

NAÎT-ON ENCORE ? RÉFLEXIONS SUR LA PRODUCTION MÉDICALE DE L'ACCOUCHEMENT

Stéphanie St-Amant

Union nationale des associations familiales (UNAF) | « Recherches familiales »

2015/1 n° 12 | pages 9 à 25

ISSN 1763-718X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-9.htm>

!Pour citer cet article :

Stéphanie St-Amant, « Naît-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement », *Recherches familiales* 2015/1 (n° 12), p. 9-25.

DOI 10.3917/rf.012.0009

Distribution électronique Cairn.info pour Union nationale des associations familiales (UNAF).

© Union nationale des associations familiales (UNAF). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

NAÎT-ON ENCORE ?

RÉFLEXIONS SUR LA PRODUCTION MÉDICALE DE L'ACCOUCHEMENT

Stéphanie St-Amant

Depuis l'Antiquité, on se livre à des calculs pour estimer la durée de la grossesse. Au fil du temps, la notion de terme gestationnel a changé de sens, passant de l'idée d'intervalle pendant lequel la naissance survient, spontanément (lorsque le « fruit est mûr »), à un concept normatif postulant une « durée optimale de grossesse » de plus en plus serrée et assorti d'une « date prévue d'accouchement ». Le passage d'une appréhension naturaliste à une construction logicomathématique du terme gestationnel, conjugué à la découverte de moyens de « produire la naissance » à la demande, a entraîné la pratique sans cesse en augmentation – dans le monde « médicalement occidentalisé » – du déclenchement artificiel de l'accouchement et de la césarienne programmée. L'article propose un examen critique de la rationalité sur laquelle s'appuie cette programmation et en présente les implications insuffisamment appréciées.

La programmation et le déclenchement artificiel^[1] de l'accouchement se sont rapidement élevés au rang des pratiques obstétricales les plus courantes. On commence à peine à étudier le phénomène des tentatives d'autodéclenchement chez les femmes enceintes tentant d'éviter un déclenchement médical sur rendez-vous. Peu de gens savent que les taux de césarienne programmée ou de déclenchement mécanique ou pharmacologique (souvent en conjonction) ne cessent d'augmenter, atteignant année après année des sommets, et ce, malgré un appel formel à l'inflexion de ces interventions dans la plupart des politiques de périnatalité des États occidentaux et de la part des autorités sanitaires internationales^[2]. C'est que, nous le verrons, ces interventions sont associées à plusieurs risques importants, qui se traduisent par des coûts sociosanitaires exorbitants. Si les appels à la réduction de l'incidence de ces interventions lourdes restent lettre morte, on peut penser qu'une part de l'explication se situe dans l'absence, dans le monde des soins médicaux, d'une réflexion de fond quant aux rationalités conflictuelles en cause relativement à la notion de terme gestationnel et dans un défaut de contextualisation historique des enjeux épistémologiques (autour de l'application de constructions logicomathématiques à des phénomènes biologiques et de la volonté de contrôle technomédical de ceux-ci) qui ont mené à la normalisation progressive de ces pratiques. Le présent article vise à situer

[1] Dans le contexte de cet article, le terme « déclenchement » fera référence au déclenchement artificiel. Lorsqu'il est question de déclenchement spontané, l'expression « accouchement spontané » est retenue.

[2] Pour les sources, voir *infra*.

ces enjeux de manière à amorcer un questionnement de plus en plus pressant autour de l'apparente – et « moderne » – nécessité de la « *production médicale de la naissance* », et à tourner la réflexion future vers les impacts inappréciés de cette production sur l'humanité de l'être humain.

◀ Prévoir la durée de la grossesse : l'histoire d'un calcul et de ses implications

Pendant la majeure partie du temps à l'échelle d'*homo sapiens*, la survenue de la naissance humaine est apparue comme un événement essentiellement imprévisible, obéissant à ses propres impératifs : chacun naît... en son temps. Traduisant la correspondance avec les cycles de la nature, les métaphores anciennes employées pour envisager l'opportunité de l'événement étaient dominées par les représentations de la saison fertile et les analogies végétales, empreintes d'une incontournable notion de variabilité : mûrissement des pommes sur l'arbre, feuilles qui tombent à l'automne... Jacques Gélis, historien français de la naissance, a d'ailleurs fait de l'image la plus connue le titre de son ouvrage majeur : *L'arbre et le fruit*^[3]. Plus récemment, des analogies physiques ou chimiques sont venues s'ajouter à ces représentations naturalistes de la variabilité du phénomène : molécules d'eau parvenant au point d'ébullition, grains de maïs soufflé qui éclatent, pour ne donner que ces exemples. Au Québec, on entendait souvent : « *Tous les fours ne cuisent pas un gâteau à la même vitesse !* », métaphore certainement en écho direct à l'expression idiomatique anglaise « *to have a bun in the oven* ». Dans l'Antiquité, on s'accommodait d'une grande imprécision quant au terme « *durée prévisible* » de la grossesse : « *Aristote considérait que la durée de la grossesse était extensible. Pythagore distinguait la petite portée de 210 jours et la grande de 274. Hippocrate proposait de multiplier la date de la perception du premier mouvement [ressenti par la future mère] par 3.* »^[4] Néanmoins, on peut voir ici s'inaugurer l'exercice d'un calcul mathématique du terme théorique, exercice qui a longtemps coexisté avec les correspondances astronomiques dominant les cultures populaires : ainsi, en France, le chirurgien François Mauriceau (fin du xvii^e siècle), premier accoucheur de la Maternité de Paris, s'en tenait à la durée de 9 mois solaires (du calendrier grégorien), tandis que la plupart des auteurs anciens comptaient en mois lunaires (10 lunaisons), en révolution « *sidérale* » ou « *visible* », ce qui donne lieu à une appréciation fort différente. L'intérêt pour un calcul formel du terme gestationnel est d'abord venu de la volonté d'établir la filiation paternelle, tout en tentant de contrôler les naissances illégitimes. Ainsi, le Code Napoléon a statué sur une fourchette allant de 180 à 300 jours^[5]. Étant donnée l'incertitude quant au moment de la conception, s'est posé à l'esprit le besoin d'établir le début de la gestation à partir d'un signe visible, datable (et potentiellement vérifiable) : les dernières menstruations. C'est alors qu'est venue en 1836 la proposition de Franz Karl Naegele, formalisant l'idée d'un terme moyen de 280 jours (soit 10 lunes ou 10 cycles féminins de 28 jours)^[6] à partir des dernières

[3] Jacques GÉLIS, *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne - xv^e-xix^e siècle*. Paris, Fayard, 1984.

[4] Claude-Émile TOURNÉ, *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*, Montpellier, Sauramps Médical, 2002.

[5] Claude-Émile TOURNÉ, *op. cit.*

[6] L'idée que ces mois lunaires étaient traditionnellement pensés comme l'équivalent du cycle féminin (qui plus est un cycle « fixé » à 28 jours) est contestée. Cette correspondance serait plutôt récente dans l'histoire humaine : d'après les recherches de l'obstétricien-gynécologue québécois Pierre Lévesque, l'ancestrus maintenu par l'allaitement fréquent et prolongé de 4 ou 5 ans dans les sociétés de chasseurs-cueilleurs (« *vécu par l'humanité pendant plus de 99 % de son histoire* ») faisait que le cycle ovulatoire stérile répétitif n'existait pas réellement comme dans nos sociétés sédentaires où l'allaitement prolongé est très rare (Pierre LÉVESQUE, « Le système reproducteur féminin : nous serions-nous mépris ? Quel était le cycle d'Ève ? », *Le Médecin du Québec*, pp. 35-40, fév. 1996).

règles. Cette méthode de calcul prédomine toujours dans le monde germano-anglo-saxon. Le système français maintient pour sa part une méthode de calcul du terme théorique qui prend pour point de départ la date probable de l'ovulation telle que postulée en fonction de la date des dernières règles (DDR) à laquelle on ajoute l'arbitraire « +14 jours ». Évidemment, tous les systèmes basés sur la DDR se heurtent à plusieurs problèmes : d'abord, d'une part, le cycle menstruel peut varier de 24 à 35 jours selon les femmes, et, d'autre part, la durée entre les menstruations et l'ovulation varie davantage d'une femme à l'autre et d'un cycle à l'autre que la durée entre l'ovulation et le déclenchement des règles. Ensuite, dans les cas d'une nouvelle grossesse suivant immédiatement le retour de couches après l'allaitement, on ne peut savoir si ce cycle menstruel irrégulier est précédé ou non d'une ovulation ; même chose lors d'un échec des contraceptifs oraux et que des saignements se manifestent encore tous les 28 jours lors de la prise des comprimés de sucre, avant que la grossesse ne soit découverte. Il y a aussi les nombreux cas où il est difficile de distinguer les dernières règles du saignement d'implantation (observé lors de 15 % des grossesses), où lorsque la femme ne se rappelle pas la DDR^[7].

