

Recherches sociographiques



La médicalisation de l'accouchement

France Laurendeau

Volume 24, Number 2, 1983

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/056034ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/056034ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Laurendeau, F. (1983). La médicalisation de l'accouchement. *Recherches sociographiques*, 24(2), 235–243. <https://doi.org/10.7202/056034ar>

Article abstract

L'accouchement s'est considérablement médicalisé au Québec depuis vingt ans. C'est d'ailleurs à ce phénomène, caractérisé par l'hospitalisation des accouchées et par l'usage accru de techniques obstétricales sophistiquées, que la profession médicale attribue la baisse de la mortalité maternelle et périnatale. Pourtant, des études montrent non seulement que cette prétention n'est pas fondée, mais qu'en plus, la médicalisation de l'accouchement comporte des risques pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant. L'amélioration du pronostic en obstétrique serait plutôt attribuable à des facteurs sociodémographiques qu'à l'intervention médicale. C'est ce que tend à démontrer l'expérience par exemple des Pays-Bas où les accouchements à domicile sont très répandus et où les indices de mortalité sont meilleurs qu'au Québec. Des études américaines comparant les mérites respectifs de l'accouchement à l'hôpital et de l'accouchement à domicile vont aussi dans ce sens. Les obstacles à l'accouchement humanisé, moins technique et hors de l'hôpital seraient donc davantage de nature politique que scientifique ou médicale.

LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT *

L'accouchement s'est considérablement médicalisé au Québec depuis vingt ans. C'est d'ailleurs à ce phénomène, caractérisé par l'hospitalisation des accouchées et par l'usage accru de techniques obstétricales sophistiquées, que la profession médicale attribue la baisse de la mortalité maternelle et périnatale. Pourtant, des études montrent non seulement que cette prétention n'est pas fondée, mais qu'en plus, la médicalisation de l'accouchement comporte des risques pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant. L'amélioration du pronostic en obstétrique serait plutôt attribuable à des facteurs socio-démographiques qu'à l'intervention médicale. C'est ce que tend à démontrer l'expérience par exemple des Pays-Bas où les accouchements à domicile sont très répandus et où les indices de mortalité sont meilleurs qu'au Québec. Des études américaines comparant les mérites respectifs de l'accouchement à l'hôpital et de l'accouchement à domicile vont aussi dans ce sens. Les obstacles à l'accouchement humanisé, moins technique et hors de l'hôpital seraient donc davantage de nature politique que scientifique ou médicale.

L'accouchement reste un sujet controversé. Dans les revues populaires, on parle d'accoucher sans violence et même d'accoucher chez soi.¹ Par ailleurs, face à cet engouement pour des accouchements plus humains, comme la

* Cet article a trouvé sa forme finale à l'été 1981. Depuis, l'accouchement est passé au second plan dans les revendications féministes. Bien qu'elle demeure toujours valable, l'analyse qui suit ne tient pas compte des plus récents développements en ce domaine.

1. L'accouchement sans violence a été préconisé par Frédérick LÉBOYER, dans son livre *Pour une naissance sans violence* (Paris, Seuil, 1974). À sa suite, plusieurs articles sont parus au Québec afin de faire valoir les droits des femmes à accoucher comme elles le veulent. Pour n'en citer que quelques-uns : Catherine LORD, « Accoucher est une fête qui nous appartient », *Châtelaine*, XVI, 10, octobre 1975 ; Catherine LORD, « Accouchements et chaînes de montage », *L'Actualité*, novembre 1978 ; Ginette PARIS, « Tu es née dans notre lit », *Châtelaine*, XVII, 11, novembre 1976 ; Pierre SORMANY, « Le cercle vicieux de la chirurgie », *L'Actualité*, septembre 1978 ; Yanick VILLEDIEU, « Mieux naître », *Québec-Science*, XVI, 1, septembre 1977.

participation des femmes aux colloques organisés par l'Association pour la santé publique du Québec sur l'accouchement l'a bien manifesté, la profession médicale parle d'accouchement sans risque.² Or, à entendre les protagonistes de ce débat, il semble bien que le « sans violence » soit incompatible avec le « sans risque », l'humanisation impossible à réaliser dans un contexte de médicalisation. De part et d'autre, à grand renfort de statistiques et de recherches scientifiques, on cite des spécialistes prestigieux dont la crédibilité ne peut être mise en doute. Mais la plupart des spécialistes auxquels on se réfère font partie de la profession médicale. Ils ne sont donc pas des arbitres neutres dans ce débat, mais des partisans émotifs de la cause du « sans risque » qui mettent la science à la défense du pouvoir médical menacé de l'extérieur. Les femmes qui moussent la cause du « sans violence » n'ont souvent que leur propre expérience pour tout argument; elles revendiquent de vivre pleinement leurs accouchements à leur propre rythme, entourées de personnes chères, de chaleur humaine, d'amour. Pourtant, elles essaient aussi de répondre à la profession médicale sur son propre terrain en utilisant la science pour démontrer la validité de leurs revendications. C'est là le terrain piégé sur lequel je me suis aventurée avec une certaine naïveté... et beaucoup de conviction.

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

I. LE PROCESSUS DE MÉDICALISATION

Accoucher à l'hôpital au Québec est une pratique relativement récente. En effet, ce n'est que depuis les années 1950 que plus de la moitié des naissances se déroulent à l'hôpital, comme le montre le tableau 1. L'accouchement est donc devenu une indication médicale pour hospitaliser les femmes et, par conséquent, le mode d'accouchement s'est transformé pour s'adapter aux conditions

2. Gilles MERCIER, « L'accouchement sans risque, un mythe? », *Le médecin du Québec*, supplément *Naître aujourd'hui*, juin 1979.

TABLEAU I

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

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

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

matérielles de l'hôpital et pour répondre adéquatement aux cas à risque élevé et aux cas d'urgence. D'ailleurs, c'est à cette fin que s'est développée une nouvelle technologie destinée à parer à toute éventualité lors d'un accouchement.

Au Québec, le regroupement des services d'obstétrique dans un moins grand nombre de centres hospitaliers, mieux équipés, en 1975;³ la concentration accrue des accouchements dans des centres spécialisés où se faisaient 24.6% des accouchements en 1972 contre 31.7% en 1977⁴ (voir annexe 1); l'augmentation des accouchements assistés par des médecins spécialistes de 41% en 1971 à 49% en 1977;⁵ et l'augmentation de 17% dans le nombre des gynécologues-obstétriciens entre 1971 et 1978 (voir annexe 2) ont profondément modifié l'organisation sociale entourant l'accouchement, de façon à encourager une utilisation plus intensive de techniques obstétricales comme la césarienne, l'induction médico-chirurgicale, le *monitoring* foetal, etc.

Ainsi, même les grossesses dites normales sont de plus en plus traitées comme des grossesses à risque élevé. Or, si ces techniques peuvent s'avérer efficaces et même essentielles pour les accouchements difficiles, leur innocuité n'a pas été prouvée dans les cas où elles ne sont pas médicalement indiquées, sans compter les désagréments qu'elles peuvent comporter pour les femmes qui accouchent.

3. Ministère des affaires sociales, *La périnatalité, une politique du Ministère des affaires sociales*, 1973; Ministère des affaires sociales, *Projet de regroupement des services d'obstétrique*, 1974.

4. Statistiques non publiées du Ministère des affaires sociales.

5. Statistiques non publiées de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Accoucher à l'hôpital, c'est accepter de se soumettre aux traitements standards imposés par l'institution dans ce cas. Ainsi, la jaquette d'hôpital, le rasage de la vulve et parfois du pubis, le lavement, le soluté intraveineux, la position couchée, l'interdiction de boire et de manger, la rupture artificielle des membranes, le transfert à la salle d'accouchement, les jambes et les mains attachées à la table d'accouchement équipée d'étriers surélevés, l'anesthésie locale, l'épisiotomie et les points de suture ainsi que l'injection d'oxytociques dans le soluté après l'accouchement font partie de la routine que subissent la majorité des femmes qui accouchent. Et il s'agit d'un minimum! Bien des femmes reçoivent en plus des calmants (sédatifs), sont branchées à un moniteur fœtal, sont « provoquées » (induction médico-chirurgicale), sont anesthésiées sous épidurale (anesthésie régionale), sont accouchées avec les forceps ou même sont opérées (césariennes).⁶ Ces interventions ont augmenté depuis 1970; certaines sont routinières, d'autres sont exceptionnelles et comportent une rémunération supplémentaire pour le médecin.

A) *Les interventions routinières*

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

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

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- la rupture des membranes;
- la désencercelage du col;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous faite par le médecin accoucheur;
- le cathétérisme vésical;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique;
- la révision utérine;

6. Doris HAIRE, *The Cultural Warping of Childbirth*, Seattle, International Childbirth Education Association, juin 1972; France LAURENDEAU, *Accoucher à l'hôpital*, mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal, 1978.

- la réparation de déchirures sauf celles du troisième degré (impliquant le sphincter anal);
- les soins hospitaliers post-natals n'excédant pas huit jours.»⁷

Les visites prénatales sont rémunérées au tarif des visites ordinaires.

