et/ou facilement les signes avant-coureurs de la dépression postnatale chez la mère (ainsi que chez le père), bien qu'elle ne puisse pas la traiter elle-même. En effet, puisque c'est la sage-femme elle qui a assuré le suivi prénatal de la mère (et du couple) pendant plusieurs mois et qu'elle assure aussi la prise en charge de l'accouchement, elle connaît mieux la femme qu'une infirmière qui la rencontrerait pour la première fois lors d'une visite à domicile ou d'un simple appel téléphonique. Puisque la dépression postpartum « peut se manifester à tout moment pendant l'année suivant l'accouchement » (Naître et grandir, 2016b), il pourrait être bénéfique d'étendre le suivi postnatal offert par la sage-femme sur une période plus importante que les six premières semaines après l'accouchement.

v. Un accouchement sans violence?

Au terme de cette description de l'accouchement tel qu'il est pratiqué au Québec aujourd'hui, il est tentant de conclure que, par comparaison avec l'accouchement « modernisé » décrit au chapitre 2, bien moins de violences semblent infligées désormais aux femmes concernées. Toutefois, certaines violences brutales perdurent. On doit donc se demander si ces violences ne se seraient pas simplement transformées. Les travaux de Lorraine Fontaine et Nicole Pino pour le Regroupement Naissance-Renaissance vont dans ce sens. Ces deux chercheuses soutiennent que la violence obstétricale s'exerce aujourd'hui de trois façons, qui peuvent bien sûr se combiner : l'organisation des soins, les attitudes du personnel médical et les pratiques en matière d'obstétrique.

Pour Fontaine et Pino, les « protocoles hospitaliers et routines nuisibles ou employés de manière inappropriée », la « multiplication des intervenant.e.s et des gestes », les « rapports ou relations hiérarchiques entre les intervenant.e.s », l'« ambiance stressante et le manque d'intimité » ainsi que le « personnel changeant sans cesse et insuffisamment disponible » seraient toutes des expressions d'une violence obstétricale en matière d'organisation des soins (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 41-42).

À titre d'exemple, le nouveau système de division de prise en charge des accouchements implanté au début des années 2010 par l'Hôpital général juif était générateur d'une violence de ce type puisqu'il diminuait les chances que les patientes accouchent avec le médecin qui avait suivi la grossesse (Lacoursière, 6 novembre 2010). Ce témoignage rapporté par Lorraine Fontaine et Nicole Pino en constitue également une illustration frappante : « J'ai accouché dans un hôpital universitaire et je savais qu'il y aurait des étudiants en médecine. Mais là, ils sont venus me faire des toucher vaginaux simplement pour se pratiquer. C'était de jeunes étudiants sans expérience et ils me faisaient parfois mal. Le médecin leur parlait comme si je n'étais pas là pendant qu'ils avaient leurs doigts dans mon vagin. C'était absolument humiliant. J'ai tellement eu de touchers vaginaux que je l'ai vécu comme un viol collectif » (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 41).

Cette situation entre aussi dans la seconde catégorie de violences identifiées par les chercheuses : les attitudes, les « gestes, paroles ou attitudes brusques impersonnelles ou déplaisantes », les « paroles induisant peur, découragement ou manque de confiance », les « paroles infantilisantes, contrôlantes manipulatrices ou qui réifient », les « propos qui sèment le doute, qui nient ou contredisent le vécu de la femme » et les « propos agressifs ou hostiles » (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 42). Le comportement du gynécologue au centre du récit d'accouchement suivant en fournit une caricature : « Alors je continuais de crier « PAS D'ÉPISIO[TOMIE] ». Le gynécologue a regardé la docteure et il a dit « TU COUPES! ». Ils m'ont coupé et le bébé ne sortait pas plus. Le gynécologue a donc pris un petit banc, il est monté dessus, il a placé ses mains sur mon ventre et il a commencé à sauter en appuyant très fort sur mon utérus (la manœuvre Kristeller) [...] Je lui ai crié qu'il me faisait mal, qu'il devrait arrêter. Mais il n'arrêtait pas. Et le bébé ne sortait pas plus » (Simone, Véronique et Judith, décembre 2017-janvier 2018: 44).

Enfin, les pratiques médicales en vigueur peuvent également être source de violence. C'est le cas, selon Fontaine et Pino, des « routines et protocoles abusifs », de la « pathologisation du corps féminin », du « mauvais usage » et la « surutilisation des interventions, de la médication ou de la technologie » ainsi que des formes de

« manipulation afin d'obtenir un consentement » (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 42). L'un des témoignages présentés par Lorraine Fontaine et Nicole Pino illustre parfaitement le type de pressions auxquelles les femmes qui accouchent peuvent être soumises lorsque l'on cherche à obtenir leur consentement : « Elle m'a répondu d'un ton condescendant et autoritaire : « C'est ton choix, mais si tu refuses la césarienne, ton bébé va mourir. Il est en détresse et il doit sortir tout de suite! ». C'est donc en pleurs que j'ai accepté. Finalement j'ai dû attendre environ une heure avant d'avoir la césarienne, avec le stress constant que mon bébé était en train de mourir, et mon bébé était en parfaite santé! » (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 41).

Fontaine et Pino déplorent qu'on tarde « à discuter de la réalité de cette violence dans l'expérience de l'accouchement » (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 41). Par ailleurs, elles soulignent que peu de solutions pour obtenir réparation sont offertes aux femmes québécoises ayant connu une forme ou une autre de violence obstétricale. Il existe au sein du système de santé lui-même une possibilité de porter plainte individuellement, mais il y a « une très faible chance » qu'une telle démarche aboutisse (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018). Il reste à ces femmes la possibilité de suivre une thérapie individuelle avec un.e thérapeute (qui n'est pas nécessairement spécialisé.e en la matière) et/ou de se joindre à divers groupes de femmes (qui n'aborderont pas nécessairement explicitement cette question). Quelques rares groupes de soutien communautaires accueillent les femmes ayant connu un accouchement traumatique (par exemple, le groupe Alternative Naissance à Montréal et le Collectif Les accompagnantes à Québec), mais « qui dit accouchement traumatique ne dit pas automatiquement violence obstétricale et vice versa » (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018). Devant ce manque de « reconnaissance sociale minimale » et de ressources associées, Lorraine Fontaine et Nicole Pino en appellent à une prise de conscience collective face à l'existence même de la violence obstétricale ainsi qu'à sa prévention et sa guérison (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 42). Elles rappellent que plusieurs pays sont désormais engagés dans cette lutte. La France, notamment, s'apprête à tenir une commission d'enquête portant sur la violence obstétricale (Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 41). On peut aussi citer le cas de plusieurs pays d'Amérique latine, et en particulier celui du Venezuela qui, dans une loi pour le « droit à vivre sans

violence » votée en 2007, définissait la violence obstétricale en ces termes : « L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie » (citée par Fontaine et Pino, décembre 2017-janvier 2018: 41). Sur la base d'une telle définition, il faut bien admettre que nous sommes encore bien loin d'avoir l'assurance de vivre, au Québec, des accouchements sans violence !

Chapitre 4

Une histoire de dépossession

4.1 Du pouvoir d'accoucher

Après avoir parcouru l'histoire de l'accouchement en Occident depuis la fin du Moyen Âge, que peut-on conclure au sujet du « pouvoir d'accoucher » des femmes? Certes, l'accouchement « renouvelé » s'apparente à une forme de reprise de contrôle des femmes sur cet acte. Mais jusqu'où? Pour répondre à ces questions, nous prendrons appui sur la conception du pouvoir développé par Michel Foucault ainsi que sur son travail historique portant sur l'évolution des dispositifs de pouvoir dans nos sociétés à travers les derniers siècles.

Dans la perspective foucauldienne, le pouvoir, relativement diffus, se situe un peu partout et s'exprime par le biais de dispositifs concrets. Les relations de pouvoir multidirectionnelles et asymétriques qui en découlent reflètent des rapports constants de domination/contre-dominance. Par exemple, pour Michel Foucault, le *Panopticon* de Jeremy Bentham⁹¹ représente la figure architecturale par excellence de l'exercice des dispositifs de pouvoir disciplinaires : « Un assujettissement réel naît mécaniquement d'une relation fictive. De sorte qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des moyens de force pour contraindre le condamné à la bonne conduite, le fou au calme, l'ouvrier au travail, l'écolier à l'application, le malade à l'observation des ordonnances. Bentham s'émerveillait que les institutions panoptiques puissent être si légères » (Foucault, 1975: 204).

Comme Michel Foucault le souligne explicitement, « dans toute société, le corps est pris à l'intérieur de pouvoirs très serrés, qui lui imposent des contraintes, des interdits

⁹¹ « Le dispositif panoptique aménage des unités spatiales qui permettent de voir sans arrêt et de reconnaître aussitôt. En somme, on inverse les principes du cachot; ou plutôt de ses trois fonctions – enfermer, priver de lumière et cacher – on ne garde que la première et on supprime les deux autres. La pleine lumière et le regard d'un surveillant captent mieux que l'ombre, qui finalement protégeait. La visibilité est un piège» (Foucault, 1975: 202).

ou des obligations » (Foucault, 1975: 138). L'histoire de l'accouchement en Occident serait donc tributaire de la transformation des dispositifs de pouvoir. Il est donc important de retracer ces transformations d'un régime sociétal à l'autre.

4.1.1 De la souveraineté au contrôle ... en passant par la discipline

« Le corps est aussi directement plongé dans un champ politique; les rapports de pouvoir opèrent sur lui une prise immédiate; ils l'investissent, le marquent, le dressent, le supplicient, l'astreignent à des travaux, l'obligent à des cérémonies, exigent de lui des signes. Cet investissement politique du corps est lié, selon des relations complexes et réciproques, à son utilisation économique; c'est, pour une bonne part, comme force de production que le corps est investi de rapports de pouvoir et de domination »

(Foucault, 1975: 30)

Reprenant et prolongeant les travaux de Michel Foucault, Gilles Deleuze effectuait, en 1990, une analyse de la mise en place des « sociétés de contrôle » qui, selon lui, allaient être appelées à remplacer les « sociétés de disciplines » décrites par Michel Foucault et qui elles-mêmes auraient succédé aux « sociétés de souveraineté » (Deleuze, mai 1990). Offrant une très brève description de ces dernières, Gilles Deleuze se contentait d'expliquer que leurs principales fonctions étaient de « prélever plutôt qu'organiser la production » ainsi que de « décider de la mort plutôt que gérer la vie » (Deleuze, mai 1990: 110). En se référant directement à *Surveiller et punir : naissance de la prison* nous obtenons un portrait beaucoup plus détaillé de la « société de souveraineté » (Foucault, 1975). Selon Michel Foucault, le pouvoir y fonctionnait principalement par prélèvement : « prélèvement d'argent ou de produits par la fiscalité monarchique, seigneuriale, ecclésiastique; prélèvement d'hommes ou de temps par les

corvées ou les enrôlements, l'enfermement des vagabonds ou leur bannissement » (Foucault, 1975: 220). Au sein de la société de souveraineté, le corps constituait une cible majeure pour la répression (et de la coercition) pénale (Foucault, 1975: 14). Reflet d'un passage éventuel vers la société disciplinaire, le châtement et la punition corporelle mis en spectacle auraient progressivement été éliminés entre la fin du XVIIIème siècle et le début du XIXème siècle (Foucault, 1975: 14).

La société de discipline implique une toute nouvelle forme d'organisation sociale ainsi que d'exercice du pouvoir. Antonio Negri et Michael Hardt résumant parfaitement cette nouvelle société: « Medieval society was organized according to a hierarchical schema of degrees of power [...] [t]his is what modernity blew apart in the course of its development. Foucault refers to this transition as the passage from the paradigm of sovereignty to that of governmentality, where by sovereignty he means the transcendence of the single point of command above the social field, and by governmentality he means the general economy of discipline that runs throughout society » (Hardt et Negri, 2001: 88). Pour Hardt et Negri, cette transcendance du commandement caractéristique de la société de souveraineté aurait plutôt été remplacée par une nouvelle transcendance au sein de la société disciplinaire : la transcendance de l'ordre (« of the ordering function ») (Hardt et Negri, 2001: 88). Alors que le corps était châtié, il est maintenant discipliné et docile, passant d'un milieu d'enfermement à l'autre; la famille, l'école, la caserne, l'usine, et, parfois, l'hôpital et la prison. Résumé par Gilles Deleuze, le « projet idéal » de ces milieux d'enfermement consiste principalement à « concentrer; répartir dans l'espace, ordonner dans le temps; composer dans l'espace-temps une force de travail dont l'effet doit être supérieur à la somme des forces élémentaires » (Deleuze, mai 1990: 110).

L'emprise du biopouvoir est l'une des nouveautés au sein de la société de discipline. Thème central à l'ensemble de l'œuvre de Michel Foucault, Michael Hardt et Antonio Negri le définissent comme suit: « Biopower is a form of power that regulates social life from its interior, following it, interpreting it and rearticulating it [...] [t]he highest function of this power is to invest life through and through, and its primary task is to administer life. Biopower thus refers to a situation in which what is directly at stake in power is the production and reproduction of life itself » (Hardt et Negri, 2001: 23-24).

Celui-ci implique une échelle, un objet ainsi que des modalités de contrôle particulières. Au sein de la société disciplinaire, le pouvoir travaille dans le détail du corps (mouvements, gestes, attitudes) sur les forces (plutôt que sur les signes) par le biais de disciplines induisant une coercition constante (Foucault, 1975: 138-139).