Compte tenu de ces différents problèmes, le terme théorique calculé se voit depuis quelques décennies corrigé par la datation échographique de l'âge gestationnel à partir de la biométrie fœtale. Initialement proposée lorsqu'une nécessité diagnostique se présentait dans le cours de la grossesse, la datation échographique a pris le pas sur la datation « à la roulette » des semaines d'aménorrhée, au point où elle vient souvent contredire la première datation médicale ou les calculs de la future mère à partir de la date de son ovulation. Il semblerait que l'on concède de nos jours une plus grande valeur de vérité aux mesures machiniques, présumées objectives et neutres, qu'aux évaluations humaines. Or, les études ont mis en lumière la marge d'imprécision – non négligeable – de la datation échographique, qui augmente proportionnellement à l'avancement de la grossesse et en fonction de la mesure employée : au mieux, l'échographie arrive à établir la date de fécondation à ± 3 jours au premier trimestre, au pire, à ± 2 semaines, voire ± 3 semaines au 3^e trimestre^[8]. On voit à quel point la datation échographique est sujette à caution lorsqu'elle fonde l'établissement de la maturité fœtale sur laquelle s'appuient des décisions cliniques d'intervention ou encore les politiques de déclenchement.

Au fil du temps, l'établissement de l'âge gestationnel en semaines est devenu une donnée incontournable de par ses implications administratives et cliniques : en fonction de celle-ci, on détermine la date des examens de routine, les congés de maternité et parentaux, l'admissibilité à l'IVG ou à certains services ou options (accès aux services sages-femmes au Québec ; permission octroyée aux tentatives d'accouchement vaginal après césarienne [AVAC], etc.) ; on s'y réfère afin d'évaluer si la croissance fœtale est normale ; les paramètres des protocoles de recherche obstétricale ne peuvent en faire abstraction ; enfin, elle « *conditionne le moment des interventions médicales d'investigation, de dépistage, de traitement, éventuellement les surveillances et déclenchements en cas de "terme dépassé"* »^[9].

[7] Jayne D. MARSCHALL, Maureen D. RAYNOR (dir. publ.), *Myles' Textbook for Midwives, 16^e Edition*, Londres, Churchill Livingstone Elsevier, 2014.

[8] Chrysostomos SIOZOS, Katharine P. STANLEY, « Prolonged pregnancy », *Current Obstetrics & Gynaecology*, vol. 15, n° 15, pp. 73-79, 2005 ; Carol SAKALA, Maureen P. CORRY, *Evidence-Based Maternity Care : What It Is and What It Can Achieve*, New York, Milkbank Memorial Fund, 2008.

[9] Claude-Émile TOURNÉ, *op. cit.*

◀ Formaliser la durée « optimale » de la grossesse

Retenons une chose jusqu'ici : nous avons vu apparaître depuis Franz Karl Naegele le postulat historiquement nouveau d'une « *date prévue d'accouchement* » (DPA). Aujourd'hui, la DPA, bien que reposant sur une estimation toujours incertaine de la date de conception (comme nous venons de le voir), correspond au *terme statistique moyen* de la grossesse (40 SA) au centre d'une fenêtre de 37 SA à 42 SA (soit cinq semaines, c'est-à-dire plus d'un mois) où la mortalité périnatale est minimale pour les accouchements spontanés. Or, on observe depuis quelques décennies un effet pervers lié à la notion de « DPA » : un glissement qui en est venu à faire correspondre dans les esprits la DPA à une *date limite* au-delà de laquelle la femme est « *en retard* »^[10]. En même temps, le glissement s'est également porté sur la limite inférieure de la fenêtre du risque minimal, permettant de considérer le fœtus à 37 SA « *techniquement prêt* » et la poursuite de la grossesse superflue, voire nocive. L'image qui nous vient en tête lorsqu'on parle de grossesse « *post-terme* » (un concept qui a bon dos) est celle d'un gâteau surcuit, de la crème tournée...^[11] Ce sont pourtant les seules naissances *spontanées* de 37-38 SA qui représentent peu de risques ; cela ne signifie en rien que tous les bébés peuvent naître sans crainte dès la 37^e semaine d'aménorrhée. De nombreux témoignages et écrits illustrent que l'atteinte de la 37 SA est devenue un seuil de sécurité aux yeux du public et de plusieurs médecins, seuil à partir duquel l'accouchement peut avoir lieu de façon spontanée ou artificiellement déclenchée, et ce indifféremment^[12]. Or, des études récentes tendent à mettre l'accent de plus en plus sur les risques périnataux accrus du « *terme précoce* » (*early term*), soit les naissances à 37-38 SA, sur le « *terme complet* » (*full term*), soit les naissances survenant dans la période 39-41 SA^[13], ce qui semble corroborer des observations « anciennes » : les statistiques des années 1960 affichaient un risque de mortalité inférieur pour les grossesses de 43 SA comparativement aux grossesses courtes de 37-38 SA^[14]. Pourtant aujourd'hui, l'on s'inquiète des premières (au point où le terme ≥ 42 SA a pratiquement disparu des données statistiques récentes) et pas du tout des secondes...

Faits à considérer, la durée de gestation de l'espèce humaine serait l'une de celles qui connaissent le plus de variations parmi les mammifères^[15], sans compter que des disparités ont été observées

[10] Pour contrer cet effet dans les esprits que l'atteinte des 40 semaines d'aménorrhée correspond au terme maximal plutôt qu'au terme médian, on propose depuis quelques années le remplacement de « *prévue* » par « *probable* » dans l'acronyme DPA. En France, la Haute Autorité de Santé recommande même de ne plus parler de « *date* » mais de « *période probable d'accouchement* » (source : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/information_patient_pperiode_probable_accouchement.pdf>, oct. 2013). Or, ces modifications d'ordre linguistique ne semblent pas se traduire – du moins pour le moment – par des changements tant au plan des pratiques qu'au point de vue des perceptions populaires.

[11] Sur le plan analogique, le concept médical de *postmaturité fœtale* transmet justement une idée étrange : celle du fruit qui se gâte, pourrait, avant même de tomber...

[12] Stéphanie ST-AMANT, *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, thèse de doctorat, Montréal, UQAM, 2013, chap. IV.

[13] Elaine M. BOYLE, Gry POULSEN, David J. FIELD, Jennifer J. KURINCZUK, Dieter WOLKE, Zarco ALFIREVIC, Maria A. QUIGLEY, « Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age : population based cohort study », *British Medical Journal*, vol. 344, n° 896, pp. 1-14, 2012 ; Catherine Y. SPONG, « Defining "Term" Pregnancy : Recommendations From the Defining "Term" Pregnancy Workgroup », *Journal of the American Medical Association*, vol. 309, n° 23, pp. 2445-2446, 2013.

[14] Joëlle TERRIEN, « Date du terme, le casse-tête des chiffres », En ligne in *CianeWiki Portail naissance : articles* : <<http://portail.naissance.asso.fr/docs/date-terme.pdf>>, 2004.

[15] Jane COAD, Melvyn DUNSTALL, *Anatomy and Physiology for Midwives*, Edinburgh, Moshby, 2001.

entre primipares et multipares, entre groupes ethniques^[16], entre familles^[17], une diversité de phénomènes que la « logique de la DPA » met en abîme. L'essence du problème de l'exercice de formalisation d'une durée optimale de la grossesse auquel le monde médical s'est livré réside en cela ; et l'on s'accommode sans sourciller en ce domaine de contraindre la diversité biologique à un schème logicomathématique universel, ce à quoi le principe de la programmation de l'accouchement obéit.

