

La construction médico-médiatique du concept de "césarienne sur demande"

Stéphanie St-Amant

Candidate au doctorat en sémiologie,
UQAM¹

Membre du Groupe MAMAN

Partout l'émergence, aussi soudaine que suspecte, d'un discours sur le " choix des femmes ", tout prêt à cautionner la césarienne sur demande ou la suppression des menstruations. Où était donc " le choix des femmes " quand nous refusions l'épisiotomie, qu'on nous faisait quand même, et où est-il quand nous voulons, aujourd'hui, accoucher accroupies ? Partout aussi, un discours sur les risques qui nous limite plutôt qu'il nous protège, notamment quand on brandit les risques pour le bébé. Quelle stratégie efficace quand on veut clouer le bec à celles qui posent trop de questions !

Isabelle Brabant,

La Vie en rose, hors série (2005), p. 109

Il y a quelque temps, nous avons vu apparaître un nouveau concept : la césarienne dite " élective " (calque de l'anglais elective caesarean), c'est-à-dire césarienne de convenance, sans raison médicale. Le grand public a été interpellé et appelé à prendre position : doit-on pouvoir décider d'une intervention chirurgicale majeure sans motif clinique, dans la mesure où, contrairement à la chirurgie esthétique, cette intervention serait défrayée par l'État (du moins dans les pays où les services obstétricaux sont publics) ? Cela a donné lieu à une longue suite de débats dans les médias. Les organismes communautaires et politiques en périnatalité de même que les autorités professionnelles et sanitaires ont dû se prononcer sur la question. Sans faire état des positions prises, pour ou contre, par différentes instances, toutes ont mis de l'avant une donnée majeure : il n'existe pas de preuves scientifiques suffisantes à l'effet qu'il peut y avoir des avantages à la césarienne sans raison médicale pour certaines femmes ni que l'on puisse considérer qu'il s'agit d'une option sécuritaire pour les femmes et leurs enfants à naître.

Malgré cela, un glissement sémantique s'est

opéré tranquillement.

Dans les médias et dans les textes émanant du domaine médical, il n'est plus guère question de " césarienne de convenance " mais plutôt de " césarienne sur demande de la mère " (maternal request caesarean), mettant ainsi l'emphase sur le choix des femmes à l'intervention. Comme tout glissement sémantique, celui-ci, au sous-entendu féministe à première vue, cache pourtant un glissement de sens évident qui n'a rien d'innocent et qu'il faut mettre en lien avec le commentaire d'Isabelle Brabant cité plus haut et tiré d'une publication féministe : on ne peut parler d'avancées pour les femmes quand tout ce qui touche la reproduction et la maternité va dans le sens de l'augmentation du contrôle exercé sur leurs corps, la perte de confiance en leurs capacités à enfanter naturellement et " l'érosion de [leur] pouvoir de donner la vie ".

Pour qu'une émission de l'envergure d'Enjeux à la télé de Radio-Canada consacre un reportage d'une heure à la césarienne sur demande, tout un chacun est appelé à penser que nous faisons face à un nouveau phénomène de société. La césarienne sans raison médicale (voire selon des motifs cliniquement ou scientifiquement discutables²) est sans conteste un phénomène de société, considérant l'explosion du nombre de césariennes pratiquées dans certaines régions du monde (Brésil, Australie, États-Unis et, par " contamination naturelle ", Canada...), mais est-ce vraiment le choix



Scargazer, Céline Bianchi, 2004

Acrylique sur papier, 22.5 X 28 pouces

des femmes qui l'explique, comme on tend à nous le faire croire ?

Gene Declercq, assistante-doyenne à l'enseignement doctoral de la Boston University School of Public Health, et Judy Norsigian, directrice exécutive d'Our bodies Ourselves, ont publié le 3 avril dernier une lettre à ce sujet dans le Boston Globe : la popularité de la césarienne auprès des mères n'est rien d'autre qu'un mythe.

Ces auteures rapportent que, selon sondage³ national des femmes ayant donné naissance au cours de l'année 2005 aux États-Unis, moins de 1 % des femmes ayant eu une césarienne pour la première fois l'au-

¹ La thèse de l'auteure porte sur les modes de construction des savoirs sur la naissance; membre également de l'AFAR (www.afar.info), administratrice et animatrice de la MAMANliste (groupe de discussion et d'information en périnatalité sur internet du Groupe MAMAN).

² Une récente analyse des dossiers d'accouchement aux États-Unis révèle de plus en plus de cas où n'est inscrit aucun signe clinique justifiant la césarienne pratiquée.