En 1990, Gilles Deleuze affirmait que les « nouvelles formes » de la société de contrôle « frapp[ai]ent à la porte » (Deleuze, mai 1990: 110). Il maintenait aussi que Michel Foucault avait lui-même entrevu l'arrivée de la société de contrôle. Reprenant ces thèses une quinzaine d'années plus tard, Didier Ottaviani déclarait, qu'en ce début de XXI^{ème} siècle, nous étions bel et bien dans une période de transition d'une société à l'autre (Ottaviani, 2003: 1). Au sein de la société disciplinaire, l'individu n'était pas totalement englobé par les « technologies biopolitiques » (Hardt et Negri, 2001: 24). En effet, puisqu'il passait d'une institution à l'autre, il pouvait y avoir des interstices entre les lieux d'enfermements. Dans la société de contrôle, le contrôle est dorénavant constant : « Dans la société de discipline, on n'arrêtait pas de recommencer [...] tandis que dans les sociétés de contrôle on n'en finit jamais avec rien » (Deleuze, mai 1990: 111). Didier Ottaviani effectue d'ailleurs une comparaison intéressante entre l'« homme discipliné » et « l'homme contrôlé » : « alors que l'homme des disciplines était discontinu, réglé et ordonné pour former une chaîne d'efficacité avec l'ensemble des autres individus, « montés » en série, l'homme du contrôle est un pur électron inséré dans le flux, tout à la fois, individualisé au maximum et respectueux d'une hiérarchie qui ne lui est plus extérieure, mais qu'il a totalement assimilée » (Ottaviani, 2003: 29). Souligné explicitement par Michael Hardt et Antonio Negri, la transition vers la société de contrôle implique une emprise de plus en plus pesante du biopouvoir : « when power becomes entirely biopolitical, the whole social body is comprised by power's machine and developed in its virtuality [...] Society, subsumed within a power that reaches down to the ganglia of the social structure and its processes of development, reacts like a single body. Power is thus expressed as a control that extends throughout the depths of consciousness and bodies of the population – and at the same time across the entirety of social relations » (Hardt et Negri, 2001: 24). Donc, au sein de la société de contrôle, le corps est dorénavant contrôlé par le biais d'un biopouvoir poussé à l'extrême, fonctionnant par intériorisation des disciplines (et des discours les justifiant).

4.1.2 Changement sociétal et capitalisme

Dans *Post-scriptum sur les sociétés de contrôle*, Gilles Deleuze ne suggère aucune hypothèse concernant les raisons pour lesquelles les changements d'un type de société à un autre se sont produits (Deleuze, mai 1990). Il se contente principalement de mentionner que Napoléon « semblait opérer la grande conversion » entre la « société de souveraineté » et la « société disciplinaire » (Deleuze, mai 1990: 110). En ce qui concerne ce qu'il nomme la « crise des milieux d'enfermement », il affirme qu'elle découlerait non seulement d'une évolution technologique, mais d'une mutation beaucoup plus profonde du capitalisme. En effet, pour Gilles Deleuze, ce serait le passage du capitalisme de production au capitalisme de surproduction qui aurait mené à l'agonie des institutions associées à la société de disciplines (Deleuze, mai 1990: 110). Prolongeant cette idée, Didier Ottaviani défend que ce serait plutôt la déterritorialisation menant à la transformation du capitalisme compressif⁹² en capitalisme dispersif⁹³ qui aurait mené à un éclatement des institutions: « Le grand changement a été la transformation de l'usine, segmentée mais toujours très fortement liée à un territoire [...] en l'entreprise, modulable et capable de gérer les déterritorialisations » (Ottaviani, 2003: 17).

Pour Michael Hardt et Antonio Negri, les travaux de Michel Foucault datant des années 1970 soutiennent la thèse selon laquelle le biopouvoir aurait progressivement été mis au service de l'accumulation capitaliste (Hardt et Negri, 2001). Michel Hardt et Antonio Negri ainsi que Michel Foucault s'inspirent ouvertement, à différents degrés, des travaux de Karl Marx. Il n'est donc pas surprenant que leur conception du changement sociétal reflète et recoupe certains principes et concepts au centre de l'approche marxiste.

⁹² « Le capitalisme *compressif* est celui des stocks et de l'accumulation, il est formé par un travail matérialisé et sédimenté et garde toujours la composante de l'acte productif humain, qu'il réifie. C'est avec lui qu'apparaît la figure du « capitaliste » que l'on retrouve chez Marx, le plus souvent individualisée, insérée dans une dynastie fondée ou perpétuée par elle » (Ottaviani, 2003: 17).

⁹³ « Le capitalisme *dispersif* relègue la production de l'acte humain comme un sous-facteur de richesses ; il doit gérer des flux financiers, source de l'enrichissement, mais ne les matérialise pas par un processus d'accumulation. Bien au contraire, il veille toujours à maintenir une circulation fluide de capitaux, et ne repose pas sur des individus mais sur des multinationales, des réseaux d'influence qui naissent de participations croisées extraterritoriales et ne sont effectivement possédés par personnes » (Ottaviani, 2003: 17).

De son côté, Silvia Federici se positionne à la fois dans la lignée de Michel Foucault et Karl Marx, tout en demeurant critique envers leurs thèses. En effet, pour Silvia Federici, l'histoire du capitalisme aurait eu un impact différentiel sur les corps masculins et féminins, un élément qui n'est souligné ni par Marx, ni par Foucault⁹⁴. Thème central de *Caliban et la sorcière*, la chasse aux sorcières reflèterait parfaitement cet impact différentiel sur les corps de l'émergence du capitalisme et de l'éventuelle implantation des mécanismes de la société disciplinaires (Federici, 2014). Analyser l'histoire de l'accouchement en Occident dans cette perspective féministe permet non seulement de retracer le passage d'une société à l'autre, mais elle fait aussi ressortir l'importance de mettre en lumière le pan typiquement féminin de la disciplinarisation et de la prise de contrôle du corps.

⁹⁴ Silvia Federici semble en tenir particulièrement rigueur à Michel Foucault : « Les féministes ont à leur tour accusé le discours sur la sexualité de Foucault d'évacuer la différenciation sexuelle, tout en faisant simultanément siennes nombre des idées développées par le mouvement féministe. Cette critique est tout à fait justifiée » (Federici, 2014: 28).

4.2 L'accouchement communautaire

L'accouchement communautaire confère à l'ensemble des femmes un pouvoir certain sur le processus même de l'accouchement et des relevailles. L'accouchement se déroulant à domicile et étant accompagné par une/plusieurs femmes détenant diverses expériences en matière d'accompagnement à la naissance, la transmission des savoirs et techniques d'une génération de femmes à l'autre s'effectuait au chevet de celles qui accouchaient. Comme Michel Foucault le soutient, le savoir s'inscrit inévitablement dans un système de pouvoir : « que le pouvoir et savoir s'impliquent directement un l'autre; qu'il n'y a pas de relations de pouvoir sans constitution corrélative d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir » (Foucault, 1975: 32). La valorisation de ces savoirs traditionnels confère donc aussi un pouvoir direct à celles qui les détiennent : les matrones.

Ce pouvoir féminin est cependant limité puisqu'il s'inscrit dans un système de pouvoir patriarcal beaucoup plus large. Selon les régions, on remarque que le pouvoir ecclésiastique masculin semble détenir une certaine influence sur l'accouchement traditionnel bien avant le XVIIIème siècle. Par exemple, si l'on se fie aux travaux de Marie-France Morel, le prêtre d'un village pouvait être appelé à évaluer et contrôler les compétences de la matrone/sage-femme⁹⁵. En d'autres termes, le pouvoir ecclésiastique semble historiquement ouvert à un certain degré de pouvoir féminin sur le processus de l'accouchement, tant qu'il peut l'encadrer et s'assurer que certains rituels religieux sont respectés.

Malgré cette relative ouverture au « pouvoir d'accoucher » des femmes au sein de la « société de souveraineté », le pouvoir ecclésiastique, ainsi que le pouvoir étatique, s'opposent fortement au contrôle féminin de la contraception. En effet, le droit d'enfanter (ou non) y est assuré, notamment, par l'Église et l'État. C'est lors de cette période que les premiers incitatifs natalistes et dispositifs de contrôle de la reproduction furent mis en place un peu partout en Europe. Certains d'entre eux visaient, par exemple, à s'assurer

⁹⁵Voir la section *L'accoucheuse : médiatrice entre l'ici-bas et l'au-delà*.

que les femmes ne mettent pas fin volontairement à leur grossesse : « En France, un édit royal de 1556 obligeait les femmes enceintes à enregistrer chaque grossesse, et condamnait à mort celles dont les enfants mouraient avant le baptême suite à une grossesse dissimulée, qu'elles soient responsables ou pas du décès. De semblables dispositions furent promulguées en Angleterre et en Écosse en 1624 et 1690 » (Federici, 2014: 181). De tels dispositifs firent en sorte que, dans l'Europe du XVIème-XVIIème siècle, « il y eut davantage d'exécutions de femmes pour infanticide [...] que pour tout autre crime, à l'exception de la sorcellerie, une accusation qui tournait aussi autour du meurtre d'enfants et d'autres transgressions des normes reproductives » (Federici, 2014: 181). La criminalisation de la contraception féminine répondait à ces mêmes impératifs natalistes, tout en contrôlant le corps féminin: « en privant les femmes du contrôle sur leurs corps, non seulement l'État les a reléguées au travail reproductif d'une façon que n'avait connue aucune des sociétés précédentes, mais il les a privées de la condition nécessaire à leur intégrité physique et psychologique la plus fondamentale et a ravalé la maternité au rang de travail forcé » (Federici, 2014: 187). Bref, pour Silvia Federici, « la principale initiative que prit l'État pour retrouver le niveau démographique désiré fut de livrer une véritable guerre aux femmes visant clairement à briser leur contrôle sur les corps et la reproduction [...] cette guerre fut menée principalement par la chasse aux sorcières qui diabolisa littéralement toute forme de contrôle des naissances et de sexualité non-procréative, tout en accusant les femmes de sacrifier des enfants au diable » (Federici, 2014: 179-180). Comme Michel Foucault le soulignait dans *Surveiller et Punir* (Foucault, 1975), le châtement corporel mis en spectacle était toujours d'actualité à la fin du XVIème siècle: « Dans le Nuremberg du XVIe siècle, la peine pour infanticide maternel était la noyade. En 1580, l'année où les têtes tranchées de trois femmes coupables d'infanticides furent clouées à l'échafaud pour exposition publique, la peine fut transformée en décapitation » (King, 1991: 10 dans Federici, 2014: 180). Au sein de la « société de souveraineté », les femmes sont donc dépossédées d'un droit crucial : celui d'enfanter ou non. Leurs propres corps (et leurs capacités reproductives) ne leur appartiennent donc pas véritablement.

C'est au chevet des classes dominantes ainsi que « sous les auspices de l'Église » qu'une médecine masculine s'est progressivement développée et imposée en Europe à la fin du Moyen Âge (Ehrenreich et English, 2014: 49). Alors que le chirurgien pouvait traditionnellement être appelé au chevet des femmes dans de rares cas de décès intra-utérins, « peu à peu ces hommes commencent à rédiger des traités d'obstétrique et à vouloir faire des accouchements ordinaires, pour accroître leur exercice et gagner davantage » (Morel, 2007-2008: 23). La redéfinition du type de savoirs valorisés en matière d'accompagnement à l'accouchement allait éventuellement entraîner une dévalorisation des savoirs traditionnels détenus par les matrones/sages-femmes et, donc, une importante perte de leur pouvoir. En interdisant légalement l'accès des femmes aux programmes universitaires de médecine, on les empêchait d'acquérir ces nouveaux savoirs tout en s'assurant qu'elles ne pourraient pas pratiquer la médecine: « Il était impossible d'appliquer ces lois de façon systématique dans la mesure où il n'y avait qu'une poignée de médecins formés à l'université par rapport à la masse énorme de soignant.e.s empiriques. Mais on *pouvait* utiliser ces lois de façon sélective. Leur première cible ne fut pas les guérisseuses paysannes, mais la femme soignante instruite, aisée, qui faisait concurrence aux médecins formés à l'université pour la même clientèle urbaine » (Ehrenreich et English, 2014: 56).

Parallèlement à cette intrusion au sein de l'espace traditionnellement féminin de l'accouchement, on observe que l'État impose progressivement divers dispositifs de contrôle de l'accompagnement encore offert par les sages-femmes, autant à travers la formation qui leur est offerte qu'au sein de leur pratique quotidienne. Par exemple, en France et en Allemagne, « les sages-femmes devaient espionner pour le compte de l'État si elles voulaient continuer à exercer. Elles étaient censées rapporter les nouvelles naissances, établir les paternités hors mariage, examiner les femmes soupçonnées d'avoir enfanté en secret ainsi que les femmes demeurant aux alentours d'une église sur les marches de laquelle un nourrisson avait été abandonné, pour détecter chez elles des signes de lactation » (Federici, 2014: 182). Dans ces régions, la pratique sage-femme devint elle-même un outil d'application du pouvoir étatique.