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

La rupture artificielle de membranes (poche des eaux) a augmenté de 250% entre 1971 et 1977. Cependant cet acte, qui a pour but d'accélérer le travail, ne

TABLEAU 2

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

ANNÉE	RUPTURE DE MEMBRANES	FORCEPS	ÉPISIOTOMIE
1971	2.6	24.1	43.5
1972	2.3	22.6	47.1
1973	3.0	22.6	49.2
1974	2.5	21.9	54.2
1975	2.4	22.1	56.9
1976	8.7	21.1	56.6
1977	9.1	15.8	57.7
Augmentation 1971-1977 (%)	+250	-34.4	+32.6

SOURCES: Ministère des affaires sociales, Fichier AH-101, 1978:

1971-1975: cité dans: Conseil du statut de la femme, *Pour les Québécoises: Égalité et indépendance*, Éditeur officiel du Québec, 1978, p. 96.

1976-1977: calculé à partir de données fournies par le Ministère des affaires sociales en proportion des accouchements obtenus auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

7. Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Cahiers de prestations à l'usage des médecins*, 1978.

serait pratiqué, semble-t-il, que sur 2.6% à 9.1% des femmes. D'après ce que révèle l'observation directe d'accouchements dans plusieurs hôpitaux de Montréal,⁸ il semble bien que dans tous les cas où les membranes ne se rompent pas d'elles-mêmes, le médecin procède à une rupture artificielle. Ces cas sont nombreux, ce qui tend à confirmer que ces données sont incomplètes.

L'utilisation des forceps est en diminution constante si l'on en croit le tableau 2. On ne les utiliserait plus que dans 15.8% des cas contre 24.1% en 1971 : la baisse aurait été de 34.4%.

L'épisiotomie (incision du périnée) affecterait 57.7% des accouchées en 1977 et elle aurait augmenté de 32.6% depuis 1971. Si l'on exclut du dénominateur les césariennes où l'épisiotomie est devenue inutile, on arrive à un pourcentage d'environ 80%, comme le confirment d'ailleurs les résultats d'un sondage effectué par le M.A.S., où l'épisiotomie est évaluée à 82.5% des accouchements en 1979.⁹ En fait, l'épisiotomie est effectuée de routine sur presque toutes les accouchées. Pourquoi donc ? L'épisiotomie est une mesure préventive qui évite des déchirements plus difficiles à réparer. De plus, il semblerait que l'épisiotomie prévienne les descentes de vessie ou d'utérus consécutives à l'accouchement. Pourtant, ces maladies sont en régression partout dans le monde, même dans les pays où on ne fait que très peu d'épisiotomies.¹⁰ D'ailleurs, on pourrait très souvent éviter l'épisiotomie si la femme exerçait son muscle pendant la grossesse et si on effectuait un massage du périnée au moment de l'expulsion pour permettre au muscle de se distendre. Des exercices post-natals permettent ensuite au périnée de retrouver son élasticité.¹¹

Au Québec, l'analgésie et l'anesthésie sont très répandues. Bien que nous n'ayons pas de chiffres pour l'analgésie, « les sédatifs et les analgésiques, qui sont les plus largement utilisés, sont aussi les plus susceptibles de compromettre l'oxygénation et l'équilibre métabolique du fœtus ».¹² L'anesthésie n'est guère plus inoffensive. Encore 3% à 4% des femmes accouchent sous anesthésie générale ; celle-ci modifie la ventilation de la mère et peut nuire à l'oxygénation du fœtus.¹³ L'anesthésie locale (bloc honteux et infiltration du périnée) est

8. F. LAURENDEAU, *op. cit.*

9. Madeleine LEVASSEUR et Madeleine BLANCHET, « Sondage sur l'humanisation des soins périnataux », *Carrefour des affaires sociales*, II, 1, novembre 1979, p. 30.

10. D. HAIRE, *op. cit.*

11. *Id.* ; Nicole COQUATRIX et Lucille ROCHELEAU-PARENT, « Accoucher en 1980... les anciens et les nouveaux risques », *Accoucher ou se faire accoucher*, dossier d'information, Association pour la santé publique du Québec, 1980.

12. Gilles FORTIN, « Les médicaments en cours de grossesse », *Le médecin du Québec*, supplément *Naître aujourd'hui*, juin 1979, p. 44.

13. *Ibid.*

effectuée afin d'insensibiliser le périnée pour l'épisiotomie : en 1978-1979, elle touche 59.4% des femmes.¹⁴ Bien qu'elle comporte moins de dangers que l'anesthésie générale ou régionale, l'anesthésie locale a un effet dépressur sur le myocarde. De son côté, le bloc honteux est souvent associé à la bradycardie chez le fœtus.¹⁵ Par ailleurs, l'anesthésie épidurale, qui est rémunérée en supplément de l'accouchement car elle nécessite, comme l'anesthésie générale, la présence d'un anesthésiste, a augmenté de façon significative, passant de 13.6% en 1971 à 20.7% en 1978. Au M.A.S., on avance le chiffre de vingt-deux à vingt-trois mille épidurales en 1978, ce qui porterait le taux à 28.7% des accouchements (incluant les césariennes); si l'on utilise ces dernières données, l'augmentation depuis 1971 passerait de 56.9% à 83.8%.¹⁶ (Tableau 3.) Quoi qu'il en soit, l'augmentation reste importante; et pourtant, l'anesthésie épidurale peut provoquer de l'hypotension chez la mère, elle augmente le besoin d'interventions obstétricales et ralentit le travail.¹⁷

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

TABLEAU 3

*Anesthésie épidurale, Québec,
1971-1978.*

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

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

14. Madeleine BLANCHET, Louise GUYON et Madeleine LEVASSEUR, « Quoi de neuf en périnatalité? », *Le médecin du Québec*, supplément *Naître aujourd'hui*, juin 1979, pp. 4-5.

15. G. FORTIN, *op. cit.*, p. 43.

16. M. BLANCHET, L. GUYON et M. LEVASSEUR, *op. cit.*, p. 7.

17. D. HAIRE, *op. cit.*, p. 23 et G. FORTIN, *op. cit.*, p. 42.

TABLEAU 4

*Naissances vivantes au Québec,
1971-1976.*

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

SOURCES: 1971-1975: *Monographie des affaires sociales*, données démographiques, révision des naissances vivantes annuelles, Québec, 1950-1974, janvier 1977, p. 24.
1976: Statistique Canada, *Statistiques de l'état civil, Naissances*, SC 84-001, 1977.

TABLEAU 5

Interventions obstétricales exceptionnelles, Québec, 1971-1978.

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

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

Pourtant, on estime que les accouchements normaux constituent entre 65% et 95% de tous les accouchements, selon que l'on soit plus ou moins conservateur.¹⁸ De plus, la nécessité et l'innocuité de ces interventions ne sont pas évidentes; mais elles font partie du mode d'organisation de l'accouchement à l'hôpital.

B) *Les interventions exceptionnelles*

Les techniques obstétricales telles la césarienne, l'induction médico-chirurgicale et le *monitoring* fœtal se sont développées dans le but de réduire la mortalité maternelle et périnatale. Elles s'adressent particulièrement aux grossesses à risque élevé, du moins en principe. Mais, comme la définition de ce qui constitue un risque en obstétrique devient de plus en plus étendue, la marge entre ce qui est exceptionnel et ce qui est routinier se rétrécit, de sorte qu'il devient très malaisé d'opérer de telles distinctions entre interventions exceptionnelles et interventions routinières, entre grossesses à risque élevé et grossesses normales. En effet, les interventions exceptionnelles sont tellement fréquentes aujourd'hui qu'elles caractérisent la pratique contemporaine de l'obstétrique. Par rapport aux naissances, qui n'ont augmenté que de 5.3% entre 1971 et 1976, ces interventions ont fait des bonds prodigieux. Cependant, en l'absence de toute étude démontrant sérieusement l'efficacité de ces techniques par rapport à l'objectif visé, il est permis de s'interroger sur la nécessité d'intervenir de plus en plus souvent dans les accouchements sous prétexte que c'est la meilleure façon de sauver des vies et sur la tendance progressive à appliquer à des grossesses dites normales des techniques conçues pour des cas à risque élevé. L'examen des statistiques illustre bien l'importance croissante de chacune de ces interventions par rapport à l'ensemble des accouchements, et des recherches font état de leurs conséquences sur la santé des mères et des enfants.

1. *La césarienne*

La césarienne est une pratique absolument nécessaire quand il n'y a pas d'autre moyen de mettre au monde un enfant vivant. Cependant, elle est aussi effectuée dans des cas moins dramatiques, quand le médecin croit que l'opération offre de meilleures chances de survivance pour la mère et le bébé. Mais ces critères sont largement subjectifs et varient d'un hôpital à l'autre.¹⁹

Pourtant, la césarienne reste une opération chirurgicale sérieuse dont la fréquence a plus que doublé au Québec en huit ans, passant de 6% des accouchements en 1971 à 13.4% en 1978. C'est une augmentation de 129.9% !

18. N. COQUATRIX et L. ROCHELEAU-PARENT, *op. cit.*, p. 4.

19. Helen I. MARIESKIND, *An Evaluation of Caesarean Section in the United States*, Washington (D.C.), Department of Health, Education and Welfare, 1979, p. 14.

