

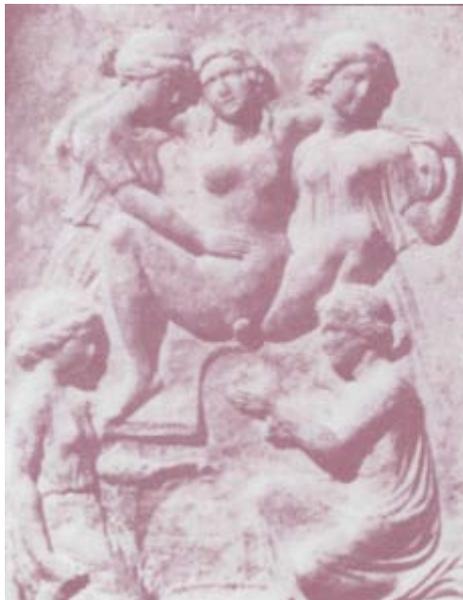
Université Paris 13 – Bobigny (93)  
U.F.R. Santé – Médecine – Biologie Humaine

Master 2 Professionnel  
Santé et Société, spécialité Sociologue praticien

# **Les Accompagnantes à la naissance**

**Emergence d'une fonction ancestrale dans les sociétés modernes**

**L'exemple québécois**



Mémoire soutenu par Sarah DAVID

Directrice de mémoire : Brigitte BERRAT

Directrice de stage : Hélène VADEBONCOEUR

Septembre 2007

Université Paris 13 – Bobigny (93)  
U.F.R. Santé – Médecine – Biologie Humaine

Master 2 Professionnel  
Santé et Société, spécialité Sociologue praticien

**Les Accompagnantes à la naissance**  
**Emergence d'une fonction ancestrale dans les sociétés modernes**  
**L'exemple québécois**

Mémoire soutenu par Sarah DAVID

Directrice de mémoire : Brigitte BERRAT

Directrice de stage : Hélène VADEBONCOEUR

Septembre 2007

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Hélène VADEBONCOEUR pour l'aide et le soutien qu'elle m'a apportés lors de mon stage et bien au-delà, sans qui ce travail n'aurait pu être possible.

Je remercie Madame Brigitte BERRAT pour les conseils qu'elle m'a apportés pour l'élaboration de ce travail de mémoire.

Je remercie vivement Madame Sylvie THIBAUT de sa confiance et de son aide précieuse.

Je remercie les Accompagnantes à la naissance et les familles qui m'ont octroyé leur confiance en me permettant de mener des entretiens avec elles.

Je remercie parents et amis qui ont rendu possible ce travail par tous leurs soutiens.

## SOMMAIRE

|  |             |
|--|-------------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>   | <b>p. 6</b> |
| <b>1- LA NAISSANCE AU QUÉBEC.....</b>                                | <b>p. 8</b> |
| 1-1- L'évolution de la prise en charge de la naissance.....          | p. 8        |
| 1-1-1- <i>La médicalisation de la naissance</i> .....                | p. 8        |
| 1-1-2- <i>Le début d'une remise en cause</i> .....                   | p.10        |
| 1-1-3- <i>Pour une autre naissance</i> .....                         | p.12        |
| 1-1-4- <i>La reconnaissance des sages-femmes : un tournant</i> ..... | p.13        |
| 1-2- Qu'est-ce qu'une Accompagnante à la naissance ?.....            | p.15        |
| 1-2-1- <i>Terminologie</i> .....                                     | p.15        |
| 1-2-2- <i>Le rôle de l'Accompagnante à la naissance</i> .....        | p.15        |
| 1-2-3- <i>La formation</i> .....                                     | p.16        |
| 1-2-4- <i>La pratique de l'Accompagnante à la naissance</i> .....    | p.20        |
| 1-2-5- <i>Les bienfaits de l'accompagnement à la naissance</i> ..... | p.23        |
| 1-3- L'environnement de la naissance en milieu hospitalier.....      | p.25        |
| 1-3-1- <i>Les examens médicaux</i> .....                             | p.26        |
| 1-3-2- <i>Les cours de préparation à la naissance</i> .....          | p.29        |
| 1-3-3- <i>Douleur et accouchement</i> .....                          | p.30        |
| 1-3-4- <i>L'environnement de la femme en couches</i> .....           | p.33        |
| <b>2- CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....</b>                                   | <b>p.38</b> |
| 2-1- Cadre conceptuel.....   | p.38        |
| 2-1-1- <i>Maternité et santé publique</i> .....                      | p.38        |
| 2-1-2- <i>Vers une réappropriation de la naissance</i> .....         | p.43        |
| 2-2- Méthodologie.....   | p.48        |

|  |             |
|--|-------------|
| 2-2-1- <i>Le lieu de stage et la définition du domaine d'étude</i> .....   | p.48        |
| 2-2-2- <i>Une étude exploratoire</i> .....   | p.49        |
| 2-2-3- <i>Techniques de recherche</i> .....  | p.49        |
| 2-2-3-1- <i>Le recrutement des participants</i> .....  | p.50        |
| 2-2-3-2- <i>Les entretiens</i> .....   | p.50        |
| 2-2-3-3- <i>Le profil des Accompagnantes</i> .....   | p.51        |
| 2-2-3-4- <i>Le profil des familles</i> .....   | p.52        |
| <br>2-3- <i>La naissance vue par des Accompagnantes et des familles accompagnées</i> .....   | p.52        |
| <br><b>CONCLUSION</b> .....  | <b>p.65</b> |
| <br><b>RÉFÉRENCES</b> .....  | <b>p.67</b> |
| <br><b>ANNEXES</b> .....   | <b>p.70</b> |
| <u>Annexe 1</u> : <i>Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement – OMS : établir un dialogue avec la patiente et sa famille</i> ..... | p. I        |
| <u>Annexe 2</u> : <i>Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement – OMS : travail et accouchement eutociques</i> .....                 | p. IV       |
| <u>Annexe 3</u> : <i>Guides d'entretiens avec les Accompagnantes à la naissance et les familles accompagnées</i> .....   | p.XXI       |

## INTRODUCTION

« Dans la plupart des sociétés, la naissance est considérée comme l'un des rites de passage les plus importants de la vie humaine puisque la venue au monde des enfants conditionne la reproduction sociale et qu'elle requiert des actes et des rituels destinés à intégrer ceux-ci dans la société. De manière générale, on peut dire qu'il s'agit de faire de la naissance biologique une naissance sociale. »<sup>1</sup>

Au travers des époques et des aires culturelles, la naissance ne s'est contentée d'être la simple expression d'un fait biologique. Elle prend des formes différentes dans son contexte, dans l'environnement matériel et humain, mais également dans la représentation qu'en a chaque société. Cela vient alors influencer le traitement social de la naissance et donc l'approche de la femme enceinte, de la parturiente<sup>2</sup> et de la nouvelle mère.

Dans les sociétés occidentales, les formes de la naissance et la manière dont elle est vécue par ses acteurs ont été bouleversées par l'introduction de techniques d'interventions médicales qui ont en profondément modifié les conditions corporelles, relationnelles, institutionnelles et sociales. La naissance, considérée comme un événement à hauts risques, s'est vue fortement médicalisée et la grande majorité des accouchements se déroule à présent en milieu hospitalier.

La présente étude porte sur le domaine de la périnatalité et de sa gestion par la société. En outre, nous orienterons ce travail sur le champ de l'accompagnement périnatal non-médical des femmes et des couples qui, s'il a toujours existé, prend des formes particulières dans les sociétés industrialisées où la naissance s'est vue prise en charge par l'institution médicale.

Plus particulièrement, nous envisagerons la pratique générale de l'accompagnement à la naissance au Québec.

---

<sup>1</sup> BELMONT Nicole, « Naissance », in BONTE Pierre et IZARD Michel (sous la direction de), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, QUADRIGE/PUF, Paris, 2002, pp. 503-504.

<sup>2</sup> Le terme de « parturiente » est dérivé du latin *parturire*, signifiant le fait d'être en couches. Notons toutefois que l'expression des « couches » ne se généralise en France qu'au XVI<sup>ème</sup> siècle au moment même où les femmes accouchant se trouvent « allongées » par les médecins.

Dans un contexte de médicalisation croissante de la périnatalité dans les pays industrialisés, nous assistons à l'émergence de propositions alternatives d'encadrement de la naissance. S'inscrivant dans le courant d'humanisation de la naissance qui a débuté il y a plusieurs décennies, la pratique de l'accompagnement à la naissance semble peu à peu prendre de l'ampleur.

Nous pouvons ainsi observer l'apparition en France de la pratique de l'accompagnement à la naissance. Très controversée, cette pratique alimente de plus en plus les débats entre les partisans d'une « autre naissance » (entendons là la naissance envisagée dans ses aspects humanisés) et ceux pour qui la naissance se trouve être porteuse de tous les risques que les technologies médicales peuvent venir palier. C'est en effet la conception même de la naissance qui est ici débattue, dans les enjeux multiples qu'elle cristallise, tant du point de vue de l'éthique que des luttes de pouvoir.

En cela, l'exemple québécois semble intéressant à étudier dans la mesure où la situation française actuelle trouve des points de similitude avec la situation du Québec il y a vingt-cinq ans, lorsqu'a émergé la pratique de l'accompagnement à la naissance. Si cette pratique reste à ce jour relativement peu connue du grand public au Québec, les Accompagnantes à la naissance observent toutefois un taux d'activité satisfaisant et se sont vu autorisées l'accès aux locaux hospitaliers. Leur pratique n'étant pas reconnue pour autant, elle fait à présent partie intégrante du paysage de la naissance au Québec. Alors que les femmes étaient prises en charge pour leur maternité dans un système établi, nous pouvons alors nous interroger sur les raisons de l'émergence de l'accompagnement à la naissance et sur les motivations des individus de recourir à un tel service.

Dans ce cadre, nous définirons la question de recherche de la manière suivante : comment l'accompagnement à la naissance vient-il répondre à une demande de la société ?

Pour tenter d'y répondre, nous nous appuyerons sur des auteurs ayant traité de l'évolution du contexte de la naissance au Québec ces dernières décennies ainsi que de l'émergence du courant d'humanisation de la naissance. Aussi, nous tenterons de dresser un portrait de l'environnement actuel de la naissance en milieu hospitalier.

Nous envisagerons ensuite la naissance sous ses aspects sociologiques en abordant notamment les enjeux qu'elle cristallise, par le biais des questions de santé publique et du courant d'humanisation des naissances.

Pour finir, après la présentation du contexte dans lequel s'est construit ce travail et de la méthodologie mise en œuvre, nous exposerons les résultats des entretiens effectués sur le terrain auprès d'Accompagnantes à la naissance et de familles ayant reçu le service d'accompagnement.

## **1 – LA NAISSANCE AU QUÉBEC**

### **1-1- L'évolution de la prise en charge de la naissance**

#### *1-1-1- La médicalisation de la naissance*

Autrefois, une naissance était l'affaire de toute la communauté. Les savoirs entourant la naissance se trouvaient transmis par les femmes d'une génération à l'autre, des plus expérimentées vers les novices. À l'imminence d'une naissance, des femmes accouraient de toutes parts : de simples voisines à la matrone traditionnelle, toutes s'affairaient autour de la parturiente, trouvant chacune une place, un rôle à tenir, des soins à prodiguer aux simples paroles de réconfort.

Dès l'installation des premières colonies françaises du Québec, vers 1600, les femmes enceintes, les parturientes et les nouvelles mères étaient assistées de femmes expérimentées et de sages-femmes formées à l'Hôtel-Dieu de Paris. Ces dernières étaient envoyées par le roi en Nouvelle-France et payées par lui. C'est en 1691 qu'une ordonnance criminelle consacre la séparation des pratiques entre médecins, chirurgiens et sages-femmes. Mais la pratique sage-femme ne sera légalisée qu'à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle. L'instauration de la corporation des médecins en 1847 et les institutions d'enseignement de la médecine auront toutefois pour conséquence l'augmentation du nombre de médecins et l'extension de leurs champs de pratiques, évinçant peu à peu les sages-femmes qui ne seront plus tolérées que dans les lieux reculés présentant une pénurie de médecins.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> BOILARD Huguette, *L'accompagnante et la maternité : une réponse traditionnelle à une anxiété moderne*, mémoire de Maîtrise d'anthropologie, sous la direction de DAGENAIS Huguette, Université Laval (Québec), juillet 1998, p 41.

Jusque dans les années 20, au Québec, les femmes accouchaient majoritairement à leur domicile, en ville comme en campagne, entourées de femmes de leur entourage.

Mais, progressivement, la naissance s'est vu transférée vers le milieu hospitalier. La lutte contre la mortalité maternelle alors élevée, surtout due aux hémorragies et fièvres puerpérales, était une des raisons principalement évoquées. Toutefois, si à l'initial il s'agissait d'apporter une réponse aux risques que présentaient certaines femmes, l'univers médical s'est vite imposé dans la naissance et donc aux femmes enceintes, aux parturientes et aux nouvelles mères. En outre, l'assurance hospitalisation mise en application en 1960 a généralisé l'accouchement en milieu hospitalier.<sup>4</sup>

Par ailleurs, les douleurs de la parturition n'ayant jamais été perçues comme naturelles<sup>5</sup>, il semble que l'utilisation de gaz anesthésiants et de médicaments analgésiques a contribué, par sa généralisation, à la médicalisation de l'accouchement et, par extension, de la naissance dans son ensemble. Ainsi, dans les années 50 à 70, il était fréquent de voir les femmes « se faire accoucher » sous anesthésie générale.

Dans l'ensemble, la prise en charge des femmes venant accoucher en milieu hospitalier était régie par un protocole routinier : passées d'une salle à une autre en fonction de l'avancement du travail d'accouchement, passées de mains en mains, elles faisaient l'expérience du rasage systématique du périnée, d'un lavement et de la pose d'une perfusion jusqu'à ce qu'à l'imminence de la naissance de leur enfant elles soient positionnées sur le dos pour pousser sous les directives du médecin présent. Les nouveau-nés n'étaient alors pas confiés à leur mère, mais rapidement emmenés pour des examens, puis confiés à la pouponnière pour observation.<sup>6</sup>

La naissance est alors envisagée comme le moment de tous les risques dont il est nécessaire de se prémunir.

Quelques femmes faisaient le choix de ne pas entrer dans ce système en accouchant à leur domicile. Mais les médecins adhérents à cette pratique étaient rares. C'est alors que certaines femmes expérimentées, ayant déjà accouché, ont pris le pendant d'aider ces femmes à accoucher dans l'ombre. Il s'agissait parfois de sages-femmes traditionnelles formées auprès d'anciennes praticiennes.

---

<sup>4</sup> Ibidem, p42.

<sup>5</sup> Yvonne KNIBIEHLER, *La Révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, 367 p.

<sup>6</sup> VADEBONCOEUR Hélène, *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle t-on ?*, Thèse de Doctorat en sciences humaines appliquées, sous la direction de COUTURE Denise et BIBEAU Gilles, Université de Montréal (Québec), Février 2004, p. 9.

Peu à peu, s'organisa un véritable réseau venant contre-carrer le système de prise en charge établi, se trouvant à la source d'un mouvement de remise en question de l'approche strictement médicale de la naissance.

### 1-1-2- Le début d'une remise en cause

C'est dans ce contexte que le mouvement pour l'humanisation de la naissance a pris son point d'ancrage au Québec à la fin des années 70, alors que la sphère de la naissance se trouvait prise en charge dans sa totalité par un milieu médical et hospitalier appliquant des protocoles de prise en charge standardisés.

Si les bienfaits des avancées des connaissances scientifiques et médicales n'étaient pas remis en cause, des réflexions ont alors commencé à être menées quant au bien-fondé de leurs applications techniques généralisées à toutes les femmes et non plus seulement aux femmes présentant des facteurs de risque importants mettant directement en cause l'issue favorable de l'accouchement tant pour la mère que pour l'enfant. Aussi, s'est posée la question de la capacité et du pouvoir de décision des femmes et des couples, personnes centrales de cet événement, dans un univers régi par la primauté du savoir scientifique. C'est l'approche même de la naissance qui est alors questionnée, à savoir s'il s'agit d'une période de tous les dangers nécessitant l'encadrement d'experts ou s'il s'agit d'un processus naturel relevant avant tout du savoir-faire d'expérience et des compétences individuelles.

C'est la légitimité de la prise en charge de la naissance exclusivement médicale et technique qui commence à être remise en cause.

En outre, si la mortalité maternelle et infantile a observé une nette diminution lors de ces dernières décennies, il semble que cela ne soit pas attribuable, comme il est souvent mis en avant, au seul fait de l'incursion de la médecine dans le champ de la naissance. Cela serait imputable, comme le souligne Suzanne Savard<sup>7</sup>, à un ensemble de facteurs, tels les changements sociodémographiques, l'avancement de l'âge des femmes lors de leur grossesse

---

<sup>7</sup> SAVARD Suzanne, « Accoucher à l'hôpital : où en sommes nous aujourd'hui », in SAILLANT Francine, O'NEILL Michel (sous la direction de), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Québec/Amérique, Montréal, 1987, p. 281.

et le nombre de grossesses par femme, l'amélioration des habitudes de vie, l'évolution des connaissances médicales.

Le courant d'humanisation de la naissance pris ainsi son point d'ancrage dans une aire de surmédicalisation et d'idéologie du risque.

Des familles désireuses d'une « autre naissance », entendons là des familles souhaitant aborder la naissance de leur enfant de manière consciente et responsable en se faisant les acteurs et décideurs principaux de cet événement, ont envisagé des alternatives au protocole hospitalier classique pour mettre au monde leur enfant. Les sages-femmes traditionnelles et les Accompagnantes n'ayant jamais vraiment totalement disparues, elles fournirent alors des possibilités concrètes venant répondre aux besoins de ces familles. Contre l'avis du milieu médical et face à la fréquente réprobation de leur entourage, ces familles prirent le pendant de vivre leur grossesse aux côtés d'une sage-femme traditionnelle qui venait assister leur accouchement à leur domicile parfois en présence d'une Accompagnante. Cette pratique avait lieu dans l'illégalité puisque, dans les faits, ces intervenantes n'avaient pas une pratique reconnue.

Ainsi, des groupes de femmes et des associations commencèrent à proposer de nouvelles approches de la naissance et à s'organiser en ce sens.

La première politique en périnatalité publiée en 1973 stipule que « la qualité des soins implique de plus en plus qu'on fasse de la naissance une expérience émotionnelle satisfaisante [...] L'humanisation des services d'obstétrique doit être en ce sens un objectif prioritaire. »<sup>8</sup>

Cinq ans plus tard, le Conseil du statut de la femme proposa « l'implication d'une nouvelle intervenante responsable des grossesses et des accouchements normaux ainsi que des soins et des conseils postnatals afin, ici encore, de réhumaniser les processus qui avaient été fortement médicalisés et déshumanisés. »<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Ibidem, p 281.

<sup>9</sup> BOILARD Huguette, opus cité, p 45.

### 1-1-3- Pour une autre naissance

Un tournant marquant dans le courant pour l'humanisation des naissances au Québec fut la série des onze colloques qui se tinrent en 1980 sur le thème « Accoucher ou se faire accoucher ? », organisés par l'Association de Santé Publique du Québec. Ces colloques donneront lieu à la publication d'un dossier portant sur les soins en périnatalité et un rapport sur les pratiques obstétricales de chaque région administrative du Québec distribué aux dix mille participants. Les revendications principalement énoncées étaient l'autonomisation des femmes et des couples par le biais d'une information objective soutenant la prise de décisions sur le principe du choix éclairé, nécessitant que le personnel médical accepte de communiquer l'information dont il dispose et reconnaisse les compétences parentales. Était également mis en avant l'objectif d'humanisation des naissances par la démedicalisation de l'accouchement et la modification des pratiques du personnel médical, notamment par le respect des choix individuels et l'arrêt des procédures routinières. La présence d'Accompagnantes et la légalisation de la pratique sage-femme étaient par ailleurs réclamées.

Au début des années 80, l'Association des sages-femmes praticiennes du Québec regroupait des sages-femmes et des Accompagnantes. Le regroupement national Naissance-Renaissance fut fondé dans l'objectif de promouvoir le droit des femmes en périnatalité et l'humanisation des naissances. Le collectif Les Accompagnantes vu le jour à Québec en 1980. Ce dernier offrait des services personnalisés et des ateliers de préparation à la naissance sur différents thèmes. Peu à peu, face à la demande de familles de plus en plus nombreuses, la pratique de l'accompagnement s'est organisée. D'un apprentissage initial sur le mode du compagnonnage, différentes organisations qui se sont créées pour la promotion et la diffusion de l'accompagnement à la naissance ont commencé à mettre en place des formations.

Ce fut également la décennie durant laquelle les premiers projets de maisons de naissance virent le jour<sup>10</sup> et que certains départements d'obstétriques commencèrent à repenser les locaux dans l'optique de les rendre plus accueillants et plus chaleureux. Certains services hospitaliers débutèrent un questionnement quant à leur approche strictement médico-technique de la naissance.

---

<sup>10</sup> VADEBONCOEUR Hélène, « L'accouchement : a-t-on répondu au demandes des femmes ? », in Actes du colloque *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix ?*, 25 et 26 avril 2003, Fédération du Québec pour le planning des naissances, p. 14

#### 1-1-4- La reconnaissance des sages-femmes : un tournant

Les demandes concernant un possible recours aux services d'une Accompagnante et la légalisation des sages-femmes s'accrurent dans les années 90. En outre, la rationalisation des services d'obstétrique a entraîné une diminution du nombre d'infirmières et, par là-même, une diminution de la présence humaine au profit de la technique.