La criminalisation/démonisation de la sage-femme « indépendante » (lire; qui pratique son accompagnement à l'extérieur du cadre officiel étatique) annonce très bien comment, à travers le passage vers la « société disciplinaire », la femme perdra le peu de pouvoir qu'elle pouvait encore détenir sur le déroulement de son propre accouchement. Il est cependant important de mentionner qu'il ne faut pas voir les femmes (qui accouchent et qui les accompagnent) comme étant des agentes passives, acceptant d'emblée la dépossession de leurs corps et de leur pouvoir. Comme Marie-France Morel l'affirme clairement, les femmes acceptent progressivement les différentes transformations associées à leur expérience d'accouchement pour diverses raisons, selon les époques et les régions (Morel, 2007-2008). Par exemple, elles n'acceptent pas de se déplacer en centre hospitalier pour recevoir un accompagnement médical (masculin) d'un seul coup: elles acceptent d'abord la présence du chirurgien/accoucheur, à domicile, lors d'accouchements difficiles. Le système de relations de pouvoir liant les femmes, l'Église, l'État et l'obstétrique semble se complexifier à travers le passage vers la « société disciplinaire ».

Concluons avec Silvia Federici : « Avec la marginalisation des sages-femmes débuta le processus par lequel les femmes allaient perdre leur contrôle sur la procréation, réduites à un rôle passif dans l'enfantement, alors que les docteurs mâles devenaient les véritables « donneurs de vie » [...] il fallait tout d'abord congédier la communauté des femmes qui se rassemblait autour du lit de parturiente, et placer les sages-femmes sous la tutelle des docteurs, ou les recruter pour contrôler les femmes » (Federici, 2014: 182). C'est ainsi que s'est instauré l'accouchement discipliné.

4.3 L'accouchement discipliné

« Longtemps, l'expérience de l'enfantement a appartenu aux femmes : celles qui donnaient naissance et celles qui les accompagnaient. [...] Dépouillées de leur pouvoir, de leur corps et de l'acte de donner naissance, les femmes deviennent des figures passives de leur accouchement, des objets qu'il est possible de manipuler sans consentement. Des utérus qu'on fait accoucher. »

(Beauchamp, Leroux et Bessaïh, décembre 2017 - janvier 2018)

Émergeant au XVIII^{ème} siècle, la « société disciplinaire » occidentale atteint son apogée au XX^{ème} siècle. Corollaire à la montée du biopouvoir médico-étatique lui étant associé, la modernisation de l'accouchement renforce la dépossession des femmes du pouvoir qu'elles détenaient autrefois sur le processus de l'accouchement.

C'est par le biais de son accompagnement à domicile que l'accoucheur impose les premiers changements qui allaient ouvrir la voie à un déplacement de l'accouchement vers l'hôpital : « il fait sortir la plupart des « commères », sous prétexte qu'il faut faire silence et aérer la pièce ; il fait aussi ouvrir les fenêtres et réduire le feu, afin que l'air circule [...] Certes, l'accoucheur agit ainsi pour la sécurité de la femme, mais celle-ci se trouve de plus en plus seule, face à lui. Il lui impose aussi la position la plus commode pour lui et la plus dépendante pour elle, en la faisant coucher sur le dos » (Morel, 2007-2008: 24). On assiste donc à l'individualisation du processus de l'accouchement accompagnée d'une subordination de la femme (et de ses besoins) à l'accoucheur (et les siens), avant même que l'accouchement ne se déplace vers le centre hospitalier.

Combinée à une importante pathologisation de la grossesse et de l'accouchement, cette individualisation et subordination de la parturiente est à la base du déplacement de l'accouchement en centre hospitalier. De plus, les progrès sanitaires et scientifiques qu'a

connu le centre hospitalier (et sa maternité) depuis le XVIII^{ème} siècle font en sorte que celui-ci n'est désormais plus perçu comme étant le lieu d'accouchement de dernier recours, mais plutôt comme son lieu par excellence. Dans les années 1950, on présente l'accouchement à la maison comme un « caprice » irrationnel vis-à-vis les nombreux avantages offerts par le centre hospitalier : « l'accouchement à l'hôpital était montré comme plus simple (la femme n'ayant rien d'autre à faire que d'apporter ses effets personnels et des vêtements pour le bébé), plus confortable (enfin des vacances pour la mère qui n'a qu'à se laisser dorloter!), plus sécuritaire et pas plus cher de surcroît qu'un accouchement à la maison » (Rivard, 2014: 83-84).

Grand lieu d'enfermement, le centre hospitalier introduit directement les différents dispositifs de pouvoir disciplinaires au sein de processus de l'accouchement. Du point de vue de l'organisation physique de l'espace, on remarque la « taylorisation » des départements d'obstétriques: on divise le milieu d'enfermement en salles spécialisées et correspondant aux différentes étapes de la mise au monde (salle de travail, salle d'accouchement, salle de séjour, etc.). Non seulement la femme est séparée de son entourage, qui doit se déplacer vers la salle d'attente, son enfant est lui-même inséré au sein d'une autre « chaîne de montage » dès sa naissance. Cette division de l'espace s'accompagne d'un encadrement temporel du processus d'accouchement. Dans le cas où, par exemple, l'une des étapes de l'accouchement se déroule d'une manière jugée trop lente, on administre diverses molécules afin de l'accélérer. Pour Michel Foucault, la classification du normal/anormal serait justement l'un des principaux objectifs du lieu d'enfermement disciplinaire : « depuis le début du XIX^e siècle : [...] d'une façon générale toutes les instances de contrôle individuel fonctionnent sur un double mode : celui du partage binaire et du marquage (fou - non fou; dangereux - inoffensif; normal - anormal); et celui de l'assignation coercitive, de la répartition différentielle (qui il est; où il doit être; par quoi le caractériser, comment le reconnaître; comment exercer sur lui, de manière individuelle, une surveillance constante, etc.) » (Foucault, 1975: 201).

Paradoxalement, maintenant que l'accouchement s'inscrit dans un espace collectif lui étant dédié, soit le département d'obstétrique, il n'a jamais été aussi individualisé. Selon Andrée Rivard, « le transfert hospitalier de l'accouchement a concrétisé un

changement culturel de taille, celui de l'isolement de la femme de son entourage familial, une condition avant tout profitable au médecin, qui lui sera utile pour consolider son autorité » (Rivard, 2014: 111). L'individualisation de l'accouchement n'implique cependant pas que l'on répondra aux besoins individuels de la parturiente. Il s'agirait plutôt d'individualiser afin de massifier anonymement chaque expérience. Gilles Deleuze décrit en quoi le pouvoir disciplinaire se veut effectivement à la fois massifiant et individuante : « Les sociétés disciplinaires ont deux pôles : la signature qui indique l'*individu* et le nombre ou numéro matricule qui indique sa position dans une *masse*. C'est que les disciplines n'ont jamais vu d'incompatibilité entre les deux [...] le pouvoir [...] constitue en corps ceux sur lesquels il s'exerce et moule l'individualité de chaque membre du corps » (Deleuze, mai 1990: 111).

L'accouchement « moderne » en centre hospitalier entraîne sa standardisation ainsi que sa technicisation. L'ensemble des paramètres de la grossesse et de l'accouchement y sont normalisés, de l'admission au séjour postpartum. On y impose une série de routines (rasage, lavement, examens rectaux, etc.) dont la validité et la nécessité sont maintenant, au minimum, contestables. Dispositif disciplinaire par excellence, le monitoring constant ainsi que l'administration d'une variété de plus en plus diversifiée de molécules de synthèse force la femme à adopter une position couchée lors du travail et de l'accouchement. La dépossession du corps et du pouvoir féminin sur le déroulement de l'accouchement y est poussée à un tel point que l'on assiste à l'accouchement « inconscient », une pratique qui consistait à administrer un anesthésiant lors de la phase expulsive : « Le choix de l'agent dépendait des médecins qui étaient perpétuellement à la recherche du médicament à la fois le plus efficace et le moins risqué. Le but de l'anesthésie générale était de faire en sorte que la parturiente « ne se rende pas du tout compte de l'expulsion de son enfant » [...] [l]orsqu'elle revenait à elle, la femme était habituellement rendue dans une chambre ou en salle de réveil » (Rivard, 2014: 103). Le corps discipliné, obéissant, est au bout du compte le corps anesthésié, endormi.

L'importance accordée à la standardisation et technicisation au sein du processus de modernisation de l'accouchement reflète parfaitement ce que Michel Foucault affirmait être l'objectif des mécanismes disciplinaires, peu importe le lieu d'enfermement (école, usine, hôpital, etc.): « Le moment historique des disciplines, c'est le moment où naît un art du corps humain, qui ne vise pas seulement la croissance de ses habiletés, ni non plus l'alourdissement de sa sujétion, mais la formation d'un rapport qui dans le même mécanisme le rend d'autant plus obéissant qu'il est plus utile, et inversement. Se forme alors une politique des coercitions qui sont un travail sur le corps, une manipulation calculée de ses éléments, de ses gestes, de ses comportements » (Foucault, 1975: 139).

Ce n'est qu'à partir des années 1960, que se développent de multiples remises en question beaucoup plus radicales de l'organisation des grands milieux d'enfermement, incluant le centre hospitalier. On pourrait très bien concevoir ces contestations comme résultant d'une importante montée de la disciplinarisation du corps (féminin) depuis le début du XX^{ème} siècle : « un acte accompli par un individu qui tente d'en dominer un autre tend à susciter une action de résistance ou de contre-dominance qui sape la tentative initiale. C'est l'acte *lui-même* qui fait émerger les conséquences qui vont à l'encontre de son efficacité » (Morgan, 1999: 278). Bien qu'il ne se réfère pas aux thèses de Foucault, Ivan Illich peut être lu comme l'un des grands critiques de la société disciplinaire. Dans *Némésis Médicale* (Illich, 2003 (1975)), il présentait le caractère contreproductif et iatrogène de ce qu'il qualifie être « l'entreprise médicale ». En effet, pour Ivan Illich, « la prise en charge de l'individu par l'appareil biomédical du système industriel ôte au citoyen tout pouvoir de maîtriser politiquement ce système. La médecine devient un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en état de fonctionnement l'homme usé par une production inhumaine. C'est lui qui doit réclamer la consommation médicale pour pouvoir continuer à se faire exploiter » (Illich, 2003 (1975): 586).

Agissant à titre de contre-pouvoir résistant au biopouvoir étatique, le mouvement féministe ainsi que celui pour la santé des femmes auront un impact direct sur la remise

en question de la déshumanisation de l'accouchement dans les années 1960-1970. Comme évoqué précédemment⁹⁸, questionnant l'emprise masculine patriarcale sur la santé (reproductive) féminine, ces mouvements ouvrent la voie, par exemple, au mouvement pour l'humanisation des naissances au Québec. Les parcours de grossesse et d'accouchement alternatifs revendiqués par ces mouvements (suivi offert par une sage-femme, accouchement à domicile ou en maison de naissance, etc.) sont autant d'attaques contre la société disciplinaire, puisqu'ils supposent un accouchement hors du milieu hospitalier. Comme Gilles Deleuze l'affirme, au tournant du XXI^{ème} siècle, on se trouve bel et bien en situation de transition vers une nouvelle société. Reprenant le concept d'hypertélie⁹⁹ mis de l'avant par Didier Ottaviani (Ottaviani, 2003), on pourrait donc dire, en matière d'accouchement du moins, que l'hypertélie du système médical mène, au tournant du XXI^{ème} siècle, à l'éclatement du centre hospitalier comme seul lieu d'accompagnement contrôlé par l'État.

⁹⁸ Voir la section *Remises en question*.

⁹⁹ Didier Ottaviani définit l'hypertélie comme suit : « l'adaptation exagérée par rapport à un milieu fixe et, dès lors, tout changement de milieu, toute modification dans les techniques de production conduit à la ruine de l'ensemble de la structure, qui ne peut s'adapter et se trouve ralentie ou même totalement inefficace » (Ottaviani, 2003: 11). Il affirme que cette hypertélie serait à la base de la crise actuelle des sociétés disciplinaires, « qui se trouvent désormais en décalage par rapport au milieu réel au sein duquel elles doivent trouver leur place » (Ottaviani, 2003: 11)

4.4 L'accouchement contrôlé

Au tournant du XXI^{ème} siècle, ce n'est pas seulement le milieu médical qui reconnaît la nécessité d'humaniser les soins périnataux¹⁰⁰. Plusieurs États occidentaux semblent alors ouverts à écouter, jusqu'à un certain point, les revendications des différents mouvements défendant la santé reproductive féminine. Dans le cas du Québec, c'est sous la forme du forum *Accoucher ou se faire accoucher* que cette ouverture s'est initialement articulée. Comme Francine Saillant l'explique, « il y avait des personnes qui, au ministère de la Santé, occupaient des postes stratégiques; qui avaient travaillé au Conseil du statut de la femme; qui avaient été dans des veilles, si on peut dire, de *l'Essai sur la santé des femmes*. Et il y avait un réseau informel qui pouvait faire des pressions sur différents ministères à cause de la structure ... finalement de l'obligation, à l'époque, qu'avaient les ministères d'intégrer la question homme-femme, la question de la justice sociale pour les femmes, etc. »¹⁰¹.