Cette situation n'est pas propre au Québec. Aux États-Unis, selon un rapport publié par le Department of Health, Education and Welfare, le taux de césariennes serait passé de 5% en 1968 à 12.8% en 1977, s'élevant même jusqu'à 25% dans certains hôpitaux.²⁰ Selon ce même rapport, ce taux serait passé, au Canada, de 4.8% en 1968 à 9% en 1974.²¹ En Grande-Bretagne, l'augmentation semble moins forte : de 3.4% en 1964 à 4.9% en 1972.²² Aux Pays-Bas, ce taux n'était que de 2% en 1971.²³ Ce phénomène semble donc plus particulièrement nord-américain.

D'après une étude publiée en 1980 dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*,²⁴ trois chercheurs essaient d'expliquer l'augmentation du taux de césariennes à partir de cinq études recensées dans la littérature médicale américaine. Cette augmentation varie de 3.9% à 10.3% selon les études et elle s'explique par l'accroissement des indications suivantes : disproportion céphalo-pelvique et arrêt dans la progression du travail : 33.4% ; césariennes antérieures : 23.1% ; présentations par le siège : 18.8% ; souffrance fœtale : 13.2% ; autres (*placenta previa*, *abruptio placenta*, diabète, prééclampsie) : 11.2%.

Tout en reconnaissant que des facteurs non médicaux peuvent affecter le taux de césariennes, les auteurs n'en constatent pas moins que, depuis une vingtaine d'années, des changements majeurs sont intervenus dans le traitement des problèmes obstétricaux afin, semble-t-il, d'améliorer le pronostic fœtal. Ils concluent que, sans pour autant mettre en danger le fœtus, il est possible d'éviter l'opération et ses effets secondaires à un grand nombre de femmes présentant ces problèmes, en effectuant une sélection rigoureuse des femmes à opérer.²⁵

En effet, la césarienne n'est pas sans risques. Dans une étude extensive du phénomène, Helen Marieskind²⁶ examine les raisons qui peuvent expliquer l'augmentation du taux de césariennes et documente les effets secondaires de cette opération. Aujourd'hui, la césarienne n'est plus une opération dangereuse

20. *Id.*, p. 1.

21. *Id.*, p. 14.

22. M.P.M. RICHARDS, « A place of safety? An examination of the risks of hospital delivery », dans : Sheila KITZINGER et John A. DAVIS (éds), *The Place of Birth*, Oxford, New York, Toronto, Oxford University Press, 1978, p. 74.

23. G.J. KLOOSTERMAN, « The dutch system of home births », dans : Sheila KITZINGER et John A. DAVIS (éds), *op. cit.*, p. 91.

24. S.F. BOTTOMS, M.G. ROSEN et R.J. SOKOL, « Current concepts: the increase in the cesarean birth rate », *The New England Journal of Medicine*, CCCII, 10 mars 1980 : 559-563.

25. C'est aussi ce que croient Diony YOUNG et Charles MAHAN dans leur brochure intitulée *Unnecessary Caesareans* (Minneapolis, International Childbirth Education Association, 1980) qui a pour but d'informer les femmes sur la césarienne et les moyens de l'éviter.

26. H.I. MARIESKIND, *op. cit.*

pour la mère. Cependant, elle comporte des risques qui méritent d'être considérés. Les complications résultant d'une césarienne sont nombreuses : douleurs et dépression, infections, hémorragies, adhérences, rupture utérine, etc., et si la mortalité maternelle après une césarienne est très rare, elle reste substantiellement plus élevée que dans le cas d'une délivrance par voie vaginale.²⁷ Les infections sont assez fréquentes : 38,5% selon une étude menée au Texas ; 10% des opérées souffriraient d'hémorragies.²⁸ Les enfants nés par césarienne ont plus de difficultés respiratoires que les autres. Le taux de mortalité est aussi plus élevé chez ces enfants, mais on ne peut dire si c'est à cause de la césarienne elle-même ou des conditions qui y ont conduit.²⁹ Mais il existe toujours un risque que le diagnostic de maturité fœtale soit incorrect et que la césarienne entraîne une naissance avant terme et mette en péril la vie et la santé de l'enfant. Finalement, les femmes qui ont une césarienne gardent souvent de cette expérience un sentiment de culpabilité et d'échec. C'est particulièrement le cas de celles qui ont subi une épreuve de travail ou qui ont suivi des cours prénatals où l'on glorifie l'accouchement naturel. Les conséquences psychologiques peuvent donc s'ajouter aux complications physiologiques.

Bref, les conséquences de la césarienne ne sont pas négligeables mais sont largement sous-estimées par la profession médicale pour laquelle « dans la pratique moderne de l'obstétrique, il n'y a pas de contre-indications à la césarienne ».³⁰ C'est d'ailleurs cette attitude « optimiste » qui conditionne largement l'utilisation des autres techniques obstétricales qui, en interférant dans le travail, conduisent souvent à la césarienne.

2. L'induction du travail

L'induction est le procédé par lequel on déclenche le travail avant qu'il ne commence spontanément, en injectant à la femme des hormones artificielles qui imitent l'action de l'oxytocine, hormone naturelle qui provoque les contractions utérines. Cette intervention est indiquée médicalement quand le bébé est post-mature et quand la mère est toxémique, mais elle est déconseillée unanimement par les manuels d'obstétrique quand elle est utilisée uniquement pour la convenance du médecin ou des parents.³¹ L'injection d'oxytociques est aussi

27. *Id.*, pp. 50-51 ; 43-45.

28. *Id.*, p. 49.

29. *Id.*, pp. 59-60.

30. Traduction libre de : « In modern obstetric practice there are virtually no contra-indications to caesarean section », tiré de L. HELLMAN et J. PRITCHARD, *Williams Obstetrics*, 15^e édition, New York, Appleton-Century Crofts, 1976.

31. R.R. RINFUSS *et al.*, « Convenience and the occurrence of births. Induction of labor in the United States and Canada », *International Journal of Health Services*, IX, 3, 1979.

utilisée pour accélérer un travail qui ne permet pas au col de l'utérus de se dilater; c'est ce qu'on appelle la stimulation du travail, un acte inclus dans la rémunération de l'accouchement au Québec et dont il est difficile de connaître la fréquence.

Par ailleurs, l'induction est comptabilisée à part et rapporte \$21 au médecin depuis 1970. Les statistiques de la R.A.M.Q. montrent que cet acte a diminué entre 1971 et 1974, pour se stabiliser entre 1974 et 1977. En 1978, cet acte augmente de 97.5% en une seule année, ce qui est pour le moins surprenant. Il est aussi étonnant que cette intervention n'affecte que de 2% à 4% des accouchées, alors qu'en Grande-Bretagne l'induction est passée de 13.75% des accouchements en 1963 à 37.2% en 1973.³² Or, dans l'ensemble, les Anglais sont moins interventionnistes que les Nord-Américains, du moins si l'on se réfère aux césariennes, à l'utilisation des forceps, à l'épisiotomie, etc. Si les statistiques sont fiables, il y aurait donc considérablement moins d'interventions au Québec qu'en Grande-Bretagne.

Cependant, une étude effectuée aux États-Unis et au Canada tend à démontrer que l'induction est une pratique courante.³³ À partir des certificats de naissance pour l'année 1971, les auteurs constatent que la distribution des naissances par jour de la semaine n'est pas aléatoire: en effet, il y a significativement moins de naissances durant les fins de semaine et les jours de fête qu'au cours de la semaine. Or, avant la découverte des hormones synthétiques (oxytociques), en 1951, ce phénomène n'existait pas et la distribution des naissances était aléatoire, comme l'on peut s'y attendre. Cette distribution inégale s'expliquerait par l'induction du travail effectuée sans raison médicale.

L'induction comporte des inconvénients. Le risque le plus évident est la prématurité lorsque l'âge du fœtus a été mal évalué; à la limite, cela peut entraîner la mort du bébé car le poids à la naissance est le meilleur prédicteur de survie. De plus, l'induction déclenche des contractions plus fortes que celles d'un travail normal, de sorte que le bébé est soumis à rude épreuve vu qu'il reçoit moins d'oxygène qu'il ne le devrait. Si le fœtus est réellement prématuré, il peut souffrir de difficultés respiratoires à la naissance. Sa mère doit supporter des contractions beaucoup plus intenses, plus fréquentes et par conséquent plus pénibles, ce qui est parfois tellement intolérable que des médicaments contre la douleur sont requis, avec les inconvénients que cela comporte.³⁴ Et, si malgré

32. M.P.M. RICHARDS, *op. cit.*

33. R.R. RINDFUSS *et al.*, *op. cit.*

34. D. HAIRE, *op. cit.*, pp. 16 et 19; N. COQUATRIX et L. ROCHELEAU-PARENT, *op. cit.*, pp. 17-18.

l'induction la dilatation du col ne se fait pas, le cœur foetal se fatigue et l'on recourt alors à la césarienne.³⁵ Dans un article publié par la revue *Mother Jones*, cette situation est illustrée par un cas concret.³⁶

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

3. Le « monitoring » foetal

Le moniteur foetal (*Electronic foetal monitoring*, 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 foetal. Au Québec, cet appareil a été introduit dans les salles d'accouchement il y a une dizaine d'années. Il est destiné à la surveillance des grossesses à risque élevé puisqu'il permet de détecter la souffrance foetale durant le travail et, par conséquent, d'intervenir à temps. La plupart des médecins le jugent utile dans tous les cas : « Dans 30% des cas, un travail à risque élevé survient dans des grossesses à faible risque. Par conséquent, je conseille le *monitoring* pour toutes les patientes. »³⁷ Les autres médecins invités à se prononcer dans ce débat sur le *monitoring* foetal étaient aussi de cet avis.