Autre considération : la notion même de processus sollicitée pour expliquer la grossesse et sa durée^[18] est directement liée aux concepts de la médecine et de la biologie anatomistes qui se sont développés à partir du XVIII^e siècle : « *L'idée de grossesse comme "processus" rompt avec l'ancienne conception qui considère les neuf mois de grossesse en tant qu'"époque" spéciale, une période à vague durée, qui ne correspondait pas à un temps calculé où se succèdent les stades définis d'un processus.* »^[19] Ainsi, la notion de processus a pavé la voie à l'idée que le praticien pourrait un jour en arriver à déterminer, au moyen de l'examen, le moment où les stades du développement seraient accomplis, et donc où il aurait le loisir de mettre l'action à profit à partir de ce point pour « déclencher » utilement l'accouchement. Ce revirement épistémologique, tout à fait dans l'esprit des Lumières et l'assujettissement de la nature à l'intentionnalité humaine, est un moment central dans l'histoire de la compréhension du phénomène de la gestation et de la naissance. On remarquera que la nouvelle appréhension de la grossesse comme processus s'arrête précisément au naître... comme si la naissance n'en était pas l'aboutissement ni un processus en lui-même. Comme si la naissance – réalisée par le déclenchement spontané de l'enfantement – pouvait être abstraite, désolidarisée, de la gestation. Nous allons maintenant voir comment ce découpage – scission conceptuelle – dans le continuum gestation-naissance s'est traduit dans les pratiques à partir du XIX^e siècle. Puis nous envisagerons les effets en termes épidémiologiques d'une actualisation de plus en plus régulière (technique, médicamenteuse ou chirurgicale) de l'accouchement.

◀ Produire l'accouchement

■ Méthodes

Avec la découverte de l'ocytocine, synthétisée pour la première fois en 1909, le praticien disposerait désormais d'un moyen commode de déclencher ou de précipiter l'accouchement à la demande. Après des tentatives hasardeuses occasionnant plusieurs cas souvent fatals de choc associé à l'administration de pituitrine animale (*pituitrin chock*), un produit standardisé, le *Pitocin*,

[16] Robert MITTENDORF, Michelle A. WILLIAMS, Catherine S. BERKEY, Paul F. COTTER, « The Length of Uncomplicated Human Gestation », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 75, n° 6, pp. 929-932, 1990 ; Jayne D. MARSCHALL, Maureen D. RAYNOR, *op. cit.*

[17] Joëlle TERRIEN, *loc. cit.*

[18] Sylvie MARTIN, *L'Utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel : de l'obstétrique à la machinique, mémoire de maîtrise*, Montréal, Université de Montréal, p. 65, 2010.

[19] Sylvie MARTIN s'appuie en ce sens sur les travaux de Charles W. BODEMER (« Historical Interpretations of the Human Uterus and Cervix Uteri », in *The Biology of the Cervix*, sous la dir. de Richard J. BLANDAU et Kamran MOGHISSI, Chicago et Londres, University of Chicago Press, pp. 1-11, 1973) et de Barbara DUDEN (*L'Invention du fœtus : le corps féminin comme lieu public*, Paris, Descartes et Cie, p. 97, 1996).

fut commercialisé en 1928, mais ce n'est qu'en 1950 qu'une machine fut inventée qui permit un contrôle fiable de son administration. Si l'ocytocine de synthèse a grandement facilité l'entreprise de détermination du moment opportun (aux yeux du praticien) du déclenchement de l'accouchement et propulsé la procédure au rang de routine en raison de son taux élevé de succès, elle ne fut pas la seule méthode employée et encore moins la première. Bien que la connaissance de substances favorables au déclenchement de l'accouchement (ergot de seigle, huile de ricin) remonte à des temps immémoriaux, l'idée de faire naître l'enfant prématurément germa dans les années 1800 pour les cas de bassins difformes, afin d'éviter une symphyséotomie ou la césarienne, ou pour les cas de pré-éclampsie et éclampsie (désordre hypertensif dangereux causé par la grossesse et qui demeure encore largement incompris). Par la suite, toutes sortes d'expérimentations ont été menées aux XIX^e et XX^e siècles : dilatation mécanique du col utérin avec des objets divers, des ballons ou en y suspendant des poids, dilatation manuelle, lavements, jeûnes, injection de lipides par intraveineuse, d'air ou d'acide carbonique dans l'utérus. On risqua même l'électricité dans les années 1800... De nos jours, une panoplie de méthodes est à disposition. Bien sûr, en tête de liste figure l'injection d'hormones exogènes par intraveineuse, tentée d'ordinaire sur un « *col favorable* », c'est-à-dire mou, en partie effacé. Si tel n'est pas le cas, on a d'abord recours aux méthodes de dilatation mécanique ou, plus rarement, manuelle, mais d'ordinaire à l'application locale d'un gel pour faire « *mûrir* » le col, composé de prostaglandines provenant du sperme porcine. Pour les plus holistiques, on « prescrit » à l'occasion l'activité coïtale en fin de grossesse en raison des propriétés reconnues aux prostaglandines séminales. On a aussi découvert l'action redoutable d'un médicament, le *misoprostol* (Cytotec), dont l'utilisation reste extrêmement controversée – le produit n'ayant jamais été commercialisé pour cet usage par le fabricant – et qui est associée à de graves complications : hypertonie utérine, syndrome d'hyperstimulation, naissances trop rapides et taux élevé de rupture utérine (5 %) dans les cas d'utérus cicatriciels (césarienne antérieure). Pourtant, 17 % des médecins en France rapportaient en 2006 y avoir recours^[20]. Bien que l'administration de *misoprostol* pour le déclenchement ne soit pas approuvée par la *Food and Drug Administration*, son usage reste très répandu aux États-Unis^[21], de même qu'au Canada et au Québec^[22], en raison de son très faible coût. Autre méthode prisée : l'amniotomie, ou « rupture artificielle des membranes », pratiquée en principe lorsque la tête du bébé est engagée afin de déclencher ou accélérer le travail. Cette intervention est réalisée lors de 65 % des accouchements aux États-Unis^[23] ; un geste qui fait souvent partie de la routine dès l'admission à l'hôpital. Parmi les autres pratiques communes de

[20] D'après : États généraux de la naissance « Atelier 11 : Le déclenchement. Transcription (23 sept. 2006) », *Quelle naissance demain ? États généraux de la naissance*, Châteauroux (France), 22-24 sept. 2006, en ligne : <<http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/transcriptions/11-declenchement.pdf>>.

[21] Marsden WAGNER, « Pour les poissons, l'eau est invisible : la nécessité d'humaniser la naissance », in *Au Cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, sous la dir. de Lysane GRÉGOIRE, Stéphanie ST-AMANT, Montréal, Remue-ménage, pp. 225-226, 2004.

[22] Il est abondamment question du misoprostol dans le rapport québécois *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* lorsqu'on recense les études comparatives évaluant cette substance par rapport à d'autres produits ou techniques de déclenchement de l'accouchement, mais nulle part ne sont évoqués les risques particuliers de la molécule dénoncés ailleurs dans le monde (QUÉBEC, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], ETMIS [Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé], vol. 8, n° 14, 2012).

[23] Eugène R. DECLERCQ, Carol SAKALA, Maureen P. CORRY, Sandra APPLEBAUM, *Listening to Mothers II : Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*, New York, Childbirth Connection, 2006. Difficile de trouver des données spécifiques à cette intervention pour le Québec et le Canada : elles sont fondues aux statistiques portant sur l'ensemble des procédures de déclenchement ou d'accélération du travail.

déclenchement figure enfin le décollement (*stripping* ou *sweeping*) des membranes, qui consiste à détacher manuellement les membranes du col afin de stimuler la production de prostaglandines et faire entrer en travail dans un avenir rapproché. Cette pratique est souvent effectuée lors de l'examen gynécologique de la dernière consultation du suivi prénatal.

