

# Médicalisation des naissances : l'invention de l'accouchement hospitalier



[Par Cynthia Dunord, collaboration spéciale](#)

Comment se fait-il que nous en soyons là? D'où venons-nous, enfants et parents de la médicalisation de naissances? Comment accouchaient les femmes avant? Pourquoi en sommes-nous venus à craindre autant les naissances? Notre subconscient est-il à ce point médicalisé quand il s'agit d'enfanter nos bébés?

*C'est dans un hôpital à orientation « naturel » que j'ai accouché de mon aîné, il y a environ dix ans. Depuis, je n'ai jamais cessé de m'informer sur le sujet... Il y avait eu erreur quelque part : comment la société en était-elle venue à cette « acceptation quasi inconditionnelle par les femmes de la supériorité médicale et la faible confiance des médecins dans la capacité des femmes à enfanter par elle-même. » (Rivard, 2014 : 231) Le*

*corps de la femme, la majorité des femmes, est-il vraiment dysfonctionnel? Par la suite, j'ai opté pour des enfantements à domicile : il y avait quelque de profond en moi, je devais accoucher par moi-même.*

*J'ai cherché à démystifier le paradigme dominant qui voit l'accouchement comme un processus à diriger, comme une pathologie. Au fil de mes recherches, j'ai découvert l'œuvre du chercheur Michel Odent qui affirme que les concepts « de sécurité » et « d'accouchement naturel » ne sont pas aussi aux antipodes que le discours médicoétatique nous le laisse croire. Alors, si l'accouchement naturel peut être sécuritaire, dans certaines conditions, pourquoi avoir inventé l'accouchement en milieu hospitalier?*

## **Comment accouchaient les femmes autrefois?**

Plusieurs anthropologues qui ont étudié les civilisations anciennes ont constaté qu'autrefois les femmes donnaient naissance en utilisant de nombreuses positions (à genoux, debout, à quatre pattes, accroupie; mais très rarement couchées sur le dos ou semi-assise). Les femmes donnaient naissance dans différents lieux (dans leur propre lit, dans une pièce pour les femmes... généralement un endroit familial et isolé), accompagnées de personnes familières (la plupart accompagnées par des femmes, des sagefemmes de leur communauté, mais parfois, seules, aussi), en silence ou vocalement, etc. selon les cultures et les traditions. (Goldsmith)

Au Québec, lors de la création de la Nouvelle-France, les autorités mettent en place un système de sagefemmes (matrones) sur tout le territoire. La première mention de sagefemme dans un registre de naissance à Québec apparaît en 1655 (Laforce, 1985, p.3). Il s'agit alors d'une vocation, comme les institutrices, les religieuses et les garde-malades, certaines ont été formées en France, d'autres ont appris le

métier de leur mère. En Nouvelle-France, le métier de chirurgien coexiste avec celui de sagefemme, mais leurs champs de pratique est bien défini, la sagefemme n'appelait le chirurgien qu'en cas recours ultime, lorsqu'une complication grave se présentait.

L'historienne Andrée Rivard rapporte que, autrefois, bien des familles ont confiance aux sagefemmes, détenant un savoir millénaire et proche de la communauté. « Le ramancheur, la sagefemme, le guérisseur étaient des figures très familières et appréciées, envers lesquelles la population éprouvait une sorte de complicité, une solidarité. » (Bouchard G., cité par Rivard, 2014, p.68) À cette époque, les naissances ont généralement lieu à domicile, territoire familial et intime pour celle qui met au monde son enfant.

## **Comment l'accouchement devient-il un acte médical ?**

Il faut revenir dans le temps pour bien saisir les écoles de pensées de l'époque et comprendre la transformation progressive de l'accouchement, normal, en acte médical, où l'on doit intervenir presque à tout coup.

Premièrement, traditionnellement, la femme est perçue comme inférieure à l'homme par la société. Il s'agit d'une époque où « la femme est loin d'être une citoyenne égale. Sa nature la confine plutôt à la fonction maternelle et à la dépendance » (Rivard, p.52)

Deuxièmement, à la suite du Siècle des lumières (1700), le corps est de plus en plus perçu comme une machine, une collection d'organes et on assiste à la naissance d'un discours idéologique de la « modernité », valorisant les avancés scientifiques pour la civilisation de demain. C'est sur ce discours que se bâtit la promesse d'un accouchement « sans risque » grâce aux progrès de la science et de la médecine. La modernité, à la fin des années 1800 et au début 1900, c'est ce qui est

calculé, contrôlé, scientifique. C'est d'abord les couches sociales supérieures qui adhèrent à ce discours de la modernité. (Rivard, 2014, ch.1)