Avant 1973, il y avait peu d'appareils au Québec. Mais, à partir de 1974, les hôpitaux se sont équipés de moniteurs, de sorte que plus d'accouchées ont pu en bénéficier. En effet, en 1971, des moniteurs sont installés à 0.3% des accouchées. En 1978, 16.1% d'entre elles sont branchées au moniteur. Entre 1971 et 1978, cette pratique a connu une augmentation fulgurante de 4907% ! Aux États-Unis, presque toutes les unités d'obstétrique disposent d'au moins un E.F.M., probablement installé sur plus de la moitié des femmes enceintes.³⁸ Dans une étude effectuée dans un hôpital de Cincinnati (Ohio), en 1973, 5% des femmes ont été branchées au moniteur contre 33.9% en 1974 et 85.3% en 1975.³⁹ Cette innovation est en train de révolutionner la pratique de l'accouchement.

Une littérature médicale abondante s'est développée, principalement pour vanter les mérites du nouvel appareil, qui remplace efficacement, semble-t-il, l'auscultation et qui a l'avantage d'enregistrer les contractions utérines et le

35. H.I. MARIKIND, *op. cit.*, pp. 167-168.

36. Gena COREA, « The caesarean epidemic », *Mother Jones*, V, 6, 1980.

37. Traduction libre de : « Thirty percent of the high risk labors occur in low risk pregnancies. So I endorsed monitoring for all patients. » Tiré de : M. ALDERMAN (éd.), « Monitor every patient in labor? », *Patient Care*, XII, 4, février 1976.

38. E.J. QUILLIGAN, « The obstetrical intensive care unit », *Hospital Practice*, VII, 6, 1972.

39. J.C. AMATO, « Foetal monitoring in a community hospital: a statistical analysis », *Obstetrics and Gynecology*, L, 3, 1977.

rythme du cœur foetal sans interruption. Cependant, l'unanimité n'est pas faite sur la nécessité d'installer un moniteur à toute femme en travail. Certains médecins mettent en doute l'efficacité supérieure du moniteur sur l'auscultation et constatent, à partir d'une revue extensive de la littérature pertinente, qu'on n'a pas démontré les avantages du moniteur pour les grossesses normales (sans risque élevé). De plus, ce procédé peut être dangereux.⁴⁰

Le moniteur peut être installé de façon interne ou de façon externe. C'est la première manière qui détient la faveur des médecins car elle permet un enregistrement plus précis du cœur foetal ; on installe donc une électrode sur la tête du bébé, de préférence à une ceinture utilisée en externe. Les complications résultant de l'utilisation du moniteur interne sont plus importantes car il y a des risques d'infection, d'hémorragies et de lacérations mineures pour la mère par suite de l'installation. Pour l'enfant, les abcès du cuir chevelu, la cellulite, la perte de liquide céphalo-rachidien, des déchirures de vaisseaux sanguins et même la septicémie, entraînant la mort (fort rare heureusement), sont les principales complications. De plus, la position couchée est requise de la femme, bien que ce soit la pire position pour le travail puisque l'apport sanguin au fœtus est ainsi réduit et que l'inconfort de la mère peut produire du stress. La présence de la machine et la vue du tracé sur le papier sont aussi facteurs de stress.⁴¹

Les appareils de *monitoring* foetal coûtent entre \$6 500 et \$7 500 (U.S.).⁴² Cependant, ils comportent d'autres coûts, comme celui des enfants malformés ou sérieusement handicapés qui ont été sauvés et qui seraient morts autrement. Certaines études suggèrent que l'utilisation du moniteur provoque plus de césariennes. Cependant, il est très difficile d'établir une relation de causalité entre ces deux phénomènes.⁴³ Il reste que cet appareil ne permet plus au personnel médical d'appliquer l'art d'écouter le cœur foetal et de sentir les contractions utérines puisque la machine le fait pour lui. Les inconvénients de ce procédé sont suffisants pour qu'on restreigne son utilisation aux grossesses à risque élevé. Si la tendance actuelle se poursuit au Québec, on atteindra très vite le niveau d'utilisation des États-Unis et ce, bien que le moniteur foetal n'ait pas démontré d'avantages pour la santé de la mère et du bébé dans les cas normaux.

40. D.A. BANTA et S.B. TACKER, « Policies toward medical technology : the case of electronic foetal monitoring », *American Journal of Public Health*, LXIX, 9, septembre 1979.

41. H.I. MARIKIND, *op. cit.*, pp. 153-154 ; N. COQUATRIX et L. ROCHELEAU-PARENT, *op. cit.*, pp. 20-21.

42. H.I. MARIKIND, *op. cit.*, p. 155.

43. *Id.*, p. 157.

II. LES EFFETS SUR LA MORTALITÉ

À partir du milieu des années 1950, accoucher à la maison est devenu désuet et dangereux. Toutes les femmes qui en avaient les moyens accouchaient à l'hôpital et, avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation au Québec, cette tendance s'est généralisée.

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

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

C'était croire aux bienfaits indiscutables de la technologie et à la possibilité de maîtriser un phénomène vivant qui réservera toujours des surprises, sans en considérer les conséquences sur le rythme et le déroulement naturel de l'accouchement. C'était aussi ignorer l'aspect humain, psychique et fantasmatique de la naissance et son pouvoir déterminant sur le fonctionnement harmonieux du corps, qui n'est pas une machine dont les rouages peuvent être disciplinés pour le mieux. Enfin, c'était croire qu'au point de vue sanitaire un contrôle efficace pouvait être exercé sur l'acte de la naissance. L'hospitalisation des femmes pour accoucher et la technicisation du processus ont permis à l'appareil médical de prendre ce contrôle. Mais la médicalisation de l'accouchement a-t-elle eu les effets qu'on lui attribue sur la mortalité maternelle et périnatale ? N'aurait-elle pas d'autres conséquences ?

A) *Au Québec*

Depuis 1926, la mortalité périnatale et la mortalité maternelle ont beaucoup diminué au Québec. À quoi peut-on attribuer un tel phénomène ? Étant donné

TABLEAU 6

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

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

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

* NV: Naissances vivantes

N: Naissances totales (naissances vivantes + mortinaissances)

la complexité des facteurs qui affectent l'état de santé de la population, il serait pour le moins hasardeux d'affirmer, comme le font certains médecins, que la principale cause de la baisse est l'hospitalisation des femmes enceintes au moment de l'accouchement et l'introduction de techniques obstétricales sophistiquées.⁴⁴ C'est d'ailleurs ce que croient la plupart des gens pour qui l'hôpital et la présence de médecins sont la garantie d'accouchements sans risque.

Cependant, si on se fie aux règles régissant la causalité en statistique,⁴⁵ il est difficile d'établir avec certitude une relation entre le taux d'hospitalisation pour

44. G. MERCIER, *op. cit.*

45. Travis HIRSCHI et Hannan C. SELVIN, *Principles of Survey Analysis*, New York, Free Press, 1973.

TABLEAU 7

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

PÉRIODE	POINTS DE VARIATION		
	Accouchements à l'hôpital	Mortalité maternelle	Mortalité périnatale
1926-1950	37.0	-36.7	-17.6
1950-1974	51.9	-13.9	-28.2
	PART DE LA VARIATION TOTALE (%)		
	Accouchements à l'hôpital	Mortalité maternelle	Mortalité périnatale
1926-1950	41.5	61.2	38.4
1950-1974	48.5	38.8	61.6
1926-1974	100.0	100.0	100.0

SOURCE: Manipulations à partir des tableaux 1 et 6.

accouchement et la baisse des taux de mortalité maternelle et périnatale. En effet, l'examen du tableau 7, qui synthétise les tableaux 1 et 6, montre que les variations dans le taux d'hospitalisation n'apportent pas de changement proportionnel dans les taux de mortalité. Ainsi, entre 1926 et 1950, 41.5% de l'augmentation des accouchements en milieu hospitalier aurait amené une baisse de 61.2% dans la mortalité maternelle et de 38.4% dans la mortalité périnatale. La hausse subséquente de 48.5% dans le taux d'hospitalisation aurait abaissé la mortalité maternelle de 38.8% et la mortalité périnatale de 61.6% entre 1950 et 1974. Les deux taux de mortalité se comportent inversement au cours de cette période. Comme on n'observe pas de diminution proportionnelle, cela semble suggérer l'influence d'autres facteurs que le taux d'hospitalisation. On ne peut donc conclure de ces données que l'hospitalisation des femmes qui accouchent est la cause de la baisse de la mortalité maternelle et périnatale, et ce, même sans calculer de coefficients de corrélation. Notons d'ailleurs qu'une recherche anglaise similaire démontre, dans pareil cas, l'absence de relation significative ($p < .05$) entre l'évolution de l'hospitalisation pour accoucher et la diminution de la mortalité, avec des coefficients de corrélation de -0.26 pour les deux taux de mortalité.⁴⁶ Il semblerait donc, à

46. Marjorie TEW, « The case against hospital deliveries : the statistical evidence », dans : Sheila KITZINGER et John A. DAVIS (éds), *op. cit.*, p. 56.

l'analyse attentive des statistiques, que l'hospitalisation massive des accouchées n'ait que peu d'effets sur les taux de mortalité maternelle et périnatale, contrairement à ce qui est couramment admis.