Suite aux différentes expérimentations (et évaluations) des années 1990 entourant la revalorisation de la pratique sage-femme au Québec, au début du XXI^{ème} siècle, on assiste à une multiplication des possibilités en matière de suivi de grossesse et de prise en charge de l'accouchement. Il demeure que ces possibilités sont encadrées plus ou moins strictement par l'État québécois et, jusqu'à un certain point, par la profession médicale/obstétricale. Les nombreuses réglementations concernant l'accouchement à domicile ainsi que l'organisation des maisons de naissance montrent bien que l'État déploie son contrôle sur le processus de l'accouchement à l'extérieur du centre hospitalier, sous un nouveau mode plus réglementaire que disciplinaire. Au sein de la « société de contrôle », l'accouchement dépasse visiblement le cadre statique du centre hospitalier : « La transition des sociétés disciplinaires vers les sociétés de contrôle est donc le passage de lieux relativement clos à des milieux ouverts, du géométrique (statique) au vectoriel (dynamique) » (Ottaviani, 2003: 26). Les dispositifs du biopouvoir s'étendent de plus en

¹⁰⁰ Pour une description détaillée des revendications du mouvement québécois pour l'humanisation des soins périnataux, voir la section *L'humanisation de la naissance au Québec*.

¹⁰¹ Francine Saillant, communication personnelle du 26 octobre 2015.

plus au sein des lieux d'accouchement alternatifs, notamment les maisons de naissance. La situation actuelle illustre très bien comment, au sein de la société de contrôle, il « ne s'exerce plus une discipline, c'est-à-dire une orientation de virtualités vers une norme, mais un *contrôle* des virtualités directionnelles, ce que l'on pourrait nommer un contrôle « ouvert » adaptable, capable d'intégrer toutes les mutations du réel » (Ottaviani, 2003: 19).

Depuis une quinzaine d'années, nous assistons à une professionnalisation de la pratique sage-femme, autant par le biais de la création de leur ordre professionnel que de l'obligation de détenir un diplôme universitaire afin de la pratiquer. La pratique sage-femme qui se voulait (initialement, du moins) une alternative aux cadres biomédicaux disciplinaires semble donc se plier de plus en plus aux dispositifs de pouvoir de la société de contrôle. En effet, la création d'un ordre professionnel ainsi que la formation universitaire pré-requise participent à l'internalisation de la norme médicale. L'obligation légale pour les sages-femmes de transférer la prise en charge du suivi lors de grossesses « à risques » témoigne en outre du fait que le milieu médical conserve effectivement l'essentiel du contrôle sur le corps des femmes enceintes, puisqu'il contribue lui-même à la définition de ce que constitue un risque (ou non).

Par ailleurs, et malgré les possibilités offertes (et encadrées par l'État), il demeure que la quasi-totalité des accouchements québécois se déroulent encore en centre hospitalier. Bien que dans certains cas cette situation puisse s'expliquer par un réel manque de ressources gouvernementales¹⁰² et/ou d'informations alternatives, il est probable que ce soit l'intériorisation du biopouvoir et de la rhétorique du risque qui pousse une majorité de Québécoises à considérer, encore à l'heure actuelle, le centre hospitalier comme seule véritable option afin d'accoucher de manière sécuritaire. Le discours médical catastrophiste et « hospitalocentrique » du milieu du XX^e siècle a « été si bien transmis par les femmes de cette époque que les plus jeunes générations le reprennent encore de nos jours, et ce en dépit du grand nombre de recherches contemporaines ayant démontré la sécurité des accouchements à la maison chez les femmes dont la grossesse

¹⁰² Par exemple, dans certaines régions où les maisons de naissance doivent fonctionner par listes d'attentes puisqu'elles ne peuvent répondre à la demande.

est normale » (Rivard, 2014: 85). Dans un imaginaire collectif où tout peut tourner mal à tout moment de la grossesse et de l'accouchement, les femmes ne souhaiteraient donc pas prendre de risques inutiles. Comme Francine Saillant le souligne explicitement : « Probablement que, aujourd'hui, c'est une minorité qui réfléchirait dans les termes qui étaient revendiqués dans les années 1980 pour les raisons qui étaient annoncées, un peu, dans cette idée de risque; ça s'est multiplié par 25. [...] Alors, là je pense que l'évolution de la pensée, l'évolution de la technique, l'évolution ... du monde médical ... fait que c'est encore plus fort que ça ne l'était. Et la population, privée de service, devient de moins en moins critique »¹⁰³. Cette situation illustre d'ailleurs ce que Hardt et Negri décrivaient comme l'intégration du pouvoir biopolitique au sein même de l'inconscient individuel et collectif (Hardt et Negri, 2001: 24).

Pour Gilles Deleuze, chaque régime de pouvoir s'appuie sur l'utilisation de machines particulières : « les vieilles sociétés de souveraineté maniaient des machines simples [...] les sociétés disciplinaires récentes avaient pour équipement les machines énergétiques [...] les sociétés de contrôle opèrent par machine de troisième espèce, machines informatiques et ordinateurs » (Deleuze, mai 1990: 112). L'histoire occidentale de la transformation des divers outils employés lors de l'accouchement reflète cette mutation technologique : des techniques rudimentaires de la matrone/sage-femme, on est passé par les nouveaux outils de l'accoucheur/obstétricien (dont il était supposément le seul à détenir la force physique nécessaire à leur maniement), pour finalement en arriver aux technologies informatiques actuelles qui participent au contrôle de la grossesse et de l'accouchement.

Lorsqu'elles sont appliquées à l'obstétrique, les technologies médicales informatisées permettent un suivi de plus en plus pointu du déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que du dépistage de diverses problématiques de santé (chez la mère et chez le fœtus). Elles contribuent ainsi au renforcement de la rhétorique du risque chez les femmes enceintes. Afin d'être rassurées, elles exigent elles-mêmes la multiplication des examens et/ou des interventions. Ces technologies informatiques

¹⁰³ Francine Saillant, communication personnelle du 26 octobre 2015.

renforcent aussi le phénomène de normalisation/modulation de la grossesse et de l'accouchement. La construction des différentes courbes de croissance fœtale en constitue d'ailleurs un très bon exemple. Avant même la naissance, on estime maintenant le poids et la taille du fœtus grâce à divers outils informatiques. On les compare ensuite à des moyennes statistiques. La position du fœtus vis-à-vis de ces normes relativement abstraites (les percentiles dans lesquels il se situe) affecte les prescriptions et proscriptions que l'on adresse à la future mère, notamment en matière d'alimentation. Tandis que, dans certains cas, on lui recommande de prendre du poids, dans d'autres, on l'encourage à limiter sa consommation calorifique. Bref, alors qu'au sein de la société disciplinaire, on « moule » le comportement des femmes enceintes selon une norme unique (par exemple, en termes d'une prise de poids idéale), dans la société de contrôle on le « module » grâce au suivi constant qu'offre les nouveaux outils informatiques : « Les enfermements sont des *moules*, des moulages distincts, mais les contrôles sont une *modulation*, comme un moulage auto-déformant qui changerait continûment, d'un instant à l'autre, ou comme un tamis dont les mailles changerait d'un point à l'autre » (Deleuze, mai 1990: 111).

Contrairement à ce que certain.e.s peuvent affirmer, les soins périnataux et l'accouchement « renouvelé » (ou « humanisé ») n'impliquent pas automatiquement une véritable repossession du « pouvoir d'accoucher » des femmes occidentales. À l'heure actuelle, la disciplinarisation physique du corps de la femme enceinte (et accouchant) semble être progressivement remplacée par une forme (d'auto) contrôle (psychologique) des plus insidieux. En matière de soins périnataux, les dispositifs de pouvoir caractéristiques des grands milieux disciplinaires coexistent avec les nouveaux mécanismes d'application du biopouvoir (étatique). L'étude des impacts sociotechniques de ces nouveaux mécanismes est d'autant plus nécessaire puisque, comme Didier Ottaviani le défend, « les modèles qui nous sont aujourd'hui proposés ne sont ni pires ni meilleurs que ceux apparus avec la révolution industrielle; ils sont simplement plus complexes, issus de rapports de forces différents [...] reste désormais à élaborer, au sein de ces nouveaux réseaux de pouvoir, de nouvelles formes de résistance » (Ottaviani, 2003: 32).

4.5 Quel avenir pour l'accouchement contrôlé?

Depuis quelques décennies, on observe l'arrivée de plus en plus de femmes au sein du milieu médical/hospitalier. Ces femmes ne sont plus simplement des infirmières subordonnées aux médecins masculins, comme cela a pu être le cas dans le passé. On peut se demander si cette arrivée entraînera de profondes remises en question (notamment en matière de santé féminine et de soins périnataux) ou si ces nouvelles professionnelles de la santé reproduiront simplement le système en place? Bien que la présence de plus en plus de femmes puisse effectivement avoir un effet positif sur la prise en considération des réalités féminines, rien ne garantit que ce sera bel et bien le cas.

Par ailleurs, une éventuelle privatisation du système de santé publique permettrait peut-être de réduire les dépenses gouvernementales, mais pourrait entraîner d'importantes problématiques d'accessibilité aux soins périnataux pour les femmes québécoises moins bien nanties. La situation serait d'autant plus problématique que les Québécoises, ayant internalisé la rhétorique du risque ainsi que le discours médical la justifiant, se retrouveraient ainsi face à un État refusant de défrayer les coûts de soins qu'elles considèrent désormais comme indispensables. Source potentielle de nombreuses injustices sociales, cette privatisation pourrait cependant mener aussi à une véritable prise de conscience collective en matière de réappropriation du corps féminin et de son « pouvoir d'accoucher ».

Il est permis également de se questionner à propos des motivations du ministère de la Santé (et du gouvernement actuel) qui semble valoriser de plus en plus la maison de naissance comme lieu d'accouchement et de suivi périnatal, sans être prêt à écouter et négocier avec les sages-femmes qui permettent leur existence. Est-ce que le gouvernement cherche simplement à couper dans les coûts associés aux soins périnataux ou se soucie-t-il d'humaniser les soins périnataux? Force est de constater qu'avec

l'avènement de l'accouchement contrôlé, il y a peu de chance que le biopouvoir étatique, notamment en matière d'accouchement et de reproduction, se relâche. Alors qu'initialement la maison de naissance québécoise se voulait un espace alternatif aux mécanismes disciplinaires hospitaliers, elle est désormais directement contrôlée par le pouvoir (médico)étatique. Elle constitue un espace de liberté conditionnelle pour les femmes qui souhaitent y accoucher (et y pratiquer). Bien que l'élargissement de la sphère du pouvoir médical et étatique au sein même de la maison de naissance représente une nouvelle étape dans le processus de désappropriation du « pouvoir d'accoucher » féminin, on peut facilement s'imaginer qu'il pourrait aussi entraîner de nouvelles vagues de contestations féminines, particulièrement dans un contexte de privatisation des soins de santé.

Autre sujet de préoccupation : les prochaines décennies seront certainement marquées par le développement de nouvelles technologies/techniques informatisées en matière de soins périnataux. À l'instar de la médecine dans son ensemble, l'obstétrique devrait donc continuer d'offrir aux femmes des outils permettant le suivi de plus en plus poussé de leur grossesse et de l'accouchement. Comme on a pu l'observer à travers les commentaires historiques présentés précédemment, le développement technologique peut devenir un couteau à double tranchant. Bien qu'il puisse permettre de dépister et/ou diagnostiquer et/ou traiter certaines problématiques de santé, autant chez la mère que chez le fœtus, il a aussi fortement contribué à l'instauration de la rhétorique du risque qui est maintenant internalisée par une majorité de femmes. Pensons, par exemple, aux implications que le dépistage et l'ingénierie génétique ont eues (et pourraient éventuellement avoir) en matière de reproduction et de périnatalité humaine : « We can now screen the fetus for Down Syndrome, Spina Bifida, and a wide range of genetic disorders. We can rearrange genes in DNA chains and redirect the evolution of species. We can record an individual's genetic fingerprint. [...] biotechnology has progressed to such a point that virtually any kind of genetic manipulation, if not already possible, is just around the corner » (Harris, 1992). La multiplication des techniques et outils technologiques s'appuyant sur l'ingénierie génétique contribuera fort probablement à

renforcer la rhétorique du risque entourant non seulement la grossesse et l'accouchement, mais la reproduction dans son ensemble, particulièrement si l'on culpabilise les (futurs) parents qui refuseraient de s'y plier.

Enfin, les travaux de recherches actuels portant sur le développement d'un éventuel utérus artificiel posent de sérieuses questions en ce qui concerne le « pouvoir d'accoucher » des femmes. On pourrait très bien interpréter l'éventuelle utilisation d'un utérus artificiel chez l'humain comme une libération pour la femme, qui ne serait plus assujettie au travail reproductif. Cependant, considérant ce que l'on observe depuis le XVIIIème siècle, on peut aussi le percevoir comme l'aboutissement d'un biopouvoir qui vise à contrôler l'ensemble du processus de reproduction. L'utérus artificiel, c'est le contrôle total et la dépossession absolue. On s'approche dangereusement de la dystopie imaginée par Aldous Huxley dans *Le meilleur des mondes*¹⁰⁴. Au sein d'une société où le recours à l'utérus artificiel serait normalisé, qui y aurait accès (financièrement et en pratique) ? Qui en contrôlerait le développement et l'utilisation ? Qui en bénéficierait exactement ? Les considérations éthiques et politiques entourant ce type d'outils sociotechniques sont beaucoup trop nombreuses pour qu'on les accepte simplement au nom du progrès (des soins périnataux).

¹⁰⁴ Dans son roman dystopique, Aldous Huxley imaginait, en 1931, à quoi pourrait ressembler une société où la sexualité et la reproduction, prise en charge et contrôlée en laboratoire par un État mondial central, seraient complètement dissociées.