Troisième facteur qui engendra la transformation de l'accouchement : en 1847, les médecins s'unissent aux chirurgiens et créent le Collège des médecins et des chirurgiens du Bas-Canada. Progressivement, pour « protéger » la population, le Collège va commencer une chasse aux sorcières, retirant le droit de pratique de certains métiers « non scientifique » (pratiques illégales de guérisseurs de toutes sortes) et encadrer étroitement d'autres, dont les sagefemmes. L'attitude des médecins, hommes de leurs temps, sera alors de voir le corps de la femme comme inférieur, l'enfantement sera alors perçu comme une pathologie à surveiller et à corriger, au besoin. Notons également que les accouchements représentent une clientèle fort intéressante pour les médecins, les familles ayant alors, en moyenne, 7 à 8 enfants. (Laforce, 1985, p.1)

Dès le début des années 1900, sous l'emprise du Collège, les sagefemmes doivent rendre des comptes aux médecins et seuls ceux-ci décident qui est autorisé à tenir une clinique et assister aux accouchements. « De la misère, les médecins, m'en ont fait autant qu'ils ont pu », explique la sagefemme Aurore Bégin (1898-1998), l'une des dernières sagefemmes ancestrales que le Québec ait connues (tiré du documentaire *Depuis que le monde est monde*). Dans les milieux ruraux, le sort de la sagefemme dépend du médecin qui lui laisse la place qu'il veut. Progressivement, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, ils nullifient tous les droits de pratique des sagefemmes.

À cette époque, nombreux médecins demeurent ambivalents entre la *scientification* de l'accouchement, le respect de sa physiologie et la dignité de celle qui donne naissance. (Rivard, p.73) Plusieurs médecins continuent à se déplacer aux domiciles des femmes pour les

accouchements. Cependant, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, le métier de sagefemmes s'éteindra au Québec, les médecins évacuant du système obstétrical cette pratique, laissant le monopole aux médecins, instruit à l'université. Ces hommes qui « connaissent » surveilleront et chiffreront les accouchements, dans un domaine, jadis, quasi exclusivement féminin et intime.

« Lorsque j'ai demandé aux aînées (Inuites) la plus grande différence entre les accouchements en maison de naissance, à la clinique et à l'hôpital, et les accouchements traditionnels, elles ont toutes répondu que la position d'accouchement était différente. Traditionnellement, elles pouvaient accoucher dans la position qu'elles désiraient, typiquement accroupies, car c'est la position dans laquelle le diamètre du bassin est à son plus large. » (O'Brien, 2012)

## **Le taux de mortalité d'autrefois**

Il est important de se rappeler qu'autrefois, la mort, en général, était plus présente, l'espérance de vie était moindre et certaines épidémies ont fait des ravages importants. Par exemple, dans le journal de mon arrière-arrière-grand-mère Angelina Audet (née Couture, en 1891), on peut lire « Au mois de septembre (1918), la fameuse grippe espagnole a commencé. Paul est né le 13 octobre, j'ai survécu parce que j'étais presque à terme. Les autres femmes enceintes mourraient toutes. On aurait cru la fin du monde. Le Bon Dieu m'a épargnée. » (Lacroix, 2017). Ce texte a été écrit alors qu'elle participait aux efforts de colonisation de l'Abitibi dans des conditions de vie rudimentaires : peu de connaissance en matière sanitaire, accès limité à des aliments sains (en quantité et variété), promiscuité entre les familles, peu d'éducation, nombre important de nouveau-nés prématurés dû, en outre, à la malnutrition, infections (maternelles et infantiles) suite aux accouchements dus au manque d'hygiène postpartum inhérent à leurs conditions de vie... Ce n'est donc pas l'accouchement en soi qui « tuait » les femmes, mais les

conditions de vie extrêmes de l'époque. L'historienne Mireille Laget relate d'ailleurs que le ratio homme femme s'est assez maintenu à travers les époques, les hommes ayant souvent des métiers plus physiques et risqués, et que c'est à la suite des découvertes de Pasteur, qu'il y eut un premier recul historique du taux de mortalité féminine et masculine, c'est ce que l'on nomme « la révolution pasteurienne ».