³ Rapport Listening to Mothers : www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=334&ck=10068&area=27

raient réellement demandée. Un tel taux est loin d'expliquer la hausse de 400 000 césariennes (soit 40%) aux États-Unis depuis 1996, portant à 29% (ou 1,2 million) le taux annuel de naissances par césarienne dans ce pays en 2004. Sachant que dans certains états le nombre d'accouchements sous la responsabilité de sages-femmes était en 2003 de plus de 16% (Alaska, Georgie, New Hampshire, Nouveau-Mexique, Oregon, Vermont), que dans une dizaine d'autres il oscillait entre 10% et 15% et que la moyenne nationale était de 8%⁴, on peut aisément déduire que des hôpitaux affichent ces dernières années un taux de césarienne faramineux (à Boston, par exemple, plus de 40% dernièrement). Au Canada, la moyenne nationale est passée de 17% en 1992-1993 à 24% en 2002-2003, alors que des appels à la précaution et à la diminution du nombre de césariennes étaient lancés par les autorités sanitaires internationales : rappelons que, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les pays dont le taux de mortalité périnatale est parmi les plus faibles du monde ont un taux de césarienne inférieur à 10% et qu'aucune raison ne justifie plus de 10% à 15% de césariennes qu'elle que soit la région géographique. Qui plus est, la plus vaste étude jamais menée sur les accouchements en maisons de naissance et l'autre plus vaste étude jamais menée sur l'accouchement à domicile (celle-là publiée en 2005) ont démontré que seulement 4% des femmes ayant commencé le travail dans ce genre de lieux ont eu finalement une césarienne⁵. Enfin, dans un récent rapport, Santé Canada prévoit une augmentation de la mortalité maternelle dans les prochaines années au pays en raison de la hausse constante du nombre de césariennes⁶.

Declercq et Norsigian exposent les raisons de la hausse des césariennes. Un premier fac-



Initiatives pour diminuer les césariennes réalisées par crainte de poursuite

1) Promouvoir d'une part la rédaction de projets de naissance par les parents pour augmenter leur responsabilisation et leur autonomie décisionnelle quant aux soins qu'elles-ils reçoivent et obliger d'autre part les prestataires de soins à dispenser une information juste, complète et reposant sur des données probantes (evidence-based medicine, evidence-led obstetric care) de manière à anticiper les litiges. Dans le monde francophone, par exemple, un tel mandat est celui que s'est donné l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR) ;

2) Créer un label et une charte de la " Naissance respectée " (www.ciane.info/article-1912300.html), ce que les anglo-saxons ont d'abord baptisé Mother-Friendly Childbirth Initiative. Un regroupement associatif international, chapeauté par la Coalition for Improving Maternity Services (www.motherfriendly.org) met tout en œuvre pour faire entériner un jour cette charte par l'OMS, à l'instar de l'initiative " Ami des bébés " pour l'allaitement.

3) Du côté médical, des chercheurs et des comités professionnels travaillent à juguler l'hémorragie des poursuites par l'instauration de lignes de bonnes pratiques plus solides et suivies, le développement d'une culture de la sécurité des patients passant par le resserrement des liens entre tous les praticiens et dispensateurs de soins, l'amélioration de la collaboration avec les regroupements d'usagèrEs et la modification de l'approche des questions médico-légales. Sur ce dernier point, il s'agit de faire en sorte qu'un examen minutieux et intégral de l'histoire obstétricale d'une femme soit réalisé lors d'un litige pour faute médicale. Ainsi, par exemple, les raisons cliniques peu solides d'une première césarienne seraient mises en cause quant à l'issue malheureuse du second accouchement (césarienne ou AVAC) de cette femme et donnant lieu à des poursuites. Cette nouvelle perspective imposerait que les suivis périnataux soient assurés de façon cohésive par tous les acteurs de l'institution hospitalière et du réseau de la santé, que la prise de décision d'intervention soit faite à partir de règles plus fermes et repose sur les avis concertés de plusieurs intervenants et non sur une seule opinion ponctuelle ou sur les habitudes de pratique individuelles.

(Voir cet article : www.medscape.com/viewarticle/515587).

teur, le lien individuel patiente-obstétricien ou patiente-médecin est rompu. Les obstétriciens pratiquent en équipe et leur charge de travail ne cesse d'augmenter (diminution des effectifs, concentration des accouchements dans des centres hospitaliers de plus en plus gros). Un deuxième facteur est l'augmentation constante des poursuites, même en l'absence de motifs sérieux de blâme pour faute professionnelle médicale (malpractice) ; la pratique de la césarienne étant encore perçue comme la meilleure décision clinique possible pour protéger la vie d'une femme et celle de son bébé (préjugé qu'entérinent souvent les jugements de cour), beaucoup d'obstétriciens pensent qu'elle diminue apparemment leur risque d'être poursuivi. De nombreuses initiatives sont en branle de par le monde pour renverser la vapeur (voir encadré). Le coût exorbitant des soins de santé rend les Étatsuniens prompts à pour-

suivre : " Il n'est pas surprenant que dans la zone grise de la prise de décision clinique pendant le travail, beaucoup d'obstétriciens aient sensiblement baissé le seuil au-delà duquel ils décident de pratiquer une césarienne ", écrivent ces auteures.