De là, des femmes et des couples ont ouvertement revendiqué leur droit à des soins centrés sur la personne.

C'est en 1993, suite à des lois autorisant la pratique sage-femme à titre expérimental, que des sages-femmes ont exercé en maison de naissance pour la première fois. Légalement, elles n'avaient plus le droit d'exercer à domicile et ne pouvaient pas encore pratiquer en milieu hospitalier.

La pratique sage-femme a été officiellement reconnue en 1999. Les sages-femmes ayant complété le programme de formation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et faisant ainsi partie de l'Ordre des sages-femmes du Québec se trouvèrent habilitées, dans un certain cadre, à pratiquer des accouchements en maisons de naissance et, depuis peu, au domicile des parents. Toutefois, si elles sont normalement autorisées à pratiquer un accouchement au sein d'une maternité hospitalière, elles ne disposent que de peu de possibilités en ce sens dans les faits.

Notons que le nombre de maisons de naissance au Québec reste faible et que beaucoup de familles souhaitant y donner naissance ne voient pas leur demande d'inscription aboutir. Il existe à ce jour huit maisons de naissance sur l'ensemble de la province du Québec, dont deux à Montréal. Les maisons de naissance sont aujourd'hui affiliées à un CLSC (Centre local de services communautaires) sous l'autorité du ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Des suivis complets y sont dispensés, du début de la grossesse jusqu'à six semaines après la naissance de l'enfant, moment à partir duquel le dossier est transféré au médecin de famille qui assurera un suivi pédiatrique à long terme.

En cas de complications durant la grossesse le suivi est transféré à un centre hospitalier. Il en est de même si un problème survient lors de l'accouchement : la parturiente est alors transférée d'urgence dans une maternité hospitalière.

Les maisons de naissance ressemblent à des habitations privées. On y trouve des chambres de naissance, des salles de consultations au décor chaleureux, une cuisine, une salle de rencontre et un centre de documentation. Elles sont dotées de tout le matériel médical nécessaire pour

intervenir dans le cadre de grossesses et d'accouchements eutociques<sup>11</sup> ou ne présentant que des complications minimales. Un matériel minimum d'intervention d'urgence est toutefois accessible sur place, comme le matériel de réanimation materno-fœtale.

Les services offerts sont couverts par le régime d'assurance-maladie, comme le sont ceux des centres hospitaliers. Ainsi, l'ensemble de la population, sans distinction de classe sociale, peut profiter des services offerts par les maisons de naissance puisqu'elles font partie du réseau public de santé et des services sociaux.

La pratique sage-femme reste encore toutefois relativement méconnue de la population. Les suivis de grossesse se font donc toujours majoritairement auprès de gynécologues-obstétriciens ou d'omnipraticiens rattachés à un département d'obstétrique. Également, la très grande majorité des accouchements a lieu en milieu hospitalier. Mais, face à une approche médico-technique normée, certaines femmes ou couples, s'ils peuvent apprécier le sentiment de sécurité que procure une telle approche, semblent rechercher une approche plus globalisante, centrée sur leur individualité.

C'est ainsi que la pratique de l'accompagnement à la naissance s'est inscrite pour une part majeure auprès des familles suivies par le milieu hospitalier et qui donneront naissance dans ce cadre.

Si la pratique de l'accompagnement n'est à ce jour pas légalement cadrée au Québec, le recours à ce type de service semble prendre de plus en plus d'ampleur.

Afin de mieux cerner l'accompagnement à la naissance, nous allons à présent tenter d'apporter une définition générale de la pratique et ce par quoi elle se distingue.

---

<sup>11</sup> On dit que l'accouchement est eutocique quand il se déroule normalement, dystocique dans le cas contraire.

## 1-2- Qu'est ce qu'une Accompagnante à la naissance ?<sup>12</sup>

### 1-2-1- Terminologie

Le terme d'*Accompagnante à la naissance* se rapporte à une femme aidante ayant reçu une formation pour accompagner les femmes et les couples dans la période périnatale, soit durant la grossesse, l'accouchement et les semaines qui suivent la naissance de l'enfant. Elle procure des soins non-médicaux, apportant aide, soutien et informations.

Selon les pays, les termes d'*Accompagnante à la naissance* ou de *Doula* seront utilisés, *Doula* se rapportant plus fréquemment aux pays anglophones.

Au Québec, le terme employé depuis les années 80 est celui d'*Accompagnante à la naissance*. Ce néologisme fut choisi dans le but de spécifier la pratique s'y rapportant, notamment en la distinguant de tout autre type d'accompagnement tel que l'accompagnement aux mourants. Par ailleurs, le terme d'« accompagnatrice » semble au Québec pouvoir faire référence à une « escort-girl », ce qui n'était pas pour satisfaire les femmes prodiguant une aide à la naissance.

### 1-2-2- Le rôle de l'Accompagnante à la naissance

A travers l'histoire et les peuples, les femmes ont reçu la bienveillance d'autres femmes en période périnatale. Outre l'accompagnement par la communauté du fait social que représente la naissance d'un enfant, de parents et d'une famille, cela consistait non moins en un accompagnement individuel du passage d'un état à un autre : la femme qui devient mère, l'homme qui devient père et l'enfant qui vient au monde.

Il a été démontré l'importance de la construction précoce du lien parents-enfant qui trouvera une incidence à long terme sur la famille et la société dans son ensemble. Ainsi, la qualité de l'apport de l'accompagnement émotionnel reçu peut être perçue comme un facteur favorisant en ce sens.

---

<sup>12</sup> La rédaction de cette partie s'est principalement appuyée sur l'ouvrage : KLAUS Marshall H., KENNELL John H., KLAUS Phyllis H., *The Doula book. How a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth*, Perseus Books Group, February 2003, 256 p.

Les femmes ont des besoins complexes en période périnatale, notamment lors de l'accouchement. Certes, la sécurité des soins obstétricaux modernes n'est pas à être remise en cause dans le sens où ceux-ci ont contribué, dans une certaine mesure, à la nette diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles. Toutefois, les médecins, les sages-femmes et les infirmières sont prioritairement responsables de la santé de la femme et de l'enfant et se concentrent ainsi sur les risques et la sécurité. Ces priorités, de par la définition même de ces professions mais également du fait d'un contexte institutionnel contraignant, prennent le pas sur une approche psychosociale considérant les besoins non-médicaux des individus.

Dans ce cadre, l'Accompagnante à la naissance aide à la prise en compte de ces besoins spécifiques en apportant un soutien moral et physique (durant l'accouchement) continu, tant à la femme qu'à l'homme et à la famille plus élargie.

### 1-2-3- La formation

Les formations dispensées sont variées, mais s'orientent toutes vers une approche commune en s'axant sur les besoins des femmes et des couples en période périnatale et sur les apports non-médicaux en matière de confort physique et moral.

Ces programmes de formation consistent généralement en une approche théorique dispensée sur quelques jours, suivie d'une application pratique. La durée de ces formations est en moyenne d'une cinquantaine d'heures. La sensibilisation à l'emploi de certains outils y est particulièrement soulignée, comme la relaxation, les positions ou mouvements visant à réduire la perception de la douleur et encourager la progression du travail de l'accouchement, ainsi que toute autre mesure de confort.

En général, l'accompagnement s'envisage dans une continuité de la période périnatale, mais certaines formations s'orientent spécifiquement sur un des pans de l'accompagnement, soit le prénatal, le postnatal ou l'intrapartum.

Au Québec, il existe également une formation sanctionnée par une certification. Elle est dispensée par le CEMA, Collège d'étude en maternité alternative. Se déroulant sur une année, elle totalise 1350 heures d'enseignement comportant une partie théorique et une partie

pratique. Les domaines traités sont similaires à ceux abordés lors d'une formation de base, mais de manière beaucoup plus approfondie.

Dans l'ensemble, il s'agit de former les futures Accompagnantes aux variations d'un accouchement eutocique et aux possibles complications, à la manière d'aider les femmes lors d'un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ou lors de naissances multiples et aux besoins rencontrés dans le postpartum.

Elles sont également sensibilisées à diverses techniques de soutien, verbales et physiques, ainsi qu'à la variation des réponses des femmes à ces techniques. L'adaptabilité aux différentes phases de l'accouchement et, de fait, à l'évolution des besoins parentaux est abordée.

Le travail de collaboration à initier avec l'ensemble des protagonistes, soient la mère, le père et l'équipe médicale, est souligné.

En guise d'exemple, voici le programme de formation de base d'Accompagnante à la naissance proposé par le centre de maternité montréalais Mère et Monde.

Les cours magistraux, d'une durée totale de 55 heures, sont répartis de la manière suivante :

#### Jours 1 et 2

- Présentation des formatrices
- Présentation des étudiantes
- Le rôle et la philosophie de l'Accompagnante
- Le contexte de cette profession au Québec ou en France
- La manière de se faire accepter par le milieu hospitalier
- La relation d'aide
- Le premier contact téléphonique L'art d'effectuer une rencontre d'approche réussie

#### Les jours 3 et 4

- L'état de santé général de la femme enceinte
- Histoire familiale de la femme enceinte, date prévue de l'accouchement et retour sur les accouchements précédents
- Les cas particuliers de la grossesse (ex : diabète de grossesse)
- L'accouchement vaginal après césarienne (AVAC)
- Bébé en siège

- Les habitudes de vie et l'alimentation pendant la grossesse
- La sexualité pendant la grossesse et la contraception
- Les interventions faites au nouveau-né
- Les protocoles hospitaliers
- Les interventions médicales et leurs alternatives
- Le rôle de l'Accompagnante
- Le rôle et l'importance du plan de naissance

#### Les jours 5 et 6

- L'importance de la préparation prénatale
- Les peurs et la douleur
- Le jeu de la douleur, perception du père et de la mère
- Le déroulement de l'accouchement, les phases du travail
- Le rôle de la mère, du père et de l'Accompagnante pendant l'accouchement
- Le premier contact avec le bébé
- Le massage périnéal
- Notions d'adaptation néonatale
- Les soins du nouveau-né
- Allaitement/biberon
- Les pleurs et rythmes du nouveau-né
- Dépression post-partum
- Les cas spéciaux

#### Le jour 7

- Visite d'un département de maternité dans un hôpital montréalais
- La manière de rejoindre la clientèle
- Le contrat entre l'Accompagnante et le couple accompagné
- Les dossiers de la clientèle

Le centre propose un stage complémentaire d'une durée de 45 heures pouvant être envisagé de deux manières. Il est possible d'effectuer un suivi auprès d'un couple de parents, tout en étant supervisée par une Accompagnante de Mère et Monde, ou d'être observatrice d'une Accompagnante lors d'un suivi auprès d'un couple de parents.

La formation donnant accès au niveau d'Accompagnante certifiée se donne à ce jour uniquement au CEMA. Elle vient approfondir une formation de base par 1350 heures d'enseignement.

Les cours magistraux sont répartis sur 1215 heures et traitent des thématiques suivantes :

- Bien-être et grossesse : consultation en préconception, alimentation et suppléments, habitudes de vie, santé psychologique et émotive, rêves, préparation de l'entourage, etc.
- Adaptations néo-natales, rythmes du nouveau-né, relation d'allaitement et problèmes d'allaitement : prévenir les difficultés liées à l'allaitement, comprendre les différentes adaptations physiologiques que le nouveau-né doit réaliser, l'importance du colostrum et du contact peau à peau, identification des différents rythmes du nouveau-né, aspects physiologiques et psychologiques de l'allaitement, les différentes conduites à tenir pour solutionner les problèmes.
- Communication interpersonnelle : prendre conscience des différents obstacles à la communication tels que les émotions, les préjugés, les différentes perceptions, etc.
- Suivi prénatal : identifier les signes de danger durant la grossesse et les façons adéquates d'y réagir (risque de fausse-couche, grossesse ectopique, malposition du bébé, prématurité et post-maturité, éclampsie, etc.)
- Médecines alternatives en maternité : développer des outils variés de plusieurs thérapies alternatives, pour soulager différents maux et inconforts éprouvés pendant la grossesse (fatigue, nausées et vomissements, troubles de sommeil, etc.)
- Accompagnements particuliers : se familiariser avec différentes situations particulières (femme de 40 ans et plus, handicapée ou encore lesbienne ; bébé handicapé ou mort-né, etc.)
- Introduction à la recherche, les interventions médicales et leurs alternatives : favoriser une remise en question des interventions durant la période périnatale (épisiotomie de routine, monitoring fœtal, amniocentèse, péridurale, forceps, ventouse, césarienne)

Cette formation est complétée de deux stages (deux suivis de grossesse complets et observation de 8 naissances) d'une durée de 135 heures.

#### 1-2-4- La pratique de l'Accompagnante à la naissance

L'exercice d'une Accompagnante peut se faire en libéral ou dans le cadre d'un organisme.

Si des services « à la carte » peuvent être proposés, la plupart des services se présentent sous la forme de forfaits. Ils peuvent ainsi comprendre des rencontres prénatales, des rencontres postnatales et une présence lors de l'accouchement. Des rencontres prénatales de groupe peuvent également être envisagées.

Les tarifs sont variables et beaucoup d'Accompagnantes proposent des tarifs adaptables aux revenus de leurs clients.

Le remboursement de ces services se développe dans certains pays, notamment par le biais des assurances de santé. Cela peut notamment être le cas au Québec puisque les Accompagnantes ayant complété la formation donnée par le CEMA font alors partie de l'ordre des naturothérapeutes, donnant accès au remboursement des frais du service par certaines assurances. Mais, dans la majorité des cas, les services sont encore payés directement par la clientèle.

Une Accompagnante ne pose pas de diagnostics médicaux, ne pratique pas d'actes cliniques et ne donne ni avis ni conseils médicaux.

L'objectif visé dans cette forme de soutien non-médical est d'accompagner la femme et le couple dans un cadre défini par eux. Il s'agit notamment pour l'Accompagnante d'être une personne ressource en matière d'informations sur les différentes options et pratiques en périnatalité, indiquant pour chacune d'elles les avantages et les risques, en se référant à des données scientifiques. L'Accompagnante doit respecter les décisions de la femme et du couple, à la lumière de leurs choix éclairés : sa pratique s'oriente dans le respect des attentes et des besoins individualisés. En outre, elle s'assure, durant l'accouchement, que les besoins de la femme et du couple sont pris en compte, notamment en milieu hospitalier où elle renforce la communication entre la femme, le couple et les membres de l'équipe médicale.

Lors des rencontres prénatales avec la femme ou le couple, l'Accompagnante décrit les différentes phases de l'accouchement et lui apprend comment les reconnaître. Elle l'informe également des routines hospitalières et des actes médicaux s'y rapportant pour chacune de ces

phases. Elle expose pour cela les avantages et inconvénients de ces actes en se basant sur des données scientifiques, comme celles qui peuvent être publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'Accompagnante montrera également les moyens, notamment posturaux, de faciliter l'accouchement.

En outre, il s'agit de favoriser l'appropriation de l'évènement par la femme et le couple.

La relation de l'Accompagnante avec l'équipe médicale hospitalière est basée sur un travail d'équipe : leurs apports à la parturiente et au couple sont complémentaires. Cela est facilité lorsque l'Accompagnante connaît l'équipe avec laquelle elle travaille et qu'elle est reconnue par elle. Cela est rendu possible sur le long terme et nécessite dans les premiers temps une adaptabilité de l'Accompagnante, à savoir qu'elle doit acquérir la confiance de l'équipe médicale en communiquant avec elle et en veillant à ne pas interférer dans son travail. Elle doit pour cela connaître les routines hospitalières et la philosophie des services de maternité avec lesquels elle est amenée à travailler.

L'Accompagnante à la naissance doit donc maintenir un délicat équilibre entre le respect du protocole hospitalier et de l'équipe médicale en même temps que de favoriser et encourager l'autonomie des parents.

Une Accompagnante expérimentée est alors reconnue comme une personne capable de déterminer les besoins de la mère et qui en fera part, si nécessaire, au personnel médical. Elle n'est pas en position de confrontation avec l'équipe médicale, mais bien dans un travail de collaboration.

Les convictions personnelles d'une Accompagnante ne doivent pas interférer ni dans le rapport aux parents, ni dans celui avec le personnel médical. Le temps de l'accouchement n'est pas celui des tentatives de changement des pratiques d'une unité hospitalière.

Une Accompagnante à la naissance ne vient pas non plus remplacer le père. Elle travaille en collaboration avec lui, dans le respect de ses capacités et besoins, toujours dans l'optique de favoriser le confort de la mère. Le père reçoit ainsi également les informations quant au déroulement de la grossesse et de l'accouchement et des suggestions lui sont faites quant aux possibilités qui s'offrent à lui. Il est encouragé et supporté quant à la place et au rôle qu'il pourra prendre, en fonction de ses envies. L'Accompagnante est un guide mais doit veiller, notamment lors de l'accouchement, à ne pas interférer dans la relation du couple. Elle doit savoir s'effacer au moment opportun.

Si l'on trouve certaines constantes d'une femme à l'autre lors de l'accouchement, il n'en est pas moins observable une grande variabilité en ce que chaque être est unique et, par là-même, chaque accouchement. L'Accompagnante à la naissance doit faire preuve d'une grande adaptabilité qui rend nécessaire les qualités d'écoute et de vigilance. Klaus Marshall H., Kennell John H., Klaus Phyllis H. nous précisent ainsi que la qualité de « maternante » est essentielle pour une Accompagnante à la naissance, notamment lorsque l'état de vulnérabilité psychologique peut amener certaines femmes à une forme de régression. Le soutien émotionnel de la parturiente peut être verbal mais également physique, le besoin de contact voire de caresses réconfortantes pouvant se faire sentir.

Il est important dans ce cadre de mobiliser des moyens d'encouragement de la mère afin qu'elle puisse appréhender et gérer du mieux qu'elle peut la venue au monde de son enfant.

Au moment le plus intense de l'accouchement, l'Accompagnante rassure la parturiente en lui rappelant que les émotions et les sensations qui la submergent alors sont normales. Elle l'encourage à s'emparer de chacune des contractions afin de ne pas se laisser dépasser par elles, en l'aidant à visualiser ce qu'il se déroule à chaque instant dans son corps. Ces paroles peuvent également s'avérer réconfortante pour le père qui comprend ainsi mieux l'évolution du travail et donc des changements d'état de la mère.

Tout au long de l'accouchement, l'Accompagnante se soucie du bien-être physique et psychique de la parturiente et l'interroge ainsi régulièrement sur ses besoins.

Dans le cas où des complications surviennent, l'Accompagnante discute avec les parents des interventions dont la femme va faire l'objet et explique les raisons qui les motivent. Elle est alors une ressource essentielle, notamment pour rassurer les parents, à un moment où le personnel médical ne se trouve souvent pas dans la possibilité d'avoir du temps à accorder pour cela.

Dans la période postpartum, le soutien et l'écoute de l'Accompagnante peut venir faciliter la transition au nouveau rôle parental. En outre, elle peut aider à l'organisation familiale en informant et en conseillant les parents dans leurs tâches, notamment s'agissant de l'allaitement qui n'est pas toujours aisé les premiers temps.

Elle effectue un retour sur le déroulement de l'accouchement avec les parents, afin d'estimer la façon dont ils ont vécu cet événement et d'apporter, si nécessaire, un complément

d'informations. Cela permet de clarifier certains points qui auraient été mal compris par les parents et de leur permettre d'extérioriser des impressions qui auraient pu être négatives.

L'Accompagnante doit alors faire preuve d'une écoute attentive et tenter de valoriser leur expérience, notamment en soulignant les attitudes positives que chacun a prises lors de l'accouchement. Cela peut s'avérer très important, notamment dans le cas où une césarienne aurait été pratiquée en urgence, afin que le souvenir de l'expérience soit le moins traumatique possible dans l'avenir.

### 1-2-5- Les bienfaits de l'accompagnement à la naissance

Des études ont été menées dans le but d'évaluer l'impact de l'accompagnement non-médical à la naissance sur le nombre d'interventions médicales pratiquées durant l'accouchement.

Klaus Marshall H., Kennell John H., Klaus Phyllis H. nous proposent une analyse basée sur dix études portant sur les effets d'un soutien continu apporté par les Accompagnantes à la naissance. Il en ressort des résultats significatifs. Ainsi, les auteurs montrent que la présence d'une Accompagnante à la naissance diminue le taux de césariennes d'environ 45 %, la durée du travail de 25 %, l'usage d'ocytocine de 50 %, le recours à une médication contre la douleur de 31 %, la nécessité de recours aux forceps de 34 % et la demande d'une péridurale de 10 à 60 %.<sup>13</sup>

Plus récemment, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) a publié une étude portant sur les bénéfices et les coûts de l'accompagnement à la naissance<sup>14</sup>. Il ressort ainsi qu'en présence d'une Accompagnante à la naissance le nombre d'interventions médicales diminue, notamment s'agissant du déclenchement artificiel de l'accouchement, de la rupture artificielle des membranes de la poche amniotique, du recours à une analgésie, du monitoring fœtal continu, de l'épisiotomie et de la pose de solutés.

---

<sup>13</sup> Ibidem, p. 98.

<sup>14</sup> SIA Drissa, BLAIS Régis, *L'accompagnement à la naissance : aperçu des bénéfices et des coûts*, GRIS, R07-01, Université de Montréal, Juin 2007, 26 p.