Par ailleurs, les techniques obstétricales sophistiquées sont d'invention récente et n'ont pas affecté la diminution de la mortalité avant 1965, date à laquelle les taux sont déjà considérablement abaissés. Si la décision d'hospitaliser les femmes lors de l'accouchement et les découvertes de l'obstétrique ne semblent pas la cause principale de la diminution de la mortalité maternelle et périnatale, quels facteurs peuvent donc expliquer de tels progrès depuis les années 1920 ?

En ce qui concerne la mortalité maternelle, elle était due principalement à la septicémie puerpérale, à tel point que la Statistique de l'état civil comptabilise à part la mortalité maternelle pour cette cause pendant plusieurs années. L'emploi des sulfamides et des autres antibiotiques a permis une réduction non négligeable de 90% du taux de septicémie puerpérale entre 1941 et 1961.⁴⁷ On peut donc reconnaître la contribution de la science médicale dans ce domaine, en soulignant toutefois que ce n'est pas l'hôpital qui est ici le facteur en cause. Aujourd'hui, on compte sur les doigts les cas de mortalité maternelle qui, depuis 1975, sont toujours de moins de dix par année au Québec.

La mortalité infantile a connu une évolution semblable à la mortalité maternelle, avec cette différence qu'elle ne tend pas vers zéro mais vers un taux plancher approximatif de cinq pour mille naissances vivantes : en effet, un certain nombre de décès précoces sont inévitables à cause de malformations congénitales. Les deux composantes de la mortalité infantile, la mortalité néonatale (moins de vingt-huit jours) et la mortalité post-néonatale (de vingt-huit jours à un an), n'ont pas évolué parallèlement : c'est la mortalité post-néonatale qui a connu la diminution la plus importante, passant de 58.6% des décès infantiles en 1926 à 27.9% en 1975. Ce sont donc les décès « attribuables surtout aux maladies infectieuses et de l'appareil respiratoire, aux affections diathésiques, aux malformations et aux accidents »⁴⁸ qui ont le plus diminué, c'est-à-dire les maladies liées principalement à l'environnement du bébé, que l'amélioration des conditions socio-sanitaires a contribué grandement à enrayer. Par conséquent, la mortalité néonatale est devenue relativement plus importante dans la mortalité infantile puisque 72.1% des enfants qui meurent avant un an sont décédés avant vingt-huit jours ; et, de ce nombre, 86.1% meurent avant d'avoir atteint l'âge d'une semaine. Ainsi, le noyau dur de la mortalité infantile, c'est la mortalité néonatale précoce (décès avant l'âge d'une semaine), une composante de la mortalité périnatale qui inclut aussi les mortinaissances (décès de fœtus de vingt-huit semaines ou plus). La mortalité périnatale s'est

47. Bureau fédéral de la statistique, *La statistique de l'état civil, Naissances*, 1961, p. 53.

48. *Id.*, p. 49.

surtout abaissée à cause de la réduction des mortinaissances. Les malformations congénitales, une cause importante de la mortalité néonatale précoce, resteront toujours irréductibles par les moyens techniques au moment de l'accouchement. Ce qu'il faut, c'est prévenir de telles malformations, si possible. Les décès périnataux pour d'autres causes peuvent, semble-t-il, être évités grâce aux développements récents de la technologie obstétricale et de réanimation.

Pourtant, une étude réalisée au Québec pour la période s'écoulant de 1965 à 1974 tend à infirmer pareille conclusion. L'auteur montre que la chute de la mortalité périnatale est étroitement associée à la diminution de la natalité puisque la corrélation s'établit à 0.94.⁴⁹ Mais c'est surtout au changement dans la structure d'âge des mères et de la parité (rang de naissance) qu'on peut attribuer la diminution de la mortalité périnatale :

« Premièrement, quelle que soit la parité, le risque de mortalité périnatale s'accroît avec l'âge à partir de trente ans et, deuxièmement, la parité vient ajouter un poids important au risque attribuable à l'âge. »⁵⁰

Le tableau 8 montre bien qu'à partir de l'âge de vingt ans, le taux de mortalité périnatale s'élève avec l'âge maternel et qu'il y a une relation positive entre la parité et la mortalité périnatale. Or, entre 1971 et 1974, le pourcentage de naissances du cinquième rang et plus est passé de 8.56% à 3.82%.⁵¹ De plus, l'âge moyen des mères s'est abaissé : la proportion de naissances attribuées aux mères de moins de vingt ans s'est maintenue entre 1970 et 1974, et celle des mères de trente-cinq ans et plus est passée de 10.4% des naissances à 6.2%.⁵² Ces facteurs démographiques expliqueraient 35% de la diminution réelle de la mortalité périnatale au cours de cette période,⁵³ ce qui jette un éclairage nouveau sur ce phénomène.

Le principal facteur associé à la mortalité périnatale est le poids du nouveau-né. Entre 1971 et 1974, le pourcentage de naissances de moins de 2 500 grammes est passé de 8.73% à 8.11%, soit une baisse de 7%.⁵⁴ La lenteur dans la diminution des naissances de faible poids s'explique partiellement par la consommation accrue de cigarettes chez les femmes enceintes. Par ailleurs, les naissances de faible poids peuvent être prévenues davantage par l'élimination de la cigarette, une alimentation suffisante et adéquate, une mère en bonne santé et suivie par le médecin au cours de sa grossesse, que par l'accouchement

49. Jean-Marc BERNARD, *Les nouvelles configurations de la structure d'âge maternel et de la parité comme facteur important de la diminution de la mortalité infantile et périnatale au Québec (1965-1974)*, communication présentée au 42^e congrès de l'ACFAS, Ottawa, 1978, p. 9.

50. *Id.*, p. 11.

51. *Id.*, p. 29.

52. *Id.*, graphique 5.

53. *Id.*, p. 16.

54. *Id.*, p. 31.

TABLEAU 8

Taux de mortalité périnatale, selon l'âge maternel et la parité, Québec, 1971.
(pour 1 000 naissances totales)

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

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

à l'hôpital à l'aide de techniques sophistiquées. En particulier, les soins prénatals semblent avoir un impact non négligeable sur la mortalité périnatale, du moins si l'on en croit l'expérience de Madera en Californie, où la mortalité néonatale a diminué significativement avec l'amélioration des soins prénatals, et augmenté avec le départ des sages-femmes responsables de dispenser ces soins.⁵⁵ D'autres recherches abondent dans le même sens.⁵⁶

Autrement dit, c'est au cours de la grossesse qu'on peut influencer le plus sur la santé du bébé. À l'accouchement, les médecins essaient de sauver les bébés trop petits et ceux qui sont en détresse et, s'ils réussissent souvent, n'est-ce pas

55. B.S. LEVY, F.S. WILKINSON et W.M. MARINE, « Reducing neonatal mortality rate with nurse-midwives », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109, janvier 1971; T.A. MONTGOMERY, « A case for nurse-midwives », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 105, octobre 1969.

56. A.B. DOTT et A.T. FORT, « The effect of availability and utilization of prenatal care and hospital services on infant mortality rates », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 123, 1975 : 854-860; S.L. GORTMAKER, « The effect of prenatal care upon the health of the newborn », *American Journal of Public Health*, LXIX, 7, juillet 1979; E. HEMMINKI *et al.*, « Prevention of low birth weight and pre-term birth: literature review and suggestions for research policy », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, LVI, 3, été 1978.

pour laisser vivre « un plus grand nombre de handicapés cérébraux dans la sphère motrice ou intellectuelle » ?⁵⁷ Bien que le risque de handicaps croisse avec la multiplicité des problèmes périnataux, aucune étude prospective valable ne démontre qu'ils y sont liés de façon certaine.

À l'analyse de l'ensemble de ces données, il semble bien hasardeux d'imputer tout le crédit de la baisse de la mortalité maternelle et périnatale à l'hospitalisation des femmes et à l'utilisation des nouvelles techniques obstétricales. Bien que certaines découvertes, comme celle des antibiotiques et des techniques de réanimation par exemple, aient apporté une contribution certaine, des facteurs démographiques, sociaux et environnementaux semblent jouer un rôle au moins aussi important dans ces phénomènes. D'ailleurs, des études effectuées dans d'autres pays tendent à démontrer que le contexte hospitalier et les techniques obstétricales ne comportent aucun avantage pour les grossesses normales. De telles expériences permettent de contester la nécessité absolue du mode d'accouchement nord-américain pour la sécurité des mères et des nouveau-nés.

B) *Quelques expériences étrangères*

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

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

57. G. FORTIN, *op. cit.*, p. 43; T. FRYERS, « Life expectancy and causes of death in the mentally retarded », *British Journal of Preventive and Social Medicine*, XXIX, 61, 1975; Ernest M. GRUENBERG, « The failures of success », *Health and Society*, hiver 1979.

TABLEAU 9

*Taux de mortalité périnatale dans les pays où ce taux est le plus bas,
1965 et 1970-1977.*
(pour 1 000 naissances vivantes)

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

SOURCES: 1965-1973: O.N.U., *Annuaire démographique*, 1975.