Dans ce contexte, la césarienne programmée devient une solution privilégiée qui cache aussi bien des motifs personnels et institutionnels que des conflits d'intérêt : elle libère le praticien du souci de la surveillance du travail, lui permet de mettre à profit ses habiletés chirurgicales, est perçue comme une protection contre les poursuites, facilite la gestion de l'horaire et l'organisation hospitalière et augmente même les subsides accordés aux hôpitaux.

Quant au motif d'évitement de la douleur souvent invoqué dans les médias pour expliquer la requête de césarienne par les mères, les associations oeuvrant en humanisation

⁴ Données tirées de : National Vital Statistics System, Natality File 2003 : www.cdc.gov/nchs/births.htm ; www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5504a7.htm?s_cid=mm5504a7_e.

⁵ Voir www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10285.

⁶ Agence de santé publique du Canada (ASPC), Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada. Surveillance accrue : la voie de la prévention, [en ligne:] www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/srmm-rsmm/page3_f.html (24-07-2004).



« Notre première rencontre alors qu'on est à remettre mes entrailles en place et me recoudre, difficile de profiter pleinement du moment présent, mais j'ai fait tout mon possible pour bien l'accueillir » Marika Paré et Zia.

de la naissance ont à peu près unanimement souligné à quel point il est curieux qu'on passe sous silence la douleur postopératoire reconnue importante et parfois durable, ni le temps de récupération.

Declerq et Norsigian en appellent à la prudence : l'augmentation de la césarienne dans toutes les couches de la société est le résultat de changements importants dans les pratiques professionnelles, et ce changement devra faire l'objet d'une enquête minutieuse.

Quand on veut valider de nouvelles pratiques, un raccourci facile est de les dire réclamées par une portion importante de la population. Mais l'affirmer à l'encontre de données équivaut à dicter l'opinion publique. Il importe de se demander qui a intérêt à telle validation expéditive. De nombreux chercheurs en médecine et en santé publique et bon nombre d'associations d'usagers de services de santé périnatales ont déclaré que la césarienne sur demande n'est pas une réponse au défaut de soins centrés sur les besoins exprimés par les femmes, encore moins un substitut à un

soutien constant pendant toute la durée du travail et de l'accouchement, le principal facteur établi scientifiquement comme permettant de réduire effectivement le nombre d'interventions et d'augmenter la satisfaction des femmes (revue systématique Cochrane⁷).

Les récents avis émis sur la hausse des césariennes par les organismes Childbirth Connection et Lamaze International synthétisent fort bien, études à l'appui, les problèmes que pose la notion même de "césarienne sur demande" :

1) Bon nombre de politiques, de recherches et de reportages prennent pour acquis que les césariennes sans raison médicale ont été réclamées par les femmes. Étant donné que les dossiers médicaux et la plupart des sources de données ne contiennent aucune information sur le processus décisionnel ni sur les intentions de chacune des parties impliquées, il est faux et irresponsable de laisser entendre que les césariennes sans raison médicale sont des césariennes sur demande. Une étude portant sur ce sujet a

démonstré que les plupart des césariennes sans raison médicale avaient été proposées par le médecin.

2) Il est impossible de dire si le choix de la césarienne par les femmes est un choix éclairé. Les recherches qui ont porté sur la césarienne sur demande ont omis d'évaluer ce qui motivait les femmes à exprimer une telle demande, le degré d'exactitude de l'information dispensée (rapport bénéfices-risques de l'accouchement vaginal sur la césarienne) et l'opinion du prestataire de soins sur la question. Il n'a pas été pris en compte si les femmes avaient été bien informées, si des alternatives avaient été envisagées ou même seulement rendues disponibles, si les femmes avaient été appuyées dans leur préférence pour des options moins interventionnistes le cas échéant. Il est cependant clairement démontré que ce que les femmes entendent de leur obstétricien a beaucoup d'influence sur ce qu'elles pensent. Certains obstétriciens minimisent les risques, la douleur et la récupération d'une césarienne et pensent que la commodité, l'assurance de savoir qui pratiquera l'accouchement et la douleur du travail justifient de pratiquer cette opération chirurgicale majeure sur des femmes en bonne santé. S'il est nécessaire de mieux comprendre ce qui porte des femmes à demander une césarienne sans raison médicale, cela ne doit pas détourner l'attention du rôle joué par les médecins et le milieu hospitalier quant à l'augmentation constante du nombre de césariennes.