■ Incidence

Tranquillement, le déclenchement de l'accouchement s'est installé comme partie intégrante du forfait des soins obstétricaux, jusqu'à être normalisé. Si le bébé est « à terme » à 37 SA, en « retard » après 40 SA, l'attente n'a plus sa raison d'être. De toute façon, prétend-on, les études ne démontrent-elles pas que le pronostic idéal pour la naissance se situerait entre la 39^e et la 41^e semaine. Mais une norme aussi stricte fait fi de toute considération quant au caractère improbable de la fiabilité de l'exercice de datation, quant à la variabilité physiologique individuelle de la durée de la gestation humaine et du développement fœtal. La question de la « temporalisation » de l'enfantement est devenue centrale considérant qu'on tente désormais de déclencher l'accouchement d'une façon ou d'une autre *plus d'une fois sur 2*^[24]. En effet, les études qui se sont penchées là-dessus ont découvert, d'une part, que les femmes essaient par elles-mêmes de déclencher le travail par différents moyens (22 % aux États-Unis en 2005 ; 29 % en 2011-2012^[25] (ce que j'ai appelé en introduction le phénomène nouvellement étudié de l'autodéclenchement). Le langage populaire a même admis le concept de « *déclenchement soft* » : recours à l'homéopathie, à l'acupuncture, à diverses phytothérapies, etc. Il n'en demeure pas moins que ces tentatives procèdent d'une logique d'anticipation/précipitation de la naissance, et qu'une part non négligeable de ces tentatives sont faites pour éviter le déclenchement pharmacologique programmé. D'autre part, on a observé que les praticiens américains entament maintenant des procédures de déclenchement 4 fois sur 10 (41 %)^[26], et même un peu plus au Canada (45 %)^[27] et au Québec (46,5 %)^[28]. Le déclenchement pharmacologique à lui seul a atteint 30 % au Québec en 2009-2010^[29]. 25 % des Américaines dont l'accouchement a été artificiellement déclenché en 2011-2012 ont affirmé avoir subi de la pression à ce sujet de la part du praticien, *idem* pour celles qui ont subi une césarienne^[30]. Pour 44 % d'entre elles, l'une des raisons invoquées était que le bébé avait atteint ou dépassé son « terme », ce qui, en

[24] *Ibid.* et Eugène R. DECLERCQ, Carol SAKALA, Maureen P. CORRY, Sandra APPLEBAUM, Ariel HERRLICH, *Listening to Mothers III : Pregnancy and Birth*, New York, Childbirth Connection, 2013.

[25] *Listening to Mothers I* (2002), II (2006) et III (2013) sont les seules larges enquêtes qui se sont employées à quantifier la pression ressentie par les femmes au-delà des données sur les interventions médicales effectuées, tel que cette pression les pousse à anticiper l'intervention et à tenter d'influer par elles-mêmes sur le déclenchement de l'accouchement, et qui ont aussi voulu dégager la part de responsabilité des praticien(ne)s dans la « demande de césarienne » que l'on attribue désormais aux femmes.

[26] Taux stable de 2005 à 2011-2012.

[27] SANTÉ CANADA, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Centre pour la promotion de la santé, Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Section de la santé maternelle et infantile, *Ce que disent les mères : L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, (n° HP5-74/2-2009F), p. 134, 2009.

[28] Selon les données de 2006. D'après : Beverley CHARLMERS, Janusz KACZOROWSKI, Cheryl LEVITT, Susie DZAKPASU, Beverley O'BRIEN, Lily LEE, Madeline BOSCOE, David YOUNG, pour le Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité (GEEM) du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) de l'Agence de la santé publique du Canada, « Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth : Findings from the Maternity Experiences Survey », *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 36, n° 1, pp. 13-25, 2009.

[29] Québec, INESSS, *op. cit.*

[30] Eugène R. DECLERCQ *et al.*, *Listening to Mothers III, op. cit.*

soi, ne constitue pas un motif clinique ; et l'âge gestationnel moyen de ces accouchements déclenchés n'était que de 39,9 SA...^[31] Bien qu'on signale de grandes disparités entre les pays dans la classification des données au sujet des interventions obstétricales, le dernier rapport Peristat 2013 pour l'Union européenne propose une recension par pays du taux de naissances déclenchées en 2010^[32]. À titre d'exemple, l'Allemagne présente un taux de 22 %, l'Angleterre, 21 %, la France, 23 %. Pourtant, en vertu des données probantes existantes et des risques associés, un taux de déclenchement médicamenteux dépassant les 10 % apparaît déraisonnable^[33]. En raison de cette flambée universelle des taux de déclenchement (qu'entraîne, on le verra, une logique de surreprésentation des risques de la grossesse prolongée en même temps qu'une sous-représentation des risques du déclenchement) et compte tenu à la fois de l'irréductibilité de l'imprécision de la détermination de l'âge gestationnel et à la fois de la grande variabilité du terme humain, on voit poindre des initiatives insistant sur la notion de la fenêtre de cinq semaines^[34] à l'intérieur de laquelle il convient de repenser l'opportunité du déclenchement spontané (et ses impératifs biologiques propres tant maternels que fœtaux) et visant à réfréner le déclenchement artificiel avant au moins 42 SA^[35]. Car la pression culturelle reposant désormais sur une « *date prévue d'accouchement* » a atteint une dimension démesurée et manifestement hors de contrôle.

■ Motifs

Il est important d'interroger les motifs et leur validité, parce qu'ils constituent l'assise de la construction culturelle (lieu où la pensée médicale devient fait de société) de l'utilité de cette production de l'accouchement, en termes de bénéfices supposés (plutôt que laisser la naissance advenir). Pourquoi déclencher ? Les indications médicales à « provoquer » l'accouchement, comme le dit le langage populaire, sont notamment : la crainte de « postmaturité » ou le dépassement de terme, la suspicion de « macrosomie » (gros bébé), le manque de liquide amniotique, le retard de croissance intra-utérin ou une autre détresse fœtale suspectée, et enfin une condition de santé maternelle pré-occupante. Ces indications sont néanmoins pour la plupart controversées. D'abord, la macrosomie. Selon la croyance (qui court également chez de nombreux praticiens), plus un bébé reste longtemps dans le sein maternel, plus il sera gros. Or, statistiquement, la grosseur fœtale paraît se stabiliser après 40 semaines de gestation^[36]. La culture obstétricale occidentale redoute toujours le « gros bébé », et cette peur est à la base de bon nombre de décisions de déclenchement artificiel^[37]. Elle est aussi bien présente chez les femmes. Paradoxalement, l'insuffisance de poids à la naissance (IPN) (bébés pesant moins de 2 500 g) représente le problème de santé néonatale numéro 1 pour

[31] *Ibid.*

[32] EURO-PERISTAT, *The European Perinatal Health Report : Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, [s.l.], 2013.

[33] Marsden WAGNER, *Born in the USA : How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Mothers and Infants First*, Berkeley, Los Angeles et Londres, University of California Press, 2006.

[34] Puisque les études en ce sens se renouvellent : A.M. JUKIC, D.D. BAIRD, C.R. WEINBERG, D.R. MCCONNAUGHEY, A.J. WILCOX, « Length of human pregnancy and contributors to its natural variation », *Human Reproduction*, vol. 28, n° 10, pp. 2848-2855, 2013.

[35] Par exemple, la campagne « 42 Weeks » au Royaume-Uni (source : <<http://42weeks.ie/about-42-weeks/>>).

[36] Jennifer BLOCK, *Pushed : The Painful Truth about Childbirth and Modern Maternity Care*, Cambridge (Mass.), Da Capo Press, p. 9, 2007.

[37] Selon Eugène R. DECLERCQ *et al.* (*Listening to Mothers III, op. cit.*), pour les femmes chez qui on a suspecté un gros bébé, 62 % d'entre elles rapportent que leur praticien a envisagé le déclenchement, 44 % une césarienne programmée.

les bébés nés à terme^[38] ; le déclenchement artificiel produit des cas d'IPN iatrogènes... Par ailleurs, la grosseur du bébé n'est pas prédictive de la difficulté d'un accouchement vaginal. De plus, la définition même de macrosomie est délicate. On parle tantôt de plus de 4 000 g, tantôt de plus de 4 500 g. Or, 15 % des nouveau-nés correspondent à la première définition, soit un garçon sur 4 né à 40 SA^[39], 3 % à la seconde définition... Considérer comme d'emblée pathologique le poids de naissance de 25 % des bébés de sexe masculin (et sur cet unique critère) est difficilement soutenable ; la macrosomie n'est pas un motif raisonnable de déclenchement selon les spécialistes^[40]. Enfin, l'échographie du troisième trimestre échoue à prédire le poids de naissance des bébés, car sa marge d'erreur reconnue est énorme : ± 500 g^[41]. On doit également à l'échographie le diagnostic en vogue de manque ou encore de surplus (oligohydramnios, polyhydramnios) de liquide amniotique. Si je dis « en vogue », c'est que les témoignages des femmes rendent compte de la fréquence sans cesse grandissante de son invocation. Selon Ellen Hodnett^[42], spécialiste reconnue de la recherche périnatale, le niveau de liquide amniotique n'est pas une indication suffisante à elle seule pour déclencher l'accouchement lorsque la grossesse se passe autrement de façon normale^[43]. De plus, il y a production continue de liquide amniotique (par le bébé en urinant). L'omnipraticienne et éthicienne montréalaise Isabelle Leblanc confirme qu'« on ne devrait jamais faire d'échographie du troisième trimestre, car aucune ne s'avère "normale" ». Elle ajoute que les médecins fonderont majoritairement leur décision d'intervention là-dessus afin de « soigner leur propre anxiété »^[44]. Le diagnostic de RCIU (retard de croissance intra-utérin), imputable à une insuffisance placentaire, est aussi largement fondé sur les mesures échographiques, mais pêche par le même problème d'imprécision des données de l'examen et est associé à une fréquence excessive de faux positifs (de 50 % à 68 %, et ce pour une moyenne de cinq examens)^[45]. Même dans le cas d'un positif « vrai » (dont on ne pourra avoir le cœur net qu'à la naissance), il n'y a pas de thérapie à offrir au bébé que l'on fait naître prématurément : celui-ci risque tous les dangers associés à la prématurité^[46], et l'on doute que ceux-ci soient moins grands que ceux encourus,

[38] QUÉBEC, Direction des communications, *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Montréal, MSSS, Publications (n° 08-918-01F), 2008.

