



Les accoucheuses

Dans les années 1980, deux jeunes mères, Donna Cherniak et Isabelle Brabant, l'une médecin et l'autre sage-femme, plaidaient dans nos pages contre la médicalisation de l'accouchement et pour la légalisation des sages-femmes au Québec¹. Depuis, toutes deux ont aidé des milliers de femmes à enfanter. Les revoici une génération plus tard, toujours aussi décapantes.

L'enfantement est-il devenu un événement plus naturel,
plus respectueux, plus empreint de sens en 2005 ?
Rien n'est moins sûr, parole de médecin !

par Donna Cherniak

Dernièrement, on m'a honorée avec trois de mes collègues pour plus de 25 ans de soins aux femmes qui enfantent². Nous sommes les sauveurs de la race, pas de la race humaine, mais de celle des médecins de famille qui offrent encore des soins obstétricaux – une espèce menacée d'extinction par les préoccupations médico-légales, les fermetures d'hôpitaux, la spécialisation, les sages-femmes, et notre propre désir de dormir et d'avoir une vie.

De nos jours, moins d'omnipraticiens font de l'obstétrique, mais ceux qui en font en font plus³. Trop ? Sommes-nous en train de devenir nous-mêmes des sages-femmes ou des mini-obstétriciens ? Quelle sera la pratique clinique de cette résidente en médecine familiale qui m'a offert des fleurs, et surtout comment accoucheront les femmes de sa clientèle ?

Bien sûr, il y a eu du progrès. La pratique des sages-femmes a été légalisée, et elles peuvent maintenant aider des femmes à accoucher où et comme elles le veulent. Mais, en partie à cause de la loi québécoise, nous sommes encore loin d'une véritable coopération professionnelle dans l'intérêt des femmes.

Dans les hôpitaux, certaines pratiques frappantes ont disparu. On ne rase plus les futures mères à leur arrivée (la plupart ont leur propre coiffure pubienne, souvent plus radicale), le personnel n'est plus masqué et les salles d'opération stériles ont fait place à d'agréables chambres de naissance où les femmes peuvent vivre le travail, l'accouchement et le post-partum. Malheureusement, le décor a changé davantage que les attitudes et les actes.

Encore plus que dans les années 1980, la médicalisation est omniprésente, et modifie en profondeur l'expérience de grossesse et d'accouchement de la majorité des femmes (et de leurs proches). On justifie cet interventionnisme par la recherche médicale, même si la validité des résultats et leur applicabilité à toutes les femmes en tout temps sont loin de faire l'unanimité. Les résultats qui confortent le modèle médical, comme la césarienne en cas de présentation du siège, passent plus vite dans la pratique que ceux qui suggèrent de réduire les interventions comme l'épisiotomie. Souvent, on rejette sur les femmes elles-mêmes la responsabilité de l'interventionnisme médical : nous sommes trop vieilles, trop grosses, trop pauvres, trop malades et trop exigeantes pour bien accoucher.

Les femmes enceintes ont plus facilement accès à un spécialiste qu'à de l'information de base. La plupart, y compris les femmes obèses, ne reçoivent aucun conseil nutritionnel. Sauf exception, les cours prénatals ne sont plus subventionnés sous prétexte qu'ils ne contribuent pas à l'atteinte des objectifs de santé publique (réduction de la prématurité et du faible poids de naissance). Par contre, personne ne questionne l'utilité et le coût des 10 ou 15 visites « de routine » par grossesse au médecin ou à la sage-femme, qui ne semblent pas y contribuer davantage.

Depuis que l'échographie et les autres tests prénatals ont hissé le fœtus au rang d'enfant/patient, la femme et son partenaire doivent prendre des décisions « parentales » bien avant de devenir parents. Sitôt la grossesse confirmée, on conseille aux femmes de prendre rendez-vous pour une échographie et d'autres tests de dépistage génétique. Les places manquent et, dans la plupart des centres, les femmes paient de leur poche. L'information sur ces tests (que détectent-ils et que ne détectent-ils pas ? dans quelle mesure sont-ils fiables ? qu'arrivera-t-il si les résultats sont anormaux ?) est souvent rudimentaire, et on prend rarement le temps de discuter des croyances et des attentes personnelles qui pourraient influencer sur la décision de s'y soumettre et sur les décisions qui s'en suivront.