En outre, il est fait référence à une étude parue dans la revue Cochrane portant sur le support continu durant l'accouchement, laquelle indique dans ce cas une diminution de 26 % des risques de recours à une césarienne, une diminution de 41 % concernant le recours aux forceps ou à la ventouse et une diminution de 28 % s'agissant du recours à une anesthésie ou une analgésie.<sup>15</sup>

Il semble par ailleurs que la présence continue d'une Accompagnante à la naissance favorise une diminution de la durée du travail d'accouchement et du risque de dépression post-partum. Le taux d'allaitement maternel paraît également s'accroître à la suite d'un accompagnement.<sup>16</sup>

Des effets sont également observables sur le long terme, puisque le soutien d'une Accompagnante à la naissance en période périnatale semble conforter les parents dans leurs compétences par leur valorisation. En outre, l'estime de soi semble renforcée par le sentiment de performance accomplie.<sup>17</sup>

Nous l'avons vu précédemment, le contexte de la naissance a fortement évolué ces dernières décennies au Québec, inscrivant majoritairement la pratique de l'accompagnement à la naissance au sein des services hospitaliers.

Nous allons à présent tenter de définir de manière générale ce qu'implique la prise en charge médicale globale sur l'environnement de la naissance, ce afin de mieux cerner dans quel cadre se situe la pratique des Accompagnantes à la naissance.

---

<sup>15</sup> HODNETT E., et al., *Continuous support for women during childbirth*, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003. Issue 3, Art. No CD003766. DOI: 10.1002/14651858. CD003766. in Ibidem, pp 10-12.

<sup>16</sup> Ibidem, p. 8.

<sup>17</sup> Ibidem, p. 9.

### **1-3- L'environnement de la naissance en milieu hospitalier**

D'un savoir-faire ancestral transmis le plus souvent de mère en fille, les pratiques entourant la naissance font aujourd'hui l'objet d'un apprentissage institutionnalisé. Par ailleurs, la professionnalisation de la naissance s'est vue fragmentée en plusieurs corps de métier, chacun attelé à un cadre d'intervention régi de manière plus ou moins strict. Du point de vue du contexte humain, la naissance et, par là même, l'accouchement, ont été rationalisés. Plusieurs corps de métier interviennent donc dans un service de maternité. Nous n'approcherons ici que les intervenants prenant en charge les femmes enceintes et les parturientes n'ayant aucune pathologie avérée et pour lesquelles la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement.

D'une manière générale, les femmes enceintes ont un omnipraticien ou un gynécologue-obstétricien qu'elles verront à quelques reprises au cours de leur grossesse. Ceux-ci sont rattachés à un établissement hospitalier dans lequel se déroulera l'accouchement. Les femmes peuvent alors « choisir » leur médecin en fonction de son hôpital de rattachement ou inversement. Pour autant, il n'est pas toujours garanti que le médecin effectuant le suivi de la grossesse soit le même le jour de l'accouchement.

Les rendez-vous prénataux durent en moyenne dix à quinze minutes durant lesquelles le médecin effectue des examens médicaux de suivi afin d'évaluer l'évolution de la grossesse. Il prescrira des examens complémentaires (comme des échographies ou prises de sang) et reviendra brièvement sur les résultats des examens prescrits lors du précédent rendez-vous.

Ces rencontres avec le médecin sont centrées sur la biologie de la grossesse envisagée sous ses aspects médicaux.

Le rôle et les compétences d'une sage-femme sont encore très méconnus. Aussi, le recours à une sage-femme pour le suivi de la grossesse comme pour l'accouchement ne se trouve pas encouragé, d'autant qu'elles exercent presque exclusivement en maisons de naissance. Or, il n'y a que peu de places en ces lieux et la logique du risque qui entoure la naissance dans son ensemble vient décourager certains d'y donner naissance à leur enfant. La norme véhiculée reste d'accoucher en milieu hospitalier.

Lors d'un accouchement, les médecins n'interviennent généralement qu'à l'imminence de l'expulsion de l'enfant ou en cas de complication nécessitant l'utilisation d'un

matériel spécifique (comme les forceps), lorsqu'il s'avère nécessaire de pratiquer une intervention chirurgicale (comme la césarienne) ou pour poser une péridurale.

Ce sont les infirmières en obstétrique qui effectueront les interventions médicales de routine. Ces dernières se trouvant souvent en nombre insuffisant dans les services de maternité, elles se voient fréquemment obligées de se centrer sur la prise en charge médico-technique des parturientes. Leur présence constante en salle de naissance s'avère quasiment impossible du fait de leur charge de travail. Elles n'ont jamais rencontré les femmes avant leur arrivée en salle d'accouchement et ne peuvent se baser que sur leur dossier médicale qui ne renseigne que peu sur l'individu, outre par son historique médical.

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son guide de prise en charge clinique du travail et de l'accouchement eutociques, précise ce qu'il lui semble être nécessaire pour l'instauration d'un dialogue positif entre le personnel soignant, la parturiente et ses accompagnateurs.<sup>18</sup> (voir annexe 1) Mais le contexte actuel de l'accouchement semble rendre cette communication difficile. Ainsi, l'établissement d'une communication constructive en ce qu'elle viendrait déterminer les besoins des parturientes dans le but d'y répondre au mieux nécessiterait qu'un espace de parole soit permis par le contexte de travail des infirmières. Notons par ailleurs que la première rencontre entre l'infirmière et la femme ayant lieu alors que le processus d'accouchement a débuté ne vient pas faciliter l'entrée dans un tel type de communication.

### 1-3-1- Les examens médicaux

Le 20<sup>ème</sup> siècle fût celui de l'explosion technologique. Dans l'ensemble, les progrès significatifs en obstétrique ont été les suivants : la découverte des micro-organismes infectieux, l'antibiothérapie, l'endocrinologie, l'hémato-immunologie, les rayons X, les ultrasons, l'électronique et son informatisation, la biologie moléculaire et l'ingénierie génétique.

---

<sup>18</sup> [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p5\\_p8\\_dialogue.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p5_p8_dialogue.html)

Aux yeux des professionnels de santé, l'avancée la plus significative est peut être le développement poussé des techniques d'imagerie médicale. Cette évolution réside essentiellement sur les acquis de la physique en matière de rayonnements, d'ondes ultrasonores et de résonance magnétique.

La radiopelvimétrie a notamment permis de détecter les cas de disproportion foeto-pelvienne.

L'échographie ultrasonore obstétricale offre quant à elle un grand potentiel d'investigations diagnostiques. Sa première application à la grossesse humaine a eu lieu en 1958. Elle permet la détermination *in utero* des mensurations du fœtus et donc de préciser sa morphologie et son rythme de croissance. Elle permet également de détecter de nombreuses malformations fœtales, de localiser le placenta et de déterminer le sexe de l'enfant dès le cinquième mois de grossesse. Par ailleurs, la sonde échographique vaginale, mise au point par Scheer en 1987, a rendu possible la visualisation du sac gestationnel dès les premières semaines de grossesse et de poser des diagnostics précoces comme les grossesses multiples.

Avant l'invention du stéthoscope par René Laënnec, vers 1815, il n'existait que peu de possibilités d'apprécier l'état de santé du fœtus *in utero*. Jusque dans les années soixante-dix, ce fût, avec le stéthoscope classique, le moyen le plus largement utilisé. Il fût remplacé par la suite par la large diffusion d'appareillages électroniques destinés à l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines (ou monitoring cardiotocographique).

La fœtoscopie est un moyen d'examiner visuellement le fœtus. Cette technique s'est développée en 1954 avec Westin, mais elle ne reste utilisée que dans de rares cas particuliers.

De très nombreux examens biologiques sont pratiqués lors de la grossesse. Ils ont pour objectifs de dépister des anomalies de grossesses et de déterminer les facteurs de risque que présentent les femmes enceintes pour certaines pathologies, comme ce peut être le cas pour la Trisomie 21.

A son arrivée à la maternité, la parturiente fera de nouveau l'objet d'examens médicaux de toutes sortes qui pourront observer quelques variations en fonction des établissements et des équipes de garde.

Aujourd'hui, le diagnostic prénatal concerne potentiellement toutes les femmes enceintes, qu'elles aient ou non un risque connu avant leur grossesse. Il a été largement adopté par les couples et le dépistage fait maintenant partie des pratiques habituelles de la surveillance d'une grossesse. Si le dépistage systématique du risque tel qu'il est pratiqué est considéré par certains comme contraire au droit de la personne, d'autres pensent qu'offrir systématiquement à toute femme une évaluation de ces risques permet de corriger les inégalités sociales dans le recours au diagnostic. Quoiqu'il en soit, les femmes enceintes se voient prescrire de très nombreux examens médicaux, qu'ils relèvent de l'imagerie médicale ou de l'analyse biologique. Si tous ne sont pas obligatoires, la plupart sont prescrits aux femmes lors de leur rendez-vous de suivi de grossesse et à l'arrivée en salle d'accouchement.

Chacun de ces examens pouvant potentiellement être révélateur d'une anomalie, cela s'avère être une grande source de stress. Pour certaines, cela pourra aller jusqu'à une certaine remise en question du processus d'attachement avec le fœtus qu'elles portent. Paradoxalement, si ces examens peuvent venir perturber la relation de la mère à l'enfant qu'elle porte, ils permettent à des femmes de matérialiser l'enfant. Notamment certaines femmes sont de grandes consommatrices d'échographies qui, outre l'aspect rassurant du diagnostic positif, deviennent un support psychologique important dans le processus de parentalité. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur les conséquences parentales qu'engendre la visualisation *in utero* d'un enfant à l'image parfois si précise qu'il est possible d'en distinguer certains traits du visage. Cela ne favorise-t-il pas une distanciation précoce entre la mère et son enfant, à une période (la grossesse) fusionnelle par définition ?

Catherine Bergeret-Amselek<sup>19</sup> nous précise « que le pulsionnel naît dans le corps, que le bébé est d'abord dans l'expérience de l'éprouvé corporel, que c'est là que se constitue l'ancêtre du pré-moi : le soi. C'est la capacité de se représenter ce qui lui arrive qui éloignera le petit être de ce soi originaire, ce sont les moments où il suspendra toute représentation qui en rendra à l'adulte l'accès possible. » Nous pouvons également nous interroger sur l'impact

---

<sup>19</sup> cit. AMSELEK Alain, « Le mystère de la chair », Cahiers jungiens de psychanalyse, n°76, 1993, in BERGERET-AMSELEK Catherine, *Le mystère des mères*, Desclée de Brouwer, Paris, 1998, p. 67.

de l'imagerie médicale en obstétrique sur les représentations collectives et individuelles de l'enfant non-né.

Nous pouvons par ailleurs noter que certains couples peuvent surestimer les possibilités réelles du diagnostic prénatal, prenant ainsi pour valeur sure et absolue un résultat satisfaisant. Si cela diminue effectivement l'anxiété de l'attente d'un enfant en ce qu'il sera ou non en bonne santé, cela peut également avoir un effet d'autant plus perturbateur dans les cas où la réalité s'avère autre.

### 1-3-2- Les cours de préparation à la naissance

Au Québec, les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) proposent des cours de préparation à l'accouchement dispensés par des infirmières. Le contenu de ces cours n'est pas uniforme d'un centre à l'autre, mais des thèmes sont abordés par tous de manière plus ou moins approfondie. Nous pouvons ainsi retrouver les thèmes suivants : changements physiques, physiologiques et psychosociaux pendant et après la grossesse ; alimentation et habitudes de vie durant la grossesse ; allaitement ; adaptation du couple et de la famille à l'arrivée du nouveau-né ; la participation du père.

Les cours se tiennent en groupe et le discours s'en trouve quelque peu généralisé. Il semble également que les informations apportées soient quelque peu orientées sur les pratiques hospitalières habituelles. Il s'agit notamment d'informer les femmes de ce qu'elles vont vivre en salle d'accouchement, mais la notion de choix n'est ici que peu envisagée.

Ce sont des cours gratuits auxquels tout le monde devraient pouvoir avoir accès. Toutefois, plusieurs CLSC ciblent des clientèles précises (premier bébé seulement ou femmes en situation financière précaire) et d'autres, fautes de moyens, ne peuvent offrir ce type de service.

Il existe également des Centres de Ressources Périnatales qui ont été créés dans la mouvance du Chantier de l'économie sociale. Ces organismes à but non lucratif, au nombre de dix au Québec, offrent des cours prénatals et divers services, tant aux femmes enceintes qu'aux familles, après la naissance de leur enfant. Leur approche repose sur une philosophie

davantage axée sur l'accouchement naturel et il est fait une place plus importante aux aspects émotifs de la maternité et à ses multiples dimensions. On y offre une série de huit à dix rencontres ou encore des rencontres thématiques. Nous trouvons des Accompagnantes à la naissance exerçant dans ce cadre.

Les services proposés font l'objet d'une grille tarifaire variable, en fonction notamment des ressources de la famille.

Des cours de préparation à la naissance peuvent également être dispensés par des organismes privés ou des travailleurs indépendants en périnatalité comme les Accompagnantes à la naissance. Il s'agit ici de services payants aux tarifs très variables. Dans certains cas, le revenu familial est pris en considération et il arrive que certaines mutuelles remboursent ce type de services.

### 1-3-3- Douleur et accouchement

La douleur de l'accouchement revêt un sens particulier dans la mesure où elle n'est pas l'expression d'une pathologie.

Durant de nombreux siècles, le soulagement de la douleur due à une pathologie a fait l'objet de diverses spéculations et recherches. Différentes méthodes ont ainsi été appliquées, comme les premières indications d'analgésie par inhalation qui remontent à l'Antiquité.

Mais pendant plusieurs siècles la douleur de l'enfantement, par la suite perçue comme l'expiation du péché de chair, n'intéressait guère.

Après l'avènement de l'anesthésie chirurgicale gazeuse, à la moitié du 19<sup>ème</sup> siècle, puis de l'usage de l'Ether et du Chloroforme, l'analgésie obstétricale par sédatifs neurotropes se généralise au début du 19<sup>ème</sup> siècle par C. J. Gauss de Fribourg, sous le nom de « Dämmerschlaf » ou « sommeil crépusculaire ». Toutefois, cette dernière méthode présentait l'inconvénient de requérir la présence permanente d'un médecin auprès de la parturiente.

Depuis, de nombreuses substances neurotropes ont été proposées. Toutefois, que ce soit par voie d'administration inhalatoire ou intraveineuse, ces méthodes avaient pour

inconvenient de plus ou moins déprimer la fonction cardio-respiratoire de l'enfant et de la mère. Par ailleurs, cette dernière se trouvait avoir la conscience quelque peu altérée lors de son accouchement et ne produisait souvent pas un effort expulsif suffisant, ce qui entraînait fréquemment une extraction de l'enfant par forceps.

En parallèle, on voit se multiplier les méthodes psychoanalgésiques. Ainsi, depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, de nombreuses méthodes préconisant les « cours de préparation à l'accouchement » ont vu le jour. L'obstétricien français Fernand Lamaze (1891-1957) a mis en place la méthode dite « psychoprophylactique » à la polyclinique des métallurgistes des Bleuets à Paris. Dans les années cinquante, il s'est inspiré des pratiques des accoucheurs soviétiques Velvoski et Nikolaïev des années trente, qui appliquaient les résultats de Pavlov sur les réflexes conditionnés à la préparation physique et psychique de la femme enceinte.

Sa méthode repose sur trois principes :

- un enseignement sur l'accouchement à l'aide de schémas et de films destinés à supprimer chez la future mère la peur de l'inconnu et de la douleur ;
- une éducation physique comportant six séances d'instruction à la relaxation et à la respiration légère pendant les deux derniers mois de la grossesse ;
- une éducation psychique agissant sur l'anxiété et tendant à supprimer la perception de la douleur par le cerveau.<sup>20</sup>

Cette méthode dite d'« accouchement sans douleur » (ASD), qui connaît dans un premier temps de nombreux détracteurs, va se répandre sous l'appellation de méthode psychoprophylactique (PPO). Certains ne verrons toutefois dans cet enseignement qu'une manière supplémentaire de conditionner les femmes, tel Yvonne Knibiehler pour qui l'ASD symbolise la conviction naïve que si les femmes avaient mal c'est qu'elles ne savaient pas accoucher et qu'il était donc nécessaire de leur apprendre.<sup>21</sup>

Au cours des années soixante et soixante-dix, la méthode psychoprophylactique évolue et de nouvelles techniques telles que le yoga et la sophrologie font leur apparition. Même si ces techniques restent relativement peu connues du grand public, la méthode d'« accouchement sans douleur » est en perte de vitesse.

---

<sup>20</sup> MOREL Marie-France, « Histoire de la douleur dans l'accouchement (2<sup>e</sup> partie) Du soulagement à la suppression de la douleur » in *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, n°71, Mai 2002, p. 42.

<sup>21</sup> KNIBIEHLER Yvonne, *La Révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, 367 p.

C'est dans ce contexte qu'au début des années quatre-vingt, l'analgésie péridurale, connue depuis de nombreuses années, commence à être utilisée à grande échelle pour les accouchements. Là encore, les réticences furent importantes dans un premier temps. Mais la demande du personnel soignant et des femmes, parfois au péril de leur vie, fut satisfaite.

Ainsi, l'accouchement sous anesthésie péridurale est de nos jours pratiqué dans une large majorité des accouchements et est posé comme une norme. Si elle diminue voire inhibe totalement la perception physique de la douleur de la parturiente, elle permet également de dégager un espace aux soignants, facilitant la gestion de leur travail dans son ensemble.

Il existe toutefois une autre méthode qui consiste à pratiquer une anesthésie locale au niveau de la partie basse : le bloc honteux. Il permet en outre de diminuer la perception de la douleur au passage de la tête de l'enfant à la vulve, mais également de manier des instruments (comme les forceps) dont l'application s'avèrerait nécessaire.

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son guide de prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, apporte quelques précisions quant à l'utilisation d'anesthésiques et d'analgésiques<sup>22</sup>. Elle insiste notamment sur la nécessité d'accompagner la parturiente sur le plan psychique en parallèle de l'intervention technique. Toutefois, dans un contexte de pénurie chronique de personnels soignants, il n'est que très rarement possible dans les faits qu'un professionnel reste présent auprès de la parturiente. Par ailleurs, l'illusion qu'une parturiente sous péridurale n'a plus besoin d'avoir un soutien continu semble fortement présente dans l'esprit des soignants.

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause les apports positifs de l'anesthésie péridurale, mais de tenter de déterminer ce que cette pratique implique. En effet, si l'utilisation d'anesthésique dans la parturition est vue pour beaucoup comme une forme de libération, elle se trouve être dans le même temps un asservissement supplémentaire à la médecine. Tout d'abord, l'utilisation d'analgésiques requiert des précautions médicales particulières et une surveillance accrue du sujet. C'est un geste médical. Lorsque certains prônent la distinction entre le processus naturel de l'accouchement et la médecine, l'utilisation d'analgésiques en induit nécessairement une approche technico-médicale.

Cela se confirme notamment avec l'utilisation de l'anesthésie péridurale. En outre, celle-ci implique une quasi-totale immobilité de la parturiente qui se retrouve de fait allongée sur le

---

<sup>22</sup> [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p47\\_p58\\_anesthesie.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p47_p58_anesthesie.html)

dos, reliée à un pousse-seringue par un cathéter. Par ailleurs, l'effet anesthésiant insensibilise de manière plus ou moins importante toute la partie inférieure de son corps, modifiant ainsi sa perception corporelle propre. Comment la parturiente appréhende-t-elle alors son accouchement ? Il est difficile d'en dresser un tableau général compte-tenu de la diversité du vécu de chacune, notamment dans les divergences de l'effet même de l'anesthésie selon les individus. De plus, les effets attendus de l'analgésie péridurale observent quelques variantes selon les parturientes : quand certaines désirent rendre la douleur plus supportable (notion toute relative), d'autres disent ne rien vouloir « sentir ». Il peut apparaître alors que dans la peur *a priori* de la douleur convergent de multiples angoisses liées à l'accouchement.

#### 1-3-4- L'environnement de la femme en couches

L'hôpital n'est pas un lieu familier et induit souvent une certaine forme d'appréhension de la part des patients.

Dans le cas de la maternité, il ne s'agit pas de patients mais de femmes qui se trouvent en situation de fragilité physique et psychique de part la situation « particulière » qu'elles vivent. Le cadre leur est inconnu, comme la plupart des pratiques qui y ont cours. De fait, une femme arrivant à la maternité pour accoucher s'en remet à l'institution, aux soignants. Aussi, il n'est pas peu fréquent d'entendre que « ce sont eux qui savent ». Cela se trouve accentué par l'aspect des locaux de maternité, semblables aux autres services hospitaliers. L'atmosphère y est peu chaleureuse et le matériel technique renvoie la parturiente à son incompetence en ce domaine. De plus, l'uniforme des soignants marque une distance supplémentaire, même s'il peut toutefois servir de repère à la parturiente et son conjoint.

L'environnement technique rassure la parturiente sur un plan médical. Mais la technique prend souvent le pas sur l'humain. Ainsi, l'accompagnement humain s'est peu à peu fait supplanter par l'appareillage médical, d'autant que, dans le même temps, les effectifs hospitaliers ont observé une nette diminution. Par ailleurs, les infirmières en obstétrique ont généralement un roulement de travail sur huit heures, durant lesquelles elles auront deux poses et un temps de repas. Il est donc fréquent que les parturientes voient plusieurs professionnels au long de leur accouchement. De ce fait, il n'est pas peu fréquent que des femmes disent *a posteriori* s'être sentie seule au temps de leur accouchement et quelque peu

perdue face au systématisme de leur prise en charge. La rationalisation des soins a bien entraîné une systématisation dans la prise en charge de la femme en couches, et ce d'autant que l'infirmière prenant en charge la parturiente n'a pu la rencontrer auparavant. Dans sa charge importante de travail, l'infirmière observera plus facilement une pratique systématique lui permettant, outre une distanciation pour plus d'objectivité, une meilleure pratique technique lui évitant de malheureuses omissions. Aussi, chaque soignant observe un ordre qui lui est propre dans les tâches qu'il doit « impérativement » effectuer, et ce dans un minimum de temps. Les soignants parent ainsi au plus pressé, ce étant la vigilance diagnostic et les actes médicaux préventifs et curatifs.