[39] Denis LORD, « Dépistage. Le diabète de grossesse, objet de controverse », *Le Devoir*, 29 mars 2003.

[40] Jennifer BLOCK, *op. cit.*, pp. 8-11.

[41] On voit même des différences entre poids estimé et poids réel atteignant un kilo (témoignage de Céline LEMAY, sage-femme et docteure en sciences humaines appliquées, communication personnelle).

[42] Professeure en sciences infirmières à l'Université de Toronto, consultante spéciale auprès de la Division de la Santé reproductive à l'OMS et membre de l'équipe d'évaluation scientifique Grossesse et accouchement de la Cochrane Collaboration.

[43] Citée dans Jennifer BLOCK, *op. cit.*, p. 11 ; voir aussi Rebecca L. DEKKER, « What is the Evidence for Induction for Low Amniotic Fluid in a Healthy Pregnancy ? », *Science & Sensibility : A Research Blog About Healthy Pregnancy, Birth & Beyond (Lamaze International)* : <<http://www.scienceandsensibility.org/what-is-the-evidence-for-induction-for-low-amniotic-fluid-in-a-healthy-pregnancy/>> (20 août 2012).

[44] Communication personnelle (23 nov. 2010).

[45] Voir les références citées dans Stéphanie ST-AMANT, « La natalité virtuelle : ultrasons mutagènes, identités muées », in Cristina BUCICA, Nicolas SIMARD (dir.), *L'identité. Zones d'ombres*, Montréal, CÉLAT, coll. « Les Cahiers du CELAT », pp. 255-273, 2002. Sur les difficultés que pose la détermination du RCIU, on se référera à Murray ENKIN, Marc J.N.C. KEIRSE, James NEILSON, Caroline CROWTHER, Lelia DULEY, Ellen HODNETT, Justus HOFNEYR, *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, 3^e éd., Oxford, Oxford University Press, 2000.

[46] Une étude montréalaise a mis en lumière une surmortalité statistique néonatale touchant le groupe des bébés légèrement prématurés-es, c'est-à-dire nés-es entre 34 et 36 SA : ceux-ci courent presque trois fois plus de risques de mourir au cours de leur première année d'existence aux États-Unis et quatre fois et demie plus de risques au Canada : Michael S. KRAMER, Kitaw DEMISSIE, Hong YANG, Robert W. PLATT, Reg SAUVÉ, Robert LISTON, Groupe d'étude de la santé fœtale et infantile (GESFI) du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP), « The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 7, pp. 843-849, 2000.

le cas échéant, à rester dans le sein maternel : « *Le RCIU est de toute façon rarement vraiment relié à des problèmes néonataux sauf si sa cause est une anomalie génétique...* »^[47] Du reste, une insuffisance placentaire réelle déclencherait d'elle-même un accouchement précoce^[48]. En fait, ce qui serait vraiment à redouter est une diminution du flot dans les vaisseaux ombilicaux, voire un flot rétrograde, des pathologies extrêmement rares^[49]. Quoi qu'il en soit, on a tendance à extrapoler ce diagnostic du RCIU présumé et à programmer d'emblée un déclenchement sans pousser plus avant l'expertise. Ellen Hodnett émettait cette intéressante réflexion au sujet de la valeur sémiotique et prédictive de l'échographie : elle ne donne pas prise sur l'état « réel » du bébé ; cependant, les résultats qu'on en tire – paramètres de la biométrie fœtale, niveau de liquide amniotique – sont exprimés à la deuxième décimale près, conférant à ces chiffres une *aura de certitude*^[50]. Ce qui a pour effet que les données échographiques ne sont qu'exceptionnellement mises en doute et qu'elles demeurent un élément incontournable – voire l'élément clé – de la prise de décision d'intervention (renforcée par l'exigence de preuves matérielles qu'impose le climat médicolégal actuel dans lequel baigne l'obstétrique).

Quant aux indications non médicales de déclenchement (dit « *de convenance* »), les motifs couramment invoqués sont d'ordre organisationnel et institutionnel : gestion d'horaire et des effectifs médicaux ou paramédicaux, disponibilité du médecin traitant (pensons seulement à la situation des femmes des régions éloignées déplacées à l'avance parce qu'il n'y a plus de services d'obstétrique dispensés à proximité) ; ou d'ordre personnel et familial : la femme n'en peut plus d'être enceinte, le conjoint peut être libéré du travail à ce moment-là, la journée convient en fonction des congés parentaux que l'on pourra prendre ou la garde des enfants aînés, etc. Plusieurs médecins convaincront leur patiente qu'il est beaucoup plus pratique pour celle-ci de programmer la naissance avant une date x. Depuis 1999, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) autorise officiellement le déclenchement pour des motifs psychosociaux et logistiques, contrairement à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada^[51]. Il existe aussi des motifs plus occultes : l'utilisation du déclenchement artificiel comme moyen pour un praticien de ne pas rater un accouchement ; car un accouchement raté représente une perte de revenus que les obstétriciens-gynécologues peuvent difficilement accuser considérant la hauteur des primes d'assurance responsabilité qu'ils doivent acquitter dans plusieurs pays : « *Lorsqu'un déclenchement échoue, une césarienne attend. Et de l'incision à la suture, une césarienne prend moins d'une heure.* »^[52] De plus, ces spécialistes ne s'exposent pas à des poursuites lorsqu'ils décident de pratiquer une césarienne, car ils sont dès lors réputés avoir fait tout ce qui était en leur pouvoir pour sauver l'enfant^[53]. Que les motifs de déclenchement soient avoués ou non, les statistiques ont fait apparaître le phénomène indéniable de l'obstétrique des jours et heures ouvrables (*daylight obstetrics*). Ainsi, les statistiques démographiques nationales des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) étatsuniens attestent d'un « *weekend birth deficit* » : 12 000 naissances/jour en semaine pour 8 000/jour le week-end, soit un ratio de 1,5 contre 1. La même tendance s'observe en Europe :

[47] Isabelle LEBLANC, communication personnelle (22 nov. 2010).

[48] Claude-Émile TOURNÉ, *op. cit.*

[49] Isabelle LEBLANC, *loc. cit.*

[50] Jennifer BLOCK, *op. cit.*, p. 11.

[51] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), « Le Déclenchement du travail à terme. Directive clinique n° 107 », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* (JOGC), août 2001.

[52] Jennifer BLOCK, *op. cit.*, pp. 42-43. Traduction libre.

[53] *Ibid.*

« “Où sont passés les bébés du dimanche”, s’interroge le chercheur Alexander Lerchl. Au terme de deux études menées en Suisse et en Allemagne [...], ce professeur de biologie [...] souligne que de moins en moins de naissances ont lieu le week-end. Quelque trois millions de naissances survenues en Suisse entre 1969 et 2005 ont fait l’objet d’une analyse statistique. Résultat : près de cent mille enfants de moins sont nés le samedi ou le dimanche que ce qui était attendu. Même constatation en Allemagne, où, sur l’année 2003, les naissances le week-end ont diminué en moyenne de 15 %.