Conclusion

On a généralement tendance à présupposer que la modernisation de l'accouchement en Occident a représenté un progrès pour les femmes et que son « renouvellement » lors des dernières décennies constitue simplement la plus récente étape de cet historique de progrès. En se concentrant quasi-exclusivement sur l'évolution des différentes techniques médicales/obstétricales, sans considérer les enjeux de pouvoir qui y sont associés, cet historique passe à côté de problématiques qui ne devrait pas être écartées. Le présent mémoire tente justement de mettre en lumière un pan de cette histoire trop souvent négligé : celui de la dépossession progressive du « pouvoir d'accoucher » des femmes occidentales.

Pas plus au sein de la société de contrôle que de la société de discipline, les femmes n'ont réellement le pouvoir de décider de la manière dont elles vont accoucher et vivre leur grossesse. Certes, l'avènement de l'accouchement « renouvelé » s'est accompagné d'un certain relâchement des disciplines physiques. Par exemple, on abandonne certaines routines que l'on considérait autrefois nécessaires (rasage intégral, lavement, examens rectaux, etc.) et on s'éloigne peu à peu de l'imposition d'une position unique d'accouchement. Cependant, ces disciplines physiques sont remplacées par un encadrement (contrôle) de plus en plus étendu et pesant. Au Québec, le fait qu'une sage-femme ait l'obligation légale de transférer le suivi de grossesses/d'accouchement vers un médecin dans le cas de certaines complications illustre parfaitement comment, à l'heure actuelle, les soins périnataux y sont encore sous un contrôle majoritairement biomédical. Certaines barrières (individuelles) d'ordre plus psychologique peuvent aussi avoir un impact important sur le parcours de soins périnataux que les femmes décident d'emprunter. C'est le cas, notamment, de l'intériorisation d'une rhétorique du risque qui peut aller jusqu'à empêcher la femme de considérer comme sécuritaire tout autre lieu d'accouchement que le centre hospitalier. Encore une fois, le fait qu'une majorité de femmes désirent un tel accouchement n'est pas problématique en tant que tel : c'est la quasi élimination des autres possibles qui l'est, peu importe quelles peuvent en être les causes. Bien que l'accouchement en centre hospitalier accompagné d'une sage-femme

puisse constituer un premier pas intéressant vers la déconstruction de cette rhétorique du risque, il demeure que ce type d'accouchement est une possibilité qui est loin de s'étendre dans l'ensemble des centres hospitaliers Québécois.

Par comparaison, au sein de la société de souveraineté, les femmes exerçaient un pouvoir bien plus important sur l'accouchement (en tant que parturiente et accompagnante). Comme on l'a vu, l'accouchement était un évènement communautaire, dans lequel les savoirs féminins (et les expériences desquelles ils découlaient) étaient valorisés. Le type d'accompagnement offert à la parturiente ne s'inscrivait pas dans une logique de relation thérapeutique hiérarchisée (marchandisée) et plaçait celle-ci véritablement au centre de l'expérience. Cela dit, si les femmes avaient alors davantage le « pouvoir d'accoucher », elles risquaient, en donnant la vie, de trouver la mort – la leur et/ou celle de leur bébé – bien plus souvent qu'aujourd'hui. C'est en partie avec la promesse (tenue) de réduire ce risque que l'accouchement discipliné a pu s'imposer. En outre, la médecine moderne a offert aux femmes les moyens techniques de contrôler elles-mêmes leur fécondité, pouvoir dont ne disposaient guère les femmes au temps de « l'accouchement traditionnel », comme nous l'avons souligné.

Que répondre alors à notre question de recherche : *en termes de pouvoir, quels sont les gains et les pertes vécues par les femmes qui accouchent aujourd'hui par rapport aux femmes des générations précédentes?* A l'origine de l'histoire que nous avons tenté de raconter, la femme a certes le pouvoir d'accoucher, mais pas vraiment celui d'avoir ou non un enfant. Paradoxalement, dans l'accouchement moderne (discipliné ou contrôlé), la femme a le pouvoir de décider d'enfanter ou non (elle peut utiliser librement la contraception, en principe), mais elle a de moins en moins de contrôle sur le processus d'enfantement. Quel est donc le bilan global (provisoire) des gains et des pertes pour les femmes ? Tout se passe comme si les pouvoirs qui s'exerçaient sur elles dans la période-prémoderne, loin de disparaître, s'étaient depuis simplement déplacés, en prenant des formes nouvelles. Face à ce constat, il est tentant de conclure comme le faisait Deleuze au sujet des sociétés de contrôle dont il décrivait la mise en place : « Il n'y a pas lieu de craindre ou d'espérer, mais de chercher de nouvelles armes » (Deleuze, 1990 : 110).

La première de ces armes est sans doute la prise de conscience de ce qui se joue actuellement dans l'acte d'accoucher. Nous avons voulu montrer qu'il s'agit justement de moins en moins d'un « acte » pour la plupart des femmes concernées. C'est à elles ensuite de savoir si elles souhaitent devenir, ou redevenir, « actrices » de cet événement qu'est la venue au monde d'un enfant, quitte à prendre certains risques pour leur sécurité et celle de leur enfant. À certains égards, il s'agit de choisir (ou au moins de trouver un compromis raisonné) entre ces deux conceptions de la liberté qu'opposait Benjamin Constant dans un discours maintes fois cité. Alors que les « Anciens », selon lui, concevaient la liberté comme la possibilité de participer à l'élaboration des règles de la vie commune, « le but des Modernes est la sécurité dans les jouissances privées ; et ils nomment liberté les garanties accordées par les institutions à ces jouissances. ». L'accouchement modernisé trouve sa justification dans cette seconde conception de la liberté. Il a pour prix le renoncement au pouvoir d'accoucher, soit une forme d'aliénation.

Quelles pistes à privilégier en matière d'accouchement ?

Nous entrevoyons plusieurs pistes d'actions possibles vers une réappropriation du pouvoir d'accoucher par les femmes (québécoises). Il est important de mentionner que celles-ci ne constituent qu'un premier pas et devraient s'inscrire dans la perspective d'une lutte féministe (intersectionnelle) beaucoup plus large. Ceci pourrait éventuellement permettre de soulever des remises en question beaucoup plus profondes qui, elles-mêmes, pourraient mener à des changements sociaux plus ou moins radicaux. Bref, isoler les revendications entourant l'accouchement des autres considérations féministes liées aux droits reproductifs serait contraire à sa véritable réappropriation. De plus, ces pistes d'actions devraient aussi être envisagées dans une perspective de refus de la technicisation à outrance de la grossesse et de l'accouchement.

La reconnaissance de la pratique sage-femme au Québec est probablement le legs le plus important du mouvement de la lutte pour l'humanisation des soins périnataux.

Logiquement, une première piste de réappropriation consisterait à poursuivre dans la même voie. Par exemple, il serait bénéfique de lutter en faveur d'une révision des ententes entre le gouvernement québécois et les sages-femmes de la province afin que celles-ci obtiennent un plus grand contrôle des maisons de naissances, de meilleures conditions de travail ainsi qu'un élargissement de leur droit de pratique. Si, comme le ministre Gaétan Barette le défend, la pratique sage-femme est si importante aux yeux du gouvernement québécois, il serait logique que celui-ci accepte de négocier de bonne foi. Cependant, comme mentionné précédemment, le gouvernement libéral actuel ne semble pas du tout ouvert (si ce n'est pas carrément fermé) aux diverses revendications des sages-femmes québécoises. De surcroît, l'objection et les pressions de différents ordres professionnels (médecins, infirmières, etc.) seraient fort probablement au rendez-vous si la possibilité d'une redéfinition de la pratique sage-femme était soulevée.

À l'instar de la lutte pour la rémunération des internats en psychologie au Québec, il faudrait aussi défendre la rémunération des stages en pratique sage-femme. Finalement, afin de favoriser le cheminement des futures sages-femmes québécoises, il faudrait considérer l'ouverture de programmes de baccalauréat ailleurs qu'à l'Université de Trois-Rivières.

Au sein des centres hospitaliers, une profonde redéfinition de la conception de la grossesse et de l'accouchement serait nécessaire afin de respecter le droit des femmes d'accoucher comme elles le souhaitent. Ce n'est pas parce qu'une femme accouche en centre hospitalier (peu importe les raisons et les motivations) qu'elle devrait avoir à renoncer à son pouvoir d'accoucher. Premièrement, la dénonciation (et la punition) de la violence obstétricale est impérative. Les femmes (québécoises) devraient être beaucoup mieux accompagnées et appuyées dans leurs démarches de dénonciation si elles considèrent en avoir été victimes. La prise en considération du vécu et des choix de la femme qui accouche, le respect du temps physiologique naturel de l'accouchement (versus la division/durée biomédicale imposée) ainsi que la redéfinition épistémologique de la relation thérapeutique (de la verticalité hiérarchique vers l'accompagnement

horizontal) ne sont que quelques-unes des nombreuses démarches nécessaires à une reprise du pouvoir féminin d'accoucher en centre hospitalier. Comme Léa Champagne le souligne si bien : « le progrès, qu'il soit médical ou social, se situe dans l'exercice de la liberté : avoir le choix entre différentes approches qui permettent d'intégrer les phénomènes physiologiques et les progrès techniques. Et un choix éclairé peut se faire moyennant des informations rigoureuses et indépendantes, des pratiques bienveillantes dont l'épistémologie repose sur une relation démocratique et égalitaire entre les acteurs.trices mobilisé.e.s » (Champagne, septembre 2017: 6).

Apports et limites de cette recherche

Au moment de conclure tout à fait ce travail, ce sont d'abord certaines de ses limites qui nous apparaissent clairement. Nous avons voulu y esquisser une histoire de l'accouchement en Occident depuis les débuts de la Modernité. Or, non seulement nous n'avons pas effectué un vrai travail d'historienne, qui aurait consisté en particulier à explorer des archives, mais nous n'avons pris appui que sur un nombre limité de synthèses sur le sujet. Il est certain que bien d'autres sources auraient pu et dû être consultées. En ce qui concerne l'accouchement contemporain, nous n'avons travaillé que sur des données secondaires. Pour bien faire, il aurait fallu enquêter auprès des femmes et des personnes qui les accompagnent aujourd'hui dans leurs accouchements (sages-femmes, médecins, accompagnantes, conjoint.e.s, etc.). Cela nous aurait permis de tester, d'affiner et sans doute de nuancer les thèses que nous soutenons dans les pages qui précèdent. Tel quel, notre travail peut légitimement faire l'objet d'une critique similaire à celle qu'adresse Denyse Baillargeon au dernier ouvrage d'Andrée Rivard : « on pourra néanmoins lui reprocher d'adopter une perspective plutôt totalitaire de la médicalisation [...] Par moment, cette perspective frôle même la condescendance, car elle disqualifie totalement le point de vue des femmes qui ont adhéré au discours des médecins pour y voir un simple effet de leur aliénation » (Baillargeon, 2016: 240). En procédant par entrevues approfondies auprès de femmes qui vont ou qui ont accouché, et en adoptant comme cadre théorique une sociologie de l'action, nous aurions certainement pu mettre en évidence l'« agentivité » de ces femmes, malgré les contraintes lourdes qui pèsent sur elles, et offrir

ainsi un compte rendu plus complet, peut-être moins sombre aussi, des modes d'accouchement aujourd'hui. Tel pourrait être l'objectif d'une recherche future sur le sujet.

Par ailleurs, il serait sans doute fort pertinent de mener une comparaison non plus cette fois dans le temps, mais dans l'espace, en enquêtant sur l'accouchement en dehors de l'Occident. Enfin, dans une perspective féministe intersectionnelle, il serait nécessaire d'enquêter sur l'expérience particulière en matière d'accouchement des femmes marginalisées. Nous pensons ici tout particulièrement aux femmes autochtones habitant les différentes réserves gouvernementales. Leurs accouchements ne semblent guère avoir véritablement changé depuis les années 1960. Si l'on se fie à Isabelle Challut, formatrice en accompagnement à la naissance, ces femmes « ont été complètement coupées de leurs connaissances traditionnelles et de leur pouvoir personnel [...] [e]lles sont souvent infantilisées et hypermédicalisées d'office » (Challut, décembre 2017-janvier 2018) .

Malgré ces limites, nous pensons que ce travail a le mérite de proposer un aperçu rigoureux et synthétique des pratiques dominantes d'accouchement en Occident depuis trois siècles. Par ailleurs, en prenant appui sur les thèses de Michel Foucault (et Gilles Deleuze) et de Silvia Federici, nous mettons en évidence les enjeux de pouvoir associés à ces pratiques et surtout nous offrons une critique des pratiques contemporaines d'accouchement, dont on ne veut souvent voir que les bons côtés. Les luttes des années 1970 et 1980 en faveur d'une humanisation de l'accouchement ont certes abouti à certaines victoires, mais l'hypermédicalisation de cet acte n'a pas disparu. Elle a pris d'autres formes, plus pernicieuses à certains égards, en termes de contrôle du corps des femmes. C'est avant tout ce que nous avons cherché à montrer dans ce travail. Dans une perspective féministe, cette critique nous paraît indispensable. Le débat sur l'accouchement ne doit pas cesser, sous peine de laisser les femmes livrées à elles-mêmes (et au corps médical), face à une expérience dans laquelle elles sont particulièrement vulnérables. Nous espérons que ce mémoire viendra nourrir ce débat.