1974-1977: O.M.S., *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*, 1978, 1979.

médicalisation de l'accouchement ne serait pas requise pour des raisons sanitaires, mais résulterait plutôt de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale.

1. L'exemple des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, 47% des femmes accouchaient à domicile, en 1975. Nulle part ailleurs dans les pays industrialisés ne retrouve-t-on pareil phénomène. Pourtant les mères et les bébés ne sont pas exposés à plus de risques pour autant. En effet, les taux de mortalité maternelle et périnatale sont plus bas que dans bien des pays industrialisés, où presque 100% des accouchements ont lieu à l'hôpital: respectivement 0.7 pour dix mille naissances vivantes et 13.5 pour mille naissances totales, en 1975.⁵⁸

Le système hollandais encourage le travail d'équipe entre le gynécologue-obstétricien et l'infirmière en obstétrique, pour les grossesses et accouchements à risque élevé, et entre la sage-femme et l'aide-infirmière spécialisée, pour les grossesses et accouchements normaux. Les femmes qui accouchent à domicile doivent être en excellente santé et ne pas présenter de risque médical. Ainsi, grâce à une sélection rigoureuse des cas et à des soins prénatals de qualité, le taux de mortalité périnatale pour les accouchements à la maison était de 4.2

58. G.J. KLOOSTERMAN, *op. cit.*, p. 90.

pour mille en 1974 contre 22.4 pour mille pour les accouchements à l'hôpital. Par ailleurs, les villes hollandaises où l'hospitalisation est presque totale montrent des résultats moins bons que celles où moins de 50% des femmes sont hospitalisées. De plus, la césarienne (2% en 1971) et l'analgésie ainsi que l'anesthésie y sont fort rares. Dans un article où le système d'accouchement à la maison des Pays-Bas était discuté, l'auteur, un gynécologue-obstétricien hollandais, montrait des réticences face à cette pratique « anachronique » mais concluait tout de même :

« Ce n'est pas en envoyant tout le monde à l'hôpital que l'on réalise des progrès en obstétrique, mais en prenant des mesures préventives avant et pendant la grossesse. [...] Le plus important n'est pas d'emmener chaque femme à l'hôpital mais plutôt d'amener les soins obstétricaux modernes à chaque femme. En obstétrique, le diagnostic et les mesures préventives sont de loin plus importants que les mesures curatives. »⁵⁹

2. Le cas britannique

En Grande-Bretagne, l'hospitalisation des femmes pour l'accouchement a commencé tôt. En 1927, 15% des naissances avaient lieu à l'hôpital et, dès 1946, ce taux passait à 54% alors qu'au Québec les taux étaient respectivement de 5% et 36%. Par la suite, la tendance à l'hospitalisation des femmes s'est ralentie puisque, en 1958, le taux s'est élevé à 64% alors qu'au Québec on atteignait déjà 79.3% et qu'en 1962, ce dernier taux montait à 95%. Or, en 1974, la Grande-Bretagne rejoignait le taux québécois de 1962, soit douze ans plus tard et, en 1970, encore 14% des accouchements avaient lieu à la maison.⁶⁰

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

59. Traduction libre de : « Progress in obstetrics is not caused by sending everybody to the hospital but by taking preventive measures before and during pregnancy. [...] Bringing every woman to hospital is not the most important task but bringing of modern obstetrical care to every woman. In obstetrics, diagnostic and preventive measures are far more important and worthwhile than curative measures. » Tiré de : Ary A. HASPELS, « Obstetric care in the Netherlands », *Public Health* (London), 88, 1974, p. 187.

60. Peter HUNTINGFORD, « Obstetric practice: past, present and future », dans : Sheila KITZINGER et John A. DAVIS (éds), *op. cit.*, p. 231.

parité était inférieure pour les accouchements à la maison.⁶¹ En fait, selon Marjorie Tew, une infime partie de la différence entre les taux de mortalité non standardisés est attribuable à une proportion plus élevée d'accouchements à risque dans les hôpitaux.

Une des conséquences de ce mouvement général vers l'accouchement à l'hôpital a été l'utilisation accrue des techniques obstétricales. En 1958, 88.2% des accouchements étaient spontanés contre 83.7% en 1970. Pendant la même période, les césariennes sont passées de 2.7% à 4.5% et les accouchements à l'aide de forceps de 4.5% à 7.9%. En 1973, 5.2% des femmes accouchent par césarienne et 11.9% à l'aide de forceps. L'épisiotomie est faite de routine aujourd'hui, alors qu'en 1958 on la faisait sur 12.5% des primipares et sur 3.5% des multipares.⁶² L'induction, d'après les statistiques du Queen Charlotte's Maternity Hospital, est passée de 15.1% en 1970 à 26% en 1974 et l'épidurale de 3.7% à 58.5%. Ces derniers chiffres ne sont valables que pour cet hôpital, qui effectuait 3 341 accouchements en 1970 et 3 049 en 1974; cependant, ils indiquent l'orientation de la pratique obstétricale en Grande-Bretagne.⁶³ Comme on l'a vu précédemment, ces pratiques comportent des inconvénients qui inquiètent certains spécialistes qui considèrent que l'hospitalisation généralisée des femmes pour l'accouchement les expose à des interventions parfois inutiles et risquées, inexistantes à la maison.

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

« À l'avenir, je m'attends à des progrès technologiques qui servent les besoins des femmes enceintes, qui augmentent leur individualité plutôt que de la diminuer et qui leur redonnent leur autonomie en leur permettant de faire des choix conscients. »⁶⁴

61. M. TEW, *op. cit.*, pp. 59 et 61.

62. P. HUNTINGFORD, *op. cit.*, pp. 242-243.

63. M.P.M. RICHARDS, *op. cit.*, p. 73.

64. Traduction libre de : « In the future, I look forward to further technological advance that is made to serve the needs of childbearing women, that increases their individuality rather than diminishing it, and that gives back responsibility by providing an opportunity for an informed choice. » Tiré de : P. HUNTINGFORD, *op. cit.*, p. 249.

3. De nouvelles pratiques aux États-Unis

Les États-Unis ont exercé une influence très marquante sur la pratique de l'obstétrique des vingt dernières années et ce, à travers le monde. C'est là que les principales innovations technologiques sont nées et qu'elles ont été généralisées le plus rapidement. Au Québec, l'influence américaine s'est fait sentir presque immédiatement et, à vrai dire, on ne peut réellement parler d'une pratique de l'obstétrique typiquement québécoise.

Cependant, les États-Unis n'ont pas créé de régime universel d'assurance-maladie et un accouchement, là-bas, coûte très cher : \$1 450 selon Lewis Mehl.⁶⁵ De plus, le mouvement féministe y est très actif et la culture « écologiste » de plus en plus présente quoique encore marginale. Ce concours de circonstances a mené à l'éclosion de plusieurs groupes qui effectuent des accouchements à domicile, que ce soit sous la surveillance de sages-femmes (diplômées ou non) ou de médecins, et ce particulièrement en Californie.

Certaines de ces expériences ont fait l'objet d'évaluations : bien que la sélection des femmes pour l'accouchement à domicile y ait été moins sévère qu'aux Pays-Bas, les résultats sont très positifs. En effet, dans une première évaluation portant sur 287 accouchements à la maison assistés par des sages-femmes non diplômées, la mortalité néonatale a été de zéro pour mille et la mortalité périnatale de 3.5 pour mille, alors qu'elle était de 16.9 pour mille en 1976 pour l'ensemble des États-Unis.⁶⁶ Dans une autre étude portant cette fois sur 1 146 accouchements à la maison, il n'y a eu aucun cas de mortalité maternelle ; la mortalité périnatale s'élevait à 9.5 pour mille contre 20.3 pour mille en Californie en 1973. De plus, l'utilisation des techniques obstétricales est réduite au minimum.⁶⁷ Malheureusement, ces premières évaluations ne portaient que sur peu d'accouchements ou ne comportaient pas de données permettant de comparer l'accouchement à l'hôpital avec l'accouchement à domicile.

Pour combler cette lacune, Mehl, Leavitt, Peterson et Creevy⁶⁸ ont effectué une étude comparative où 1 046 accouchements à la maison ont été pairés à 1 046 accouchements à l'hôpital en fonction de l'âge, des facteurs de risque, de la durée de gestation, de la parité, de la scolarité et du statut socio-économique. Les femmes transportées à l'hôpital en cours d'accouchement sont restées comptabilisées dans les résultats de l'accouchement à domicile.

65. Lewis E. MEHL, « The outcome of home delivery research in the United States », dans : Sheila KITZINGER et John A. DAVIS (éds), *op. cit.*, p. 103.

66. *Id.*, p. 98.

67. *Id.*, pp. 99 et 103.

68. L.E. MEHL *et al.*, « Home versus hospital delivery: comparisons of matched populations », communication au congrès annuel de l'American Public Health Association, Miami Beach (Florida), 20 octobre 1976.

