



Titre: Raymonde Gagnon, *Vivre la grossesse et donner naissance, à l'ère de la biotechnologie. L'exemple du Québec*, Paris : L'Harmattan, 2023, 247 pages.

Auteure: Catherine Thomas, Association comprendre et soigner en situation transculturelle

Revue: *Anthropologie des savoirs des Suds*, numéro 2

Dossier: Le rôle des savoirs du Sud dans la durabilité humaine, écologique et planétaire

Numéro dirigé par Obrillant Damus (Université d'État d'Haïti, Université de Sherbrooke, Université Laval), Christine Focquenoy Simonnet (Université Lille 2), Chen Qiang (Université de Sanya), Joseph P. Saint-Fleur (Académie de Lille), Catherine Thomas (Association Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle), Renata de Melo Rosa (Instituto Maria Quitéria)

Éditeur: Les Éditions de l'Université de Sherbrooke (ÉDUS)

Année: 2025

Pages: 269 - 275

ISSN: 2817-4070

URI: <https://hdl.handle.net/11143/23287>

DOI: <https://doi.org/10.17118/11143/23287>

 Cet ouvrage est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons [Attribution 4.0 International](#).

RAYMONDE GAGNON, *VIVRE LA GROSSESSE ET DONNER NAISSANCE, À L'ÈRE DE LA BIOTECHNOLOGIE. L'EXEMPLE DU QUÉBEC, PARIS : L'HARMATTAN, 2023, 247 PAGES.*

CATHERINE THOMAS

Sans le savoir, sans nous connaître, Raymonde Gagnon et moi-même avons effectué nos terrains de recherche doctoraux sur des sujets attenants et complémentaires, quasiment à la même période mais chacune de notre côté de l'Atlantique.

Alors que je cherchais à comprendre les soubassements de la relation entre les femmes et les sages-femmes en France ainsi que les compétences en œuvre de ces dernières autour de l'accompagnement de l'accouchement, Raymonde Gagnon explorait le parcours des femmes enceintes donnant naissance au Québec et les conditions d'accouchement.

Nous avons eu l'occasion de nous rencontrer à la suite des publications respectives de nos travaux.

« Vivre la grossesse et donner naissance à l'ère de la biotechnologie. L'exemple du Québec » paru en 2023 aux Éditions L'Harmattan, offre un regard qualitatif, socio-anthropologique, sur le parcours des femmes, de la grossesse à l'accouchement, dans un contexte occidental, celui du Québec, qui connaît, en écho à l'évolution des conditions de l'accouchement en France, une hypermédicalisation croissante.

Plus précisément, cet ouvrage restitue les résultats d'une recherche riche et minutieuse autour du projet et du suivi de grossesse ainsi que du vécu de l'accouchement de primipares rencontrées chacune sur trois temps de leur cheminement vers la maternité, en début et en cours de grossesse puis en post-partum.

Les femmes, aux profils sociaux divers, se livrent sur leurs questionnements multiples, leur rapport au corps, à la douleur, leurs attentes, leurs craintes, leurs représentations et vécus autour de cette expérience aussi intime qu'institutionnalisée qu'est la naissance aujourd'hui.

L'auteur nous amène, au fil de ces entretiens, à comprendre comment les choix se construisent et évoluent tout au long de la grossesse. On peut y lire l'influence des discours médiatiques et biomédicaux autour de la notion de risque, le poids des représentations personnelles, familiales et biomédicales et la façon dont les femmes vont investir et vivre leur accouchement

en fonction de leurs choix et de leurs positionnements face à la technicisation de leur prise en charge.

Le paysage périnatal québécois permet aux femmes de choisir entre un suivi de la grossesse par une sage-femme, un omnipraticien (qui est l'équivalent d'un médecin généraliste en France) ou un gynécologue obstétricien. L'accouchement quant à lui pourra se dérouler en milieu hospitalier (et ce, peu importe le type de suivi choisi), en maison de naissance ou à domicile (avec la sage-femme qui aura assuré le suivi de la grossesse, sur le modèle de ce qu'en France nous nommons l'accompagnement global). Quelle que soit leur orientation, les femmes vont unanimement faire part de leurs craintes quant à une technicisation excessive de la prise en charge de l'accouchement. A posteriori cependant, elles exprimeront dans leur grande majorité la difficulté de refuser ou de remettre en question les actes médicaux proposés ou imposés le jour J.

Le premier chapitre offre une analyse du contexte social et culturel, des questionnements et des enjeux propres à l'époque moderne dans lesquels s'inscrivent les expériences de la maternité des femmes rencontrées. Si les avancées médicales et techniques ont en partie libéré les femmes de la peur de mourir en couches et des risques de morbidité périnatale, elles ont également « façonné et modifié fortement le vécu des femmes et des familles autour de la naissance » (p.11).