Cette tendance, indique le chercheur, est liée à la hausse du nombre de césariennes et d’accouchements déclenchés. Ainsi, tout se passe comme si les pratiques médicales et les contraintes financières du secteur public hospitalier dictaient de plus en plus “comment et quand les bébés naissent”. »^[54]

Le spécialiste de périnatalogie Marsden Wagner expliquait pour sa part que les accouchements représentent le plus gros casse-tête dans la pratique surchargée des obstétriciens-gynécologues, car ils surviennent à toute heure du jour ou de la nuit. Et l’on doit avoir en tête que ces spécialistes ont également pour tâche de s’acquitter de la contraception, des tests de dépistage avec leurs suivis, des chirurgies gynécologiques et de la gestion de la ménopause^[55]. Les contraintes temporelles pèsent ainsi très lourd dans la balance de la décision de déclenchement et de césarienne sur rendez-vous. Cependant, celles-ci masquent et tendent à banaliser les risques de ces déclenchements artificiels qui sont un taux accru « d’accouchements vaginaux nécessitant une intervention chirurgicale, de césarienne, d’activité utérine excessive, de fréquence cardiaque fœtale anormale, de rupture utérine, d’intoxication maternelle aqueuse, d’accouchement préterme en raison d’une erreur de dates et, peut-être, d’un prolapsus du cordon ombilical accompagné d’une rupture artificielle des membranes »^[56].

Sans contester la légitimité qu’une femme puisse opter pour un déclenchement médical pour quelque motif que ce soit, en tous les cas, les notions de « choix éclairé » (requête maternelle) et de « consentement éclairé » (acceptation d’une proposition médicale) sont immédiatement soulevées : a-t-on dûment informé des risques précités et de leur occurrence^[57]. Ces risques ont-ils été posés en regard des bénéfices espérés. Au vu des résultats des enquêtes effectuées auprès des mères^[58] et des observations cliniques directes^[59], il est permis d’en douter :

- 1) L’opinion du praticien en faveur de l’intervention (habitude, côté pratique, facteur de protection médicolegale, consensus des pairs prévalant sur les données probantes) oriente souvent la décision des femmes ;
- 2) Les motifs cliniques invoqués sont faibles ou insuffisants ;

[54] Sandrine BLANCHARD, « Les enfants ne naissent plus le dimanche... », *Le Monde*, 16 oct. 2007.

[55] Jennifer BLOCK, *op. cit.*, p. 41.

[56] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *op. cit.*

[57] Hélène Vadeboncoeur a consacré une partie de sa thèse à cette question du choix éclairé en obstétrique et au thème plus général du droit des patientes (Hélène VADEBONCOEUR, *La naissance au Québec à l’aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?*, thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 2004). Voir aussi son article « La femme en travail peut-elle exercer son autonomie en centre hospitalier ? », in Lysiane GRÉGOIRE, Stéphanie ST-AMANT (dir.), *op. cit.*, pp. 89-110.

[58] Eugène R. DECLERCQ, *et al.*, *Listening to Mothers II et III*, *op. cit.* ; Ashalatha SHETTY, Rhona BURT, Pat RICE, Allan TEMPLETON, « Women’s perceptions, expectations and satisfaction with induced labour. A questionnaire-based study », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 123, n° 1, pp. 56-61, 2005.

[59] Hélène VADEBONCOEUR, *La naissance au Québec à l’aube du troisième millénaire*, *op. cit.*

- 3) Le consentement est obtenu sur la base d'une surexposition des risques associés à la poursuite de la grossesse et une minimisation (voire l'omission) des risques de l'intervention ;
 4) On explique peu à quelle expérience la femme doit s'attendre, soit qu'un déclenchement pharmacologique entraînera un accouchement lourdement médicalisé de bout en bout^[60].

◀ La césarienne programmée, ou le déclenchement « chirurgical »

Partout dans le monde, le nombre de césariennes pratiquées ne cesse d'augmenter, atteignant des sommets impressionnants : selon le plus récent rapport de l'OCDE, le taux de 2011 aux États-Unis était de 31 %, en hausse constante depuis 1996, soit une augmentation de 50 %^[61]. Le Canada affichait une moyenne nationale de 26 % pour la même année, tandis que le Mexique avait atteint 48 %. Cas célèbre, le Brésil présentait en 2009 une moyenne variant de 30 à 50 % dans les hôpitaux publics et de 93 % dans les établissements privés^[62]. Les cas brésiliens et mexicains apparaissent néanmoins assez communs, puisque plusieurs pays obtiennent des taux proches : Chine : environ 50 % (d'après l'OMS^[63], données pour 2007-2008) ; Corée du Sud : 35,2 % ; Italie : 38,5 % ; Turquie : 45,7 %^[64]. De toutes ces césariennes, il est bien difficile d'estimer le nombre des interventions programmées, avec ou sans raison médicale. Du reste, même lorsqu'une raison médicale est invoquée, on estime, selon la dernière étude américaine en date, que 45 % des césariennes pratiquées ne seraient pas nécessaires^[65]. Selon le rapport européen *Peristat 2013*, les césariennes effectuées avant le début du travail auraient compté en 2010 pour 11,4 % des naissances en Angleterre, 11,2 % en France et 15,4 % en Allemagne. Son constat : 50 % des césariennes pratiquées dans l'Union européenne ont été l'effet d'une programmation^[66]. En 1997, d'après une déclaration commune UNICEF-OMS-UNFPA qui fait toujours office de référence, le taux « optimal » de césariennes se situerait entre 5 et 15 % : inférieur à 5 %, le taux indique que certaines femmes avec des complications sévères ne reçoivent pas des soins adéquats, tandis qu'un taux dépassant 15 % révèle un recours abusif à l'opération, les effets adverses globaux dépassant alors les bénéfices attendus^[67].

[60] Rachel REED, « Induction of Labour : Balancing Risks ». *Midwife Thinking's Blog* (En ligne, <<http://midwifethinking.com/2010/09/16/induction-of-labour-balancing-risks/>>, 16 sept. 2010). On retrouve une étude de cas de l'expérience des femmes de l'accouchement artificiellement déclenché dans Stéphanie ST-AMANT, *Déconstruire l'accouchement*, op. cit., pp. 203-218.

[61] Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 - Données fréquemment demandées », *Politiques et données sur la santé*, Paris, OCDE, 2013 (en ligne : <<http://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2013-Frequently-Requested-Data.xls>>).

[62] Source : <<http://theunnecesarean.com/blog/2009/1/25/who-cares-brazils-93-percent-cesarean-rate-in-private-hospit.html>>.

[63] Mara HVISTENDAHL, « La Chine, empire des césariennes », *Slate.fr*, 22 janv. 2012, en ligne : <<http://www.slate.fr/story/48749/chine-empire-cesariennes>>.

[64] OCDE, op. cit. Données pour l'année 2011.

[65] Source : <<http://www.businesswire.com/news/home/20140507005336/en/National-Study-45-Cesarean-Sections-Unnecessary>>.

[66] EURO-PERISTAT, op. cit.

[67] Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fond des Nations unies pour la population (UNFPA), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (oct. 1997). Ces taux de référence viennent d'être reconfirmés par une nouvelle étude : Jiangfeng YE, Ana PILAR BETRAN, Miguel GUERRERO VELA, Joao Paulo SOUZA, Jun ZHANG, « Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery », *Birth : Issues in Perinatal Care*, vol. 41, n° 3, pp. 237-244, 2014.