Les résultats de cette étude montrent que les interventions au cours de l'accouchement ont été significativement plus nombreuses dans le groupe de femmes qui ont accouché à l'hôpital. Pourtant, il n'y a pas eu de différence significative dans l'incidence de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et des enfants neurologiquement anormaux. Par ailleurs, les complications durant le travail et au moment de l'accouchement étaient différentes dans les deux groupes : à l'hôpital, il y a eu significativement plus de souffrance fœtale intra-utérine, d'hypertension durant le travail, de méconium et de dystocie des épaules ; à la maison, il y a eu plus de dystocie du second stage, plus de saignements durant le travail et plus de présentations postérieures. Après l'accouchement, il y a eu plus d'hémorragies à l'hôpital. Pour leur part, les nouveau-nés ont connu plus de complications néonatales à l'hôpital, ils ont reçu plus d'oxygène pour plus de deux minutes, ils ont eu plus de difficultés respiratoires pour plus de douze heures, ils ont eu besoin de plus de réanimation et ils avaient des scores A.P.G.A.R. plus faibles à une minute et cinq minutes que le groupe qui est né à domicile.⁶⁹

En fait, les résultats des accouchements à domicile ont été meilleurs, dans l'ensemble, que ceux des accouchements à l'hôpital. Le contexte hospitalier ne serait-il pas iatrogène ? C'est du moins ce que croit l'auteur de la recherche qui suggère :

« Beaucoup de gens croient que la plupart des techniques agressives que l'on retrouve à l'hôpital tels l'expulsion à l'aide de forceps une heure après le début du deuxième stage, le recours rapide à la césarienne, l'épisiotomie de routine, l'utilisation d'oxytociques pour stimuler le travail, etc. améliorent les résultats de l'accouchement, mais cette étude montre que cela n'est pas toujours le cas et avance même que la gestion agressive de l'accouchement tend à augmenter les risques. »⁷⁰

Plus récemment, le même auteur s'interrogeait avec des collègues sur la différence de résultats entre des accouchements assistés par des sages-femmes non professionnelles sélectionnées selon un certain nombre de critères et des accouchements à l'hôpital assistés par des médecins.⁷¹ Utilisant la même méthodologie des échantillons pairés que dans l'étude précédente, les auteurs en confirment les résultats en partant de quatre cent-vingt et un cas par groupe. Ainsi, ils apportent une preuve supplémentaire de la validité des conclusions de la première recherche.

69. L.E. MEHL, *op. cit.*, pp. 112-113.

70. Traduction libre de : « Most of the aggressive management encountered in the hospital, including forceps delivery after one hour in the second stage, liberal caesarean section, routine episiotomy, liberal use of oxytocin augmentation to labour, and so on, is thought by many to improve outcome, but this study showed that this may not be so, and speculated that aggressive management may tend to increase risk. » Tiré de : L.E. MEHL, *op. cit.*, p. 113.

71. L.E. MEHL *et al.*, « Evaluation of outcomes of non-nurse midwives : matched comparisons with physicians », *Women and Health*, V, 2, été 1980.

Aux Pays-Bas, où l'accouchement à domicile est largement répandu, en Grande-Bretagne, où il est en voie de disparition, et aux États-Unis, où il émerge comme une solution de rechange à l'accouchement à l'hôpital, les études rapportées ici confirment la validité de cette ancienne pratique qui va à contresens du « progrès ». À la lumière des résultats de ces accouchements en termes de mortalité périnatale, il semble bien qu'accoucher à la maison sans le support d'une technologie médicale sophistiquée n'est pas plus risqué que d'accoucher à l'hôpital. Tel est du moins l'enseignement que nous donnent ces expériences venues d'ailleurs.

III. UNE TENTATIVE DE RÉCUPÉRATION

Malgré la tendance à médicaliser l'accouchement, on assiste parallèlement à ce qu'on a appelé l'humanisation des soins en obstétrique. Selon Madeleine Levasseur et Madeleine Blanchet,⁷² l'humanisation des soins se manifeste par la présence du père au moment de l'accouchement, par la possibilité pour les femmes d'allaiter leur bébé, par la cohabitation et par l'assouplissement des horaires de visite. Si l'on en croit leur petit sondage effectué en 1980, l'humanisation des soins aurait progressé rapidement au Québec.

Aujourd'hui le père est partout accepté dans les salles d'accouchement. Cependant, en l'absence de conjoint, comme c'est de plus en plus fréquent, beaucoup d'hôpitaux interdisent encore la présence d'une amie, de la mère ou d'une sœur. La cohabitation mère-enfant est possible dans 60% des centres hospitaliers; bien que certains centres ne posent aucune restriction à la cohabitation, la plupart exigent que la femme occupe une chambre privée ou semi-privée, ce qui occasionne des frais supplémentaires. L'allaitement maternel est de plus en plus encouragé, de sorte que maintenant plus de 40% des femmes allaitent leur bébé. Pour ce faire, on leur amène le bébé dans leur chambre, alors que les femmes qui choisissent le biberon doivent se rendre à la pouponnière pour nourrir leur bébé, qui est, plus souvent qu'autrement, pris en charge par les puéricultrices. Dans ce cas, le contact mère-enfant n'est pas très favorisé. L'assouplissement des heures de visite a surtout favorisé la présence du père; dans plusieurs centres hospitaliers, le père est admis à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Mais des restrictions existent toujours pour les autres visiteurs, et particulièrement les enfants, dont la présence est rarement bienvenue dans les hôpitaux. Bien que ces mesures constituent de nettes améliorations, elles restent limitées à ce qui convient à l'hôpital et au médecin: on accepte le père en salle d'accouchement, mais personne d'autre; on peut cohabiter avec le bébé, mais pas en salle commune; on peut nourrir le bébé à sa chambre, mais seulement si on l'allaite. Les femmes doivent donc se contenter de ce qu'on leur offre; elles n'ont pas le choix.

72. M. LEVASSEUR et M. BLANCHET, *op. cit.*

En plus de ces mesures qui tendent à se généraliser au Québec, quelques hôpitaux prétendent aujourd'hui, à grands renforts de publicité, utiliser la méthode Leboyer d'accouchement sans violence, tels l'hôpital Christ-Roi de Québec et l'hôpital Fleury de Montréal, pour ne nommer que ceux-là.⁷³ Mais, en fait, les modifications apportées n'impliquent pas l'abandon de la technologie obstétricale et, s'il est peut-être plus plaisant d'accoucher dans la pénombre et de donner un bain au bébé, le contrôle sur l'accouchement reste toujours entre les mains du médecin qui ne change rien à la routine obstétricale (épisiotomie, anesthésie locale, soluté intraveineux, etc.). La chambre d'accouchement est une autre innovation qui se propose d'humaniser les soins: il s'agit tout simplement d'une chambre équipée d'un lit double sur lequel la femme accouche. Le Jewish General Hospital de Montréal et l'hôpital Saint-Joseph-de-Beauce de Beauceville, entre autres, disposent de chambres semblables. C'est un moyen terme entre la froide technicité de la salle d'accouchement et la chaleur du foyer. Cette séduisante option reste quand même dans le contexte hospitalier et, par conséquent, sous contrôle médical. Par ailleurs, dans certains hôpitaux, on peut accoucher en salle de travail si le médecin le permet.

Ces innovations n'auraient jamais été implantées si la baisse du taux de natalité et l'insatisfaction des femmes à l'égard des accouchements médicalisés ne s'étaient pas fait sentir. La menace de plus en plus réelle que des femmes recherchent ailleurs que dans le système de santé officiel l'assistance dont elles ont besoin pour accoucher a été un puissant incitatif au changement. En effet, un réseau de sages-femmes non professionnelles se développe au Québec, de sorte qu'il existe une solution de rechange à l'accouchement à l'hôpital, bien que ce service parallèle, qui n'est pas gratuit, soit encore embryonnaire. L'accessibilité à ce service reste limitée aux femmes qui le connaissent, qui sont à proximité et qui peuvent payer, ce qui réduit ses possibilités d'expansion. Tant qu'un tel service ne recevra pas la caution gouvernementale en étant financé à même les fonds publics, il restera marginal. Et il est fort improbable que l'État intervienne sur ce point, d'une part parce qu'il n'y a pas de pénurie de médecins prêts à faire des accouchements et, d'autre part, parce que la profession médicale n'est pas prête à abandonner son monopole sur l'obstétrique, et surtout pas au profit de sages-femmes autodidactes.

L'humanisation a été un moyen utilisé par certains hôpitaux pour augmenter ou conserver leur clientèle afin de ne pas perdre leur droit de faire des accouchements. En effet, avec le regroupement des services d'obstétrique

73. Marie LAURIER, «L'hôpital Fleury fait école dans le domaine de l'accouchement conscient», *Le Devoir*, 9 novembre 1978; Marie LAURIER, «L'expérience de Fleury n'est pas unique, signalent les infirmières», *Le Devoir*, 10 novembre 1978; Claudette TOUGAS, «Un accouchement à l'hôpital... mais comme à la maison», *La Presse*, 9 novembre, 1978; Julia VILLA, «Un effort d'humanisation, l'obstétrique à l'hôpital Christ-Roi de Québec», *Le médecin du Québec*, supplément *Naître aujourd'hui*, juin 1979.

effectué par le M.A.S. en 1975, les services où se font moins de cinq cents accouchements par année sont menacés de fermeture : quelques mesures d'humanisation et un peu de publicité ont souvent suffi à faire affluer la clientèle. Car tous les hôpitaux n'offrent pas les mêmes avantages : le « magasinage » de l'hôpital et du médecin est de mise si l'on veut accoucher à son goût. Les institutions et les praticiens sont conscients de cette concurrence qui les oblige à se mettre à la mode du jour.