Alors qu'il est connu l'importance de la prise en charge psychologique de l'accouchement, celle-ci se voit compliquée par les conditions de travail des soignants, et ce d'autant que leur responsabilité sur le plan judiciaire en cas de problème sera mise en cause sur le plan technique et médical, et non sur celui de l'accompagnement humain.

Au travers de cela, nous voyons comment la médicalisation et la professionnalisation de la naissance ont amené à une rationalisation de la prise en charge des parturientes qui a entraîné une systématisation de l'approche globale par le personnel. L'intérêt collectif prend le pas sur l'intérêt individuel.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élaboré un guide de prise en charge clinique du travail et de l'accouchement eutociques<sup>23</sup> dans lequel elle recommande notamment de minimiser les interventions médicales et de d'avantage s'axer sur le bien-être de la parturiente, ce passant par l'écoute de ses besoins. En outre, la présence d'un accompagnant au choix de la parturiente est encouragé pour apporter un soutien physique et psychique ainsi que pour favoriser la communication avec le personnel soignant.

Durant le travail d'accouchement, il est conseillé d'encourager la parturiente à se mouvoir ainsi qu'à boire et à manger à sa convenance, Il est conseillé, à la phase d'expulsion, d'encourager la parturiente à prendre la position corporelle qui lui convient le mieux. Notons toutefois que sous anesthésie péridurale, le

---

<sup>23</sup> [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p71\\_p94\\_eutocique.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p71_p94_eutocique.html)

nombre de positions possibles est restreint. La pratique de l'épisiotomie n'est envisagée par l'OMS que dans certains cas de complications.

Dans l'ensemble, il s'agit de n'appliquer des actes médicaux qu'en cas de nécessité et d'apporter le soutien nécessaire au bien-être physique et psychique de la parturiente par une écoute attentive de ses besoins. Le respect de son intimité et de ses choix est particulièrement souligné. (voir annexe 2)

Mais, dans les faits, cela semble encore loin d'être le cas.

A son arrivée en salle d'accouchement, la parturiente, qui peut être accompagnée d'une personne de son choix, enlève ses vêtements et peut soit rester nue soit mettre un vêtement lui appartenant ou une blouse de l'hôpital.

Elle s'allonge sur le lit d'accouchement, qui est dans sa fonction de lit simple.

A partir de son arrivée en salle de naissance, il est déconseillé à la femme de boire et surtout de s'alimenter. Des reflux sont en effets craints dans le cas où une anesthésie générale se verrait nécessaire.

L'infirmière lui installe un monitoring qui restera branché jusqu'à la fin de l'expulsion ou de manière intermittente selon les dispositions du service ou les souhaits de la parturiente.

L'utilisation du monitoring cardiotocographique s'est rapidement diffusée par les avantages que ce type de surveillance apporte en pratique. La traçabilité des événements offre plusieurs opportunités :

- dans le cas où plusieurs accouchements sont surveillés simultanément, l'enregistrement continu permet l'analyse rétrospective des tracés ;
- les tracés peuvent aussi être lus et interprétés à plusieurs reprises et par plusieurs professionnels ;
- les tracés peuvent être utilisés lors d'expertises médico-légales et constituent des éléments de preuve.

Une perfusion de sérum glucosé sera posée de manière systématique. Elle permet notamment de garantir une voie d'abord en cas d'urgence, mais également de faciliter l'intervention des infirmières qui seront souvent amenées à administrer de l'ocytocine de synthèse favorisant l'accélération du travail d'accouchement par l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines.

La salle est par ailleurs installée en vue du travail d'expulsion et de l'accueil de l'enfant à naître. Pour ce faire, les infirmières préparent les instruments des premiers soins au nouveau-né.

Pendant la durée du travail, le médecin ou l'infirmière effectue des examens vaginaux pour évaluer l'évolution du travail. L'infirmière procède à la lecture du tracé du monitoring afin de vérifier que l'activité utérine de la mère et l'activité cardiaque du fœtus sont normales. Dans certains cas, un sondage urinaire sera effectué afin de faciliter la descente de l'enfant. Le pouls, la tension et la température de la parturiente sont régulièrement surveillés.

Si la parturiente émet le souhait d'avoir une analgésie péridurale, l'infirmière fera appel à l'anesthésiste de garde à un temps variable du travail. L'anesthésiste fera asseoir la parturiente sur un rebord du lit et mettra en place le cathéter au niveau de l'espace péridurale. Pour cela, il sera demandé à la femme de ne surtout faire aucun geste, car l'opération s'avère délicate : une fausse manœuvre peut, au mieux, amener des effets désagréables et, au pire, d'importantes séquelles.

Lorsque le cathéter est mis en place, la parturiente est allongée sur le dos et ne doit plus se lever. Il existe toutefois certains types de péridurale (dosage et/ou utilisation différente des substances médicamenteuses) permettant à la femme en travail de changer de position et parfois, mais plus rarement, de marcher. Toutefois, il semble que les femmes préfèrent souvent ne plus se lever, lorsqu'elles ont une péridurale. La parturiente est par ailleurs reliée à un appareil surveillant ses constantes (pouls, tension et taux d'oxygénation du sang).

Lorsque l'examen de la parturiente, notamment par le toucher vaginal, révèle le commencement de la dernière phase du travail (c'est à dire une dilatation complète du col utérin avec effacement, consistance molle, position antérieure et fœtus engagé), le médecin est appelé et le lit est mis en position obstétricale pour y installer la parturiente. Il suffit pour cela de désolidariser le matelas à sa moitié et de glisser la partie métallique correspondante sous la tête du lit. Les gouttières sont ensuite vissées à l'extrémité postérieure du lit et les jambes de la femme y sont positionnées. Cette manipulation ne demande que peu de temps.

Commence alors la phase d'expulsion. Le monitoring et la perfusion toujours en place, le médecin, assisté de l'infirmière, indique à la parturiente le type de respiration à adopter lors des contractions, afin d'optimiser l'efficacité des poussées.

Lorsque la partie supérieure de la tête de l'enfant est sortie, il est indiqué à la parturiente de ne plus pousser. Le médecin dégage alors l'enfant manuellement en le faisant pivoter de quarante cinq degrés. La parturiente effectue une dernière poussée légère afin de dégager les épaules de l'enfant. L'enfant peut être déposé quelques instants sur le ventre de sa mère. Dans le même temps, le cordon ombilical est clampé. L'enfant est essuyé à l'aide d'un champ chaud et stérile puis est enveloppé dans un nouveau champ chaud, sec et stérile.

L'expulsion du placenta se fait techniquement et/ou manuellement. Son aspect est ensuite vérifié, l'essentiel étant qu'il soit complet signifiant qu'aucun reste ne soit encore fixé à la paroi utérine maternelle car cela entraînerait une hémorragie.

L'enfant est ensuite repris à sa mère : les mucosités bucco-pharyngées sont éliminées par aspiration et la perméabilité sinusale, oesophagienne et rectale du nouveau-né est vérifiée. L'enfant est pesé et examiné de manière globale. L'infirmière lui administre de la Vitamine K en prévention des hémorragies néonatales et pose une crème oculaire en prévention des infections.

Le médecin procède alors, s'il y a lieu, à la suture d'éventuelles déchirures ou micro-déchirures vaginales ou périnéales de la parturiente. Il peut également être amené à suturer une épisiotomie.

La mère et l'enfant restent en observation en salle d'accouchement après la naissance de l'enfant. L'enfant sera vêtu et on lui administrait son premier lait (par tétée au sein maternel ou biberon). Pendant ce temps, la femme reste allongée sur le lit d'accouchement qui a été par ailleurs remis dans sa position initiale (en lit simple).

La durée d'hospitalisation de la femme et son enfant est variable. Elle est en moyenne de deux à trois jours. Lors de ce temps, outre l'observation clinique de la santé de la mère et de l'enfant, la femme est accompagnée par les infirmières, afin de se familiariser aux soins de l'enfant et à l'allaitement.

Après avoir dressé un cadre générale du suivi médical de la grossesse et de l'accouchement tel qu'il se déroule en milieu hospitalier, nous allons à présent envisager la naissance dans ses aspects sociologiques, à savoir notamment les enjeux qu'elle cristallise et ses modalités d'expressions dans un contexte médical et technique.

## 2- CONTEXTE DE L'ÉTUDE

### 2-1- Cadre conceptuel

Une étude portant sur la périnatalité engage plusieurs biais possibles d'étude, en ce que la naissance se trouve multidimensionnelle sur le plan sociologique. Les sociologies du corps, de la douleur, du genre, de la médecine, des techniques, des organisations,... sont autant de biais d'analyse qui seraient envisageables dans une étude portant sur la naissance, dans ses enjeux et sa gestion sociale.

Les perspectives d'analyses offertes par le champ de la sociologie de la santé semblent offrir ici une approche intéressante en ce qu'elles permettent une analyse globale de l'impact de l'essor des sciences médicales et de leur application dans le domaine de la naissance.

#### 2-1-1- Maternité et santé publique

Raymond Massé a analysé les « fondements idéologiques de l'intervention des Etats modernes dans la gestion de l'exposition de leurs citoyens aux « facteurs de risques » et souligne « l'ancrage de cette entreprise normative et d'acculturation qu'est la « médecine sociale préventive » dans la nouvelle individualité postmoderne. »<sup>24</sup>

La santé publique, par les normes et les valeurs qu'elle dicte, détermine une nouvelle « moralité ». Elle détermine notamment la nature, la portée, le financement et la gestion des interventions de prévention de la maladie et de promotion de la santé par une gestion rationnelle des risques en définissant des comportements et des habitudes par prescription ou proscription.<sup>25</sup>

Ainsi, Bernard Hours souligne que « la santé ne concerne plus la gestion individuelle du corps, ni le seul corps individuel. La santé publique transforme l'objet de la santé en corps socialisé et corps social normalisé. Lorsqu'elle devient un droit et un devoir, la santé fait

---

<sup>24</sup>MASSE Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel » in HOURS Bernard (sous la direction de), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala, coll. médecine du monde, Clamecy, 2001, p.42.

<sup>25</sup>MASSE Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel » in HOURS Bernard (sous la direction de), *Ibidem*, 358 p.

l'objet d'une mutation moyenne qui se déroule désormais très explicitement, à notre époque et sous nos yeux. »<sup>26</sup>

La modification des comportements individuels et collectifs est donc exogène : la santé publique s'érige comme une entreprise normative, légitimant ainsi l'imposition de règles et la limitation de liberté de l'individu.

En outre, la forte augmentation des coûts de la médecine curative de ces dernières années a poussé à envisager la prévention comme solution au contrôle des coûts.

La santé, comme enjeu de société, est le lieu d'expression du développement social et économique, fréquemment envisagé en tant que révélateur de la richesse et du développement des sociétés. Un glissement s'est ainsi opéré, considérant non seulement la santé comme un droit et un devoir, mais également comme un « capital » à préserver et à entretenir. Ainsi, de nouvelles logiques sociales et institutionnelles ont transformé le rapport thérapeutique en planification de la santé, constituant un objet politique global.<sup>27</sup>

Aussi, dans cette optique de prévention permanente des risques, semble s'être opérée une évolution des termes de la responsabilité en matière de santé. Bernard Hours précise que « là où régnait auparavant la responsabilité individuelle du médecin et du malade, de deux personnes, s'installe désormais une notion de responsabilité collective des usagers des services de santé, des médecins et personnels de santé, des responsables en charge de la décision politique. »<sup>28</sup>

En outre, les campagnes de communication, de plus en plus nombreuses, en faveur de la promotion de la santé ont pour objectif de responsabiliser les individus tant sur la préservation de leur propre santé que sur celle de la collectivité. Il s'opère ainsi ce que Raymond Massé définit de « construction socioculturelle du blâme porté sur l'individu présentant des comportements sanitaires « irresponsables »<sup>29</sup>. C'est un rôle majeur que la santé publique joue dans le jugement moral des habitudes de vie, sur le rapport de l'individu à la prévention des risques.

---

<sup>26</sup> HOURS Bernard, « Introduction », in HOURS Bernard. (sous la direction de), Ibidem, p.5.

<sup>27</sup> HOURS Bernard, « Introduction », in HOURS Bernard (sous la direction de), Ibidem, p.6.

<sup>28</sup> HOURS Bernard, « Introduction », in HOURS Bernard (sous la direction de), Ibidem, p.13.

<sup>29</sup> MASSE Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel » in HOURS Bernard (sous la direction de), Ibidem, p.48.

Les femmes enceintes se trouvent ainsi au centre de multiples enjeux en ce qu'elles représentent la promesse de renouvellement biologique et culturel de la société. C'est à dire que plus que d'être responsables de leur propre santé, elles sont également (et presque essentiellement) responsables de l'enfant qu'elles portent vis-à-vis d'elles-mêmes, de leur entourage, mais également de la société. Elles ont en somme un « devoir » de santé envers la société de part l'enfant qu'elles portent.

Aussi, les recommandations orientent les individus à avoir recours aux examens diagnostics et préventifs entourant massivement la grossesse qui, pour n'être pas tous obligatoires légalement, se trouvent être pour ainsi dire imposés par la « morale sociale ».

Raymond Massé, citant Deborah Lupton, précise par ailleurs que l'individu n'est pas conscient de l'axe disciplinaire du discours de la santé publique : puisque la santé est considérée comme étant un « droit universel », la prise de conscience des risques par l'ensemble des individus est vue comme nécessaire et « bienfaisante ».<sup>30</sup>

La santé étant devenue un droit, nous assistons à présent à la quête angoissée de la « santé parfaite ». Dans le contexte de la périnatalité, cela vaut pour le déroulement de la grossesse et de l'accouchement qui « doivent » se dérouler sans encombre tant pour la mère, sorte de garante de l'avenir sanitaire de son enfant à naître, que pour la sphère médicale ayant en charge une part de la gestion des risques concomitants.

Si prescriptions (telle que le respect d'une bonne hygiène alimentaire) et proscriptions (telles que la consommation d'alcool et de tabac) en appellent directement à la conscience individuelle, il n'en reste pas moins que le recours à la médecine, au sens institutionnel, est posé comme une nécessité. Cette moralisation autour de la préservation de la santé, dans un contexte où la grossesse est envisagée comme une expérience à hauts risques, exerce une forme de pression sociale sur l'individu qui n'est plus envisagé comme possédant un savoir qui lui est propre : il devient nécessaire de le guider vers des comportements admis.

Dans le domaine de la maternité, la science médicale est érigée en tant que salvatrice pour les femmes dans la mesure où elle a notamment permis le contrôle individuel des naissances, à savoir que les femmes peuvent à présent décider de leur maternité et même bien

---

<sup>30</sup> Massé R., « La santé publique comme projet politique et projet individuel » in Hours B. (sous la direction de), *Ibidem*, p.49.

au-delà. En outre, l'avènement de la pilule a permis de « libérer » les femmes de leur fonction procréatrice, comme les techniques médicales d'assistance à la procréation leur ont permis d'enfanter quand la seule nature leur avait ôté ce « droit ». Mais cette « libération » que de permettre à une femme de dissocier sexualité et enfantement (puisqu'il est à présent possible d'avoir des relations sexuelles sans qu'elles n'aboutissent nécessairement à une grossesse, autant que de vivre une grossesse en dehors de toute sexualité) se trouve probablement être autant un asservissement à la médicalisation puisqu'elle est alors incontournable dans la vie d'un grand nombre de femmes.

Le recours massif aux instances médicales dans le déroulement d'une grossesse est notamment assuré par le message de vigilance généralisé angoissant les individus, les rendant dépendants et surconsommateurs. Car le « devoir de santé », par un processus social et culturel d'imprégnation des valeurs véhiculée par la santé publique, passe nécessairement par une forme d'obéissance aux recommandations, notamment celle de se conformer aux protocoles médicaux de suivi de grossesse. Aussi, les prises de décisions individuelles semblent directement soumises aux pressions et aux angoisses collectives. Car, de fait, les prescriptions de contrôle des comportements amènent les individus ayant intégré ce discours à se faire les relais de l'autorité en tentant eux-mêmes de « discipliner » leur entourage.

Dans un contexte de la constitution d'un savoir médical de plus en plus inaccessible à la population et de la volonté politique de garder un contrôle sur les naissances (grandissant au cours du siècle dernier, notamment avec les nouveaux moyens de gestion individuelle de la maternité) la santé publique va asseoir le pouvoir de la médecine en matière de périnatalité en la rendant quelque peu nécessaire à l'individu, à la société. C'est donc en premier lieu dans la béatitude, voire dans une reconnaissance quasi-inébranlable, que les femmes se « confient » aux médecins.

Il est toutefois possible d'observer une tendance, chez un nombre croissant d'individus, à l'élaboration de discours critiques du poids de cette normalisation. Nous voyons ainsi se multiplier les regroupements d'individus, notamment associatifs, tentant une contre-offensive de communication se voulant libératrice par de radicales mises en garde. Mais ce mouvement se positionnant contre ce qui est couramment appelé par lui « l'offensive médicale » ne conduirait-il pas à une autre forme de normalisation tout aussi dirigiste ?

Il n'en est pas moins que, dans ce contexte, nombres d'individus s'attellent à la reconnaissance d'un savoir médical profane visant à anticiper les pratiques préventives en matière de leur grossesse et de leur accouchement. Savoir profane qui semblerait leur fournir un sentiment d'affranchissement de la réduction de leur corps à un ensemble de probabilités en devenant sujet dans leur expérience propre.

Jean-Didier Bardy<sup>31</sup> nous parle ainsi du mouvement *self-help*, œuvrant pour l'autonomie de l'individu, du groupe, en y associant la notion d'entraide (*mutual help*). Il nous indique que les partisans de ce mouvement participent à la remise en question des définitions médicales de la santé et de la maladie avec une volonté de réappropriation « des zones de la vie normale qui, telle la grossesse, ont été définies comme étant de nature médicale. » Ce mouvement, s'il est présent dans plusieurs pays, fait de la naissance le point central de ses questionnements en Amérique du Nord. Ainsi, les thèmes principaux de revendication portent sur l'insuffisance des possibilités de choix offertes aux usagères des services périnatales officiels dans leur état actuel d'organisation, les mauvaises conditions d'accouchement à l'hôpital et l'utilisation excessive de technologies au moment de la naissance.

Il semble alors intéressant d'envisager le courant d'humanisation de la naissance comme l'expression de la revendication d'un désir d'appropriation de l'expérience poussant les individus à acquérir un système de connaissance propre qui, de passifs, les rendraient acteurs principaux de la naissance.

---

<sup>31</sup> BARDY Jean-Didier, *Analyse socio-politique de la situation actuelle des sages-femmes au Québec*, mémoire de Maîtrise en administration de la santé, sous la direction de DUSSAULT Gilles et FOREST Pierre-Gerlier, Université de Montréal (Québec), mai 1988, pp. 76-78.

### 2-1-2- Vers une réappropriation de la naissance

La réflexion menée autour de la médicalisation de la naissance a débuté à la fin des années 70, dans un contexte où, comme nous l'avons vu précédemment, la gestion sociale traditionnelle de cet événement fut depuis les années 20 peu à peu transférée au milieu médical.

A partir des années 80, des historiens, des sociologues, des anthropologues mais également des professionnels médicaux ont ainsi posé la question du sens social de la naissance telle qu'envisagée dans les sociétés industrialisées observant un fort taux de technicité et d'interventions médicales.

Aussi, il semble intéressant d'étudier la question de l'émergence de l'accompagnement non-médical à la naissance, s'inscrivant dans le courant d'humanisation de la naissance que Francine Saillant et Michel O'Neill<sup>32</sup> nomme « la réappropriation de la naissance ».

L'inscription de l'émergence de l'accompagnement à la naissance dans le courant d'humanisation de la naissance, si elle ne se positionne pas contre la médicalisation et les techniques d'interventions médicales, semble se situer dans une conception de la naissance qui se centrerait sur les futurs et jeunes parents dans la perspective qu'ils en redeviennent les principaux acteurs soit qu'ils deviennent, dans une typologie médicale, ce que Béatrice Jacques<sup>33</sup> nomme « le patient-acteur ». Le principe de réciprocité semble alors devoir s'appliquer par la possibilité d'un partage des savoirs (scientifiques et profanes) nécessitant pour cela que l'individu accède au statut de sujet (« patient-sujet »), considéré par lui-même comme par l'univers médical et ses intervenants.

« Pouvoir accéder et travailler sur le sexe des femmes est une avancée non seulement médicale, mais aussi sociale et culturelle » notamment de part le profond changement de statut des savoirs.<sup>34</sup>

La légitimation du savoir scientifique s'est en effet produite au dépend du savoir profane par l'instauration de la primauté d'une approche médico-technique de la naissance.

---

<sup>32</sup> SAILLANT Francine, O'NEILL Michel (sous la direction de), « Introduction. L'accouchement au Québec, repères historiques, sociaux et culturels », in *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Québec/Amérique, Montréal, 1987, pp. 17-24.

<sup>33</sup> JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, Coll. Partage du savoir, Paris, 2007, p. 105.

<sup>34</sup> Ibidem, p. 5.

La conception médicale de la naissance s'est imposée et diffusée par l'intériorisation d'un discours du risque, n'envisageant la grossesse et l'accouchement comme normaux qu'*a posteriori*, et des modalités de contrer ce risque.