L'un des apports de ce travail tient aussi au fait qu'il a été réalisé dans le cadre d'un programme en gestion. La recherche dans ce domaine reste encore assez frileuse à

l'égard des approches critiques radicales, plus encore si ces approches sont féministes. La critique de la technique y occupe également une place très discrète, alors même que la gestion se définit comme un savoir technique. Par ailleurs, sur le plan méthodologique, la recherche en gestion privilégie généralement les techniques quantitatives. Notre mémoire, en combinant critique de la technique et perspective féministe, d'une part, et en reposant d'autre part sur une méthode peu usitée en sciences de gestion (nous pensons en particulier ici à la technique du « récit idéal-typique » que nous avons utilisé), vient donc enrichir ce champ de recherche. Et nous espérons bien qu'il inspirera de futurs travaux du même genre à nos successeurs.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*.
- Apfel, Alana (2016). *Birth Work as Care Work : Stories from Activist Birth Communities*, Oakland, PM Press, 118 p.
- Assemblée nationale du Québec (1999). *Projet de loi 28: Loi sur les sages-femmes*, Éditeur officiel du Québec.
- Association canadienne des sages-femmes (2017). *Les naissances menées par sage-femme*. Récupéré le 11 décembre 2017 <https://canadianmidwives.org/fr/2017/01/09/naissances-assistees-par-sage-femme/>
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (2017). *Information sur la profession*. Récupéré le 4 décembre 2017 <http://www.gynecoquebec.com/sante-femme.html>
- Baillargeon, Denyse (2016). « Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne by Andrée Rivard (review) », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 33, no 1, p. 238-240 (Review).
- Beauchamp, Valérie, Rémi Leroux et Nesrine Bessaïh (décembre 2017 - janvier 2018). « Maternité et médecine : Silence, on accouche! », *À babord !*, vol. 72, p. 35.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2017). *Suivi de grossesse et encadrement*. Récupéré le 4 décembre 2017 <http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/services-offerts/perinatalite-grossesse-et-maternite/vous-etes-enceinte/suivi-de-grossesse-et-encadrement/>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie - CHUS (2017). *Je retourne à la maison*. Récupéré le 18 décembre 2017 <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/theme/grossesse-et-accouchement/retour-maison/>
- Challut, Isabelle (décembre 2017-janvier 2018). « Éloignement et hypermédicalisation », *À babord !*, vol. 72, p. 50.
- Champagne, Lea (septembre 2017). *La naissance respectée au 21e siècle*, Centre d'expertise et de ressources pour l'enfance asbl [en ligne] Récupéré le 9 juin 2018 https://www.academia.edu/36778723/La_naissance_respect%C3%A9e_au_21_e_si%C3%A8cle?auto=download&campaign=weekly_digest.
- CHUM (2017). *Suivi postnatal*. Récupéré le 18 décembre 2017 <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/centre-des-naissances-du-chum/apres-la-naissance/suivi-postnatal>
- Conseil du statut de la femme (1978). *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Éditeur officiel du Québec.
- Cournoyer, Monique (1987). « L'accouchement d'hier à demain : les femmes crient de la baie James », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin p. 111-132, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].

- CSN (novembre 2016). *Les sages-femmes dénoncent la réforme Barette*. Récupéré le 14 décembre 2017 <https://www.csn.qc.ca/actualites/les-sages-femmes-denoncent-la-reforme-barrette/>
- Daoust-Boisvert, Amélie (5 décembre 2014). *Les nouveaux CISSS trop gros pour les sages-femmes?* . Récupéré le 11 décembre 2017 <http://www.ledevoir.com/societe/sante/425899/les-nouveaux-cisss-trop-gros-pour-les-sages-femmes>
- De Koninck, Maria (1987). « Multiplication des césariennes: phénomène chirurgical ou...officine de laboratoire », dans Michel O'Neill et Francine Saillant (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 269-291.
- De Koninck, Maria (1981). « Accoucher ou se faire accoucher : Rapport-synthèse et réflexion critique sur les onze (11) colloque régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité », *Bulletin de l'ASPQ*, vol. 5, no 1.
- Deleuze, Gilles (mai 1990). « Post-Scriptum sur les sociétés de contrôle », *L'autre journal*, no 1, p. 110-113.
- Diabète Québec (2017). *Diabète de grossesse*. Récupéré le 7 décembre 2017 <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/types-de-diabete/diabete-de-grossesse>
- Dufour, Rose (1987). « Accoucher dans un iglou », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 83-110 , [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Éditions Larousse (2018a). *Iatrogène*. Récupéré le 9 avril 2018 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/iatrog%C3%A8ne/41322>
- Éditions Larousse (2018b). *Ondoïement*. Récupéré le 9 avril 2018 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ondoïement/56019>
- Ehrenreich, Barbara et Deirdre English (2014). *Sorcières, sages-femmes & infirmières: Une histoire des femmes soignantes*, Paris, Cambourakis, 121 p.
- Federici, Silvia (2014). *Caliban et la sorcière: Femmes, corps et accumulation primitive*, Paris, Entremonde, 459 p.
- Fontaine, Lorraine et Nicole Pino (décembre 2017-janvier 2018). « Pleins feux sur la violence obstétricales », *À bâbord !*, vol. 72, p. 40-42.
- Foucault, Michel (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*, France, Gallimard, 316 p.
- Gélis, Jacques (1987). « Préface », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin p. 18-27, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Gérin, Camille et Véronique Houle (décembre 2017-janvier 2018). « La douleur des femmes sans statut », *À bâbord !*, vol. 72, p. 48.
- Gouvernement du Québec (1999 (2017)-a). *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*, Éditeur officiel du Québec.

- Gouvernement du Québec (1999 (2017)-b). *Règlement sur les examens et analyses qu'une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter dans l'exercice de sa profession*, Publications Québec. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%2011#sc-nb:1>
- Gray, Mel et Jennifer Boddy (2010). « Making Sense of the Waves: Wipeout or Still Rinding High? », *Affilia: Journal of Women and Social Work*, vol. 25, no 4, p. 368-389.
- Hardt, Michael et Antonio Negri (2001). *Empire*, États-Unis, Havard University Press.
- Illich, Ivan (2003 (1975)). « Némésis médicale : l'expropriation de la santé », dans *Ivan Illich : Oeuvres complètes, volume 1*, Paris, Fayard, p. 581-786.
- Kerbrat, Violaine et Mylene Sultan (2010). *Secrets de sage-femme*, Paris, Calman-Levy.
- Lacoursière, Ariane (6 novembre 2010). *Tournée des maternités de la région de Montréal*. Récupéré le 11 décembre 2017 <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201011/05/01-4339818-tournee-des-maternites-de-la-region-de-montreal.php>
- Laforce, Hélène (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture, 237 p.
- Laforce, Hélène (1987a). « L'accouchement traditionnel: d'hier à aujourd'hui », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 40-46, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Laforce, Hélène (1987b). « Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 184-204, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Laurendeau, France (1987). « La médicalisation de l'accouchement », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 138-183, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Le Breton, David (2012 (1995)). *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 240 p.
- Ligue La Leche (2017). *L'Organisme*. Récupéré le 20 décembre 2017 <http://allaitement.ca/lorganisme/>
- Lindheim, Roslyn (1981). « Birthing centers and hospices: Reclaiming birth and death », *Annual Review of Public Health*, vol. 2, p. 1-29.
- MCE Conseils (2016). *Accouchements avec sages-femmes ou accouchements avec médecins*, Québec, 9 p.
- Mercier, Justine (29 juin 2017). *Ajout de cinq sages-femmes à la Maison de naissance de l'Outaouais*. Récupéré le 11 décembre 2017 <https://www.ledroit.com/actualites/sante/ajout-de-cinq-sages-femmes-a-la-maison-de-naissance-de-loutaouais-a06aa3511a81e60e72246512598d5bd8>
- Mère et monde (2018). *École et formation*. Récupéré le 10 avril 2018 <https://www.mereetmonde.com/ecole-et-formations-accompagnantes-a-la-naissance/formation-accompagnante-naissance/>

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018: Un projet porteur de vie*, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2018). *Indice synthétique de fécondité*. Récupéré le 9 avril 2018
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/indice-synthetique-de-fecondite/>
- Montreuil, Sylvie (1987). « Pourquoi donc vouloir accoucher avec une sage-femme? », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 475-487, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Morel, Marie-France (2004). « 1. Grossesse, fœtus et histoire », dans *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Presses Universitaire de France, coll. Monographie de la psychiatrie de l'enfant, p. 21-39, [version électronique en ligne].
- Morel, Marie-France (2007-2008). « Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle) » [version électronique], *Actualité et dossier en santé publique*, vol. 61-62, p. 22-28.
- Morgan, Gareth (1999). *Images de l'organisation*, Québec, Les presses de l'Université Laval, 498 p.
- Mouvement allaitement du Québec (2017). *Le MAQ en bref*. Récupéré le 20 décembre 2017 <http://allaiterauquebec.org/tout-sur-le-maq/le-maq-en-bref/>
- Naître et grandir (2013). *Le diabète de grossesse*. Récupéré le 8 décembre 2017
<http://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre2/fiche.aspx?doc=diabete-grossesse>
- Naître et grandir (2014). *Grossesse: dépistage de la trisomie 21*. Récupéré le 8 décembre 2017
<http://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/fiche.aspx?doc=grossesse-trisomie-21-depistage>
- Naître et grandir (2016a). *L'accompagnante à la naissance*
<https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/fiche.aspx?doc=accompagnante-naissance>
- Naître et grandir (2016b). *La dépression post-partum*. Récupéré le 20 décembre 2017
https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naître-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue
- Naître et grandir (2016c). *Sage-femme: suivi de grossesse et accouchement*. Récupéré le 4 décembre 2017
http://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/fiche.aspx?doc=sage-femme-maison-naissance-domicile&gclid=Cj0KCQjAmITRBRCSARIsAEOZmr6VDahG2tbx90d1c3a_jswuPCkj3ETT1SEf4qmc5NUf_5N9FqCp8FQaAhENEALw_wcB

- Naître et grandir (2016d). *Suivi de grossesse: les visites et les différents tests à passer*. Récupéré le 4 décembre 2017
<http://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/fiche.aspx?doc=grossesse-suivi-visites-tests-prenataux>
- Naître et grandir (2018). *Actualités*. Récupéré le 17 mars 2018
<https://naitreetgrandir.com/fr/>
- Nicoud, Annabelle (6 janvier 2015). *La galère des mères sans RAMQ*. Récupéré le 11 décembre 2017 <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201501/05/01-4832584-la-galere-des-meres-sans-ramq.php>
- Ordre des sages-femmes du Québec (2017a). *Où accoucher?* Récupéré le 11 décembre 2017 <http://www.osfq.org/grand-public/obtenir-les-services/>
- Ordre des sages-femmes du Québec (2017b). *Philosophie et normes de pratique*. Récupéré le 4 décembre 2017 <http://www.osfq.org/quest-ce-quune-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>
- Ottaviani, Didier (2003). « Foucault-Deleuze : de la discipline au contrôle [en ligne] », dans Emmanuel Da Silva (dir.), *Lectures de Michel Foucault. Volume 2: Foucault et la philosophie*, Lyon, ENS Éditions. Récupéré le 11 janvier 2018 <http://books.openedition.org/enseditions/1217?lang=fr>
- Piché, Denise (1987). « Le lieu de l'accouchement: passé, présent, avenir », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin p. 352-379, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (2009-2016a). *En centre hospitalier*. Récupéré le 4 décembre 2017 <https://www.rsfq.qc.ca/centre-hospitalier>
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (2009-2016b). *Historique du RSFQ*. Récupéré le 4 décembre 2017 <https://rsfq.qc.ca/historique>
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (2016a). *À la maison de naissance*. Récupéré le 11 décembre 2017 <https://www.rsfq.qc.ca/maison-de-naissance>
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (2016b). *Liste des maisons de naissance et services de sage-femme*. Récupéré le 11 décembre 2017 <https://www.rsfq.qc.ca/liste>
- Regroupement Naissance-Renaissance (2014a). *Historique*. Récupéré le 4 décembre 2017 <http://naissance-renaissance.qc.ca/rnr/historique/>
- Regroupement Naissance-Renaissance (2014b). *Mission*. Récupéré le 11 décembre 2017 <http://naissance-renaissance.qc.ca/rnr/mission/>
- Renaud, Marc, Suzanne Doré, Roxanne Bernard et Odile Kremp (1987). « Regard médical et grossesse en Amérique du Nord: l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 205-241, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Rivard, Andrée (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 448 p.
- Rivard, Andrée (2016). « L'accouchement: une histoire nécessaire », *Histoireengagée.ca*, [en ligne], <http://histoireengagee.ca/?p=5914>.

- Routhier, Marie-Josée (1987). « Que sont devenues les sages-femmes d'antan? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 47-82, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Saillant, Francine (1985). « Le mouvement pour la santé des femmes », dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, p. 743-762, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Saillant, Francine (1987). « Femmes et sages-femmes: un lieu à la couleurs du quotidien. Entrevue avec Isabelle Brabant », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 453-474, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Saillant, Francine et Michel O'Neill (1987a). *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 450 p.
- Saillant, Francine et Michel O'Neill (1987b). « L'accouchement au Québec: repères historiques, sociaux et culturels », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 28-37, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Saillant, Francine et Michel O'Neill (1987c). « Notes bibliographiques sur les auteurs », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesses et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les éditions Saint-Martin, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Saillant, Francine, Michel O'Neill et Danièle Desjardins (1987). « Entre le coeur et la raison: portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 327-351, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Savard, Suzanne (1987). « Accoucher à l'hôpital : où en sommes-nous aujourd'hui? », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martins p. 309-326, [version électronique de Les Classiques des sciences sociales].
- Simone, Véronique et Judith (décembre 2017-janvier 2018). « Témoigner des violences », *À bâbord !*, vol. 72, p. 43-45.
- St-Amant, Stéphanie et Nesrine Bessaïh (décembre 2017-janvier 2018). « Déconstruire l'accouchement pour retrouver l'enfantement », *À bâbord !*, vol. 72, p. 36-39.