Les changements restent cependant superficiels : fondamentalement, les rapports entre les médecins et les femmes ne sont pas modifiés. Les revendications des femmes qui voulaient humaniser l'accouchement vont beaucoup plus loin que les quelques aménagements du contexte hospitalier qu'on leur a proposés : elles veulent contrôler leurs accouchements, le lieu, le rythme, l'atmosphère ; elles veulent décider quelles personnes seront présentes et les assisteront et quels actes seront posés. Tout cela reste encore entre les mains de l'appareil médical, qui a récupéré les revendications des femmes en leur faisant croire que l'humanisation des soins était la réponse à leurs problèmes.⁷⁴ La profession médicale n'a pas renoncé à son contrôle sur l'accouchement et les mesures d'humanisation n'ont pas dérangé ses habitudes non plus que la routine hospitalière.

*
* *
*

La naissance a toujours été, dans toutes les sociétés, un événement social important entouré de rites et de coutumes particuliers. Dans les pays industrialisés, et surtout en Amérique du Nord, c'est le médecin, mais surtout le spécialiste en gynécologie-obstétrique, qui est l'expert en ce domaine : phénomène particulier à nos sociétés industrialisées contemporaines, le contrôle des fonctions reproductives a été transféré des femmes aux hommes.⁷⁵ C'est désormais la profession médicale qui définit la reproduction comme l'objet de son savoir et de son intervention et qui ne retient que la mortalité maternelle et périnatale comme critères de succès. Pour légitimer cette prise de contrôle, la profession médicale s'appuie sur la science, qui garantit le sérieux et la validité de son intervention.

Cette référence à la science suffit à emporter l'adhésion et le respect de la plupart des gens à l'égard de la médecine. D'ailleurs, la science est devenue le

74. Raymond G. DE VRIES, « The alternative birth center : option or cooptation ? » *Women and Health*, V, 3, automne 1980.

75. Ann OAKLEY, « Wisewoman and medicine man : changes in the management of childbirth », dans : J. MITCHELL et A. OAKLEY (éds), *The Rights and Wrongs of Women*, Harmondsworth, Penguin Books, 1976 ; Ann OAKLEY, *Women Confined, Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford, Martin Robertson, 1980, chapitre 1.

critère du vrai dans bien d'autres domaines aussi. En fait, toute la vie sociale est imprégnée de scientisme, c'est-à-dire de la tendance à croire que la science résoudra tous les problèmes humains. Cette foi dans les possibilités infinies de la science, surtout quand il s'agit de médecine, confère à ceux qui la font un immense prestige. À cause de l'angoisse que nous nourissons tous à l'égard de la maladie et de la mort, dans une société où seules la jeunesse, la santé et la beauté ont droit de cité, la science de la guérison est investie d'une énorme charge émotive qui rejaillit sur la profession médicale.

Depuis peu, une vague de critiques a dénoncé l'inefficacité de la médecine et son caractère iatrogène,⁷⁶ mais sans l'ébranler sérieusement. On a voulu réduire le modèle médical dominant à un paradigme en concurrence avec d'autres, comme l'acupuncture par exemple, et dont la valeur diagnostique et thérapeutique n'est pas nécessairement supérieure. Mais porté par une profession qui s'est assuré le monopole, le modèle médical actuel est nécessairement dominant.

Le pouvoir que confère à la profession médicale la légitimité de la science dont elle se réclame a pour conséquence l'impuissance des patients, impuissance créée et entretenue afin de maintenir leur dépendance à l'égard des professionnels, des experts, de ceux qui savent. Confronté à une relation inégale et à sens unique où il est subordonné au médecin-savant, le patient-ignorant devient dépendant de l'aide professionnelle et de plus en plus incapable de résoudre ses problèmes lui-même. Son propre jugement sur son problème n'est plus pertinent et le patient, se croyant incompetent, s'aliène en adoptant le point de vue du professionnel sur son cas et en s'en remettant entièrement à lui sous prétexte que c'est pour son bien. Pourtant, si le patient n'est pas certain de ressortir guéri ou soulagé du bureau du médecin, ce dernier est assuré de son côté d'en retirer des revenus. Pour paraphraser John McKnight,⁷⁷ c'est le professionnel qui a besoin du client pour gagner sa vie et qui a intérêt à entretenir sa dépendance et à créer de nouveaux besoins.

C'est ce qui se produit aussi pour les femmes qui accouchent. Bien qu'elles ne soient pas malades, elles sont des « patientes » et, comme telles, on ne leur reconnaît aucune compétence à s'occuper convenablement d'elles-mêmes quand elles sont enceintes et quand elles accouchent. Elles doivent donc se plier aux exigences imposées par l'appareil médical au moment de l'accouchement

76. À titre d'exemple, on peut citer le célèbre Ivan ILLICH et sa *Némésis médicale* (Paris, Seuil, 1975); Archibald COCHRANE, *L'inflation médicale* (Paris, Galilée, 1977); Rick J. CARLSON, *The End of Medicine* (New York, Wiley, 1975); René DUBOS, *L'homme et l'adaptation au milieu* (Paris, Payot, 1973); Thomas MCKEOWN, *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis* (Londres, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976); John POWLES, « On the limitations of modern medicine » (*Science, Medicine and Man*, I, 1, 1973).

77. John MCKNIGHT, « Le professionnalisme dans les services, un secours abrutissant », *Sociologie et sociétés*, IX, 1, avril 1977.

puisque c'est pour leur bien. En effet, ne risque-t-on pas autrement de mettre en danger la vie et la santé à la fois de la mère et du bébé? Cet argument a légitimé le transfert des accouchements à l'hôpital, leur technicisation croissante et, par conséquent, le droit de la profession médicale d'exercer son contrôle sur l'accouchement. Par extension, la contraception et l'avortement relèvent aussi des prérogatives de la médecine, avec les conséquences que l'on sait : impuissance et dépendance des femmes à l'égard des professionnels, impossibilité pour elles de contrôler leur reproduction, leur corps et leur propre vie. Et c'est le contrôle sur leur vie que les femmes ont voulu récupérer en revendiquant d'accoucher à leur goût — comme d'avorter gratuitement quand elles le désirent, et de disposer de contraceptifs efficaces et sans danger.

Le débat très vif qui a eu cours n'a pas été sans résultats concrets : les médecins ne s'étonnent plus de voir les femmes leur demander d'accoucher dans une chambre de naissance ou avec la méthode Leboyer. Individuellement, les femmes se débrouillent pour accoucher à leur goût, soit à la maison, soit avec une sage-femme, soit même à l'hôpital dans un contexte humanisé. Mais la montée des mesures d'humanisation n'a pas fait régresser les interventions médicales : la césarienne, par exemple, compte toujours, en 1983, pour plus de 16% des naissances. Le pouvoir médical n'est pas sérieusement entamé mais grignoté petit à petit : le refus de faire de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc une maison de naissance montre bien les limites des « concessions » qu'on fait aux femmes. Par ailleurs, le dossier des revendications féministes évolue.

France LAURENDEAU

*Département de sociologie,
Université de Montréal.*

ANNEXE 1

Pourcentage d'accouchements en centre spécialisé en obstétrique : mode de calcul

Pour calculer ce taux, nous avons pris le nombre d'accouchements qui ont eu lieu dans des centres spécialisés désignés par le Ministère des affaires sociales :

Région 1 : Saint-Joseph de Rimouski

Région 2 : Centre hospitalier de Chicoutimi

Région 3 : Saint-Sacrement

Saint-François-d'Assise

Région 4 : Sainte-Marie de Trois-Rivières

Région 5 : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Région 6: Jewish General Hospital
 St-Mary's Hospital
 Notre-Dame
 Maisonneuve-Rosemont
 Sacré-Cœur
 Sainte-Justine
 Royal Victoria

Région 7: Sacré-Cœur de Hull

En 1972, la politique de regroupement des services d'obstétrique n'existait pas, de sorte que certains hôpitaux désignés en 1975 n'étaient pas spécialisés en 1972. Donc, il y avait un maximum de 24.6% des accouchements réalisés en centre spécialisé en obstétrique. En 1977, d'autres centres que ceux désignés par le M.A.S. disposent des équipements et du matériel spécialisés leur permettant d'accueillir des cas à risque élevé. Ainsi, il y a un minimum de 31.7% des accouchements qui se produisent en centre spécialisé. Entre 1972 et 1977, l'accroissement minimal du nombre d'accouchements qui ont eu lieu en centre spécialisé est de 29%.

ANNEXE 2

*Gynécologues-obstétriciens * au Québec,
 nombre et rémunération moyenne, 1971-1978.*

ANNÉE	GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS	
	N	RÉMUNERATION MOYENNE (\$)
1971	311	63 535
1972	329	65 959
1973	337	70 429
1974	350	72 238
1975	366	75 543
1976	370	78 403
1977	368	83 591
1978	364	88 110
Augmentation 1971-1978 (%)	17.04	38.7

SOURCE: Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles*, 1971 à 1978.

* Pour les besoins de la recherche, nous avons regroupé dans ce tableau les gynécologues, les obstétriciens et les gynécologues-obstétriciens. Les deux premières spécialités ne s'enseignent plus séparément aujourd'hui.