C'est donc l'expérience même de la naissance qui s'en trouve modifiée par la désappropriation des gestes et des savoirs reliés au corps féminin et à la reproduction dans son ensemble, au profit d'une uniformisation des comportements et de la prise en charge. Le protocole décide à présent du déroulement de l'accouchement, des techniques présentes et de l'organisation du travail sur un modèle standardisé et fortement médicalisé. Hélène Vadeboncoeur souligne ainsi que « demander à l'obstétricien-gynécologue, lors des accouchements, d'attendre que la nature fasse son travail va contre ses croyances, sa formation et son expérience. »<sup>35</sup>

Aussi, la médicalisation et la déresponsabilisation des femmes et des couples favorisent, selon Huguette Boilard<sup>36</sup>, la perte de confiance des individus en leurs compétences, notamment s'agissant de la capacité même de leur corps à donner naissance. Les appréhensions et les peurs entourant la naissance viennent alors favoriser le recours à la technique, entraînant de fait une escalade d'interventions.

Ainsi, lorsqu'une femme reçoit une péridurale, elle est reliée par cathéter à l'appareil distribuant l'anesthésiant et doit rester branchée à l'appareil de surveillance du cœur fœtal. Également, une sonde urinaire est souvent installée. La parturiente ne peut alors plus s'alimenter ni se déplacer. Par ailleurs, la péridurale a souvent pour effets indésirables de ralentir le travail d'accouchement, entraînant des interventions comme le recours à la ventouse, aux forceps, comme la revue systématique récente de Cochrane l'indique.<sup>37</sup>

Cette perte de confiance en-elles semble avoir dans le même temps modifié la relation de confiance que les femmes construisent avec le milieu médical. En outre, ayant plus ou moins intégré un discours centré sur les risques entourant la naissance, leurs espoirs quant au bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement se voient remis entre les mains de la science et, par là-même, des intervenants médicaux.

---

<sup>35</sup> VADEBONCOEUR Hélène, *Une autre césarienne, non merci*, Québec/Amérique, Coll. Santé. Alternatives, Montréal, 1989, p. 56.

<sup>36</sup> BOILARD Huguette, *L'accompagnante et la maternité : une réponse traditionnelle à une anxiété moderne*, mémoire de Maîtrise d'anthropologie, sous la direction de DAGENNAIS Huguette, Université Laval (Québec), juillet 1998, p 97.

<sup>37</sup> Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C., « Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour » in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2, 2005.

Béatrice Jacques nous propose plusieurs modèles de confiance s'agissant du rapport entretenu par les femmes avec le milieu médical, représenté dans ce cas par le médecin.<sup>38</sup>

Le premier modèle de relation, qu'elle nomme « confiance dépersonnalisée », est basé sur la légitimité de l'expérience médicale. Le médecin est posé en tant que détenteur du savoir auquel se soumet la femme. Le point central est ici la santé de l'enfant et sa « normalité » ce qui semble inhiber toute expression de résistance de la femme face à l'autorité de l'expert. A l'évocation de la santé de l'enfant, la remise en cause de l'expertise semble impossible.

La relation de « confiance totale » est posée comme un sous-type du modèle de « confiance dépersonnalisée », mais pour lequel le rapport de soumission repose sur un individu identifié. Il est ici question du statut du médecin dans la hiérarchie sociale qui semble jouer un rôle dans la sujétion des femmes qui ne peuvent alors mobiliser des ressources pour évaluer leur prise en charge.

Un autre modèle de relation mis en avant est celui dit de la « confiance générique », reliée à une définition institutionnelle de la compétence. Il s'agit plus ici d'une confiance en l'institution et en la science médicale qu'à un individu en particulier. L'auteur souligne pour ce cas la « passivité » des femmes qui prennent une position d' « ignorante » et n'émettent pas de jugements personnels.

Dans ces cas, la dimension relationnelle importe peu, l'attention étant portée sur les compétences techniques. L'expérience individuelle est peu prise en compte. La confiance se construit ici sur l'ensemble du système défini par l'idéologie de « la science toute puissante ».

Dans le modèle de « confiance processus », la confiance n'est jamais acquise et doit sans cesse être réinitiée par la démonstration des compétences du professionnel. La confiance envers la science n'est pas ici remise en cause, mais celle envers le médecin n'est pas systématique : ce dernier doit inclure une dimension relationnelle dans l'interaction. La relation de confiance se construit donc sur deux pôles : un pôle rationnel et technique ainsi qu'un pôle relationnel et affectif. Cela se traduit par le désir d'une prise en charge

---

<sup>38</sup> JACQUES Béatrice, opus cité, pp. 97-113.

individualisée, personnalisée. L'auteur nous indique que, dans ce modèle, les femmes sont souvent insatisfaites et reprochent au médecin une approche trop routinière.

Enfin, la « confiance partenariat » implique les compétences techniques du médecin et son engagement total auprès de sa « patiente » qu'il reconnaît en tant que sujet. Le médecin est ici non seulement expert mais prodigue écoute et conseils. Ce modèle demande la mobilisation de ressources pour modifier les modalités classiques de la prise en charge imposée par l'institution. Il s'agit d'un modèle de « cogestion » où le médecin accepte de « prendre des risques » et où la femme suit ses conseils et prescriptions. Chaque décision est discutée et négociée. Le savoir profane est alors à la base d'une possibilité d'échange sur le principe de la réciprocité : le médecin accorde une certaine légitimité aux connaissances dont dispose la femme en matière de grossesse et d'accouchement. La patiente est alors non seulement sujet, mais acteur.

Si les deux derniers modèles ne sont pas applicables à l'ensemble des femmes, Béatrice Jacques nous montrent par son étude de terrain en périnatalité qu'une part d'entre elles tentent de s'approprier leur expérience de l'enfantement en se faisant partie prenante du processus décisionnel concernant leur corps et leur santé ainsi que leur enfant à naître. Ces modèles nécessitent toutefois l'adhésion des protagonistes et la négociation ne semble pas toujours possible. Aussi, Myriam Hivon et Vania Jimenez nous précise que « si pour certaines il s'agit d'un choix où elles décident de faire confiance à leur intervenant et de s'en remettre à ses compétences, choix tout à fait légitime, dans d'autres cas, ce n'est pas un choix, mais le résultat d'un manque de communication et d'écoute de la part des intervenants. »<sup>39</sup>

La recherche d'informations semble être une composante importante de la période de grossesse. L'étude menée par Myriam Hivon et Vania Jimenez révèle que les femmes voient deux rôles essentiels à l'information : celui de les rassurer ainsi que celui de les aider à faire des choix et à prendre des décisions.

Mais l'information recueillie durant la grossesse, même si elle permet de prendre part aux décisions lors de l'accouchement, n'est pas suffisante. Il semble en effet que les femmes aient également besoin qu'il leur soit expliqué ce qu'il leur arrive personnellement le moment

---

<sup>39</sup> HIVON Myriam, JIMENEZ Vania, *Perception d'une naissance et naissance d'une perception : où en sont les femmes ?*, Rapport de recherche présenté au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Centre de recherche et de formation, Université Mc Gill, Hiver 2007, p. 63.

venu, soit que l'information soit renouvelée et adaptée au moment même de ce qu'elles vivent : « Pour qu'une femme puisse faire un choix éclairé, il convient donc de fournir l'information non pas seulement pendant la grossesse, mais pendant l'accouchement également. »<sup>40</sup> Or, comme nous avons pu le voir auparavant, le contexte hospitalier ne rend que très peu possible une information quelque peu approfondie aux parents indiquant les raisons et conséquences des propositions apportées par le milieu médical et la variété même des possibilités offertes. C'est aussi un des constats faits par Hélène Vadeboncoeur suite à l'étude ethnographique qu'elle a menée en centre hospitalier, au Québec : « l'information fournie ou non relativement aux effets possibles des interventions (et en particulier des médicaments administrés) ne permettrait pas aux femmes de faire des choix éclairés. Elle varie selon les intervenant-e-s et ceux-ci s'attribuent les uns les autres la responsabilité d'informer les femmes ou encore soulignent qu'elles devraient l'être lors des cours prénataux. Un malaise [...] semble exister sur la pertinence d'informer les femmes pendant le travail ».<sup>41</sup>

Il semble donc exister un espace laissé vacant, que la fonction même des Accompagnantes à la naissance semble pouvoir venir combler. Connaisseuses du milieu médical et des lois qui le régissent, elles peuvent apporter les informations nécessaires au cheminement décisionnel des parents. Par ailleurs, le temps de l'accouchement n'étant pas celui d'une expression aisée de leurs besoins par les parents, les Accompagnantes peuvent encourager la communication avec le personnel médical voire même se faire la voix des parents du fait de les avoir rencontrés en amont. Myriam Hivon et Vania Jimenez font également ressortir le besoin informatif des parents après l'accouchement ainsi que l'ouverture d'un espace de parole. En outre, notamment dans le cas où des complications seraient survenues lors de l'accouchement venant modifier l'expérience parentale telle qu'elle fut initialement envisagée, permettre à la femme ou au couple de revenir sur l'accouchement avec une personne présente à ce moment aide à la compréhension et facilite la réconciliation avec l'événement.

De manière plus globale, les auteurs mettent en avant par le biais de leur étude l'importance de la personnalisation de la prise en charge de la naissance et soulignent l'intérêt que présente la pratique des Accompagnantes en ce sens.

---

<sup>40</sup> HIVON Myriam, JIMENEZ Vania, Ibidem, p. 64.

<sup>41</sup> VADEBONCOEUR Hélène, *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?*, Thèse de Doctorat en sciences humaines appliquées, sous la direction de COUTURE Denise et BIBEAU Gilles, Université de Montréal (Québec), Février 2004, p. 273.

## **2-2- Méthodologie**

### *2-2-1- Le lieu de stage et la définition du domaine d'étude*

Ce travail est relié à un séjour de trois mois et demi au Québec, qui a donné lieu à un stage de trois mois au sein d'un centre périnatal offrant des services gratuits à des parents en contexte de vulnérabilité psychosociale attendant leur premier enfant. L'originalité de ce centre se situe dans une approche pluridisciplinaire et non-médicale en périnatalité, basant son action sur le postulat que la période périnatale offre des possibilités de reconstruction pour les personnes ayant subi de lourds traumatismes. Aussi, l'intervention est centrée sur une approche psycho-analytique.

Initialement, ce stage avait pour objet une immersion dans le processus d'évaluation en cours portant sur l'implantation du centre et sur l'impact de ses activités. Cette évaluation globale, initiée par les bailleurs de fonds, avait commencé dix mois avant le début du stage et devrait s'étaler sur trois ans. Le sujet du présent mémoire devait ainsi trouver son point d'encrage dans les activités menées au sein du processus d'évaluation. Toutefois, de nombreux obstacles ont été rencontrés sur le terrain qui n'ont pas rendu possible la réalisation d'une étude en lien avec l'évaluation ni même au sein du centre.

Une réorientation de l'objet d'étude a donc été nécessaire à un moment avancé du stage. Les observations et les entretiens informels qui ont toutefois pu avoir lieu dans une certaine mesure au sein du centre sont venus nourrir les questionnements en lien avec l'accompagnement à la naissance, soit le cadre de définition d'une Accompagnante, son champ de pratique et les modalités de celle-ci. En outre, des intervenantes en périnatalité exerçaient au centre une forme d'accompagnement global non-médical à la naissance, mais aucune n'avaient reçu une formation d'Accompagnante : toutes avaient à l'origine une orientation de pratique en lien avec la périnatalité.

Des contacts québécois œuvrant en accompagnement à la naissance ont toutefois permis qu'une étude ait lieu en vue de la rédaction de ce mémoire.

L'objet de recherche s'est ainsi orienté sur l'accompagnement à la naissance, tel que pratiqué par des Accompagnantes ayant complété une formation s'y rapportant directement.

### 2-2-2- Une étude exploratoire

La redéfinition tardive du sujet d'étude, du fait des obstacles rencontrés sur le lieu de stage, a contraint à envisager ce travail par le biais d'une étude exploratoire.

Il s'est agi alors, au travers de la contextualisation de la pratique de l'accompagnement à la naissance au Québec, de dégager certaines modalités d'expression de ce phénomène social tant par le biais de recherches effectuées en périnatalité qu'au travers des entretiens qui ont pu être menés dans le cadre de ce travail.

### 2-2-3- Techniques de recherche

Pour cette étude portant sur la pratique de l'accompagnement à la naissance au Québec, des techniques de recherche qualitatives ont été mises en œuvre.

Le recueil de données qualitatives semble en effet pouvoir mettre en avant le processus social dans lequel s'inscrit l'émergence et la diffusion de l'accompagnement à la naissance, tant sur les motivations qui amènent à accompagner qu'à être accompagné dans cet événement.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'Accompagnantes à la naissance d'un organisme montréalais ainsi qu'auprès de deux femmes et d'un couple ayant reçu les services de l'accompagnement à la naissance.

Les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des participants. Ces enregistrements ont par la suite fait l'objet de plusieurs écoutes ayant donné lieu à une prise de notes avec, pour certains passages, une retranscription exacte du discours.

Des observations de la pratique d'Accompagnantes ont pu être effectuées dans le cadre de rencontres prénatales et d'une rencontre postnatale avec des familles. Cependant, cela s'est effectué dans un cadre extérieur au présent travail. Ces observations ont en effet eu lieu en amont de la redéfinition du sujet d'étude et, si elles ont fait l'objet de prises de notes, celles-ci ne peuvent être directement mises en lien avec ce mémoire puisqu'elles n'avaient à l'origine pas cette fonction et restent donc imprécises quant au sujet qui nous intéresse. Les

observations et les notes s’y rapportant sont toutefois venues nourrir la réflexion en lien avec cette étude.

#### 2-2-3-1- Le recrutement des participants

La connaissance préalable d’un organisme d’Accompagnantes à la naissance a permis, avec l’appui d’une tierce personne, d’obtenir l’autorisation auprès de la directrice d’effectuer des entretiens. Celle-ci a ainsi communiqué à l’ensemble des Accompagnantes un texte de présentation du cadre général envisagé pour ce travail et des besoins dont il faisait l’objet, notamment en matière de collecte de données par le biais d’entretiens.

Les Accompagnantes acceptant de participer à cette étude m’ont par la suite directement contactée.

Le recrutement de familles ayant reçu un service d’accompagnement s’est fait selon différents biais. Une femme qui fut accompagnée est à présent Accompagnante au sein de l’organisme cité précédemment. Une autre fut la cliente d’une Accompagnante du même organisme, qui me l’a référée. La dernière est une femme que j’ai rencontrée lors de mon séjour au Québec, par le biais de connaissances œuvrant en périnatalité.

#### 2-2-3-2- Les entretiens

Des entretiens ont été menés auprès d’Accompagnantes à la naissance, afin de préciser leur champ de pratique et la manière dont elles l’envisagent. En outre, elles ont été interrogées sur leur parcours professionnel antérieur, leur parcours de formation en accompagnement à la naissance, leurs motivations quant à cette formation, la perception qu’elles ont de la naissance, de l’accompagnement et plus particulièrement de leur pratique.

Trois des entretiens ont été menés à mon domicile, un entretien a eu lieu au domicile d’une Accompagnante.

Les entretiens qui ont été menés auprès des familles visaient à déterminer le cadre dans lequel s'inscrit leur démarche de faire appel au service de l'accompagnement à la naissance, soit leurs motivations de départ et les besoins auxquels elles considèrent qu'il vient répondre.

Initialement, il fut envisagé d'effectuer des entretiens auprès de femmes et de couples en attente de la naissance de leur enfant, après que celui-ci soit né et, pour certains cas, avant et après la naissance. Toutefois, les contraintes du terrain ne l'ont pas permis.

Des entretiens avec trois familles ayant reçu le service ont toutefois pu être menés après la naissance de leur enfant, soit deux femmes et un couple.

Tous ont eu lieu au domicile des familles.

Les guides d'entretien élaborés en amont sont joints en annexe 3.

### 2-2-3-3- Le profil des Accompagnantes

Quatre Accompagnantes ont participé aux entretiens. Les contraintes du terrain ont impliqué qu'elles soient toutes en exercice au sein du même organisme. Il s'agit de travailleuses indépendantes, reliées par contrat à un centre de maternité montréalais fonctionnant sous le système d'une entreprise de service privé.

Agées de 30 à 38 ans, elles ont actuellement entre zéro et six enfants.

Toutes sont citoyennes canadiennes, à l'exception d'une qui est française.

Ces Accompagnantes sont issues de milieux professionnels variés. Les métiers qu'elles pratiquaient avant de devenir Accompagnantes étaient les suivants : adjointe administrative, éducatrice de jeunes enfants, animatrice d'assemblées-rédactrice, journaliste en santé.

Elles ont toutes complété une formation de base d'Accompagnante à la naissance. Deux d'entre elles ont reçu la formation de l'organisme auquel elles appartiennent actuellement.

Une a reçu la formation de base délivrée par un autre organisme, puis a effectué sa certification au CEMA (formation détaillé en page 16). La dernière a effectué sa formation de base comme sa certification au CEMA et a par la suite monté, en collaboration avec la directrice, la formation de base dispensée actuellement par son organisme d'appartenance.

Deux d'entre elles pratiquent l'accompagnement à la naissance à plein-temps, une le pratique à mi-temps en parallèle de son métier initial de journaliste, une est bénévole parce que débutante.

Leur ancienneté de pratique varie de 2 mois à 6 ans.

#### 2-2-3-4- Le profil des familles

Un entretien a été effectué auprès d'un couple, deux autres uniquement avec les mères, entre 6 mois et 7 ans après la naissance des enfants concernés par l'accompagnement.

Le couple a fait appel à l'accompagnement pour la naissance du premier et unique enfant.

Une femme a fait appel à ce service pour la naissance de ses deux enfants. Une autre s'est faite accompagnée pour la naissance de son deuxième enfant, le premier étant né en France.

Tous étaient en couple à la naissance de leurs enfants et avaient alors entre 21 et 29 ans.

Une femme est citoyenne canadienne ; une est française ; la dernière est française née au Sénégal, d'origine libano-marocaine. Le seul père qui pu être interrogé est citoyen canadien.

Lorsqu'elles ont pris les services d'une Accompagnante, les femmes interrogées exerçaient les métiers suivants : éducatrice de jeunes enfants, massothérapeute, commerciale. Le père interrogé était quant à lui monteur-vidéo.

#### **2-3- La naissance vue par des Accompagnantes et des familles accompagnées**

L'ensemble des personnes interrogées envisage la naissance comme un événement unique de la vie, qu'elles associent à une forme de « *miracle* », de « *magie* ». Mais toutes parlent également d'une période complexe durant laquelle émergent des sentiments contradictoires. Aussi, à l'envie et aux joies se mêlent doutes et angoisses.

Comme nous l'avons vu précédemment, la médicalisation de la naissance a entraîné de nombreux changements dans le déroulement d'un accouchement. Aussi, une Accompagnante illustre la perte des gestes et savoirs entourant la naissance au profit de la science et des techniques :

*« De toute façon y a moyen de savoir où une femme est rendue dans son travail sans faire d'examens vaginaux [...] en la regardant, en l'écouter... puis c'est rare qu'on s'trompe. Tsé, quand la mère commence à faire des bruits expulsifs... »*

Aujourd'hui, de nombreux touchers vaginaux sont effectués tout au long du travail d'accouchement par les infirmières ou les médecins afin de déterminer, par la mesure de la dilatation du col utérin, à quel stade de travail la femme se trouve. Pour procéder à cet examen, il est le plus souvent demandé à la parturiente de s'allonger sur le dos ce qui peut s'avérer douloureux, notamment lors des contractions.

La formation même des intervenants, du fait d'être axée sur l'intervention médico-technique n'envisageant pas le processus de l'accouchement comme naturel mais comme nécessitant cette intervention, ne permet plus de se baser sur l'écoute et l'observation de la physiologie. Tout est quantifié, dirigé, standardisé.

*« Dans l'fond, quand tu vas à l'hôpital, on t'couche sur l'dos, les pieds dans les étriers, puis on t'dit : « Ok, là tu prends ta respiration, tu pousses comme pour aller à la selle, puis tu comptes jusqu'à dix et à dix tu relâches. Tu r'prends ta respiration... [...] Tsé j'me dis r'gardes... du point de vue de la survie de l'espèce heu... C'est comme les femmes qui accouchaient à l'époque sans expert autour d'eux-autres pour les aider... elles savaient instinctivement, leur corps savaient instinctivement comment pousser l'bébé. »*

Ce ne sont toutefois pas les bienfaits des avancées des connaissances et des techniques scientifiques qui sont remises en cause. Les Accompagnantes voient en effet leur rôle comme « complémentaire » de celui du personnel soignant : elles accompagnent la physiologie et sont formées en ce sens alors que les médecins et les infirmières sont formés pour intervenir en cas de complications. Aussi, elles soulignent l'apport considérable de la médecine lors de

situations problématiques, voire dramatiques tout en spécifiant que « *la naissance d'un enfant c'est pas une maladie* ». Selon elles l'accouchement est un processus physiologique et devrait être considéré comme tel jusqu'à ce qu'un dysfonctionnement soit avéré. De là diffère l'approche globale de la naissance en ce que les uns la voient *a priori* comme un processus naturel à préserver tant qu'aucune pathologie ne vient le contre-carrer, quand les autres l'abordent comme un processus *a priori* source de risques élevés. Or, cette dernière approche de la naissance s'est diffusée dans la pensée commune, devenant source d'angoisse pour les futures mères et leur entourage. On observe alors une perte de confiance des femmes en leur capacité de mettre au monde leur enfant puisque la médecine est envisagée comme seule réponse possible à un événement envisagé *a priori* comme risqué.