Abordons d'abord la mortalité maternelle, c'est-à-dire, selon l'OMS, celle de la femme, à partir du moment qu'elle devient enceinte, jusqu'à 42 jours après son accouchement (incluant les décès liés aux avortements, très risqués, lorsqu'illégaux et clandestins, excluant les décès de causes accidentelles). Une importante étude internationale sur la mortalité maternelle de 1880 à 1980 réalisée par Loudon met en évidence trois déterminants :

- **le statut social et économique de la femme** (encore aujourd'hui, c'est dans les pays en développement où les femmes n'ont que peu accès à de l'eau potable, sont peu instruites, souffrent de malnutrition, etc. qui possèdent les plus désolantes statistiques (Safe the Children, 2010);
- **le niveau des soins obstétricaux** (les pays ayant actuellement de hauts taux de césarienne accusent un taux de mort maternelle inquiétante; paradoxalement, les pays, telles la Norvège et la Suède, qui encouragent l'éducation, les accouchements à domicile avec sagefemmes se classe parmi les meilleurs (Safe the Children, 2010)
- **la virulence du streptocoque** (associé à la fièvre puerpérale, qui fut un fléau du 17 au 19<sup>e</sup> siècle, mais qui a significativement diminuée à la suite de l'importante découverte du Dr Semmelweis (1818-1865) : les piètres conditions d'hygiène de l'époque et le non-lavage des mains des médecins étaient la principale cause de contamination. Ça ne serait que plusieurs années après le mort du Dr Semmelweis que les médecins reconnaîtront les travaux de celui-ci, grâce aux recherches de Joseph Lester, père de l'antisepsie moderne. Pasteur

contribuera également aux connaissances liées à l'asepsie et à l'isolement du Streptocoque B. (Encyclopaedia Britannica)

Fait surprenant des recherches internationales de Loudon : « Durant la première moitié du XXe siècle, la mortalité maternelle était moindre lorsque les accouchements avaient lieu à la maison avec une sagefemme formée que lorsqu'ils étaient assistés par un médecin; la règle est sans exception et se confirme même dans des contextes de pauvreté. » (Rivard, p.117-118)

Quant au taux de mortalité infantile au début des années 1900, important chez les Canadiens français à l'époque, et l'historienne Denyse Baillargeon note que le non-allaitement (et le non-accès au lait pasteurisé) ont joué un rôle défavorable pour ceux-ci. Les conditions d'hygiène, l'entassement de la population, les maladies infectieuses et la malnutrition faisaient en sorte que la santé était alors précaire, notamment en contexte de grande pauvreté et pour les nouveau-nés. p.57

La 2<sup>e</sup> moitié du 20<sup>e</sup> siècle, « le déclin de la mortalité maternelle suivait le mouvement général à la baisse de la mortalité des populations, un phénomène lui-même relié à l'amélioration globale des conditions de vie et principalement à une meilleure alimentation ». (Rivard, p.119) Le fait que la population soit en santé et mieux alimentée a également réduit le nombre de bébés prématurés et de faible poids à la naissance, la principale cause des décès durant les quatre premières semaines de vies des nouveau-nés, en 1957. (Rivard, p.123)

## **Médicalisation des naissance: l'accouchement à l'hôpital et l'anesthésie générale**

C'est après la Seconde Guerre mondiale que le principal lieu de naissance au Québec devient l'hôpital. Ce changement s'est opéré progressivement, dans un discours de modernité, valorisant la science et

dévalorisant le corps de la femme, sous la monopolisation des soins périnataux par le Collège des médecins.

*« En offrant la garantie d'un accouchement « moderne », c'est-à-dire sans risque et pratiquement sans douleur, les médecins des années 1950 et 1960 ont acquis l'adhésion des femmes enceintes, elles-mêmes portées par l'esprit du Progrès et des « temps nouveaux ». Ce faisant, elles ont intériorisé des discours, des promesses et des pratiques basées sur des convictions souvent erronées. Le nouveau cadre d'accouchement à l'hôpital, un territoire où les futures mères sont des étrangères, s'avère très contraignant, et leur impose un modèle sur lequel elles n'ont que peu de prises. » (Rivard, p.129)*

C'est l'ère des accouchements sous anesthésie générale qui perdurera, au Québec, jusqu'aux années 1970. Dès son admission à l'hôpital, la femme se voit interdite de boire, de manger, de se déplacer. Elle subit un lavement (pour purger les intestins), des touchers vaginaux (et parfois rectaux), un rasage des poils pubiens en plus des examens de routine. La femme est placée en position de lithotomie (couchée sur le dos), les pieds attachés aux étriers, les bras attachés sur les côtés. On rupture la poche des eaux de la parturiente pour accélérer le processus. Elle est seule, n'est pas autorisée à être accompagnée, demeure sous l'autorité médicale, souvent dans des salles de travail communes. On administre du sérum glucosé, des analgésiques, des anesthésiants, des antispasmodiques et des ocytociques à la femme et on l'endort complètement pour la phase expulsive de l'accouchement. Forceps et épisiotomies sont éléments courants, surtout pour les accouchements de premier bébé. L'accouchement est assimilé à un acte chirurgical, demander un accouchement éveillé (conscient) est généralement perçu comme un plan hasardeux, un pur caprice ou une demande ridicule. La femme revoit son bébé plusieurs heures plus tard.