3) Demander une césarienne par peur du travail n'est pas un "choix maternel" au sens propre. Une anxiété si profonde qu'elle fasse préférer une intervention chirurgicale majeure à un processus physiologique est un état psychologique suffisamment préoccupant pour en référer à un psychologue. Par exemple, si la préoccupation de la mère est la douleur du travail et de l'accouchement, une épidurale planifiée peut être une solution ; les consultations prénatales, l'accompagnement (soutien continu pendant tout le travail et l'accouchement par une accompagnante habilitée et expérimentée) ou les deux ensemble sont susceptibles de réduire une anxiété anormalement élevée, etc. Ce n'est qu'après que des alternatives aient dûment été explorées et rejetées que la césarienne sur demande devrait être envisagée.

⁷ E.D. Hodnett, S. Gates, G.J. Hofmeyr et C. Sakala, Continuous Support for Women During Childbirth (Review), The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766, iii + 69 p. [en ligne sur www.thecochranelibrary.com]

Main results : Fifteen trials involving 12,791 women are included. Primary comparison: Women who had continuous intrapartum support were less likely to have intrapartum analgesia, operative birth, or to report dissatisfaction with their childbirth experiences. Subgroup analyses: In general, continuous intrapartum support was associated with greater benefits when the provider was not a member of the hospital staff, when it began early in labour, and in settings in which epidural analgesia was not routinely available.

Authors' conclusions : All women should have support throughout labour and birth.

4) Beaucoup d'obstétriciens, s'appuyant sur le principe de "l'autonomie du patient", se font les grands défenseurs du droit des femmes à choisir une chirurgie sans raison médicale, cependant ils-elles s'opposent à leur droit de refuser les interventions, à opter pour l'AVAC, l'accouchement vaginal d'un siège, l'accouchement à domicile ou en maison de naissance en dépit des nombreuses études établissant le caractère raisonnable et la sécurité de ces alternatives pour la plupart des femmes. Jusqu'à ce que les obstétriciens appuient le droit à refuser aussi bien qu'à choisir la chirurgie, la promotion de la césarienne " sur demande de la mère " doit être envisagée avec une extrême suspicion.



« Dans la salle de réveil, on me l'a mise peau-à-peau tout de suite quand je suis arrivée (je ne sentais rien jusqu'aux épaules, mais Zia oui), elle s'est mise à chercher le sein, rapidement, elle l'a trouvé et s'est mise à téter vigoureusement. Le début d'une grande aventure d'allaitement qui se poursuit à notre grand bonheur » Marika.

plutôt, s'il s'est agi d'un accouchement vaginal spontané, sous péridurale par exemple, durant lequel à dilatation complète la femme s'est vu encouragée à inspirer, bloquer, pousser. Les résultats et les conséquences sur le périnée féminin sont-ils les mêmes d'une manière ou de l'autre?

Ceci nous amène à questionner l'autorité que l'on doit accorder à M. Hannah dès lors qu'elle fait référence à la notion d'accouchement vaginal spontané. Lorsqu'on parle de spontané cela veut dire que l'accouchement s'est déroulé spontanément i.e. physiologiquement. Si c'est le cas, l'induction, la stimulation, le monitoring, la restriction des positions pour la poussée, la

péridurale, le " coaching " de la poussée, l'épisiotomie, les ventouses, les pressions abdominales, les forceps, seraient tous des éléments qui excluraient ces accouchements de la catégorie accouchement vaginal spontané.

Il est évident, pour ceux qui en ont été témoins, qu'il existe une distinction fondamentale entre accouchement vaginal (c'est-à-dire naissance par les voies naturelles) et accouchement physiologique (expression d'un processus physiologique normal non perturbé). Le milieu hospitalier est reconnu comme un milieu où les comportements sont fortement codifiés et structurés. Une femme qui y accouche aujourd'hui ne devrait trop espérer y être soutenue dans sa "spontanéité". L'accouchement vaginal spontané observé en milieu hospitalier comporte un biais énorme, celui-là même d'avoir lieu dans un espace, l'hôpital, où le processus physiologique normal de la mise au monde d'un bébé est quasiment toujours perturbé. L'hôpital est un biais systématique important introduit dans toutes les études sur l'accouchement, sans jamais être mentionné comme une des limites des études.