Si le travail commence prématurément, les parents doivent assimiler dans des conditions très stressantes l'information ultraspecialisée qui leur permettra de participer aux décisions concernant le fœtus. Le contraste entre le branle-bas de combat des soins néonataux intensifs et la pénurie de services une fois qu'ils reviennent à la maison avec le bébé-miracle aux besoins très spéciaux est tellement frappant que les parents se sentent souvent abandonnés.

La routine veut qu'on attache encore les femmes à un moniteur cardiaque fœtal, même si une foule d'études montrent que cette pratique accroît les interventions sans améliorer la santé du bébé.

Le taux d'épidurale grimpe sans cesse – pourquoi souffrir ? On dit rarement aux femmes que l'épidurale a des effets majeurs sur le travail et qu'elle entraîne souvent d'autres interventions.

L'anesthésie épidurale produit une sorte de dissociation de la réalité : une fois la douleur disparue, la femme et son partenaire sont dans les limbes. Est-ce un progrès quand une ado de 14 ans en plein travail regarde des dessins animés à la télé ? Quand le conjoint d'une femme en travail regarde le hockey ? Est-ce que je m'ingère dans leurs « choix » quand je suggère de fermer la télé pendant que la femme pousse ? Pourquoi présumons-nous qu'une déconnexion aussi totale de l'acte de donner la vie n'a aucune répercussion sur la femme, sur la famille immédiate et sur la famille humaine ?

Les femmes anesthésiées accouchent forcément les pieds dans les étriers, les jambes écartées, le sexe exposé au tout-venant pendant des heures. Combien de fois ai-je vécu cette scène : moi et un consultant, debout entre les jambes d'une femme, en train de lui expliquer la nécessité des forceps ou d'une césarienne. Peut-on parler d'un consentement éclairé dans ces conditions ? S'il vous reste un doute, faites-en l'essai ; même habillée, le rapport de forces est évident.

Comme les femmes anesthésiées ne sentent pas leurs contractions, on doit leur dire quand pousser : « Retenez votre respiration et poussez ! Poussez ! Poussez ! » En plus d'exercer une pression indue sur le plancher pelvien, pousser ainsi prive le bébé d'oxygène (s'il est en détresse, il faudra intervenir). Trop habitué à dire quoi

¹ À lire dans *LA VIE EN ROSE* (bnquebec.ca)

CHERNIAK, Donna.

« Accoucher ou se faire accoucher » (n° 1, mars 1981, p. 48). Voir aussi « Journal intime et politique d'une avorteuse » (n° 3, septembre 1981, p. 34).

BRABANT, Isabelle. « La naissance est politique » (n° 3, février 1985, p. 20-22).

² En juin dernier, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec rendait hommage à l'engagement et à l'expertise des docteurs Donna Cherniak, Diane Plante, Jean St-Arnaud et Raymonde Vaillancourt, du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.

Détail intéressant : le CHUS enregistre le plus bas taux de césarienne au Canada – de 14 % à 16 % selon les années, comparativement à une moyenne canadienne de 24 % à 26 %.

³ Moins de 20 % des médecins de famille canadiens dispensent des soins obstétricaux.

faire à des femmes anesthésiées, le personnel donne les mêmes directives aux femmes qui ne le sont pas, même quand leurs efforts spontanés et incontrôlables sont aussi évidents qu'efficaces.

Le taux de césarienne grimpe lui aussi. Ironiquement, quand on cherche à éliminer tout risque, la césarienne – contrôlable et prévisible – semble plus rassurante que l'accouchement vaginal, pourtant plus sûr que jamais. En fait, à court et à long terme, la césarienne a d'importantes conséquences, qu'on omet souvent de mentionner aux femmes. Bien des médecins considèrent que la «césarienne sur demande» est une réponse aux exigences de la clientèle et à son droit de «choisir»; d'autres y voient plutôt l'aboutissement de la culture de la peur qui imprègne celle de l'obstétrique.