◀ Repenser le terme selon des paramètres biologiques, évolutionnaires

Déclencher ou programmer chirurgicalement la naissance dans de telles proportions porte à réfléchir. Standardiser le terme, est-ce un bénéfice pour l'humanité ? Une naissance spontanée ou « provoquée », est-ce du pareil au même ? N'y a-t-il pas une raison évolutive à la variabilité du terme humain ? L'obstétricien-gynécologue Claude-Émile Tourné apporte un éclairage très important à cette question. La détermination du terme – exercice théorique – procède d'une pensée logicomathématique qui n'a rien à voir avec les conditions biologiques du déclenchement du travail, relevant quant à elles à la fois du fœtus, du placenta et de la mère (conditions auxquelles Tourné et plusieurs autres n'hésitent pas par ailleurs à ajouter certains facteurs psychologiques ou psychosomatiques). Pour cette raison qualifie-t-il le déclenchement d'« *interruption thérapeutique de grossesse* », classant la procédure sous la catégorie des avortements médicaux : « À terme, certes avec bébé vivant, avec bébé conservé en espérant qu'il aille le mieux possible avec sa maman, mais une interruption de la grossesse, du processus gravidique avant que son terme ne soit arrivé.^[68] » Ainsi, insiste-t-il pour recadrer la compréhension de la notion de terme en la subordonnant à une définition physiologique de celui-ci. Peut-être même cette compréhension nécessite-t-elle au départ le recours à une tautologie : « *En fait, le terme de la grossesse est littéralement le moment où elle se termine.* » L'auteur resitue l'événement de la naissance dans le continuum de la grossesse, en s'inscrivant en faux contre cette herméneutique obstétricale qui a autorisé leur disjonction. Claude-Émile Tourné ajoute : le terme « *résulte de l'adéquation espérée entre : a) la capacité du placenta à nourrir le fœtus, b) la maturité fœtale qui permettra au nouveau-né d'assurer sa survie ex utero dans des conditions optimales* »^[69]. Le terme vrai est à cet égard « *le moment où, en plus de ces deux conditions fœtale et placentaire, l'organisme maternel est mûr pour l'accouchement : a) segment [utérin] inférieur bien formé, b) structure du col bien mature, c) imbibition gravidique bien installée*^[70]. *D'une façon générale, l'accomplissement de ces processus est concomitant* »^[71]. L'opportunité de la naissance – l'arrivée à terme – est repensée ici selon des paramètres biologiques qui répondent à leur nécessité propre : l'atteinte d'un point de développement optimal *tant pour enfanter que pour naître*, où deux organismes sont « *mûrs* ».

Lorsqu'on envisage le terme dans cette perspective, où l'occurrence temporelle du déclenchement spontané de l'accouchement est chaque fois unique, où l'on embrasse tant la variabilité de la durée de la grossesse que l'imprédictibilité de la naissance et que l'on s'affranchit d'un exercice de calcul impossible, on parvient à une compréhension entièrement renouvelée de la prématurité en même temps que de la postmaturité, ce qui est fort utile au clinicien soucieux de prendre un recul rationnel vis-à-vis de la tyrannie des chiffres et des dates :

« *Cela oblige à réévaluer les menaces d'accouchement prématuré lorsqu'elles sont en fait des phénomènes de sauvetage d'un fœtus de plus en plus mal nourri par un placenta précocement sénescence. Cela permet de surveiller sans angoisse excessive les termes*

[68] EGN, *op. cit.*, p. 6.

[69] Claude-Émile TOURNÉ, *op. cit.*

[70] Autrement appelée « *imprégnation hormonale de la grossesse* ».

[71] Claude-Émile TOURNÉ, *op. cit.*

dépassés qui ne sont que des grossesses normales un peu plus longues que les autres. En effet, on s'achemine vers l'idée que pour une grosseesse donnée, il existerait une programmation du terme dont le placenta détiendrait la clé. »^[72]

En définitive, l'auteur affirme une chose toute simple à l'égard de la grossesse dite « *prolongée* » : ce que l'on craint (et veut éviter en déclenchant si souvent l'accouchement), c'est que le placenta fasse défaut. Or, un placenta qui fait défaut... déclenche l'accouchement !

En plus de poser grossesse et naissance dans leur continuité, Claude-Émile Tourné réitère l'ancestrale conjonction des intérêts de la mère et ceux du bébé, mise aujourd'hui en opposition par la logique de la « *production de la naissance* » (ce que j'ai nommé « *l'économie du conflit fetomaternel* »^[73]). Car de nos jours, on s'accommode tout à fait de l'idée que, tôt ou tard, le ventre maternel devienne dangereux.

◀ Contre la mortinaissance et la peur du ventre maternel... par la production iatrogène de prématurés

La construction conceptuelle qui légitime une programmation de l'enfantement aussi laxiste et généralisée repose sur une représentation de la grossesse comme processus associé à une date de péremption, toujours susceptible de se saborder, de mettre en péril son fruit. On renonce à y voir la condition de possibilité et de viabilité essentielle d'un nouvel individu. Alors que la grossesse se déroule bien, sans symptôme alarmant, le seul fait qu'elle se maintienne au-delà d'un certain seuil semble celer une inévitable menace, faute d'en contrôler l'aboutissement. La production de l'accouchement vise à éviter ces cas redoutés de mortinaissance. Mais quel en est le risque réel ? À la suite d'une revue systématique de la Cochrane Collaboration parue en 2006^[74] faisant état d'un risque de mortinatalité augmenté au-delà de 41 SA, le déclenchement pour dépassement de terme dès 41 SA est devenu la norme en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde. Cette publication a eu pour effet de devancer une fois de plus la limite supérieure du terme « *accepté* » (de 42 SA à 41 SA). Des critiques ont cependant aussitôt pointé le fait que le dépassement des 41 semaines théoriques représente un *très faible risque absolu*, soit la différence entre 0,5/1 000 à 40 SA et 1/1 000 après 41 SA. Selon Philip Hall, directeur du département de médecine maternelle et fœtale de l'Hôpital général St-Boniface à Winnipeg, qu'une mortinaissance survienne à 41 ou à 39 SA, les causes en sont les mêmes et l'on ne peut prétendre qu'une naissance hâtée aurait sauvé le bébé. Considérant que 15 % à 20 % des grossesses atteignent les 41 SA, soumettre un aussi grand nombre de femmes et de bébés aux risques accrus du déclenchement afin d'éviter un risque somme toute infime relève selon lui de l'absurde. Il ajoute : « *On ne devrait pas amener les femmes à croire que "quelques jours de plus vont tuer mon bébé."* »^[75] Au demeurant, quoiqu'on en ait retenu, les conclusions de la revue systématique Cochrane n'allaient certainement pas dans le sens d'une promotion sans

[72] *Ibid.*

[73] Stéphanie ST-AMANT, *Déconstruire l'accouchement*, *op. cit.*

[74] A.M. GÜLMEZOGLU, C.A. CROWTHER et P. MIDDLETON, *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, Art. n° CD004945, 18 oct. 2006.

[75] Jennifer BLOCK, *op. cit.*, pp. 11-12. Traduction libre.

réserve du déclenchement artificiel à 41 SA, insistant sur la ténuité du risque et sur « l'importance de conseiller les femmes de façon appropriée quant aux risques relatifs et absolus »^[76], tout en rappelant que l'expérience et la satisfaction des mères vis-à-vis de l'une ou l'autre approche n'étaient pas prises en compte dans les paramètres des études recensées et devraient être étudiées. La plus récente mise à jour de cette même revue systématique^[77] précisait en outre que 410 déclenchements médicaux sont nécessaires pour éviter un seul cas de mort périnatale^[78]. Ce qui veut dire que l'on précipite 409 naissances sur 410 pour rien, soumettant d'emblée la mère et l'enfant aux risques augmentés d'une intervention... « préventive ».

Il n'empêche que les études pointant les dangers de cet engouement pour la programmation font face à un accueil qui relève du déni. Lors de la publication d'une étude sur les dangers pour les bébés de la césarienne programmée à 37, 38 ou 39 SA, Michael F. Greene, du *Massachusetts General Hospital* de Boston, en rejetait les conclusions, déclarant qu'elles « ne rendent pas compte du nombre de bébés qui ont pu mourir dans l'attente du seuil des 39 SA »^[79]. Dans le même sens allaient ces propos d'un médecin new-yorkais très en vue, Atul Gawande : considérant qu'un bébé sur 500 qui semble vigoureux à 39 SA mourra avant de naître ou pendant la naissance, la planification d'une césarienne (universelle) à 39 SA sauverait « au moins quelques-uns » de ces fœtus voués à une mortinaissance certaine...^[80] Autre sommité, W. Benson Harer Jr., président de l'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) de 2001 à 2002, ardent promoteur de la « césarienne prophylactique sans raison médicale » (à ses yeux une procédure d'« amélioration » ou « optimisation de la vie »), déclarait qu'« il n'y a pas de preuves pour réfuter l'affirmation selon laquelle le mode de naissance le plus sécuritaire serait par césarienne "élective" à 39 SA »^[81]. On voit à l'œuvre ici l'usage – déployé d'ailleurs depuis les années 1920, alors que la césarienne universelle apparaissait comme l'option du futur – d'un raisonnement fallacieux du type « argument d'ignorance » (*Argumentum ad Ignorantiam*), sophisme par lequel on prétend que s'il n'y a pas de preuve de la fausseté d'une prémisse, celle-ci est donc vraie par défaut. Ici, on suggère d'appliquer à l'ensemble des cas un traitement qui ne bénéficierait – hypothétiquement – qu'à un fort petit nombre, sans égard aux risques épidémiologiques du traitement préconisé. Cette perception du fœtus qui « lutte pour atteindre les 39 semaines imposées », ou qui risque de mourir par les voies ordinaires du naître, va de pair avec la conception du ventre maternel comme un antre menaçant, dangereux, aux antipodes de l'image du giron vital, nourricier, protecteur. Suivant le fil du raisonnement, l'étape prochaine est de proposer d'en finir définitivement avec la naissance. Le philosophe Philippe Descamps franchit sans difficulté ce pas. Étonnamment, il doit lui aussi recourir à l'argument d'ignorance pour faire valoir l'intérêt du projet d'utérus artificiel, qu'il qualifie de « fiction utile », solution ultime à la dangereuse reproduction humaine : même « si l'ectogenèse pose effectivement des problèmes d'ordre éthique et social [...], cela

[76] Traduction libre.