Université du Québec à Trois-Rivières (2017). *Baccalauréat en pratique sage-femme: Histoire de la profession*. Récupéré le 18 novembre 2017
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=374&owa_no_fiche=1#IV

Vadeboncoeur, Hélène (2017). *Notes biographiques*. Récupéré le 11 décembre 2017
<http://www.helenevadeboncoeur.com/index.php/fr/a-mon-sujet>

Annexes

ANNEXE 1

Modèle de serment, proposé par l'Église en 1786 pour les sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris

(Reproduit à partir de (Morel, 2007-2008: 22))

« Je [...] promets et jure à Dieu, le créateur tout puissant, et à vous, Monsieur qui êtes son ministre, de vivre et de mourir dans la foi de l'église catholique, apostolique et romaine, et de m'acquitter, avec le plus d'exactitude et de fidélité qu'il me sera possible, de la fonction qui m'est confiée. J'assisterai de nuit comme de jour dans leurs couches les femmes pauvres comme les riches ; j'apporterai tous mes soins pour qu'il n'arrive aucun accident ni à la mère ni à l'enfant. Et si je vous un danger qui m'inspire une juste défiance de mes forces et de mes lumières, j'appellerai les médecins ou les chirurgiens ou des femmes expérimentées dans cet art pour ne rien faire que de leur avis et avec leurs secours. Je promets de ne point révéler les secrets de familles que j'assisterai ; de ne point souffrir qu'on use des superstitions ou des moyens illicites, soit par paroles, soit par signes, ou de quelque autre manière qui puisse être, pour procurer la délivrance des femmes sont les couches seront difficiles et paraîtront devoir être dangereuses ; mais de les avertir de mettre leur confiance en Dieu, et d'avoir recours aux sacrements et aux prières de l'église. Je promets aussi de ne rien faire par vengeance, ni par aucun motif criminel ; de ne jamais consentir sous quelque prétexte que ce soit à ce qui pourrait faire périr le fruit ou avancer l'accouchement par des voies extraordinaires et contre nature ; mais de procurer de tout mon pouvoir, comme femme de bien craignant dieu, le salut corporel et spirituel tant de la mère que de l'enfant. Enfin, je promets d'avertir sans délais mon pasteur de la naissance des enfants ; de n'en baptiser ou de ne souffrir qu'on en baptise aucun à la maison, hors le cas d'une vraie nécessité, et de n'en porter aucun à baptiser aux ministres hérétiques. »

ANNEXE 2

Some Forms of Second-Wave Feminism

[part 1 of 4]

(Reproduit à partir de (Gray et Boddy, 2010: 370))

Type	Liberal-Equal Opportunity Feminism	Socialist (Marxist) (U.K.) and Radical (U.S.) Feminism	Cultural-Difference-Feminism	Social Welfare Feminism Shares much with Liberal Feminism	Black and Lesbian Feminism	Postmodern-Academic-Difference Recognition Feminism	Postcolonial-Third-World-Feminism
Key project or argument	Promotes women's rights, equal opportunity for and equal treatment of women but does not upset the capitalist status quo—ignores non-white, middle-class, heterosexual women; argues that women should have same opportunities as men even though they are different—sees difference between sexes as complementary	A collective and revolutionary stance to attack subordination, exploitation, and abuse of women as a product of the inequalities caused and maintained by capitalism; seeks to uncover the root causes of female oppression and to revolutionize consciousness by arguing that women are equal to men	Argues that women have innate ethical characteristics and values that are superior to men's'. Hence, cultural feminists seek to reclaim women's roles, especially motherhood, with pride, highlighting the way they are devalued by men	Rallies the state to compensate for the inequities generated by the capitalist market system; reinstates "working-class" women; highlights the way in which welfare creates an underclass of women; contradicts the stereotype of the no-good welfare queen	<i>Black feminism</i> pushes the social welfare feminist perspective. It highlights the exclusionary nature of most "white, middle-class" feminist discourse; <i>Lesbian feminism</i> highlights the dominance of heterosexuality	Creates a discourse that rewrites (re-rights) feminism in response to its past failures, thus making feminism plural or all-encompassing by questioning Western universalisms	The dominant feminist discourse presumes a white, middle-class woman who has made some gains in the equality war and overlooks the fact that many women in poor and marginalized communities remain oppressed

Some Forms of Second-Wave Feminism

[part 2 of 4]

(Reproduit à partir de (Gray et Boddy, 2010: 371))

Type	Liberal-Equal Opportunity Feminism	Socialist (Marxist) (U.K.) and Radical (U.S.) Feminism	Cultural-Difference-Feminism	Social Welfare Feminism Shares much with Liberal Feminism	Black and Lesbian Feminism	Postmodern-Academic-Difference Recognition Feminism	Postcolonial-Third World-Feminism
Key concern, rallying cry	<p><i>Rights and representation</i> The choice and right to participate in the economy; work in the public sphere is seen as an add-on to women's work in the home; freedom of expression, hence the tendency to take a permissive line on pornography</p>	<p><i>Redistribution</i> Criticize patriarchy, the gendered division of labor, and care as unpaid women's work; seeks distance from the male-dominated lefts/Marxism; seeks to socialize domestic labor by removing it from its naturalized-by liberals-association with women's work in the home</p>	<p><i>Reconfiguring</i> Women's difference by highlighting, indeed celebrating, the virtues of women. Sees sex as a biological fact and gender as socially constructed but counters androgynies and complementary differences. Hence, it runs the risk of essentialism-women as nurtures. Give rise to an ethic of care</p>	<p><i>Reform</i> The government should provide resources and opportunities for women; questions de liberal, socialist, and radical ideas modeled on middle-class woman championing those who are unable to participate in the labor market who, therefore, are suffering from shrinking welfare benefits</p>	<p><i>Reimagining (equality)</i> Challenges the hegemony of the white middle-class heterosexual woman; caught between this hegemony and the male-dominated civil rights movement</p>	<p><i>Rewriting</i> Initially, most academic feminists were socialist or radical feminists who came from the educated, white, middle class in its formative years; has extended critiques of capitalism from class and production to racial difference, homophobia, sexuality, ideology, and culture</p>	<p><i>Repositioning</i> Postcolonial feminism, for example, critiques Western imperialism and its subordination of whole peoples, races, and ethnic groups. It draws attention to the importance of indigenous and local cultures and argues from their standpoint or perspective against Western hegemony</p>

Some Forms of Second-Wave Feminism

[part 3 of 4]

(Reproduit à partir de (Gray et Boddy, 2010: 372))

Type	Liberal-Equal Opportunity Feminism	Socialist (Marxist) (U.K.) and Radical (U.S.) Feminism	Cultural-Difference-Feminism	Social Welfare Feminism Shares much with Liberal Feminism	Black and Lesbian Feminism	Postmodern-Academic-Difference Recognition Feminism	Postcolonial-Third World-Feminism
Campaigning platform	Juridical reform Affirmative action and Anti-discrimination campaigns, peaceful protests	For radicals, all women are part of the oppressed underclass; politicizes the personal and the private	Theories that proclaim the power of women from strong cultural feminism, visible in Daly's Gyn/ Ecology and Collard's eco-feminism, and weak cultural feminism in Gilligan's ethic of care	Better conditions for women welfare and working-class women	Relations of domination and white-heterosexual-privilege that disempower black-and-lesbian-women	Pluralism and difference Undermining "othering" reclaiming woman as a subject	The feminization of poverty-the bulk of the world's poor are women, and poverty affects women disproportionately
Proffered solution	Equal rights and freedoms for women in a democratic society; pro-women and pro-family legislations	Capitalist restructuring and redistribution	Different voice feminism-women's voice must be heard, cultural spaces for women must be created	Better child care, livable welfare benefits, opportunities for work	Education and organizing of black and lesbian women and advocacy for their rights	Deconstruction of discourses to show that they contribute to women's oppression by promoting male-dominated discourses	Organization and empowerment of women in poor communities

Some Forms of Second-Wave Feminism

[part 4 of 4]

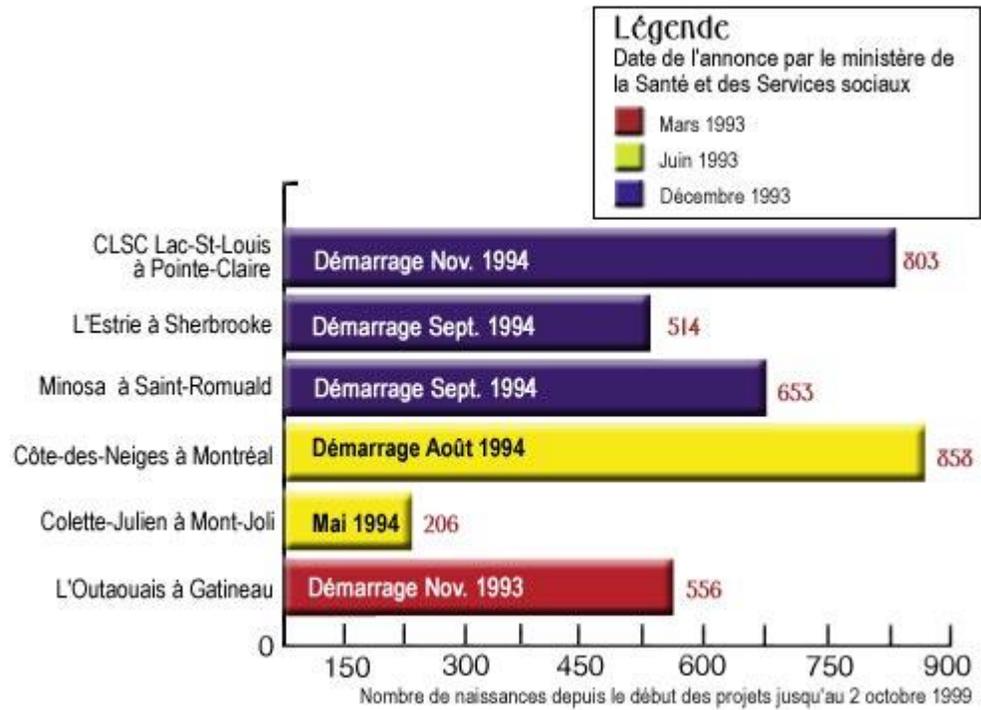
(Reproduit à partir de (Gray et Boddy, 2010: 373))

Type	Liberal-Equal Opportunity Feminism	Socialist (Marxist) (U.K.) and Radical (U.S.) Feminism	Cultural-Difference-Feminism	Social Welfare Feminism Shares much with Liberal Feminism	Black and Lesbian Feminism	Postmodern-Academic-Difference Recognition Feminism	Postcolonial-Third World-Feminism
Main programs	Abortion rights-Pro-choices, affirmative action campaigns, measures to deal with sexual harassment in the workplace	Rape crisis movement, women's shelters, domestic violence and sexual assault services; "pro-sex" sex education; and an end to sterilization abuse	Women's virtue and value of women's contribution via-à-vis an ethic of care	Focuses on a work-family agenda and calls for expanded state programs	Moves the focus on racism beyond (white) self-examination. Organization and education of black women	Women's studies programs, feminist journals, feminist literature	Critiques programs that continue to disempower women, especially in nongovernmental organizations that are controlled by men, and overseas Western-based-organizations

ANNEXE 3

Projets-pilotes sages-femmes

(source: Université du Québec à Trois-Rivières, 2017)



ANNEXE 4

Comparaison des coûts¹⁰⁵

(Tableau reproduit à partir de MCE Conseils, 2016: 3)

Accouchement en milieu hospitalier par un médecin	
Médecin (acte) ¹⁰⁶	622\$
Anesthésiste ¹⁰⁷	76\$
Pédiatre (acte)	100\$
Autre actes et rémunération médecins ¹⁰⁸	
Sous-total	798\$
Hospitalisation ¹⁰⁹ (mère-enfant)	
Soins infirmiers	1531\$
Total des coûts de l'accouchement en milieu hospitalier¹¹⁰	2329\$
Accouchement en maison de naissance avec sage-femme¹¹¹	
Coût de l'accouchement avec une sage-femme ¹¹²	880\$
Autres frais liés à la maison de naissance ¹¹³	985\$
Coût de l'accouchement avec sage-femme en milieu urbain	1865\$
Économie d'un accouchement en présence de sage-femme	464\$
Coût supplémentaire en milieu hospitalier	24.9%

¹⁰⁵ Les coûts par accouchement avec sages-femmes comprennent la rémunération des sages-femmes pour le continuum de services (prénatal, per natal et postnatal) et des accouchements, la masse salariale du personnel de soutien attiré à la maison de naissance ainsi que les charges directes.