A l'instar de la France, les femmes sont théoriquement libres de choisir leur praticien, le lieu et les conditions de leur accouchement. En pratique, l'offre de soins ne le permet pas à toutes. De plus, comme le souligne Raymonde Gagnon, « exercer un choix ne met pas à l'abri des jeux de pouvoir et de contrôle » (p.23). Malgré leur investissement et la recherche d'informations, tôt durant la grossesse et parfois même avant la conception, les femmes ne sont pas exemptes de l'asymétrie qui demeure dans les relations avec les professionnels de santé représentants de l'autorité médicale. La difficulté à faire entendre son point de vue est renforcée par le fait que la santé de l'enfant à venir est placée au centre des préoccupations tout au long du suivi.

L'étude des représentations propres à notre ère biotechnologique illustre globalement à quel point les logiques du risque et du contrôle imprègnent toutes les dimensions de la naissance. Contrairement aux idées reçues, l'hypermédicalisation ne dissipe ni les peurs relatives à cet événement, ni les probabilités de complications obstétricales.

Le second chapitre se concentre sur le projet de maternité. Celui-ci se dessine autour des conditions de l'accouchement qui reste au centre des préoccupations des femmes. Le choix du professionnel de santé qui assurera le suivi se fera en fonction de l'approche privilégiée, attendue pour accompagner ce moment. Concrètement, celles qui se dirigent vers une sage-femme pour leur suivi de grossesse et la préparation à l'accouchement ont majoritairement

un souhait au préalable d'accouchement physiologique. Parmi les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien, un tiers exprimait le souhait d'un accouchement « naturel », un peu moins d'un tiers envisageait un accouchement sous péridurale et l'autre partie était indécise. Plus de la moitié des femmes ayant eu un accouchement médicalisé étaient suivies par un gynécologue-obstétricien ou un omnipraticien.

Ce que révèlent les entretiens en postnatal, c'est que parmi les femmes qui ont eu recours à la péridurale ou ont connu des complications entraînant une césarienne, on retrouve celles qui exprimaient le plus de craintes concernant l'accouchement. La confiance en la physiologie semble en effet être un point clé du projet de naissance, influençant d'une part le choix du type de suivi et d'autre part la probabilité d'aller au bout de ses convictions par l'expérimentation d'un accouchement physiologique.

L'auteure explore dans le troisième chapitre les représentations autour de l'accouchement et la façon dont elles se construisent « dès le plus jeune âge » au travers des médias, de la famille, des expériences, rappelant que toute subjectivité est contextualisée.

Plus ou moins positives selon les profils, la vision de l'accouchement reste très largement médicalisée. Les représentations qu'en ont les enquêtées sont nourries par les témoignages des femmes de leur entourage ainsi que par les médias. Il semble également que leurs projections « coïncident généralement avec le vécu de leurs mères » (p.86) si bien que lorsque les mères témoignent auprès de leurs filles d'un passé un peu traumatique autour de la naissance, ces dernières cherchent des solutions pour ne pas reproduire ce vécu. Ainsi, l'accompagnement par une sage-femme peut être sollicité comme un soutien, un repère face à la crainte de l'hypermédicalisation iatrogène. De même, l'accouchement « naturel » peut être envisagé comme « une occasion de guérir certains traumatismes » transgénérationnels liés à des récits d'accouchements difficiles (p.89).

Les orientations des professionnels de santé viendront bien souvent renforcer indirectement les représentations de leurs patientes. De fait, les femmes en recherche d'une relation d'écoute et de confiance à même de les conforter dans leurs propres capacités à enfanter se dirigeront plus volontiers vers un accompagnement global et ouvertement respectueux de la physiologie. Celles qui, selon l'enquête, exprimaient le moins d'attentes et se projetaient davantage dans une prise en charge médicalisée, faisant confiance avant tout aux compétences du médecin, sont celles qui ont fait le choix d'un suivi auprès d'un gynécologue-obstétricien ; « selon elles, le suivi se résume à faire les examens et à répondre aux questions, le tout en cinq minutes. L'accouchement demeure un sujet difficile à aborder, même en fin de grossesse » (p.95).

Le chapitre suivant souligne les ambiguïtés qui caractérisent l'entrée dans la maternité à une époque où les femmes « se sentent responsables du développement du fœtus et contrôlent leurs habitudes de vie, tout en prenant conscience que la grossesse est un processus sur lequel leur contrôle est limité » (p.103). L'autonomie et la responsabilisation de l'individu concernant sa santé sont bien souvent des injonctions éloignées de toutes subjectivités. L'arrivée d'un enfant, très souvent planifiée et bordée d'attentes diverses peut très vite se confronter à la réalité corporelle, émotive, sensorielle, psychique de la grossesse. De même, l'accouchement est associé à un moment de grande vulnérabilité, accentuée pour beaucoup par la nudité imposée devant des inconnus et sur lequel « plus d'un tiers des femmes considèrent [...] qu'elles n'ont aucun contrôle » (p.111). Cette peur de ne pas avoir ou de perdre le contrôle sur les évènements est accentuée lorsque la relation avec les intervenants ne s'établit pas dans la confiance. Pour autant le « contrôle médical », autrement dit la surveillance médicalisée, la prise de décision ou l'éventuelle intervention du professionnel de santé, est admis comme incontournable face à la responsabilité de préserver la santé du fœtus et la sécurité de l'accouchement. Toutes les femmes interrogées expriment leur confiance dans l'expertise professionnelle du ou de la praticienne présente le jour J, tout en investissant différemment la relation à ce ou cette dernière. Le gynécologue-obstétricien ou l'omnipraticien est présenté comme la personne entre les mains de laquelle on confie toutes les décisions à prendre tandis que le rôle attendu des sages-femmes s'apparente davantage à un guide accompagnateur, une présence apte à les rassurer sur leurs capacités.