L'accouchement vaginal spontané devrait être clairement défini dans les futures études scientifiques, incluant celles dirigées par M. Hannah. Si l'on souhaite vraiment comparer les césariennes sur demande avec l'accouchement vaginal spontané, on devrait le faire en se concentrant sur l'espace le plus propice à un accouchement spontané et physiologique, c'est-à-dire l'accouchement à la maison. ❖

Étude controversée de Mary E. Hannah

Mary E. Hannah, " Planned Elective Cesarean Section : A Reasonable Choice for Some Women ? ", CMAJ, no 170 (2004), p. 813-814. M. Hannah, une chercheuse de Toronto, est également à l'origine d'une étude comparant l'accouchement vaginal à la césarienne pour les cas de siège (Hannah ME et coll. : " Planned Caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term ", Lancet no 21 (2000): p. 1375-1383). Les premiers résultats de cette étude, en faveur de la césarienne, ont mis un terme quasi complet à la pratique des accouchements vaginaux lors des présentations du siège dans le monde. Quelques années plus tard, il a été démontré que les meilleurs résultats en suites immédiates de couches ne se traduisaient pas par des bénéfices à plus long terme. Dernièrement, en avril 2006, un des coauteurs de l'étude, M. Glezerman, a émis une rétractation disqualifiant les premiers résultats en raison de biais méthodologiques importants : il n'y a pas de bénéfices statistiquement significatifs à pratiquer une césarienne d'emblée pour un siège (M. Glezerman, " Five years to the term breech trial : The rise and fall of randomized controlled trial ", American Journal of Obstetrics and Gynecology, no 194 (2006), p. 20-25).

Je terminerais en présentant la première action posée par l'AFAR (Alliance francophone pour l'accouchement respecté) - section Québec, qui a justement consisté à réagir à un article de Mary E. Hannah (voir encadré) paru dans le Canadian Medical Association Journal comparant la césarienne planifiée à l'accouchement vaginal spontané qui concluait que la césarienne sur demande est un choix éthique pour les femmes suffisamment informées quant aux risques de l'intervention. Voici, sous la plume de Catherine Gerbelli, sage-femme, la lettre qu'on retrouve en ligne sur le site du CMAJ :

Le débat actuel entourant la possibilité pour les femmes d'obtenir de leur obstétricien une césarienne sur demande à fait l'objet d'un article paru dans votre journal de mars 2004. Dans cet article M. Hannah nous informe du fait que seule une nouvelle étude randomisée pourrait permettre d'évaluer les risques et les bénéfices d'une césarienne programmée versus un accouchement vaginal planifié. Afin d'illustrer certains bénéfices associés à la césarienne élective, M. Hannah introduit plusieurs résultats statistiques reliés en particulier aux taux d'incontinence urinaire.

Or dans cet article, le terme d'accouchement vaginal spontané mériterait d'être mieux défini. Quand M. Hannah fait référence au taux d'incontinence urinaire suivant un accouchement vaginal spontané, on est en droit de se demander, par exemple, si dans l'étude citée les femmes mettant au monde leur bébé ont fait l'expérience d'une poussée physiologique involontaire, non dirigée, faisant intervenir le réflexe de poussée. Ou

Garderies et féminisme

Lysane Grégoire

Membre du CA du Groupe MAMAN

Au Québec, les services de garde ont vu le jour dans les années 70 et ils sont progressivement apparus comme une nécessité pour permettre aux femmes d'accéder au marché du travail. Leur revendication a fait partie des démarches féministes et leur implantation a été accueillie très favorablement par la population. Aujourd'hui, on ne voit plus comment notre société pourrait fonctionner sans services de garde à la petite enfance.

Pour certains, les CPE sont une fierté nationale, pour d'autres, ils sont essentiels pour répondre aux besoins globaux de nos petits et pour d'autres encore, ils sont carrément intouchables. À titre d'illustrations :

" Les centres de la petite enfance (CPE), sans doute le savez-vous, sont l'une des plus formidables innovations des vingt dernières années au Québec. Une innovation si bien réussie que le principal motif de plainte à leur égard est qu'il en faudrait plus. Le reste du Canada nous envie et s'apprête à nous copier. Nous devrions en être fiers. "

Michel Venne, *Le Devoir*, juin 2005.

" Questionnée sur les facteurs qui avaient permis au Québec de se doter d'un réseau exceptionnel et intégré de services éducatifs et de garde à l'enfance, lequel faisait l'envie - et fait toujours l'envie - du Canada, j'ai expliqué qu'il avait fallu au départ des personnes convaincues, déterminées et capables de porter le dossier et de le faire avancer au sein du gouvernement du Québec. "

Jocelyne Tougas, chercheuse, juin 2005.