Parmi les effets indésirables de ces médicaments que l'on administre à la



femme pour « accoucher sans risque » il y a les maux de tête, des douleurs de poitrine, des palpitations, de la dyspnée (difficulté respiratoire), des vomissements, des effets hallucinatoires... Il y a aussi que l'utilisation des forceps qui présente un risque pour le bébé, lié aux hémorragies cérébrales, pouvant causer la mort ou des déficiences intellectuelles. En contrepartie, l'anesthésie générale semble présenter certains « avantages », du point de vue médical, dont faciliter et accélérer le travail des médecins, créer des salles d'accouchement plus calme et éviter un traumatisme maternel en cas de bébé difforme.

(Rivard, p.107, 134, 159)

## Un cercle vicieux

Loin de la panacée recherchée, l'histoire de l'accouchement semble nous apprendre que nous sommes entrés dans un engrenage où il peut sembler difficile de se libérer : « [L]a « performance » des médecins allait de pair avec la démonstration de leur science et la maîtrise des technologies. Ainsi, plus il y avait de naissances à l'hôpital, plus il était difficile de considérer l'accouchement comme un phénomène naturel n'exigeant qu'une surveillance limitée et d'exceptionnelles interventions. De même, plus les médecins intervenaient, plus ils perdaient les anciens savoir-faire basés sur le respect de la physiologie de la naissance. Cercle vicieux. Du point de vue des femmes elles-mêmes, la logique ne pouvait être que semblable : plus l'accouchement était abordé sous l'angle de l'absolue nécessité de l'intervention médicale et des technologies, plus elles devenaient enclines à adopter le discours faisant d'elles des « malades ». » (Rivard, 2014, p. 78)

## L'hospitalisation des accouchements, une avancée ?

Ce n'est pas tous les individus qui adhèrent avec enthousiasme à

« l'invention » de l'accouchement hospitalier et aux anesthésies lors des accouchements. Au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, Grantly Dick-Read, en Grande-Bretagne, écrit *Childbirth Without Fear*, le Dr Lamaze propose sa méthode « d'accouchement sans douleur » inspirée des recherches de Pavlov sur le conditionnement et Michel Odent implante des piscines d'accouchement dans une maternité française. Les Québécoises entendent parler de ces initiatives, mais les médecins ne sont pas enclins à écouter les requêtes des couples et à modifier leurs méthodes de travail. (Rivard, p.157-163, 180-195)

En 1973, au Québec, naît la première politique de périnatalité québécoise, ayant comme rhétorique l'humanisation des accouchements grâce à l'acceptation des pères en salle d'accouchement, aux cours prénataux et à la formation des infirmières pour mieux accompagner les accouchements. Cependant, il s'agira d'une politique orientée vers une efficacité et une rentabilité accrue, restructurant certains milieux hospitaliers pour qu'ils s'y pratiquent jusqu'à 2000 naissances par années. (Rivard, 212-225). Nombreuses femmes continueront d'être insatisfaites, voire blessées et traumatisées, de leurs expériences d'accouchement à l'hôpital et les recherches démontreront de plus en plus les effets pervers des pratiques actuelles et les risques inhérents à certaines méthodes encore en vigueur de nos jours. (Odent, Vadeboncoeur, Saint-Amant)

## **Que pensent les sommités de l'accouchement respecté des pratiques actuelles et de « l'invention de l'accouchement à l'hôpital »?**

*« 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. »*

(Isabelle Brabant, sage-femme et auteure, citée dans Rivard, p.282)

*« Le transfert hospitalier de l'accouchement – et la perturbation concomitante de sa physiologie –, loin d'avoir amélioré la sécurité de la naissance, en aurait accru les risques. »*

(Marjorie Tew, chercheuse, citée par Rivard, p.121)

*« Si l'on donnait aux patientes tous les détails concernant les taux de mortalités et morbidités reliés à la césarienne, la plupart des femmes se lèveraient, sortiraient et auraient leur bébé sous un arbre »*