[77] A. Metin GÜLMEZOGLU, Caroline A. CROWTHER, Philippa MIDDLETON, Emer HEATLEY, *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, 13 juin 2012.

[78] NNTB (*number needed to treat to benefit*) = 410.

[79] Exemple rapporté par la chercheuse Meredith NASH dans son blog : « Don't Have a Cesar Before 39 Weeks », *The Baby Bump Project* (en ligne : <<http://babybumpproject.blogspot.com/2009/01/dont-have-caesar-before-39-weeks.html>>, 9 janv. 2009). Traduction libre.

[80] Atul GAWANDE, « Annals of Medicine. The Score : How Childbirth Went Industrial », *The New Yorker*, 9 oct. 2006.

[81] Cité dans Jennifer BLOCK, *op. cit.*, p. 56. Traduction libre.

ne justifie en aucune manière [...] que l'on refuse de voir les bénéfices médicaux que l'on pourrait tirer de la mise au point de cette technique »^[82]. Il n'y aurait donc plus avantage, ne serait-ce au plan relationnel et affectif, à naître d'une mère...

À l'instar de Claude-Émile Tourné qui suggère que le déclenchement artificiel ou la césarienne prophylactique sont des IMG, on peut prétendre que les bébés que l'ont fait naître avant qu'ils ne naissent de façon spontanée sont des prématurés... bien que « prétendument » à terme, puisqu'ils sont également confrontés aux risques liés à la prématurité. À titre d'exemple, selon une étude publiée en janvier 2009^[83], les bébés nés à 37 SA par césarienne itérative sans motif clinique ont présenté deux fois plus de complications diverses (problèmes respiratoires, infections sanguines, hypoglycémie ou autres complications nécessitant des soins intensifs en néonatalogie) que ceux nés aussi par césarienne itérative sans raison médicale à 39 SA, soit un taux de complications de 15 % pour les bébés nés à 37 SA, 11 % à 38 SA, 8 % à 39 SA. L'étude a également noté quatre fois plus de détresse respiratoire dans le groupe des bébés nés à 37 SA par rapport à ceux nés à 39 SA. Or, il est reconnu que le syndrome de détresse respiratoire et la prématurité sont les deux principales causes de décès des nouveau-nés^[84]. Considérant que la prématurité – première cause de décès néonataux et d'incapacités à vie – est en constante augmentation partout dans le monde depuis vingt ans, incluant les pays les plus économiquement favorisés^[85], qu'elle représente un grave et onéreux problème de santé publique, il est légitime de se demander pourquoi prévaut cette obsession envers le bébé « postmature » et l'exceptionnelle mortinaissance. Manifestement, les soins périnataux de nos sociétés font montre d'un problème de focalisation.

◀ Naît-on encore ?

D'un côté, ce constat : on tente de déclencher l'accouchement environ une fois sur deux et les césariennes non médicalement nécessaires augmentent partout de façon exponentielle, sans s'infléchir. De l'autre, une idée à défendre : que le terme de la grossesse et la naissance répondraient à l'atteinte de certaines conditions biologiques – et peut-être psychiques – correspondant à la maturité concomitante de l'organisme maternel gravide et du fœtus. En découle une réflexion quant à la volonté toujours plus affirmée et mise en acte de faire naître, de produire la naissance, plutôt que de laisser naître. Qui plus est, la dimension expérientielle de l'arrivée à terme pour la mère et le naissant se trouve subsumée sous un impératif de la naissance comme simple résultat, mettant en abîme la trajectoire de la mise au monde et ce qu'elle a de signifiant pour qui donne et qui voit le jour. Ne serait-ce que d'un point de vue évolutionnaire : on découvre à peine que l'ocytocine endogène – à l'origine du déclenchement spontané de l'enfantement –

[82] Philippe DESCAMPS, *L'utérus, la technique et l'amour. L'enfant de l'ectogenèse*, Paris, PUF, 2008, p. 41 et p. 66 ; cité dans Sylvie MARTIN, *op. cit.*, p. 17 et pp. 160-161.

[83] Alan T. N. TITA *et al.*, pour l'*Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network*, « Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes », *The New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 2, pp. 111-120, 2009.

[84] Mardsen WAGNER, « Pour les poissons l'eau est invisible », *loc. cit.*, p. 225 ; Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC), « Preterm Birth », *Centers for Disease Control and Prevention*, 23 mars 2012 (en ligne : <<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/PretermBirth.htm>>).

[85] Source : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>>, nov. 2013.

jouerait un rôle protecteur et analgésique pour le fœtus au cours de la naissance : privé de cette imprégnation, les nouveau-nés présenteraient plus de signes de stress, leur adaptation à l'environnement postnatal serait perturbée, avec de possibles conséquences psychologiques à long terme^[86] ; tandis que la naissance par césarienne affecterait la régulation épigénétique postnatale^[87]. Considérant également l'accumulation de travaux qui font porter vers le placenta ou vers des signes hormonaux fœtaux^[88] la clé de la durée de la gestation, du déclenchement spontané de l'enfantement et son orchestration, est-il possible d'imaginer encore la concession d'une certaine « agentivité » au naissant dans le cours du processus qui le voit naître (*a contrario* des représentations où il est le vulnérable jouet d'un conflit adaptatif entre sa mère et lui). Le postulat de la convergence des intérêts fœtomaternels dans la mise en marche et le déroulement de la naissance est-il nécessairement moins valide que celui de leur mise en danger mutuelle ?

Après avoir dressé l'état des lieux de la programmation de l'accouchement aujourd'hui, présenté le piètre bilan auquel ce projet a donné lieu et décrit la transformation rapide que nos systèmes de soins ont fait subir à l'événement de la naissance, c'est la question du sens du naître et du donner-naissance dans des conditions d'un contrôle hypermédicalisé de l'événement qui se pose. Nous sommes entrés dans une ère où l'on ne naît apparemment plus – sinon rarement – par ses propres moyens, à son heure, en son temps – ou plutôt par les moyens de cette synergie fœtomaternelle qui se met en branle lorsque la grossesse arrive à son véritable terme. Au plan sociosanitaire, les bénéfices de cette production de la naissance – que l'on admet communément comme un progrès – apparaissent pourtant discutables, tandis que les risques et effets adverses des interventions normalisées se multiplient. L'idée d'un terme gestationnel optimal est un concept fallacieux. Il serait bon de dépasser maintenant les strictes considérations sociosanitaires en (r)amenant dans l'arène des pratiques obstétricales les considérations issues des champs d'études (psychologie, psychanalyse) qui ont envisagé la naissance comme un moment fondateur, significatif, pour l'être humain. Il n'est peut-être pas anodin ni insignifiant que la langue française ait ménagé un sens actif à ce verbe – naître –, contrairement à d'autres langues dans l'univers desquelles on « reçoit (passivement) une naissance »... Il apparaît pressant d'instiller une préoccupation sociale plus vaste face à l'interventionnisme obstétrical ambiant au chapitre de cette programmation banalisée.

[86] Michel MAZZUCA, *et al.*, « Newborn Analgesia Mediated by Oxytocin during Delivery », *Frontiers in Cellular Neuroscience*, vol. 5, n° 3, 2011.

[87] T. SCHLINZIG, S. JOHANSSON, A. GUNNAR, T. J. EKSTRÖM, M. NORMAN, « Epigenetic modulation at birth-altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section », *Acta Paediatrica*, vol. 98, n° 7, pp. 1096-1099, 2009.

[88] Travaux mentionnés dans Jane COAD et Melvyn DUNSTALL, *op. cit.*