" En 1997, le changement de nom de "garderie populaire" à "centre de la petite enfance" n'était pas une opération cosmétique pour faire plus à la mode. Ce changement révélait un choix de société et une volonté manifeste de se centrer d'abord sur les besoins globaux de l'enfant et non uniquement sur les besoins de garde du parent. "

Association québécoise des CPE, novembre 2005.



En décembre dernier, la Ministre de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, madame Carole Théberge, a fait adopter son projet de Loi pour réformer le mode de gestion des services de garde. Le tollé qui s'est élevé dans les médias n'a pas fait reculer la ministre. Mais sur quoi au juste le débat portait-il? Les enfants? Pas du tout. Le débat portait sur les performances des conseils d'administration, sur les bureaux de coordination, sur le spectre envahissant du privé... l'encre a coulé, la Loi fut adoptée, dossier suivant.

Alors qu'on s'interrogeait sur le meilleur mode de gestion des garderies, n'aurait-il pas fallu s'interroger sur l'adéquation entre les services qui y sont fournis et les besoins réels des enfants?

La vaste enquête menée sur 1200 garderies par l'Institut de la statistique du Québec dévoilait en 2003 que la majorité des garderies étaient de qualité minimale, que le tiers des garderies privées étaient inadéquates et que seulement 25 % des garderies du Québec étaient bonnes ou excellentes. Cette enquête a été désavouée par la ministre Théberge qui en a fait valoir que celle-ci reflétait la situation prévalant sous l'administration précédente (!).

Suivant le mode de vie des chasseurs-cueilleurs, mode qui a assuré notre survie et notre développement durant 99,6% de l'histoire de l'humanité, c'est auprès d'un adulte

(sa mère habituellement) avec une grande proximité que l'enfant se développe et apprend la vie en société. Ce n'est que récemment que les bébés et les tous jeunes enfants sont regroupés entre pairs du même âge et qu'on suppose que cela les socialise. Où sont les preuves ?

Les soins parentaux constants constituent le principal facteur qui détermine la créativité et le leadership (habiletés sociales). Puis, viennent en ordre : minimiser le temps passé avec les pairs et la libre exploration du monde sous guidage parental. (Mc Curdy HG *The Childhood Pattern of Genius*, Horizon 1960).

Il existe une relation directement proportionnelle entre le temps passé en garderie et les problèmes d'attachement et de comportement; l'effet de la garderie est de même amplitude que celui attribué à la pauvreté. Il y a des problèmes de comportement chez 5 % des enfants qui passent moins de 10 heures par semaine en garderie et chez 17 % des enfants qui y passent 30 heures ou plus. Ces problèmes sont les suivants :

- Besoins (demandent plus d'attention, une satisfaction immédiate, grande jalousie)
- Affirmation (vantardise, argumentation)
- Désobéissance/défi (non respect des règles, indisciplinés)
- Agression (batailles avec les autres, destruction des objets, cruauté, méchanceté et brimades)

(Early Child Care Research Network, Does Amount of Time Spent in Child Care Predict Socioemotional Adjustment During the Transition to Kindergarten? *Child Development*, NICHD - National Institute of Child Health and Human Development, 2003).

Ces données proviennent de la conférence du Dr Pierre Lévesque, gynécologue-

La majorité des garderies sont de qualité minimale au Québec

Les services font particulièrement défaut dans le privé, affirme une étude

Au moment où le gouvernement Charest envisage de revoir l'organisation et le financement des garderies publiques et privées, une étude d'envergure montre que la majorité des services de garde au Québec sont de qualité minimale et que le tiers de ceux offerts en garderies privées sont carrément inadéquats. (...).

Isabelle Paré, *Le Devoir*, Édition du mardi 9 septembre 2003



Dr Pierre Lévesque, gynécologue-obstétricien de Rimouski, membre du Comité québécois en allaitement ainsi que du Comité canadien pour l'allaitement.

cours de ses 4,5 premières années d'existence est une variable explicative de comportement dominant, de désobéissance et d'agressivité. Les parents aussi sont affectés négativement. D'après les données de l'enquête, les mères des enfants en garderie sont plus déprimées, comme l'indique l'augmentation appréciable de leur indice de dépression par rapport à la moyenne. La qualité de leurs pratiques parentales diminue, si l'on se fie aux réponses aux questions sur l'uniformité, l'hostilité ou l'inefficacité de leur rôle parental et aux "interactions d'évitement". Les mères font également état d'une importante détérioration de la qualité de leurs relations avec leur conjoint, qualité que l'on évalue au moyen des témoignages des mères au sujet de leur satisfaction à l'égard de leurs relations conjugales." Baker, Gruber, Milligan (2005).

obstétricien de Rimouski, qu'il a livré à plusieurs reprises depuis 2001.