Entendons-nous: je crois en la médecine et je crois en la technologie. Mais je crois par-dessus tout que la mission première des soins obstétricaux est de respecter la capacité naturelle des femmes à accoucher, c'est-à-dire d'utiliser la technologie à bon escient et avec précaution, de défendre l'intégrité de l'être humain qu'elle est censée servir et surtout de ne pas nuire.

Les femmes elles-mêmes sont-elles satisfaites? Oui, selon les enquêtes à la sortie de l'hôpital. Et qui leur reprochera de ne pas se plaindre quand elles partent relativement indemnes avec un bébé en santé dans les bras, et que dans l'ensemble le personnel leur a semblé humain et bien intentionné?

Je m'en voudrais de ne pas le mentionner ici, un demi-million de femmes dans le monde meurent chaque année de complications de la grossesse évitables, et des millions de femmes sont privées des services les plus élémentaires.

Après plus de 25 ans de pratique, je suis encore émue par le courage et la force des femmes qui acceptent de porter un enfant – de nourrir un autre être en elles-mêmes, de voir leur corps transformé, d'affronter le marathon du travail et de l'accouchement. Malgré la complexité des enjeux liés à l'accouchement tel que nous le connaissons aujourd'hui, je me sens encore privilégiée de participer à ce miracle, de regarder un petit être unique faire son entrée dans la vie. Quelles que soient les circonstances de la naissance, je suis encore touchée quand je vois tant d'émotions – la joie, la satisfaction, le soulagement, la surprise, l'épuisement – sur le visage d'une nouvelle mère qui prend dans ses bras, pour la première fois, cette petite créature chaude et gluante sortie du plus profond d'elle-même.

Et ô combien plus encore quand je ne suis pas là en tant que médecin, quand la nouvelle mère est ma fille, et la petite créature, ma petite-fille! En cette date mémorable du 6 décembre 2004, je n'ai utilisé pour toute technologie que ma caméra pendant qu'Émmanuelle Béatrice Richard arrivait dans notre monde.

Traduction: SYLVIE DUPONT

DONNA CHERNIAK est médecin de famille au CLSC de Sherbrooke, chef du service de périnatalité (médecine familiale) du CHUS et professeure titulaire d'enseignement clinique à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Elle a cofondé les Presses de la santé de Montréal (1968-2002).

Tant que toutes les femmes n'accoucheront pas toutes dans le respect, pas une féministe ne devrait dormir tranquille.
Parole de sage-femme.

par Isabelle Brabant

Je suis devenue sage-femme il y a 25 ans. J'aimerais pouvoir me réjouir des progrès accomplis. Mais j'en suis incapable, les mots me restent en travers de la gorge. D'un naturel optimiste, j'ai plutôt envie de pleurer quand je songe à l'érosion de notre pouvoir de donner la vie. Toute une génération de femmes arrive à l'âge d'avoir des enfants non seulement convaincues qu'elles n'y arriveront pas par elles-mêmes, mais n'en voyant même pas l'intérêt. Si on n'appelle pas ça une perte, je ne sais pas ce que c'est!

Bien sûr, je rencontre encore des femmes et des hommes, jeunes ou moins jeunes, très éduqués ou non, qui ont ces mots du cœur et du ventre pour décrire leur vision de la naissance: courage, inconnu, peur, dépassement, sens de la vie. Mais le système de santé a peu de place pour leurs rêves, alors que la voie des progrès technologiques s'ouvre toute grande à ceux et celles que ça intéresse.

En 1980, à l'occasion des colloques *Accoucher ou se faire accoucher?*, 10 000 femmes se donnaient le droit de

questionner ou de crier, selon leur degré d'indignation. En 2005, dans un silence assourdissant, 80 % des femmes accouchent anesthésiées, incapables de choisir leur position, insensibles aux doigts innombrables qui iront «voir» dans leur vagin. À la même question, pourront-elles répondre autre chose que «se faire accoucher»?