*« Avec mon conjoint on s'est dit « Bah c'est des médecins, y savent de quoi y parlent [...] donc forcément y faut qu'on dise « Amen » à tout ce qu'ils racontent ». Donc sans chercher à poser de question. On s'en remet à eux, en leurs mains. »*

*« On a enlevé aux femmes la confiance en cette capacité d'accoucher... De nos jours les femmes n'accouchent pas, elles se font accoucher par des médecins. Carrément. On leur a imposé une vision à force de faire des césariennes, des épisiotomies, des inductions inutiles, on leur a montré que leur corps était incompetent et incapable d'accoucher sans le secours du dieu-médecin qui est là pour la sauver... Puis qu' finalement en bout d' ligne il fait mille tortures mais qu'y fait passer ça sous la sacro-sainte sécurité à l'accouchement alors que c'est utopique cette heu... Quand on r'garde qu'est ce qu'y s' passe quand on respecte la nature, on voit qu'en partant les femmes ont besoin de beaucoup moins d'interventions que quand on sort l'artillerie médicale moderne. »*

Par ailleurs, l'environnement médico-hospitalier de la naissance ne va pas toujours favoriser le bien-être des femmes. Aussi, le sentiment de solitude est un thème récurrent dans le discours des femmes interrogées concernant leur grossesse et leur accouchement. Elles se sentent en effet souvent isolées dans un environnement technico-médical hostile puisque méconnu. La présence et l'entière disponibilité de l'Accompagnante semblent ainsi à elles seules rassurantes dans un moment où les femmes se sentent relativement vulnérables.

*« La grossesse, l'accouchement pour un premier bébé c'est vraiment surréaliste. T'es démuni, t'es tout seul, quoi. On sait pas où on va. [...] C'est vraiment l'inconnu le plus total. »*

*« Quand t'es enceinte t'as beaucoup envie d'être privilégiée en fait. Qu'on s'occupe de toi. »*

*« Pour une société où on est très très heu... où on est quand même très seul heu... où on est à l'écart de tout heu... Je dis « de tout » c'est la famille... On a les amis mais bon heu... Voilà quoi, on vit différemment. Quand tu vis la grossesse et tout heu... les autres la vivent pas forcément en même temps. »*

*« [C'est] super difficile d'accoucher seule et d'être maman seule [...] »*

*« T'as besoin de te dire que même psychologiquement tu peux te... t'appuyer sur quelqu'un qui connaisse. »*

*« Juste parce que j'savais qu'elle [l'Accompagnante] allait être là [...] Puis ça allait être correcte parce que j'allais avoir du support puis j'serai pas toute seule. »*

*« En fait, la présence, c'est rassurer. C'est vraiment rassurer les parents, qu'y sachent qu'y a quelqu'un de confiance avec eux, qu'y connaissent [...] »*

L'Accompagnante se rend en effet très disponible pour les familles qu'elle accompagne. Les rencontres postnatales avec les futurs parents se déroulent de manière flexible et, si elles comportent des lignes thématiques, un espace de parole est prévu durant lequel les individus peuvent à leur guise poser des questions ou exprimer leurs inquiétudes. Par ailleurs, l'Accompagnante est joignable par téléphone vingt-quatre heures sur vingt-quatre en cas de besoin.

*« C'est à mesure qu'on a eu des rencontres que j'ai senti que c'était vraiment une personne ressource. On pouvait lui [l'Accompagnante] parler n'importe quand, heu... Si E. avait des préoccupations, elle pouvait toujours l'appeler. »*

Le soutien téléphonique se prolonge en période postnatale, moment où les nouvelles mères se trouvent particulièrement isolées, seules à leur domicile avec leur nouveau-né.

*« Puis après elle [l'Accompagnante] m'appelait, puis on discutait ensemble du bébé. Rien que ça, ça m'a fait énormément de bien. »*

*« C'est tellement bon, parce qu'on a besoin de se sentir valorisée, de se dire « Ben voilà, on a quelqu'un qui pense à nous. »*

Ce temps d'écoute et de parole accordé aux femmes semble faire défaut dans le contexte de la relation au médecin et lors de l'accouchement, notamment s'agissant de la réponse au besoin d'information exprimé par les individus.

*« J'avais besoin d'avoir quelqu'un que j pouvais poser toutes mes questions puis qu j savais qu elle allait m répondre [...] parce que quand on va chez le médecin heu... on a pas accès à toutes ces réponses, là. Puis j'avais besoin... d'être rassurée en fait. »*

*« Elle [la gynécologue] prenait pas l temps. »*

*« Donc la femme n'a pas l temps de parler de ses peurs, n'a pas l temps de parler de c qui la préoccupe. Elle n'a pas le temps d'être rassurée. »*

Ce temps que le personnel hospitalier ne peut pas offrir aux parturientes concernant le champ non-strictement médical, s'il est la conséquence d'un ensemble de facteurs telles les contraintes organisationnelles de travail, semble inhiber voire rendre impossible l'instauration d'une approche individuelle qui se baserait sur l'aspect humain et non seulement médico-technique. Ainsi, une femme interrogée dit avoir eu lors de son accouchement *« un peu*

*l'impression d'être à la chaîne* », d'autant que, comme c'est souvent le cas, sa gynécologue est apparue « *juste pour l'expulsion* ».

Une femme ayant eu un bloc honteux lors de son premier accouchement sans l'avoir demandé nous raconte comment son Accompagnante l'a aidée à surmonter sa « *panique* » lorsqu'au deuxième accouchement elle fut surprise par « *l'échauffement et les étirements* » ressentis à l'arrivée de l'enfant au niveau de la vulve. Son inquiétude ne trouvant pas de réponse auprès du personnel hospitalier présent, son Accompagnante l'a rassurée sur la normalité de ces effets ce qui lui a permis d'appréhender sereinement les poussées. Pour cela, elle nous dit : « *Une chance que mon Accompagnante elle ait été là !* »

Par ailleurs, la relation même du soignant au soigné semble pouvoir aboutir à une dépersonnalisation du patient. Si cela peut être la résultante d'un processus facilitant l'intervention médicale sur les corps par le personnel, cela peut d'autant plus insécuriser les individus et donner une perception négative de l'expérience. Aussi, une Accompagnante nous a fait part qu'un accouchement auquel elle avait assisté avait dû faire l'objet d'une césarienne. Lorsque la femme se trouvait sur un brancard dans le couloir, dans l'attente de se faire transférer au bloc opératoire, une infirmière est apparue et, s'adressant à un autre soignant, a dit : « *C'est la césarienne ? Mets ça là !* » Il semblerait que ce manque d'attention envers les parents les ait profondément déstabilisés, d'autant que l'imminence de l'intervention chirurgicale imprévue était source d'angoisse par elle-même. En outre, au-delà de sa présence, l'Accompagnante a pu fournir des explications complémentaires aux parents sur la nécessité de pratiquer une césarienne et offrir une écoute rassurante.

Les bénéfices de l'aide et du soutien d'une Accompagnante sont particulièrement soulignés par les personnes interrogées.

*« C'était très rassurant de savoir que peu importe ce qui arriverait cette journée là, elle [l'Accompagnante] allait être là puis en pleine possession d'ses moyens, puis elle allait être là pour nous aider. »*

*« J'avais besoin qu'on me motive. »*

*« On se sent tellement seul à l'hôpital. »*

Le seul père interrogé a perçu l'accompagnement « *comme une chaîne* », le soutien de l'Accompagnante lui ayant permis de se focaliser sur le soutien de sa compagne : « *Ca a évité que je m'éloigne d'E.* »

En outre, l'Accompagnante peut favoriser des mesures de confort pour le bien-être de la parturiente et de son conjoint. Cela peut consister simplement à leur apporter à manger ou à se faire le relais du conjoint lorsque celui-ci ressent le besoin de se reposer. Il peut s'agir également, comme nous le raconte une Accompagnante, de mettre une serviette de toilette pliée sous les genoux d'une parturiente qui viendrait à s'agenouiller au sol durant le travail d'accouchement. Il est finalement ici question de répondre à tout besoin, exprimé ou observé. Ainsi, la présence continue de l'Accompagnante lors de l'accouchement, quelle qu'en soit sa durée, permet un soutien constant.

Il semble ainsi que ce soit cette relation d'aide qui ait incité les Accompagnantes interrogées à exercer ce métier. A la suite de rencontres avec le milieu de l'accompagnement, envisager d'apporter leur soutien aux femmes enceintes et lors de leur accouchement est venu résonner avec leur propre cheminement dans la naissance.

L'une a eu une expérience si satisfaisante de son accouchement qu'elle a souhaité pouvoir la partager, d'autant que les récits d'accouchement de certaines personnes de son entourage étaient quelque peu négatifs.

*« C'est tout le temps catastrophique, c'est tout le temps urgent... ou déplaisant ou... C'était pas mal catastrophique ! [...] J'ai adoré mon expérience. J'ai dit « Mon Dieu, ça a pas d'bon sens, il faut que ça soit... » J'veux pas dire comme ça pour tout l'monde, mais ça peut aider. Ca peut être quelque chose d'agréable. J'aimerais ça faire découvrir ça aux gens. »*

Une autre, au contraire, a connu un premier accouchement difficile et souhaitait aider d'autres femmes à ne pas vivre la même expérience :

*« J'avais vécu quand même un premier accouchement en milieu hospitalier difficile, là, heu... donc qui m'avait quand même un peu traumatisée. Et après ça mes quatre autres j'avais réussi à avoir de beaux accouchements, heu... tsé, heu...en faisant respecter mes droits et tout ça. Donc quand elle m'a parlé de ça, j'ai dit « ah, c'est génial, j'aimerais ça faire ça, aider d'autres personnes à pas être obligées de passer par ce que j'ai passé pour le premier. »*

La notion de respect des droits des parturientes qui apparaît ici englobe plusieurs aspects qui se trouvent également au centre des préoccupations des Accompagnantes dans leur pratique ainsi que des familles recevant le service.

En premier lieu, il s'agit d'informer ou d'être informé sur le processus de la grossesse et de l'accouchement physiologique ainsi que sur les moyens de favoriser leur bon déroulement. En outre, cette information peut donner ou redonner aux femmes confiance en leur capacité de mettre au monde leur enfant. Une Accompagnante nous dit ainsi :

*« Je trouvais que c'était fascinant de voir que les femmes n'étaient pas assez au courant de la force qu'elles avaient en elles physiologiquement. »*

Aussi, une femme n'ayant pas encore d'enfant nous explique la vision qu'elle avait de l'accouchement avant d'assister à une naissance en présence d'une Accompagnante et d'envisager de devenir Accompagnante elle-même :

*« Accoucher selon moi c'était comme... la douleur était atroce et je pouvais pas concevoir qu'une femme prenne pas la péridurale. [...] J'ai vu une maman qui accouchait non pas dans une douleur atroce mais dans un état de confiance, de relaxation [...] C'était vraiment loin des accouchements horribles, d'histoires d'horreur que j'avais pu imaginer en tant que femme ! [...] Je suis tombée dedans comme Obélix. J'ai été vraiment interpellée par la naissance de c't'enfant là. »*

La recherche même d'information par les femmes peut être l'expression d'une volonté d'appropriation de leur expérience.

*« J'me suis dit que je devais prendre les choses en main. C'est ma grossesse, c'est mon expérience, c'est mon corps, c'est à moi quand même de prendre les choses en main. »*

Et une Accompagnante de dire :

*« On est là pour aider, mais si y sont suffisamment solides, on les r'garde aller... C'est génial ! »*

L'Accompagnante se pose alors comme personne ressource, mais qui s'effacera si les parents ne présentent pas de besoins spécifiques.

Egalement, l'information donnée aux couples lors des rencontres prénatales semble pouvoir favoriser l'implication du père en ce que la naissance est abordée comme une expérience individuelle et de couple au sein de laquelle chacun des parents a un rôle. Le père interrogé nous dit :

*« J'pensais que c'était vraiment plus avec la mère. En fait, j'imaginai pas avoir besoin d'être là à ce moment là [lors des rencontres prénatales]. Puis tout de suite elle [l'Accompagnante] m'a impliqué dans l'processus puis elle m'a embarqué dans les rencontres puis à dire « Ben, oui, tu vas avoir ton rôle à jouer, puis t'as des trucs à faire puis... » [...] Puis heu... ben en même temps j'trouvais ça intéressant de faire partie de ça parce que juste c'est un processus qu'on vivait ensemble puis... C'est ça. »*

Ainsi, l'Accompagnante lui a notamment enseigné quelques gestes de massage favorisant la relaxation de sa conjointe et a permis, par les informations qu'elle a fourni en prénatal, que le père puisse trouver sa place, un rôle à tenir, auprès de sa conjointe mais également en tant qu'acteur de son expérience propre. Il a notamment, selon son choix, aidé son enfant à sortir du ventre maternelle.

L'information apportée par les Accompagnantes se veut en effet la plus ouverte possible, dans le but de permettre aux futurs parents de faire des choix en fonction de ce qu'ils souhaitent.

*« Donc tu peux vraiment essayer de trouver une voie qui t'conviens. »*

La notion de « choix éclairé » est ici très importante et prend son sens en ce que l'information distillée par les personnels médicaux se trouve souvent biaisée par la vision standardisée d'un accouchement médicalisé.

*« On [le médecin] lui [la femme] balance des prescriptions, toutes sortes de tests et d'traitements par la tête, sans trop lui expliquer qu'est-ce qu'y s'passe, sans trop lui dire pourquoi heu... c'est quoi les avantages et les inconvénients. »*

Pour autant, les Accompagnantes ne cherchent pas, par ces informations, à engager les futurs parents sur une voie unique qui viendrait s'opposer à toute approche médicale.

*« J'vois un p'tit peu le rôle d'Accompagnante comme heu... ben une personne qui est là pour dire aux gens qu'y ont des choix. Pour leur dire quels sont les choix qu'y peuvent faire, mais pas leur imposer ma manière à moi d'voir les choses. Ca j'trouve que... c'est comme pas une bonne idée, là, parce que bon heu... les gens sont pas tous au même point. [...] Donc c'est d'accompagner les gens pour les aider à vivre une belle expérience mais selon eux-autres c'qu'y ont l'goût d'vivre... pas selon moi, là, mes principes de base à moi. »*

*« Tant qu'on respecte le choix des parents ! Faut pas tomber dans l'autre extrême, dans le même piège que les médecins qui n'offrent pas le choix aux parents puis qui leur impose leur vision à eux. »*

Les Accompagnantes sont ainsi amenées à accompagner des femmes qui envisagent de prendre une péridurale voire qui font le choix d'un accouchement par césarienne. Les rencontres prénatales ont alors pour but de fournir l'information quant aux différentes

interventions médicales en indiquant les avantages et les inconvénients pour chacune d'elles en se basant sur des études scientifiques. Les motivations des individus quant à ces choix seront alors abordées, permettant notamment de mieux cerner la manière dont est envisagé l'accouchement et donc plus largement la naissance de l'enfant. Cela peut s'avérer d'autant intéressant que peuvent ressortir des histoires de vie difficile aux vues desquelles l'Accompagnante pourra adapter son approche. L'accompagnement, du fait de sa continuité, est personnalisé. En outre, les Accompagnantes sont les seules personnes extérieures au couple au moment de l'accouchement qui connaissent les individus, leurs peurs et leurs désirs.

*« Elle [l'Accompagnante] savait ce qu'on voulait. »*

Le temps de l'accouchement est complexe en ce qu'il est celui de fortes émotions et de sensations nouvelles particulièrement intenses. En cela, il n'est souvent pas aisé pour les individus de se positionner en temps que sujet de droit, notamment s'agissant d'exprimer des choix et de les faire respecter. L'Accompagnante, connaissant au préalable le couple et par la relation de confiance qu'elle aura su construire avec eux, pourra se faire en quelque sorte la voix des parents.

*« Avoir quelqu'un à côté de moi qui est détaché, qui est objectif mais en même temps qui peut m'aider un peu à pas avoir à penser à qu'est-ce qu'y s' passe finalement. »*

*« Je cherchais la présence, quand même, qui va parler pour nous. Parce que nous on est pas dans un moment où on prend des décisions. »*

Une femme raconte ainsi qu'elle avait obtenu l'accord de son médecin de ne pas avoir de soluté lors de son accouchement. Or, celui-ci était absent durant le travail d'accouchement et l'infirmière a tenu à appliquer le protocole en la matière, malgré les protestations de la parturiente. L'infirmière a ainsi tenté à neuf reprises de poser le soluté. Cette femme se trouvait alors à un stade avancé de l'accouchement et observait donc de fortes contractions très rapprochées : elle dit avoir vécu l'obstination de l'infirmière comme une agression. Son Accompagnante, présente à ce moment, n'a pas intervenue. C'est le médecin qui, passant par là, a indiqué à l'infirmière le refus de soluté initialement convenu avec la patiente. Cette femme nous dit alors déplorer que son Accompagnante ne soit pas intervenue pour faire valoir

son choix initial en soulignant qu'à un tel stade du travail d'accouchement il est fort peu aisé de se décentrer et de rentrer dans de quelconques formes de négociations :

*« J'aurais aimé qu'elle [l'Accompagnante] vienne prendre ma défense, parce que j'étais pas capable. »*

L'articulation des rôles des Accompagnantes et du personnel hospitalier ne semble pas toujours aisée en ce que la pratique même des Accompagnantes n'est pas toujours bien connue des soignants et qu'une légitimité ne leur est pas encore accordée par l'ensemble du milieu médical. Les Accompagnantes doivent alors être vigilantes et préserver l'équilibre entre le respect des choix des parents et le respect des personnels hospitaliers qui se trouvent dans leur lieu de pratique.

*« On [les Accompagnantes] est plus là pour s'assurer que leur intimité [des parents] est sauvegardée dans le respect du corps hospitalier. »*

*« Puis là j'ai pas osé m'interposer trop parce que moi j'ai peur qu'à un moment donné y [les soignants] disent : « Bes r'gardes, les Accompagnantes on en veut pas. » [...] On [les Accompagnantes] est un p'tit peu entre l'arbre et l'écorce : faut agir, mais doucement. »*

*« Je pense qu'y en a qui sont très militantes, très confrontantes au système hospitalier. Ca c'est plat et ça nuit à l'ensemble des Accompagnantes. [...] Je pense que c'est beaucoup l'attitude qui fait une différence. »*

Toutefois, la méfiance des personnels soignants à l'égard des Accompagnantes semble s'atténuer à mesure que les mêmes Accompagnantes retournent dans les mêmes services hospitaliers et que la pratique se fait connaître. La relation semble alors évoluer vers un respect mutuel envisageant la collaboration comme intéressante et utile tant pour les parturientes elles-mêmes que pour les soignants. Ainsi, la charge de travail des infirmières peut se trouver allégée par les Accompagnantes. Celles-ci connaissant les femmes en amont de l'accouchement, elles peuvent guider les infirmières sur certains aspects et, de part leur présence continue, les alerter au besoin. Aussi, la connaissance du service et de ses habitudes de pratique permet à l'Accompagnante d'anticiper et d'aider les infirmières à certaines tâches.

Il peut ainsi s'agir d'aller seule chercher des glaçons pour la parturiente dans le local des infirmières ou d'aider ces dernières à changer les draps d'un lit à des moments où l'activité de travail se fait plus intense.

Au travers des entretiens qui ont été menés, nous pouvons constater que la pratique de l'accompagnement à la naissance ne se situe pas en opposition avec la pratique médicale hospitalière, mais vient se positionner en complémentarité de celle-ci. Le contexte hospitalier actuel contraint les soignants à se concentrer sur une approche médico-technique de la personne, délaissant de fait pour une part non négligeable l'aspect émotionnel.

Il semble alors que dans cette période de vulnérabilité les femmes, les couples, ressentent un fort sentiment d'isolement et d'inquiétude quant à ce qu'ils vivent. La question du temps semble ici primordiale, les besoins exprimés se centrant sur le soutien, le réconfort, l'écoute. Egalement, la personnalisation de la relation semble accroître ici la possibilité de confiance en ce qu'elle se trouverait partagée. En outre, une Accompagnante à la naissance envisage la naissance comme un processus naturel pour lequel les femmes possèdent des compétences, qu'elles soient physiques ou mentales.

Il semblerait par ailleurs qu'avoir recours à une Accompagnante soit l'expression d'une volonté des femmes et des couples de prendre pleinement part à l'événement. La recherche d'informations des individus apparaît notamment comme un moyen de faire des choix en fonction de leurs souhaits et de leurs besoins.

Les Accompagnantes à la naissance interrogées semblent orienter leur pratique dans une même optique, à savoir permettre aux femmes et aux couples qui le souhaitent d'obtenir une information la plus complète possible sur le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement ainsi que d'apporter un soutien physique et émotionnel constant.

## CONCLUSION

La naissance est un événement social à présent réglementé par les normes et les valeurs d'une logique scientifique et médicale. L'incursion de la médecine en périnatalité a en effet modifié les modalités de la naissance tant dans sa définition même que dans son contexte. La naissance est ainsi définie comme un événement aux facteurs de risques importants dont il est essentiel de se prémunir. La gestion de ses risques se trouve sous la responsabilité des personnels médicaux que sont les médecins et les infirmières qui doivent observer une approche standardisée de la naissance basée sur l'intervention médico-technique. La responsabilité des individus est également engagée par l'imprégnation du discours normatif de la santé publique visant à réduire l'exposition de la population à ces facteurs de risques. Les comportements individuels se trouvent alors régis par l'angoisse de complications qui pourraient survenir durant la grossesse et l'accouchement, les individus ne voyant d'autre recours que de s'en remettre aux « experts » et à leur approche médico-centrée, seuls vus comme capables de faire parvenir la naissance à une heureuse issue. Ils se soumettent alors à des protocoles médicaux standardisés, appliqués à l'ensemble des femmes enceintes et des parturientes.