Plus récemment (2005), une étude a été menée au Canada sur 33 000 enfants de 0 à 4 ans afin de éclairer la question " Devrait-on imiter le système universel de services de garde à l'enfance subventionné du Québec dans le reste du Canada? " Les chercheurs Baker, Gruber et Milligan ont d'abord constaté que " le programme a conduit à une augmentation spectaculaire du recours à la garde d'enfants ". De plus, l'accroissement de la proportion des mères sur le marché du travail augmente la capacité productive de l'économie du Québec et engendre une augmentation des recettes fiscales. De bien beaux avantages, convenons-en. Cependant, plusieurs indicateurs du bien-être des enfants suggèrent qu'ils ont été négativement affectés par l'introduction du programme universel de services de garde à l'enfance, tout comme leurs parents d'ailleurs :

" Nous avons étudié un large éventail d'indicateurs, depuis l'anxiété et l'hyperactivité jusqu'aux aptitudes sociales et aux habiletés motrices. Pour presque tous les critères, nous constatons que le recours accru à la garde d'enfants est associé à une diminution du bien-être de ces derniers par comparaison avec les autres enfants. Par exemple, les signalements de bagarres et autres comportements agressifs ont augmentés de manière importante. Nos résultats correspondent aux résultats obtenus par le NICHD (2003), qui montrent que le temps qu'un enfant passe loin de sa mère au

En définitive, ne devrions-nous pas soutenir davantage les parents qui veulent s'occuper eux-mêmes de leurs tout-petits? Pour mieux répondre aux besoins des enfants, pour prévenir les nombreux problèmes psychosociaux qui affligent la jeunesse, nous avons tout intérêt à mieux comprendre la prise en charge dont ils ont besoin pour se développer et s'épanouir sainement.

En mars dernier, le docteur Jean-François Chicoine et la journaliste Nathalie Collard sont venus jeter un autre pavé dans la mare avec leur publication *Le bébé et l'eau du bain*, Comment la garderie change la vie de vos enfants. Tout le monde en a parlé, mais pas bien longtemps. Les auteurs dérangeant en venant ébranler cette institution et, bien qu'ils s'en défendent, on peut se sentir à un doigt de la grande accusation envers toutes ces mères indignes qui abandonnent leurs petits aux soins d'étrangères. Mais bon, si on ferme les yeux sur ce possible filigrane, entendons tout de même que ce livre est né d'une inquiétude réelle sur le bien-être des enfants. Le Dr Chicoine nous y livre son interprétation des dernières

découvertes sur le développement de l'enfant (neurosciences, pédiatrie, biologie, éthologie, neurologie et anthropologie sociale). Les auteurs ont également le courage de questionner l'intouchable, de remettre en question ce fleuron de l'émancipation des femmes, de mettre le bébé au centre des débats, d'inviter à réfléchir sur la place qu'on accorde aux enfants et à la famille dans notre société.

Dans une entrevue à propos du message culpabilisant du livre, Nathalie Collard répond : " Ce n'est surtout pas un livre pour faire sentir qui que ce soit coupable. Quand les gens vont le lire, ils vont se rendre compte que c'est une réflexion sur l'espèce de vie de fou qu'on mène, nous les parents de jeunes enfants, sur la dure conciliation travail-famille et la place que les enfants occupent dans notre vie et dans la société en général. Personne n'a à se sentir coupable, mais plutôt à se sentir responsable, à réfléchir sur nos priorités. Et là je ne parle pas juste des parents, mais aussi des gouvernements, des employeurs qui souvent exercent des pressions sur les femmes pour qu'elles reviennent au travail plus tôt que l'année à laquelle elles ont droit. "

Pour ces mères qui ont envie de mater, pour ces femmes nombreuses qui vivent un déchirement quand elles retournent au travail et doivent laisser leur rejeton à la garderie, ça fait du bien. Pour celles qui réclament la reconnaissance économique de la maternité, c'est aussi réjouissant.