Elles ne sentiront rien, c'est le gain proposé et presque toujours obtenu. Mais est-ce un progrès? Pour celles qui vivent un accouchement très difficile, sûrement. Pour l'ensemble des femmes, non. En l'absence d'alternative, la péridurale devient rapidement la seule option possible. Il est pourtant démontré que, bien accompagnées, les femmes éprouvent moins le besoin d'une péridurale: une diminution de 87 % à 17 %, selon l'une des recherches. Sur 1 800 accouchements à la Maison de naissance de Côte-des-Neiges, 43 femmes ont demandé d'être transférées à l'hôpital dans le seul but d'obtenir une péridurale, soit 2 %. L'accompagnement améliore tous les effets de l'accouchement: plus grande satisfaction de la mère, meilleure santé du bébé, moins de dépressions postnatales: est-ce assez clair?

L'idée n'est pas de limiter l'accès à l'anesthésie, mais d'offrir un soutien tel que les femmes n'en auront besoin qu'exceptionnellement. Pourtant, plutôt que de consacrer une plus grande partie de leur budget à l'accompagnement, les hôpitaux ont favorisé une augmentation des péridurales, avec leurs conséquences : plus de forceps, plus de césariennes, plus de jours d'hospitalisation, plus de déchirures graves du périnée, etc. Quand la proposition se résume à : «Préférez-vous une péridurale... ou rien?», je suis surprise qu'il n'y ait pas 100 % d'anesthésie!

Il est très difficile de discuter de cela librement, sans susciter des torrents de réactions défensives, de sentiments de culpabilité, de braquages idéologiques. Des deux côtés de la chambre d'ailleurs. Comme chaque arbre cache la forêt, chaque histoire personnelle fait

office d'absolu : on se rappelle la détresse ressentie, la douleur, en oubliant l'environnement physique et humain qui a mené à ce film-catastrophe complètement prévisible.

“ Dans chaque moment de la vie d'une femme se joue tout entière la lutte des femmes. ”

Le privé est politique, l'avons-nous assez dit... Dans le cas de la maternité, l'analyse politique semble une intrusion agressive, insupportable, dans le privé. Comme s'il y avait là trop de tristesse et d'enjeux. Je ne me souviens pas que la révolution sexuelle ait causé ce genre de réaction. Une femme se sentait-elle personnellement attaquée si on critiquait la position du missionnaire, considérée comme le symbole de la soumission des femmes, sous prétexte qu'elle avait fait l'amour comme ça la veille? Pourtant, dès que l'on s'interroge sur l'omniprésence de la péridurale dans les accouchements, chacune des femmes qui y a eu recours se sent obligée de justifier son choix, circonstanciel ou idéologique.

La maternité est notre talon d'Achille, notre plus grande force et notre plus grande vulnérabilité. Peu importe qu'une femme soit forte dans tous les autres aspects de sa vie, elle aura besoin de protection pour accoucher, avant, pendant, après : aucune femme ne peut en même temps mettre au monde son petit et se battre. Créer la vie, laisser la force vive de la naissance nous traverser le corps dans l'abandon le plus total, nous révèle à nous-mêmes une puissance jusqu'alors méconnue. Ce que j'en dis ici n'est pas le fruit de ma seule réflexion : c'est, en super-concentré, la parole de certaines de femmes que j'ai vues crier, souffler, supplier, et trouver enfin, en elles, cette ouverture extraordinaire par où on permet à la vie de se perpétuer.

Ce geste plusieurs fois millénaire est un maillon clé de la grande chaîne de la filiation, de la culture, de l'appartenance. Devenir mère nous amène à partager des valeurs, des traditions, à en transformer d'autres afin d'en corriger la rigidité ou l'iniquité. Avoir un enfant nous confronte à cette épreuve incontournable : «Es-tu vraiment capable de vivre et de transmettre ce en quoi tu crois?» Nous n'y arrivons pas toujours. Nous nageons dans l'ambiguïté, voire la régression : se surprendre à ressembler à sa mère ; vouloir connaître le sexe à l'avance

pour décorer la chambre ; appeler les garçons « mon 'tit homme », alors qu'il n'y aura pas de « ma 'tite femme »...