Dermot W. MacDonald, tiré de *Orgasmic Birth*

*« Pendant des décennies, on a dit aux femmes enceintes qu'un suivi par un obstétricien-gynécologue était important, pour leur santé et celle de leur bébé (...) On oublie qu'une femme en bonne santé n'a pas besoin d'un suivi de grossesse par un spécialiste, même lorsqu'un diabète de grossesse est diagnostiqué, qu'elle attend des jumeaux, ou toutes autres situations qu'il faut simplement surveiller plus attentivement. D'autant que là où le ratio obstétricien-population est le plus élevé, le taux de césarienne peut grimper. »*

Hélène Vadeboncoeur, chercheuse et auteure

*« La première intervention, lors d'un accouchement, que fait une femme en santé, c'est sortir de sa propre maison. À la suite de cette première intervention, les autres suivront. »*

Dr. Michael Rosenthal, obstétricien, tiré de *Orgasmic Birth*

**\*\*\*Remerciement spécial à l'historienne Andrée Rivard, pour son temps et ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce texte.**

## Références:

BAILLARGEON, Denyse. 2004. *Un Québec en mal d'enfants: Médicalisation de la maternité*, Les éditions du remue-ménage, Montréal.

Encyclopedie Britannica. 2018. Chicago. Consulté en ligne:  
<https://www.britannica.com/biography/Ignaz-Semmelweis>

GOLDSMITH, Judith. 1994. *Childbirth Wisdom: from the oldest societies*, Talman Co Publisher.

LACROIX, Suzanne. 2017. *Une vie parsemée de petits Bonheur*, Sainte-Anne-des-Plaines, autoédition.

LAFORCE, Hélène. 1985. L'univers de la sage-femme aux XVIIe et XVIIIe siècle, *Cap-aux-Diamant*, Volume 1, numéro 3, automne 1985. Consulté en ligne : [id.erudit.org/iderudit/6382ac](http://id.erudit.org/iderudit/6382ac)

LAGLET, Mireille. 1982. *Naissance: Accouchement avant l'âge de la Clinique*, Seuil.

O'BRIEN, Beverley. 2012. *Birth on the Land: Memories of Inuit Elders and Traditional Midwives*, Nunavut Arctic College, Iqaluit.

ODENT, Michel. *Naitre et renaitre dans l'eau* et articles scientifique dans *Midwifery Today*

RIVARD, André. 2014. *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Les éditions du remue-ménage, Montréal.

Safe the Children, 2010S. *Woman on the Front Line of Health Care- State of the World's Mothers 2010*, [www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org), PDF SOWM-2010-Women-on-the-Front-Lines-of-Health-Care.

SAINT-AMANT, Stéphanie. 2013. *Déconstruire l'accouchement: épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédical*, Université du Québec à Montréal.

Consulté en ligne : <https://archipel.uqam.ca/6134/>

VADEBONCOEUR, Hélène. 2013. *Une autre césarienne ou un AVAC? S'informer pour mieux décider*, Groupe Fides, Montréal.

### **Documentaire vidéo :**

PASCALI-BONARO Debra. 2008. DVD *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret*, Sunken Treasure LLC, Californie.

VAN BRABANT, Sylvie. 1981. *Depuis que le monde est monde*, production indépendante, Montréal. Consulté en ligne :

[https://youtu.be/8utssyYrJtg?  
list=PLBKXzydCj6Z29aaxzOcmOTOuTn339r6Jt](https://youtu.be/8utssyYrJtg?list=PLBKXzydCj6Z29aaxzOcmOTOuTn339r6Jt)

*Cynthia Durand (ou Dunord) est une doula Nunavummiuq passionnée de la périnatalité. Elle lit continuellement sur le sujet, écrit sur le blogue la Saison du mammoth et accompagne le cheminement de femmes à travers leurs grossesses. Elle est l'auteure du livre jeunesse Ma mère, c'est la plus forte : une histoire sur la naissance, un ouvrage créé pour mieux préparer sa propre famille à ses accouchements libres et pour transmettre aux enfants un secret bien gardé dans notre société moderne: accoucher est merveilleux.*

Un podcast de Karine la sage-femme

## **10 choses à savoir pour préparer un accouchement naturel**

Accès exclusif aux membres.

Inscrivez-vous et recevez automatiquement l'accès exclusif à ce billet audio, au cours duquel je dévoile 10 choses simples et facilement

applicables pour augmenter vos chances de vivre un accouchement naturel, et gratifiant.

 [Karine la sage-femme](#)

 28 juin 2018

 [Accouchement](#)