Il semble en effet que la primauté du savoir scientifique sur le savoir profane ait entraîné une perte de confiance des individus en leurs connaissances ainsi qu'en leur capacité de donner naissance. La délégation de tout pouvoir au corps médical vient alors modifier l'expérience de la naissance en ce que les individus se trouvent passifs et donc dans un rapport de soumission au corps médical. Or, la naissance en tant qu'expérience individuelle est porteuse d'attentes et de désirs dépassant la seule perspective de santé de la mère et de l'enfant. En outre, chaque naissance est un événement unique pour les individus. Une forme de frustration peut alors naître de la standardisation et de la prise en charge de la naissance par l'institution médicale qui, sous l'influence d'un ensemble de facteurs, tend à l'envisager principalement sur le plan médical.

La dimension affective de la naissance semble peu considérée par les intervenants médicaux, tant du fait d'un contexte organisationnel contraignant que de leur formation même. Mais des sentiments complexes entourent la naissance et font se mêler la joie à l'inquiétude. Les femmes et les couples semblent alors avoir des besoins sur le plan émotionnel qui ne trouvent pas nécessairement de réponse dans le système hospitalier actuel. En outre, une présence rassurante et un soutien sont recherchés. Il est alors question de

personnalisation de la relation avec les intervenants médicaux qui viendraient apporter réconfort et encouragements. Mais, dans un contexte de pénurie de personnel où le temps consacré à chaque individu est compté, cela paraît peu faisable.

Le besoin des parents d'être informés de ce qui va et de ce qui est en train de leur arriver semble également prendre une part importante. En outre, une information la plus complète possible leur offre une possibilité de s'approprier l'événement en s'en faisant les principaux acteurs, notamment par le pouvoir de décision qu'elle apporte. Là encore, l'approche médico-centrée des intervenants ne le permet pas toujours. Cela nécessiterait notamment l'adhésion des interlocuteurs médicaux à un principe de réciprocité, reconnaissant de fait une légitimité aux connaissances que les femmes possèdent en matière de leur grossesse et de leur accouchement.

Dans ce contexte, la pratique de l'accompagnement à la naissance semble pouvoir venir combler une place laissée vacante. En outre, il ne s'agit pas pour les Accompagnantes de se substituer au personnel médical hospitalier, mais bien d'apporter une réponse aux besoins émotionnels et informatifs des individus, en complément des apports médico-techniques œuvrant sur le plan de la sécurité. La disponibilité et la continuité du suivi offerts par les Accompagnantes permet, par la construction d'une relation de confiance avec les femmes et les couples, d'apporter une aide et un soutien personnalisés durant la grossesse et l'accouchement. Un travail de collaboration entre les intervenants médicaux et les Accompagnantes paraît par ailleurs pouvoir favoriser le sentiment de satisfaction des individus quant à leur expérience du fait de leurs apports complémentaires, à savoir la sécurité sanitaire associée à un soutien émotionnel et informatif personnalisé.

La valorisation des capacités individuelles ainsi que de l'expérience propre des individus semble par ailleurs concourir à ce que les femmes et les couples s'approprient l'événement de la naissance de leur enfant en s'en faisant les acteurs principaux.

A la question de savoir si la gestion sociale de l'événement de la naissance peut s'articuler à sa gestion individuelle, l'accompagnement à la naissance semble pouvoir apporter une réponse.

Toutefois, ces deux approches posent une question qui apparaît essentielle : à qui appartient la naissance ?

## RÉFÉRENCES

### Ouvrages

BELMONT Nicole, « Naissance », in BONTE Pierre et IZARD Michel (sous la direction de), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, QUADRIGE/PUF, Paris, 2002, 842 p.

BERGERET-AMSELEK Catherine, *Le mystère des mères*, Desclée de Brouwer, Paris, 1998, 172 p.

HOURS Bernard (sous la direction de), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala, coll. médecine du monde, Clamecy, 2001, 358 p.

JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, PUF, Coll. Partage du savoir, Paris, 2007, 209 p.

KLAUS Marshall H., KENNEL John H., KLAUS Phyllis H., *The Doula book. How a trained labor companion can help you have a shorter, easier, and healthier birth*, Perseus Books Group, February 2003, 256 p.

KNIBIEHLER Yvonne, *La Révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997, 367 p.

SAILLANT Francine, O'NEILL Michel (sous la direction de), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Saint Martin, Montréal, 1987, 450 p.

VADEBONCOEUR Hélène, *Une autre césarienne, non merci*, Québec/Amérique, Coll. Santé. Alternatives, Montréal, 1989, 322 p.

### Article

MOREL Marie-France, « Histoire de la douleur dans l'accouchement (2<sup>e</sup> partie) Du soulagement à la suppression de la douleur » in *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, n°71, Mai 2002, p. 42.

## **Mémoires et thèses**

NB : au Québec, une Maîtrise équivaut à la 5<sup>ème</sup> année d'études universitaires.

BARDY Jean-Didier, *Analyse socio-politique de la situation actuelle des sages-femmes au Québec*, mémoire de Maîtrise en administration de la santé, sous la direction de DUSSAULT Gilles et FOREST Pierre-Gerlier, Université de Montréal (Québec), mai 1988, 229 p.

BOILARD Huguette, *L'accompagnante et la maternité : une réponse traditionnelle à une anxiété moderne*, mémoire de Maîtrise d'anthropologie, sous la direction de DAGENAI Huguette, Université Laval (Québec), juillet 1998, 157 p.

VADEBONCOEUR Hélène, , *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle t-on ?*, Thèse de Doctorat en sciences humaines appliquées, sous la direction de COUTURE Denise et BIBEAU Gilles, Université de Montréal (Québec), Février 2004, 341 p.

## **Rapports**

Actes du colloque *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix ?*, 25 et 26 avril 2003, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 134 p.

SIA Drissa, BLAIS Régis, *L'accompagnement à la naissance : aperçu des bénéfices et des coûts*, GRIS, R07-01, Université de Montréal, Juin 2007, 26 p.

HIVON Myriam, JIMENEZ Vania, *Perception d'une naissance et naissance d'une perception : où en sont les femmes ?*, Rapport de recherche présenté au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Centre de recherche et de formation, Université Mc Gill, Hiver 2007, 88 p.

## **Sites Internet**

Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C., « Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour » in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub2, 2005.

<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000331.html>

Organisation Mondiale de la Santé

[http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p5\\_p8\\_dialogue.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p5_p8_dialogue.html)

[http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p47\\_p58\\_anesthesie.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p47_p58_anesthesie.html)

[http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p71\\_p94\\_eutocique.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p71_p94_eutocique.html)

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1

### **Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement:**

#### **Guide destiné à la sage-femme et au médecin**

Par l'Organisation Mondiale de la Santé

Section 1 - Principes cliniques

#### **Etablir un dialogue avec la patiente et sa famille**

Le plus souvent, la grossesse est un moment de joie et d'attente mais ce peut être aussi un moment d'anxiété et d'appréhension. Le fait d'établir un dialogue véritable avec la patiente et sa famille peut aider la patiente à se sentir en confiance avec ses prestataires de soins.

Lorsqu'une femme présente des complications, il arrive qu'elle éprouve des difficultés à se confier à celui qui la soigne et à lui exposer ses problèmes. Dans ce cas, il incombe à l'équipe soignante tout entière de discuter avec elle, en faisant preuve de respect, et de la mettre à l'aise.

Le fait de se focaliser sur la patiente signifie pour le prestataire de soins et le personnel :

- respecter sa dignité et son droit à l'intimité ;
- être attentif à ses besoins ;
- ne pas porter de jugement sur les décisions qu'elle et sa famille ont prises jusqu'ici en matière de soins.

On peut certes désapprouver le comportement à risque d'une femme ou une décision qui s'est traduite par une recherche tardive d'aide, c'est compréhensible. Cependant, il n'est pas acceptable qu'on lui manque de respect ou qu'on ne prête pas toute l'attention nécessaire à une affection qui résulte d'un tel comportement. Une fois que la complication a été prise en charge, mais pas avant, on doit conseiller la patiente pour l'amener à modifier son comportement.

## **Les droits des patientes**

Il est important que les prestataires de soins sachent quels sont les droits des patientes lorsqu'ils leur dispensent des soins liés à la maternité :

- Toute patiente qui reçoit des soins a le droit d'être informée de son état de santé.
- Toute patiente a le droit d'être écoutée dans un cadre dans lequel elle se sent en confiance.
- Une patiente doit savoir à l'avance quel type d'intervention elle va subir.
- Les interventions doivent être réalisées dans un cadre (par exemple, dans une salle de travail) dans lequel le droit de la patiente à l'intimité sera préservé.
- Lorsqu'on dispense des soins à une patiente, il faut l'aider à se sentir aussi à son aise que possible.
- Une patiente a le droit d'exprimer son avis quant aux soins qu'elle reçoit.

Lorsqu'un prestataire de soins parle à une patiente de sa grossesse ou d'une complication dont elle souffre ou a souffert, il doit avoir recours aux techniques de communication de base. Ces techniques l'aideront à établir une relation de sincérité, de bienveillance et de confiance avec la patiente. Une patiente qui fait confiance à un prestataire de soins et qui a le sentiment que celui-ci/celle-ci a à cœur de protéger ses intérêts a plus de chances de revenir dans l'établissement pour accoucher ou de s'y présenter rapidement en cas de complication.

## **Techniques de communication**

Parler calmement et assurer la patiente du caractère confidentiel de la conversation.

Prendre en considération tous les aspects culturels et religieux et faire preuve de respect pour ses opinions.

Il convient également :

- d'encourager la patiente et sa famille à parler honnêtement et sans retenue de ce qui a entouré la complication ;
- d'écouter ce que la patiente et sa famille ont à dire et de les encourager à confier leurs préoccupations en essayant de ne pas les interrompre ;
- de respecter l'intimité de la patiente en fermant la porte ou en tirant les rideaux qui entourent la table d'examen ;
- de lui faire savoir qu'elle est écoutée et comprise ;

- de la soutenir en utilisant la communication non verbale, telle que des hochements de tête et des sourires ;
- de répondre à ses questions de façon directe, sur un ton calme et rassurant ;
- de lui expliquer comment on va procéder pour traiter la complication ;
- de lui demander de répéter les points principaux pour s'assurer qu'elle les a compris.

Lorsqu'une patiente doit subir une intervention chirurgicale, lui expliquer la nature de cet acte et les risques qu'il comporte et l'aider à atténuer son anxiété. L'intervention et le réveil sont plus difficiles pour les femmes extrêmement anxieuses.

Source :

[http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p5\\_p8\\_dialogue.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p5_p8_dialogue.html)

## ANNEXE 2

### **Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin**

#### Section 1 - Principes cliniques

#### **Travail et accouchement eutociques**

##### **Travail eutocique**

Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).

Evaluer l'état du fœtus :

- Ecouter le rythme cardiaque fœtal immédiatement après une contraction. Compter les battements cardiaques fœtaux pendant une minute entière, au moins toutes les 30 minutes pendant la phase active et toutes les 5 minutes pendant la phase d'expulsion. Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 100 btts/ min ou supérieur à 180 btts/min), penser à une souffrance fœtale.
- Si les membranes sont rompues, prendre note de la couleur du liquide amniotique qui s'écoule. La présence d'un méconium<sup>III</sup> épais indique qu'il faut surveiller attentivement la patiente et qu'il peut être nécessaire d'intervenir pour traiter une souffrance fœtale. L'absence d'écoulement après la rupture des membranes indique un oligoamnios<sup>IV</sup>, qui risque d'être associé à une souffrance fœtale.

##### **Accompagnement pendant le travail et l'accouchement**

Encourager la future mère à se faire accompagner par une personne de son choix qui lui apportera un soutien personnel tout au long du travail et de l'accouchement.

Encourager l'accompagnant qu'elle a choisi pour son accouchement à la soutenir.

Faire le nécessaire pour que l'accompagnant puisse s'asseoir auprès d'elle.

---

<sup>III</sup> Matières fécales paisses et collantes excrétées par le nouveau-né pendant ses premiers jours de vie. L'expulsion dans le liquide amniotique du méconium entraîne un risque d'inhalation pour l'enfant : il peut obstruer les voies aériennes et lésier les poumons.

<sup>IV</sup> Anomalie de la grossesse caractérisée par une quantité insuffisante de liquide amniotique par rapport à l'état d'avancement de la grossesse.

Encourager l'accompagnant à lui apporter un soutien adapté pendant le travail et l'accouchement (à lui masser le dos, lui essuyer le front avec un gant humide, l'aider à se déplacer).

Veiller à ce que la communication passe bien avec le personnel et à ce que celui-ci apporte un soutien satisfaisant à la patiente :

- à ce qu'il lui explique tout ce qui va être fait, sollicite son autorisation et lui fasse part des résultats ;
- à ce qu'il crée un climat dans lequel elle se sente soutenue et encouragée pour accoucher et où elle ait le sentiment qu'on respecte sa volonté ;
- à ce qu'il veille à son intimité et à la confidentialité des actes et entretiens.

Veiller à l'hygiène de la patiente et de son environnement :

- l'encourager à se laver, à prendre un bain ou une douche au début du travail ;
- laver les régions de la vulve et du périnée avant chaque examen ;
- se laver les mains au savon avant et après chaque examen ;
- veiller à la propreté du/des lieu(x) prévu(s) pour le travail et l'accouchement ;
- nettoyer immédiatement toute projection ou tout écoulement de liquide.

Veiller à sa mobilité :

- l'encourager à se déplacer librement ;
- approuver la position qu'elle a choisie pour accoucher (cf. figure P-2).

L'encourager à vider sa vessie régulièrement.

**Note** : Ne pas donner systématiquement un lavement aux femmes en travail.

L'encourager à boire et manger à sa convenance. Si elle est visiblement très amaigrie ou se fatigue pendant le travail, veiller à ce qu'elle soit nourrie. Les boissons nutritives sont importantes, même à un stade avancé du travail.

Lui enseigner les techniques respiratoires pour le travail et l'accouchement. L'encourager à expirer plus lentement qu'à l'accoutumée et à se détendre à chaque expiration

Si la patiente est anxieuse ou effrayée ou si elle souffre pendant le travail :

- la féliciter, l'encourager et la rassurer ;
- lui expliquer le processus du travail et la tenir au courant du déroulement des événements ;

- l'écouter et être attentif à ce qu'elle ressent.

Si la douleur est très pénible :

- suggérer à la patiente de changer de position (cf. figure P-2) ;
- l'encourager à ne pas rester immobile ;
- encourager son accompagnant à lui masser le dos ou à lui tenir la main et à lui éponger le visage entre les contractions ;
- l'encourager à mettre les techniques respiratoires en application ;
- l'encourager à prendre un bain ou une douche chauds ;

[...]

**Figure P-2**

**Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant le travail**



### **Diagnostic**

Le diagnostic du travail comprend :

- diagnostic et confirmation du travail ;
- diagnostic du stade et de la phase du travail ;
- évaluation de l'engagement et de la descente du fœtus ;
- détermination de la présentation et de la position du fœtus.

Un diagnostic erroné du travail peut être une source d'anxiété et d'interventions inutiles.

### **Diagnostic et confirmation du travail**

On peut présumer que le travail est commencé ou commencera sous peu si la patiente

a :

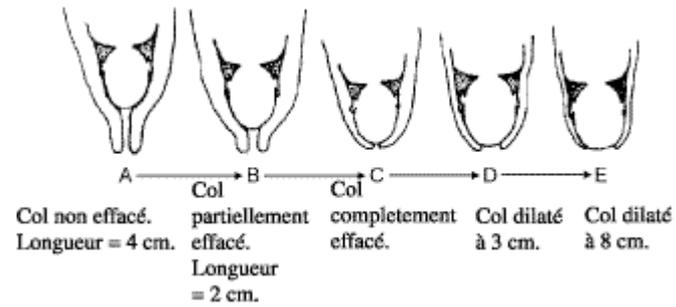
- des douleurs abdominales intermittentes après 22 semaines de grossesse ;
- des douleurs généralement associées à des pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (expulsion du bouchon muqueux) ;
- des pertes vaginales aqueuses ou un écoulement d'eau soudain.

Le début du travail est confirmé s'il y a :

- effacement du col : raccourcissement et amincissement progressifs du col ;
- dilatation du col : élargissement du diamètre de l'orifice, en cm (cf. figure P-3, A-E, ci-dessous).

**Figure P-3**

**Effacement et dilatation du col**



**Tableau P-8**

**Diagnostic du stade et de la phase du travail<sup>a</sup>**

| symptômes et signes cliniques                         | stade                   | phase                           |
|---|-------------------------|---------------------------------|
| • Col non dilaté non entamé                           | faux<br>travail/travail |                                 |
| • dilatation du col inférieure à 4 cm                 | premier stade           | Phase de latence                |
| • dilatation du col comprise entre 4 et 9 cm          | premier stade           | Phase active                    |
| • rythme de dilatation généralement de 1cm/h au moins |                         |                                 |
| • début de la descente fœtale                         |                         |                                 |
| • col complètement dilaté (10 cm)                     | deuxième stade          | phase initiale<br>(d'expulsion) |
| • poursuite de la descente fœtale                     |                         |                                 |
| • pas de forte envie de pousser                       |                         |                                 |
| • col complètement dilaté (10 cm)                     | deuxième stade          | phase finale                    |
| • la présentation fœtale atteint le plancher pelvien  |                         | (d'expulsion)                   |
| • forte envie de pousser                              |                         |                                 |

<sup>a</sup>Le troisième stade du travail débute avec l'accouchement et se termine avec l'expulsion du placenta

**Descente – palper abdominal**

Par un palper abdominal, mesurer la descente de la tête en cinquièmes de tête palpables au-dessus de la symphyse pubienne (cf. figure P-4, A-D, ci-dessous).

Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes (5/5) sont palpables (cf. figure P-4, A-B, ci-dessous).

Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessous de la symphyse pubienne, elle n'est pas du tout (0/5) palpable.

**Figure P-4**

**Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale**



A. La tête est mobile au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes sont palpables



B. La saillie du moignon de l'épaule est à 5 travers de doigts de la symphyse pubienne



C. les 2 cinquièmes de la tête sont palpables au-dessus de la symphyse



D. La saillie du moignon de l'épaule est à 2 travers de doigts de la symphyse pubienne

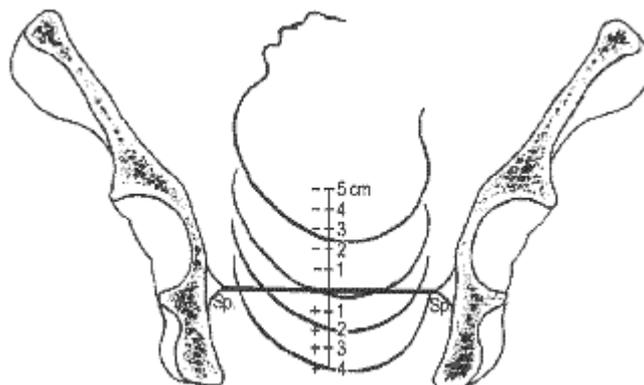
**Toucher vaginal**

Si nécessaire, procéder à un toucher vaginal pour estimer la descente du mobile fœtal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel (cf. figure P-5).

[...]

**Figure P- 5**

**Estimation de la descente de la tête fœtale par un toucher vaginal ;  
le niveau 0 se trouve au niveau des épines sciatiques**

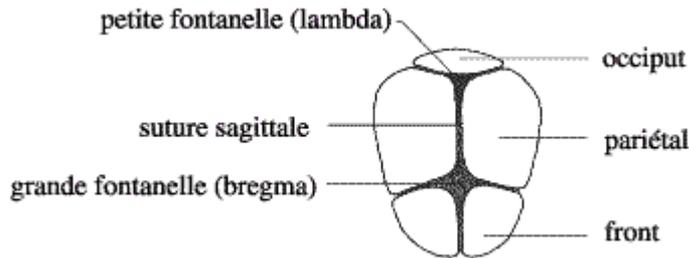


### Présentation et position : déterminer la présentation

La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale. Considérer toute présentation autre que le sommet comme dystocique.

Pour la présentation du sommet, utiliser les points de repère du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête fœtale dans le bassin maternel (cf. figure P-6).

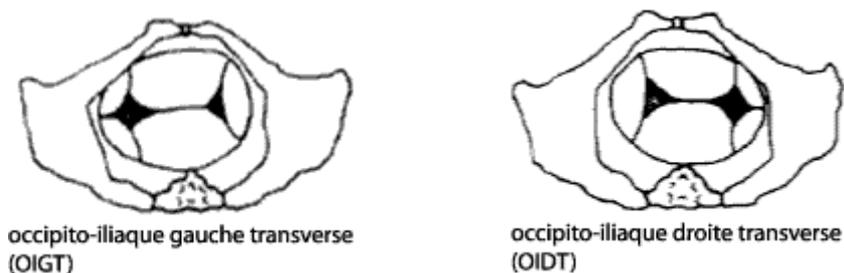
**Figure P- 6**  
**Repères du crâne fœtal**



### Déterminer la position de la tête fœtale

Normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel (figure P-7).