Le fait qu'une femme sur deux qui a pu accoucher sous péridurale comme elle le souhaitait soit déçue voire très insatisfaite de son accouchement s'inscrit également dans cette tension entre les attentes, les projections et les modalités de contrôle du risque. Ces tensions et ambivalences s'imposent également aux soignants qui, malgré leur engagement au côté des femmes, sont contraints dans leurs pratiques par des protocoles et des conditions de travail face auxquels ils ne manifestent pas d'opposition. Les habitudes hospitalières, par exemple, semblent peu compatibles avec un véritable respect du consentement, les actes médicaux étant annoncés « au dernier moment » et sans réelle proposition d'alternative. Malgré sa « promesse » de sécurité, la prise en charge médicalisée est loin de garantir l'eutocie de l'accouchement, autrement dit son caractère « normal », compte tenu du fait qu'une intervention en entraîne quasi-systématiquement une autre. A ce sujet, l'auteure rappelle qu'« il est reconnu que le déclenchement, l'accélération du travail et la rupture artificielle des membranes augmentent la probabilité d'avoir une péridurale » et que « l'utilisation de la péridurale durant le travail fait sortir de la catégorie des accouchements considérés « normaux » et augmente les risques d'interventions » (p. 197-198). De plus, la « justification » médicale et l'argument sécuritaire de ces interventions entravant l'autonomie des parturientes sont rarement envisagés comme contestables par les femmes elles-mêmes.

Enfin, le dernier chapitre aborde les différentes sources de savoirs autour de la naissance et la place de la technologie dans le vécu de la grossesse et de l'accouchement.

Les supports de connaissances les plus présents et mobilisés sont les ouvrages grand public et les cours prénataux au travers desquels la technologie – des tests pré-conceptionnels, de grossesse, des échographies à l'ensemble des techniques utilisées au cours des accouchements médicalisés – est intégrée comme faisant partie de l'expérience de la naissance.

Les difficultés ou dystociques pendant l'accouchement sont longuement évoquées par les femmes sans qu'elles fassent de lien avec les interventions médicales. L'auteure rappelle pourtant qu'une femme québécoise sur trois se verra administrer une médication pour déclencher l'accouchement et que près de 78% des accouchements par voie basse se feront sous analgésie. Concrètement, les données attestent que toutes les femmes qui ont accouché en milieu médical, même sans analgésie, ont été sujettes à au moins une intervention. Toutefois, les femmes ayant donné naissance sans avoir recours à la péridurale expriment le souhait de revivre cette expérience pour un second, tandis qu'une femme sur deux ayant accouché sous analgésie envisage de tenter pour un prochain un « accouchement naturel ». « Étrangement », ajoute Raymonde Gagnon, « les femmes associent leur expérience positive à « avoir eu de la chance », ce qui laisse sous-entendre qu'un accouchement sans problèmes ne peut pas exister » (p.206).

Le choix du suivi, qui dans nos sociétés où avoir un enfant s'inscrit de plus en plus souvent dans la vie des femmes et des couples comme un projet, s'avère déterminant pour le vécu de l'accouchement et de l'entrée dans la maternité.

Les décisions prises par les femmes concernant les conditions de la naissance de leurs enfants sont guidées par « leurs croyances, leurs valeurs et surtout ce qu'elles ont appris de leur entourage » (p.207). Au-delà des préférences singulières, cet ouvrage rappelle à quel point « les pratiques sont façonnées par des forces structurelles plus larges » (p.207).

La mise en perspective de nos travaux, au Québec et en France, illustre la façon dont la médicalisation de l'accouchement a conduit à une spoliation de la notion de physiologie en tant que respect du déroulement de l'accouchement ne nécessitant aucune intervention extérieure. En conséquence, « les frontières entre accouchement naturel et médicalisé sont poreuses pour les femmes qui accouchent avec un médecin en centre hospitalier » (p.209), si bien que le caractère eutocique de l'accouchement, donc sans complication majeure, est apparenté faussement à un accouchement « naturel ».

Ces confusions sont alimentées par la peur du risque et le sentiment de responsabilité des femmes au profit d'une médicalisation qui demeure dans le déni de son caractère iatrogène.

En France, le dernier rapport conjoint de l'Inserm et Santé Publique France¹ indique le suicide comme première cause de mortalité maternelle et alerte sur les risques psychosociaux dans la période périnatale. Une intégration des résultats d'études sur les conditions d'accouchement et leurs impacts directs sur l'expérience de la maternité nous semblerait à ce sujet judicieuse voire incontournable dans une réflexion globale sur la santé maternelle et infantile.

1. INSERM, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, Avril 2024, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018.*