Ces tiraillements et contradictions expliquent peut-être pourquoi les grandes batailles en périnatalité des années 1970-1980 ont eu si peu de résonance dans le mouvement féministe, occupé à l'époque, il faut le dire, par la lutte essentielle de l'avortement. Ce sont pourtant les deux faces de la même médaille ! Pourquoi pas l'accouchement libre et gratuit ? Gratuit : le mot peut rendre perplexe, mais à peine 3 % des femmes enceintes ont accès aux services de sages-femmes. Les autres devront payer pour obtenir d'une accompagnante le soutien que l'hôpital ne leur fournit pas. Qui parlera pour les femmes qui émergent de leur accouchement meurtries, déçues, habitées d'un sentiment d'incompétence de leur corps ?

La maternité est un enjeu du féminisme. Une rencontre à la fois évidente et espérée, en avril 2003, l'a bien montré. La Fédération québécoise pour le planning des naissances a orchestré cette croisée des paroles entre périnatalité, éducation sexuelle, santé reproductive des femmes, avortement, contraception, pouvoir abusif des compagnies pharmaceutiques. Nous avons parlé, écouté, comparé nos combats, nos inquiétudes... pour nous rendre compte que nos luttes étaient identiques¹.

À vrai dire, chaque dossier peut servir de révélateur des autres. Des menstruations à la ménopause, en passant par la sexualité, l'accouchement, l'allaitement, la dépression postnatale, on rencontre partout la supposée défaillance du corps des femmes, incapable, semble-t-il, de mener à bien les transitions normales de la vie. Et partout le médicament ou l'intervention médicale qui nous sauve !

Partout l'émergence, aussi soudaine que suspecte, d'un discours sur « le choix des femmes », tout prêt à cautionner la césarienne sur demande ou la suppression des menstruations. Où était donc « le choix des femmes » quand nous refusions l'épisiotomie, qu'on nous faisait quand même, et où est-il quand nous voulons, aujourd'hui, accoucher accroupies ? Partout aussi, un discours sur les risques qui nous limite plutôt qu'il nous protège, notamment quand on brandit les risques pour le bébé. Quelle stratégie efficace quand on veut clouer le bec à celles qui posent trop de questions !

Dans chaque moment de la vie d'une femme se joue tout entière la lutte des femmes. Il n'y a pas de « dossier » mineur. Le féminisme doit reconnaître la maternité comme un enjeu politique et économique à porter sur la place publique. Qui a intérêt à maintenir la maternité et l'accouchement dans l'expérience personnelle et l'anecdote ? Qui interprète l'analyse critique comme un blâme et ainsi muselle tout débat ? Qui profite du silence des femmes qui accouchent paralysées ? Qui donc a peur du sentiment de puissance des femmes qui donnent naissance par leurs propres moyens ?

ISABELLE BRABANT, sage-femme, est l'auteure entre autres de *Une naissance heureuse* (Éditions Saint-Martin, Montréal, 2001) et collaboratrice de *Au cœur de la naissance* (Éditions du remue-ménage, Montréal, 2005).

¹De cette rencontre est née la Coalition pour la santé sexuelle et reproductive. Pour en savoir plus : <fqpn.qc.ca/>.

LES FAITS

La majorité des femmes reçoivent des hormones synthétiques (Pitocin) pour démarrer ou accélérer leur accouchement.

Là où il y a des anesthésistes, près de 80 % des femmes accouchent sous péridurale.

Les taux de césariennes, à plus de 20 % déjà, continuent de grimper.

La césarienne sur demande, sans indication médicale, progresse malgré un risque trois fois plus grand de mortalité maternelle.

L'accouchement dans l'eau, souvent souhaité et sans risques pour la mère ou le bébé, n'est possible qu'en maison de naissance.

Les deux maisons de naissance de Montréal refusent près de 1000 femmes par année.

Depuis l'adoption de la Loi sur les sages-femmes en 1999, le gouvernement n'a ouvert qu'une maison de naissance, à Nicolet – la 7^e au Québec – avec six postes de sages-femmes.

Durant la même période, 26 nouvelles sages-femmes ont reçu leur diplôme de l'UQTR, après un bac de quatre ans.

Sur les quelque 75 000 Québécoises qui accouchent chaque année, moins de 3 % ont accès aux services d'une sage-femme.