L'approche méthodologique utilisée dans l'établissement des coûts (sages-femmes et en milieu hospitalier avec médecin) reposent sur les rapports financiers audités à partir de la base de données M-30 du MSSS et en fonction de la moyenne provinciale et plus spécifiquement les centres d'activités concernés notamment les soins infirmiers à la « maternité, soins de base aux nouveau-nés et bloc obstétrical (non répartis) » et les codes de facturation établis par le gouvernement et gérés par la RAMQ 2012-2013

¹⁰⁶ Source : MSSS et moyenne déterminée selon les actes en semaine et en fin de semaine; ce montant ne comporte toutefois pas les actes médicaux complémentaires qui pourraient être facturés. Il est à noter qu'il n'y en a pas avec une sage-femme puisque cela s'inscrit dans le continuum de soins lors de l'accouchement.

¹⁰⁷ Le coût des anesthésies a été ramené sur une base de coût moyen; en moyenne 7 accouchements sur 10 sont sous anesthésie au Québec. Elle comprend l'acte et la rémunération mixte du médecin.

¹⁰⁸ Ces données sont difficilement accessibles.

¹⁰⁹ Repas, buanderie et entretien non considéré

¹¹⁰ À cela, il faut ajouter les coûts de fonctionnement général et d'infrastructure de l'hôpital qui sont très élevés comparativement à la maison de naissance.

¹¹¹ La notion maison de naissance inclut également les accouchements à domicile.

¹¹² Il s'agit de 16 heures de rémunération de sages-femmes au coût horaire moyen de 55\$/heure.

¹¹³ Cette estimation de coût provient de la moyenne d'un suivi complet auprès de parturientes à Québec (3 019 \$) au net de la rémunération de 37 heures des sages-femmes (pour l'ensemble du continuum de service). Ainsi, les autres frais liés sont composés principalement de la masse salariale, de l'aide natale et de l'agent administrative et quant aux frais accessoires, ils sont de 197\$ à Québec.

ANNEXE 5

Liste des examens et analyses relatifs à la mère

(Tableau reproduit à partir de Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-b: annexe I)

	Prescrire	Effectuer	Interpréter	Conditions
Acide folique	X	X	X	
Amniocentèse	X			
Analyse d'urine (examen sommaire)	X	X	X	
Anatomo-pathologie du placenta et du cordon	X			
Bilan hépatique (LDH, ATL, AST, GGT, bilirubine, directe et indirecte)	X	X	X	
Bilan rénal (BUN, créatinine, protéine, albumine, acide urique, urée)	X	X	X	
Coombs indirect	X	X	X	
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X			
Dépistage pour les ITS	X	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X	
Dosage de la TSH	X	X	X	
Échographie obstétricale	X			
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X		Pour la mère à risque présentant une hémoglobinopathie
Épreuve d'hyperglycémie provoquée	X	X	X	
Examens sérologiques	X	X	X	
Fer sérique + fixation du complément (TIBC)	X		X	
Ferritine	X	X	X	
Formule sanguine complète	X	X	X	
Glycémie	X	X	X	
Groupe sanguine et rhésus	X	X	X	
Marqueurs sériques	X	X		
Monitoring fœtal	X	X	X	
Profil biophysique	X			
Protéinurie des 24 heures	X	X	X	Après 20 semaines de gestation
Recherche d'anticorps irréguliers	X	X	X	
Recherche de cellules fœtales (Kleihauer)	X	X	X	Pour la mère Rh négatif chez qui une intervention est pratiquée ou présentant un traumatisme augmentant le risque de transfusion fœto-maternelle et où il n'y a pas eu de prophylaxie avec les immunoglobulines
Test de grossesse (urine HCG)	X	X	X	
Test de grossesse (sang bêta-HCG)	X	X	X	
Test de réactivité fœtale	X	X	X	
Test papanicolaou (cytologie endo-col, exo-col et vagin)	X	X		
Dosage de vitamine B12	X	X	X	

ANNEXE 6

Liste des examens et analyses relatifs à l'enfant

(Tableau reproduit à partir de Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-b: annexe II)

	Prescrire	Effectuer	Interpréter
Bilirubine directe et indirecte	X	X	X
Coombs direct	X	X	X
Cultures bactériologiques des liquides et antibiogramme	X	X	X
Dépistage des maladies génétiques (PKU)	X	X	
Dépistage toxicologique sanguin et urinaire	X	X	X
Évaluation non invasive par saturomètre	X	X	X
Formule sanguine complète	X	X	X
Glycémie	X	X	X
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X

ANNEXE 7

Liste des examens et analyses relatifs au père

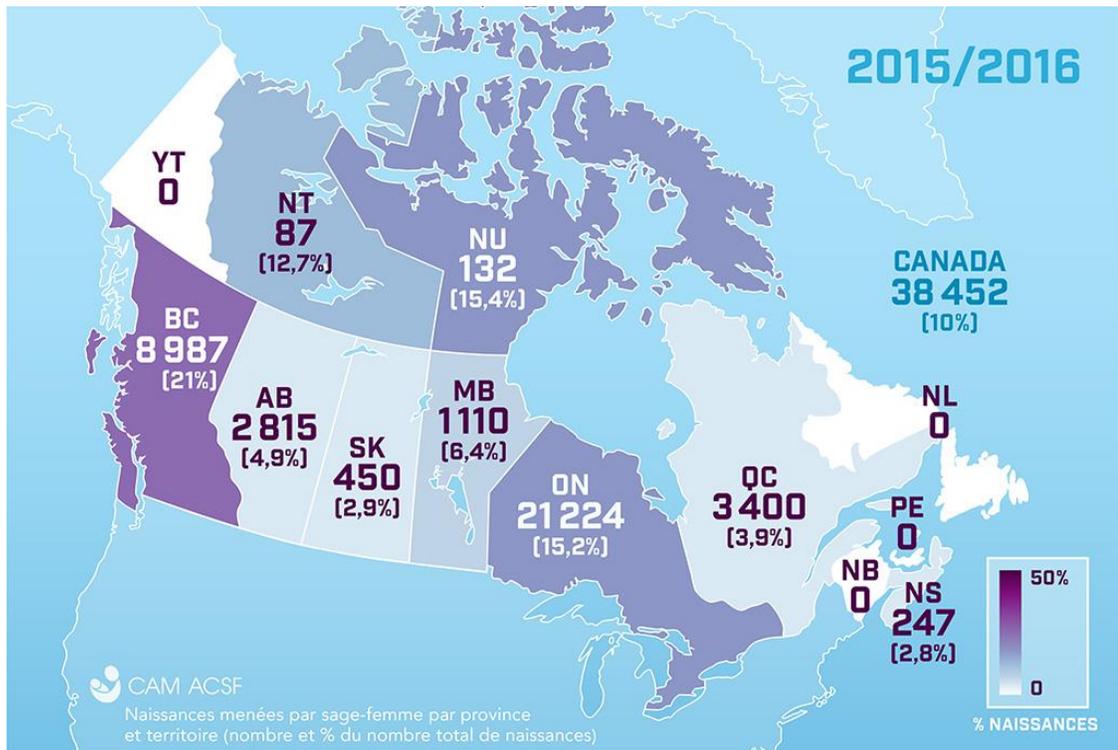
(Tableau reproduit à partir de Gouvernement du Québec, 1999 (2017)-b: annexe III)

	Prescrire	Effectuer	Interpréter	Conditions
Électrophorèse de l'hémoglobine	X	X		Test réservé au père biologique du fœtus d'une mère porteuse de traits falciformes ou présentant une autre hémoglobino-pathie pour évaluer le risque fœtal
Groupe sanguin et rhésus	X	X	X	Test réserve au père biologique du fœtus d'une mère Rh négatif

ANNEXE 8

Les naissances menées par sage-femme

(Association canadienne des sages-femmes, 2017)



ANNEXE 9

Liste des maisons de naissance et service sage-femme

(Reproduit à partir de Regroupement Les Sages-femmes du Québec, 2016b)

Bas-St-Laurent

Maison de naissance Colette-Julien

- Bureau de consultation au CLSC de Rimouski
- Bureau de consultation du CLSC de Matane

Saguenay-Lac-St-Jean

Maison de naissance du Fjord-au-Lac

Capitale-Nationale

Maison de naissance de la Capitale-Nationale

- Bureau de consultation au CLSC Donnacona
- Bureau de consultation à l'hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré
- Bureau de consultation à la Clinique médicale Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier

Mauricie-Centre-du-Québec

Maison de naissance de la Rivière

- Point de service de Trois-Rivières
- Point de service de Drummondville
- Point de service de Victoriaville
- Bureau de consultation à Ste-Thècle

Estrie

Maison de naissance de l'Estrie

- Point de service de Granby

Montréal

Maison de naissance Côte-des-Neiges

Maison de naissance Jeanne-Mance

Maison de naissance du Lac-St-Louis

Outaouais

Maison de naissance de l'Outaouais

- Bureau de consultation d'Aylmer

12 Chaudière-Appalaches

Maison de naissance Mimosa

- Point de service de St-Georges-de-Beauce

14 Lanaudière

Service de sage-femme du CISSS de Lanaudière

- Service de sage-femme de Lanaudière

15 Laurentides

Maison de naissance du Boisé-de-Blainville

16 Montérégie

Maison de naissance du Haut-Richelieu-Rouville

17 Nunavik

Service de sage-femme de Kuujuaq

Maternités de Salluit, Puvurnituk et Inukjuak

ANNEXE 10

Les normes de pratiques professionnelles des sages-femmes au Québec

(Reproduction à partir du site internet de l'Ordre des sages-femmes du Québec, 2017b)

- 1-La sage-femme accorde le temps nécessaire pour établir une relation de confiance avec la femme dès la première rencontre et s'assure de maintenir cette relation tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 2-La sage-femme favorise l'implication de toute personne significative pour la femme (père, enfants, etc.) selon le souhait de celle-ci.
- 3-La sage-femme échange avec la femme en vue de connaître son vécu et de cerner ses besoins tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 4-La sage-femme aborde certains sujets de discussion au moment opportun dans le souci du respect du rythme et de la réalité de la femme et invite celle-ci à s'exprimer et à partager avec elle ses interrogations, ses inquiétudes, ses souhaits, etc., tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 5-La sage-femme pose les gestes cliniques appropriés à la situation et fait une utilisation judicieuse de la technologie, en conformité avec le champ de la pratique professionnelle des sages-femmes et les directives de l'OSFQ à ce sujet.
- 6-La sage-femme, lorsque nécessaire, guide la femme vers les ressources communautaires du milieu et les autres ressources professionnelles de la santé.
- 7-La sage-femme a le devoir de donner à la femme l'information disponible en ce qui concerne les enjeux liés aux différents choix à faire à l'occasion d'une grossesse, elle y accorde le temps nécessaire, et elle échange avec la femme de manière à lui permettre de prendre ses décisions tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 8-La sage-femme respecte les décisions de la femme et, en même temps, doit lui rappeler les limites qu'elle est tenue de respecter en lien avec son champ de pratique professionnelle et ses compétences tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 9-La sage-femme s'engage à assister la femme dans le lieu de naissance de son choix (domicile, maison de naissance ou autre) et s'assure d'être en mesure de le faire en conformité avec le champ de pratique professionnelle des sages-femmes et la Loi sur les sages-femmes.
- 10-La sage-femme fait la promotion de l'allaitement maternel et elle encourage et supporte la femme dans son désir d'allaiter
- 11-La sage-femme renforce la femme dans ses compétences et dans son autonomie et elle l'invite à se faire confiance tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 12-La sage-femme communique avec la femme et avec toute autre personne significative pour celle-ci (père, enfants, etc.) dans un langage approprié, et elle s'assure d'être bien comprise tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 13-La sage-femme favorise les liens d'attachement entre les parents, y compris les autres enfants, et le nouveau-né.
- 14-La sage-femme travaille idéalement en équipe de deux à trois sages-femmes au maximum pour un même suivi de grossesse, et ce, en vue d'assurer la continuité de la relation et des soins tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.
- 15-La sage-femme applique les règles liées à la confidentialité et à la préservation des renseignements sur la vie privée en vigueur au Québec, à l'OSFQ et dans son milieu de travail.

16-La sage-femme fait signer à la femme tout document approprié en conformité avec les normes établies à ce sujet à l'OSFQ et dans son milieu de travail.

17-La sage-femme s'assure que la tenue de ses dossiers est conforme au Règlement sur la tenue de dossier de l'OSFQ, et elle écrit tous les renseignements utiles de manière lisible et de façon concise.

18-La sage-femme, dans le cas où une femme refuserait un transfert d'urgence, doit assurer à celle-ci une présence compétente, aviser les services d'urgence et documenter le refus de la femme de suivre ses recommandations ou son avis.

19-La sage-femme participe à des activités de formation en conformité avec les règles établies à l'Ordre au sujet de la formation continue.

20-La sage-femme s'assure d'être au fait de l'évolution des connaissances liées à sa pratique professionnelle.

21-La sage-femme participe à des activités de partage de connaissances, d'échange de vues et de revues par les pairs à propos de sa pratique professionnelle.

22-La sage-femme recueille, de façon continue, toutes les données pertinentes à l'évaluation de sa pratique professionnelle en conformité avec les directives établies à ce sujet à l'OSFQ.

23-La sage-femme participe à l'évaluation et à l'amélioration continue de la qualité de la pratique professionnelle des sages-femmes dans son milieu de travail.

24-La sage-femme contribue à la formation des sages-femmes, à la promotion de la pratique professionnelle des sages-femmes et à l'évolution du savoir des sages-femmes.