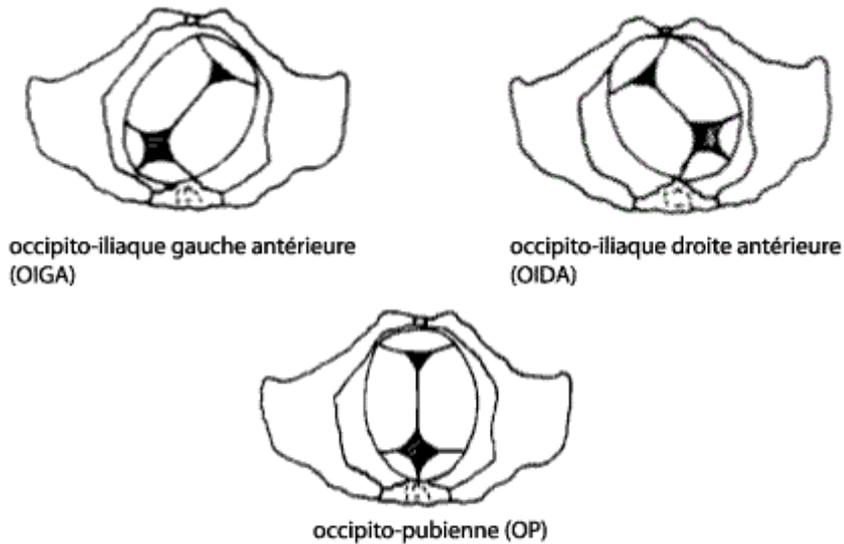
**Figure P- 7**  
**Positions occipito-iliaques transverses**



La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel (positions occipitales antérieures, cf. figure P-8). En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure.

**Figure P- 8**

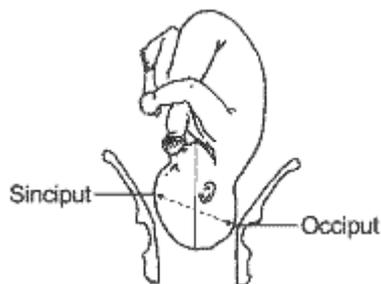
**Positions occipitales antérieures**



La présentation normale a une caractéristique supplémentaire : c'est un sommet bien fléchi (cf. figure P-9), position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma).

**Figure P- 9**

**Sommet bien fléchi**



**Estimation du déroulement du travail**

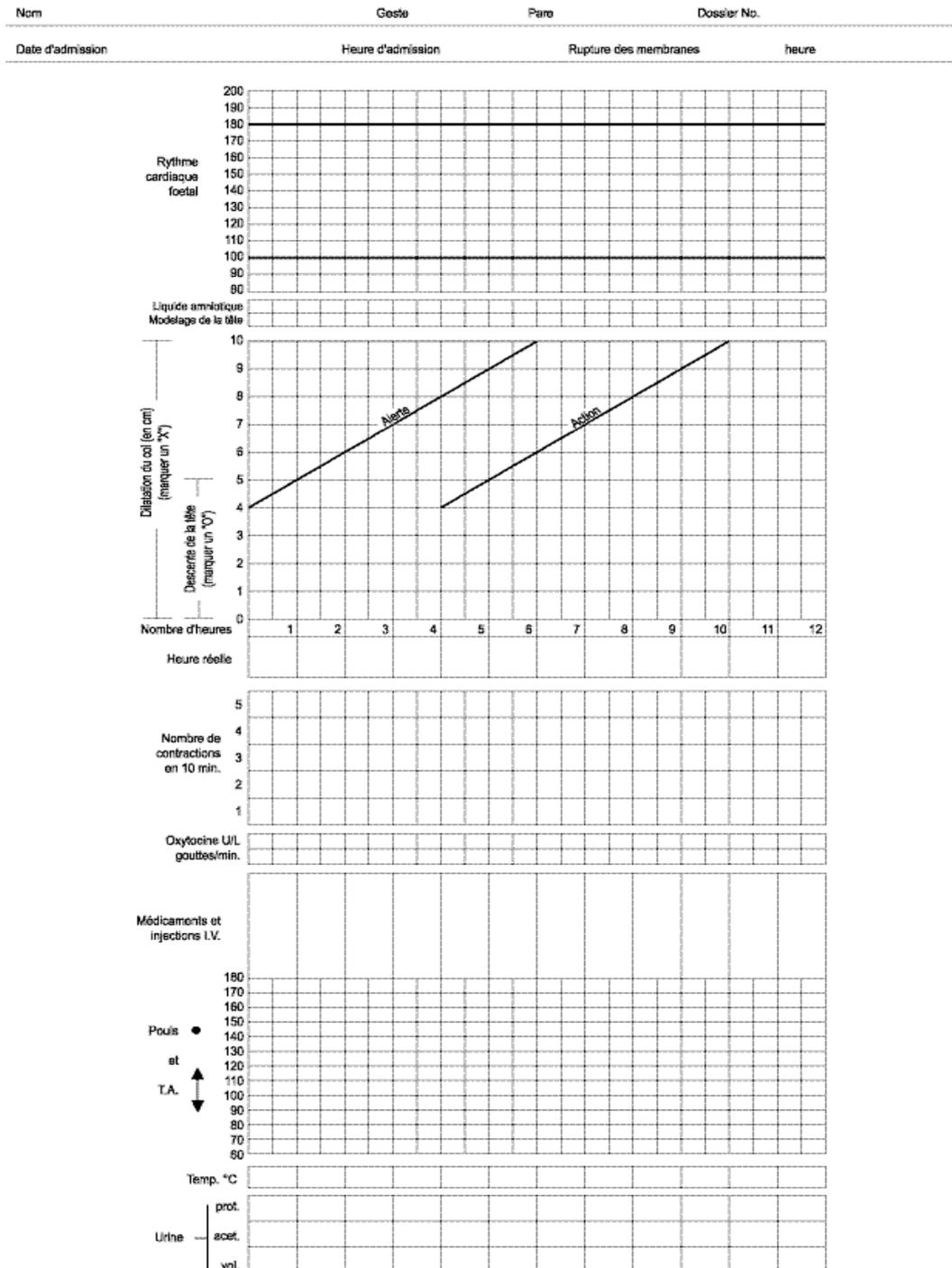
Une fois qu'on a diagnostiqué le travail, on peut évaluer son déroulement :

- en mesurant l'effacement et la dilatation progressifs du col (cf. figure P-3 A-E) pendant la phase de latence ;
- en mesurant le rythme de la dilatation du col et de la descente du mobile fœtal (cf. figure P-4 et figure P-5) pendant la phase active ;
- en estimant la suite de la descente pendant le deuxième stade.

Il convient de reporter le déroulement du premier stade du travail sur un partogramme une fois que la parturiente entre dans la phase active du travail. La figure P-10 représente un partogramme type. A défaut de partogramme, on peut tracer une courbe simple en mettant la dilatation du col (en cm) en ordonnée et le temps (en heure) en abscisse.

**Figure P-10**

**Exemple de partogramme d'un accouchement eutocique**



## **Touchers vaginaux**

Il convient de faire un toucher vaginal au moins toutes les 4 heures au premier stade du travail et après la rupture des membranes. Reporter les résultats sur un partogramme.

A chaque toucher vaginal, noter les informations suivantes :

- couleur du liquide amniotique ;
- dilatation du col ;
- descente (également mesurable au moyen d'un palper abdominal).

Si le col n'est pas dilaté lors du premier examen, il risque d'être impossible d'établir un diagnostic de travail.

Si les contractions persistent, réexaminer la patiente 4 heures plus tard et rechercher des modifications au niveau du col. A ce moment là, s'il y a eu effacement et dilatation du col, la patiente est en travail ; s'il n'y a pas de modification, diagnostiquer un faux travail.

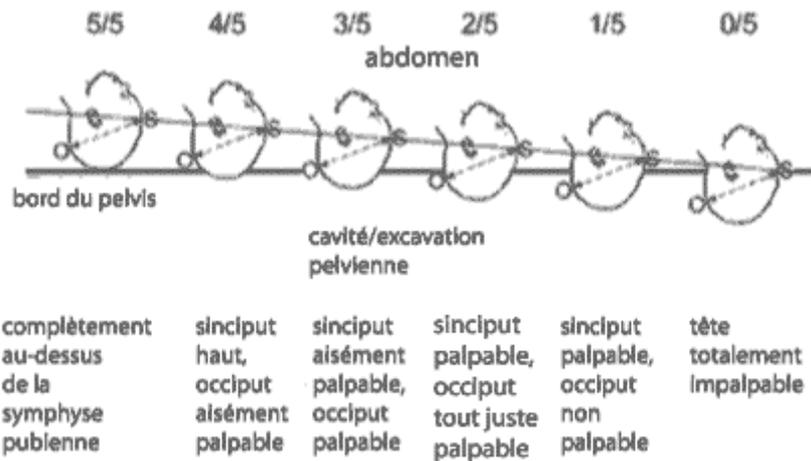
Au deuxième stade du travail, faire un toucher vaginal toutes les heures.

## **Utilisation du partogramme**

Le partogramme de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 4 cm. Ce manuel comporte un partogramme type (cf. figure P-10). Noter qu'il convient de le ramener à l'échelle réelle avant de l'utiliser. Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

- Renseignements concernant la patiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes.
- Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.
- Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal ; inscrire en outre un I si les membranes sont intactes, un C si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair, un M si le liquide amniotique est teinté de méconium, un S si le liquide amniotique est teinté de sang.
- Modelage de la tête : noter 1 si les os du crâne sont apposés, 2 s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible, 3 s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible.
- Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal et marquer d'une croix (X), commencer le tracé de la courbe à 4 cm.
- Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.
- Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite.

- Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal ; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.



- Nombre d'heures : concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit).
- Heure : l'heure qu'il est.
- Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée (en secondes) :

▣ si elles durent moins de 20 secondes ;

▨ si elles durent entre 20 et 40 secondes ;

■ si elles durent plus de 40 secondes.

**Ocytocine<sup>V</sup>** : en cas d'utilisation, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.

**Médicaments** : noter tout apport médicamenteux.

**Pouls** : toutes les 30 minutes et marquer d'un point (·).

**Tension artérielle** : mesurer toutes les 4 h et indiquer avec des flèches.

**Température** : toutes les 2 h.

**Urine : quantité de protéines, d'acétone et volume** : noter à chaque miction.

[...]

<sup>V</sup> L'ocytocine est une hormone ayant pour fonction de stimuler la contraction du muscle utérin et de favoriser l'allaitement. Elle peut être obtenue par synthèse et administrée à la parturiente par voie intraveineuse pour augmenter la fréquence et l'intensité des contractions utérines, diriger le travail et favoriser l'expulsion du placenta.

### **Déroulement du premier stade du travail**

Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable du premier stade du travail :

- contractions régulières de fréquence et de durée croissantes ;
- progression de la dilatation de 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci) ;
- col bien appliqué sur la présentation.

Les éléments suivants indiquent un déroulement défavorable du premier stade du travail :

- contractions irrégulières et peu fréquentes après la phase de latence ;
- progression de la dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation à droite de la ligne d'alerte) ;
- col mal appliqué sur la présentation.

Un déroulement défavorable du travail peut se traduire par un travail prolongé.

### **Déroulement du deuxième stade du travail**

Les éléments suivants indiquent un **déroulement favorable** du deuxième stade du travail :

- descente constante du fœtus dans la filière génitale ;
- début de la phase d'expulsion (efforts de poussée).

Les éléments suivants indiquent un **déroulement défavorable** du deuxième stade du travail :

- absence de descente du fœtus dans la filière génitale ;
- échec de l'expulsion à la fin de la phase finale (d'expulsion).

### **Evolution de l'état du fœtus**

Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min), penser à une souffrance fœtale.

Pendant le travail, les positions ou présentations autres que la présentation d'un sommet bien fléchi en position occipito-iliaque antérieure sont considérées comme des présentations et positions dystociques.

Si la progression du travail est apparemment défavorable ou si le travail est prolongé, traiter la cause du retard.

### **Evolution de l'état de la future mère**

Examiner la patiente et rechercher des signes de détresse.

Si son pouls s'accélère, c'est peut-être qu'elle est déshydratée ou qu'elle souffre. Veiller à bien l'hydrater par voie orale ou veineuse et à lui donner l'analgésie nécessaire.

Si sa tension artérielle baisse, penser à une hémorragie.

Si elle a de l'acétone dans les urines, envisager la possibilité qu'elle soit en hypoglycémie et lui injecter une solution intraveineuse de dextrose.

### **Accouchement eutocique**

**Les méthodes générales de soins de soutien pendant le travail sont des plus utiles pour aider la patiente à supporter les douleurs du travail.**

Une fois que le col est complètement dilaté et que la phase d'expulsion du deuxième stade du travail est entamée, encourager la parturiente à prendre la position qui lui convient le mieux (figure P-12) et à commencer les efforts expulsifs.

**Figure P-12**

**Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant l'accouchement**



**Note :** Désormais, il n'est plus recommandé de pratiquer systématiquement une épisiotomie. Il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique réduisait les lésions périnéales, ni le risque de colpocèle<sup>VI</sup> ou d'incontinence urinaire. En fait, l'épisiotomie systématique est associée à un nombre de déchirures périnéales complètes et complètes compliquées et à une proportion de dysfonctionnements du sphincter anal, qui en résultent, supérieurs à la moyenne.

Il convient de n'envisager l'épisiotomie que dans les cas suivants : accouchement par voie basse compliquée (siège, dystocie des épaules, extraction par forceps ou par ventouse obstétricale), cicatrices de mutilations sexuelles ou de déchirures complètes ou complètes compliquées mal soignées, souffrance fœtale.

---

<sup>VI</sup> Distension avec affaissement des parois du vagin, souvent associée à un prolapsus (descente d'organe).

## **Dégagement de la tête**

Demander à la patiente de «souffler» ou de ne pousser que légèrement lors des contractions pendant le dégagement de la tête. Afin de maîtriser l'expulsion de la tête, prendre la tête d'une main pour la maintenir en flexion (inclinée). Continuer à soutenir délicatement le périnée pendant le dégagement de la tête. Une fois que la tête est dégagée, demander à la patiente d'arrêter de pousser. Aspirer les mucosités dans la bouche et le nez de l'enfant. Passer la main autour de son cou pour chercher le cordon ombilical :

- si le cordon est enroulé autour du cou mais lâche, le faire glisser par-dessus la tête du bébé ;
- s'il est enroulé étroitement autour du cou de l'enfant, le clamper en deux endroits et le couper avant de le dérouler.

## **Terminaison de l'accouchement**

Laisser la rotation de la tête se faire spontanément. Ensuite, poser une main de chaque côté de la tête de l'enfant et demander à la patiente de pousser calmement à la contraction suivante. Réduire le risque de déchirure en ne dégageant qu'une épaule à la fois. Ramener la tête de l'enfant vers l'arrière pour dégager l'épaule antérieure. (**Note** : Si les épaules sont difficiles à dégager, envisager la possibilité d'une dystocie des épaules.) Soulever la tête de l'enfant vers l'avant pour dégager l'épaule postérieure. Soutenir le reste du corps de l'enfant d'une main pendant qu'il se dégage. Poser l'enfant sur le ventre de sa mère. Le sécher soigneusement, lui essuyer les yeux et apprécier sa respiration (**Note** : La plupart des bébés commencent à crier ou à respirer spontanément dans les 30 secondes qui suivent la naissance.) :

- Si le bébé crie ou respire (sa poitrine se soulève au moins 30 fois par minute), le laisser avec sa mère.
- Si le bébé ne commence pas à respirer dans les 30 secondes, APPELER A L'AIDE et prendre les mesures qui s'imposent pour le réanimer.

Anticiper le besoin de réanimation et s'organiser pour pouvoir obtenir de l'aide pour toutes les naissances, et plus particulièrement en cas d'éclampsie<sup>VII</sup>, d'hémorragie, de travail prolongé, d'accouchement prématuré ou de contexte infectieux.

Clamper le cordon ombilical et le sectionner. Veiller à ce que le bébé soit au chaud. L'installer sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. L'envelopper dans un linge doux et

---

<sup>VII</sup> Affection survenant généralement en fin de grossesse, caractérisée par des convulsions associées à une hypertension artérielle.

sec puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit bien couverte pour éviter qu'il ne se refroidisse.

Si la mère ne se sent pas bien, demander à un/une aide de s'occuper de l'enfant.

Palper l'abdomen pour écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant et poursuivre en prenant activement en charge le troisième stade du travail.

### **Prise en charge active du troisième stade du travail**

Le fait de prendre activement en charge le troisième stade du travail (délivrance assistée) aide à prévenir une hémorragie du post-partum. La prise en charge active du troisième stade du travail consiste à :

- administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'accouchement ;
- exercer une traction mesurée sur le cordon ;
- masser l'utérus.

### **Ocytocine**

Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébé(s) et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.

On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes. Si l'établissement n'a pas d'ocytocine, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou utiliser des prostaglandines. S'assurer qu'il n'y a pas d'autre fœtus avant d'injecter ces médicaments.

Ne pas donner d'ergométrine aux femmes atteintes de prééclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension artérielle car cela accroît le risque de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux.

### **Traction mesurée sur le cordon ombilical**

Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons. Maintenir le cordon et la pince dans une main. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre-traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.

Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 min).

Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que du sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.

Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon.

Tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge. A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus-pubienne.

Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main, une contre-traction (pousser vers le haut) au-dessus de l'os pubien.

Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.

Tirer lentement pour parachever la délivrance.

Si les membranes se déchirent, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.

Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.

En cas d'inversion utérine, repositionner l'utérus.

Si le cordon est arraché, il peut être nécessaire de procéder à une délivrance artificielle.

### **Massage utérin**

Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.

Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures.

S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.

### **Examen des lésions**

Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou de l'épisiotomie.

## **Premiers soins néonataux**

Vérifier la respiration et la coloration du bébé toutes les 5 minutes.

Si le bébé devient cyanosé (bleuâtre) ou s'il a du mal à respirer (moins de 30 respirations par minute ou plus de 60), lui donner de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale.

Vérifier sa température en lui touchant les pieds toutes les 15 minutes. S'il a les pieds froids, vérifier sa température axillaire. Si sa température est inférieure à 36,5°C, le réchauffer.

Examiner le cordon toutes les 15 minutes pour voir s'il saigne. Si le cordon saigne, faire un nœud plus serré.

Appliquer un antimicrobien en gouttes (solution de nitrate d'argent à 1% ou solution de polyvidone iodée à 2,5%) ou en pommade (pommade de tétracycline à 1%) sur les yeux du bébé.

**Note** : Ne pas confondre la polyvidone iodée avec la teinture d'iode qui pourrait rendre le bébé aveugle.

Essuyer la peau de l'enfant pour en retirer le méconium et le sang.

Inciter la mère à commencer à allaiter le bébé dès qu'il a l'air prêt (dès qu'il commence à manifester un réflexe de foussement). Ne pas le forcer à prendre le sein.

**Eviter autant que possible de séparer la mère de l'enfant. Ne laisser à aucun moment la mère et l'enfant sans surveillance**

Source :

[http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/principes\\_cliniques/p71\\_p94\\_eutocique.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/principes_cliniques/p71_p94_eutocique.html)

## ANNEXE 3

### **-GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES ACCOMPAGNANTES À LA NAISSANCE-**

- 1- Quel emploi occupiez-vous avant d'envisager de devenir Accompagnante à la naissance ?
- 2- Qu'est-ce qui vous a amené à devenir Accompagnante à la naissance ?
- 3- Quelle formation avez-vous reçue ? En quoi consistait-elle ?
- 4- Depuis quand exercez-vous ? Combien de familles avez-vous accompagnées pour une naissance ?
- 5- Comment décririez-vous votre pratique ?
- 6- Comment situez-vous votre rôle en milieu hospitalier par rapport aux équipes médicales ?
- 7- Quelles sont vos relations avec l'équipe médicale, infirmières et médecins ? Quelles réactions avez-vous déjà constatées de leur part vis-à-vis de vous ?
- 8- Pourquoi pensez-vous que l'accompagnement soit utile et nécessaire ?
- 9- Quel est votre rôle auprès des familles en prénatal, lors de l'accouchement et en postnatal ?
- 10- Que pensez-vous de l'accompagnement à la naissance tel qu'il est généralement pratiqué au Québec aujourd'hui ?
- 11- Comment concevez-vous la naissance ?
- 12- Données socio-démographiques :
  - Quel est votre âge ?
  - Êtes-vous citoyenne canadienne ?
  - Avez-vous des enfants ?

## **-GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FAMILLES ACCOMPAGNÉES-**

1- Comment avez-vous pris connaissance de la pratique de l'accompagnement à la naissance ?

2- Qu'est ce qui vous a amené à faire appel aux services d'une Accompagnante à la naissance ?

3- Combien avez-vous d'enfants ? Quelles ont été vos précédentes expériences de la maternité ?

4- Comment définiriez-vous de manière générale un suivi satisfaisant pour la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant ?

5- Quelles ont été vos attentes pour cette accompagnement ?

6- Etes-vous suivie par un médecin pour votre grossesse ? Si oui, est-il directement rattaché à la maternité dans laquelle vous allez accoucher ? Est-ce lui qui sera présent pour votre accouchement ?

7- Comment s'est orienté votre choix pour l'hôpital dans lequel vous allez accoucher ?

8- Quel regard portez-vous de manière générale sur le milieu hospitalier ? Est-ce un milieu qui vous rassure, qui vous angoisse... ?

9- Que retirez-vous à présent de votre accompagnement ? Etes-vous satisfaite du service que vous avez reçu au niveau de l'information, du soutien, de la disponibilité,... ? Et votre conjoint ?

10- Données socio-démographiques :

- Quel est votre âge et celui de votre conjoint ?
- Quelles professions vous et votre conjoint exercez-vous actuellement ?
- Etes-vous citoyens canadiens ?
- Avez-vous des enfants ?