Nathalie Collard a été invitée à l'émission *Indicatif Présent* au moment de la sortie de son ouvrage. À propos du discours féministe, elle déclare :



La journaliste Nathalie Collard et le Dr Jean-François Chicoine lors de leur passage à l'émission *Tout le monde en parle* de Radio-Canada

" Dans toute la pensée féministe, la maternité est toujours vue comme un piège, c'est toujours rattaché à un vaste complot pour nous ramener à la maison, nous empêcher de nous épanouir, nous retirer du marché du

travail. Est-ce qu'il y a moyen de vivre sa maternité tout en étant une femme épanouie et équilibrée? Dans les écrits féministes, je n'ai pas trouvé de réflexion intéressante là-dessus. "

Madame Collard a raison, les réflexions sont rares à ce sujet, mais elles existent cependant. Maria de Konninck, sociologue et professeur à l'Université Laval à Québec, prononçait une conférence en 1998 lors d'un colloque du Conseil du Statut de la femme ayant pour thème Marcher sur des œufs. Le sujet était effectivement délicat puisque la question posée était : Dévalorisation et déqualification du rôle maternel, est-ce la faute des féministes ? Madame de Konninck explique que la voie choisie par les féministes pour accéder à l'égalité et à l'équité entre les sexes a été de calquer le modèle masculin basé sur la productivité. Pour ce faire, les femmes devaient être libérées des enfants. Ainsi les luttes féministes sont passées par l'accès à la contraception, le droit à l'avortement, le développement de services de garde et l'alimentation artificielle des bébés.

Madame de Konninck constate que " la reconnaissance de la maternité en tant que contribution essentielle à la vie collective a peu évolué. " En tentant d'améliorer la condition des femmes, il y aurait eu dérapage. Elle soutient que le modèle valorisé par les féministes est basé sur une vision masculine de l'organisation du travail : " un producteur désincarné de tout ce qui est de l'ordre de la reproduction, soit un être sans parents et sans enfants, entièrement disponible à son travail ". Les femmes ont du " gérer " leur fécondité afin de ne pas compromettre leur vie professionnelle.

Ce qui touche la maternité a été dévalorisé au profit de ce qui touche la productivité, notamment, demeurer à la maison est devenu un obstacle à l'émancipation, il fallait en sortir. Madame de Konninck soutient



Maria De Konninck est docteure en sociologie, et a été, de 1988 à 1992, la première titulaire de la Chaire d'étude sur la condition des femmes de l'université Laval. Elle est actuellement Professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'université Laval.

que l'organisation sociale devrait se fonder sur la différence entre les sexes. Elle souligne également que le statut des femmes est intrinsèquement relié à la valeur accordée à la maternité et que tant qu'on ne reconnaîtra pas la reproduction comme fondement de notre survie collective, la maternité continuera d'être sous-évaluée.

Toujours à Indicatif Présent, madame Collard exprimait son agacement du fait qu'il semble que les femmes sont toujours perdantes quand elles font des enfants : " Dans la réflexion féministe on nous dit : vous êtes pareilles comme les hommes, vous pouvez accéder aux mêmes postes qu'eux, mener la même vie qu'eux. Là où on se fait tromper c'est quand on nous dit qu'on est pareilles. On n'est pas pareilles, c'est nous qui portons les enfants, c'est nous qui

pouvons ou pas les allaiter pendant quelques mois, on n'a pas le même lien avec les enfants, et ça je trouve qu'on a été perdante à se faire dire ça, à croire ça, à avaler ça. Aujourd'hui on se retrouve avec un espèce de déchirement intérieur entre vouloir vivre notre vie de femme épanouie et se réaliser au travail, mais aussi un besoin bien profond et bien naturel, (le mot qu'il ne faut pas dire devant une féministe, la nature...) il y a des choses plus fortes que nous qui nous ramènent vers nos enfants. Quand une femme retourne sur le marché du travail un mois après son accouchement parce que son employeur veut absolument qu'elle y retourne, il y a quelque chose qui ne marche pas, c'est contre nature. "

Le Groupe MAMAN, avec son livre *Au cœur de la naissance*, donne la parole à des femmes qui assument leur maternité et la vivent à contre courant de la culture dominante. Pour plusieurs, nous sommes des féministes agacées, comme madame Collard, par ce discours qui nous confine à être perdantes en raison de nos choix face à l'accouchement, à l'allaitement et au maternage plus largement. Nous envisageons une équité entre les sexes qui tiennent compte de la spécificité du rôle maternel et le valorise.

L'importance d'assurer le bon développement affectif, physique et global des enfants devrait être reconnue et soutenue collectivement, notamment par des politiques gouvernementales appropriées. Porter, nourrir et prendre soin des bébés, ce ne devrait être ni une obligation, ni une source d'appauvrissement, ni une forme de prison, ce devrait être une expérience épanouissante que les femmes (en général) ont tout simplement envie de vivre parce que c'est dans leur nature (nous utilisons aussi ce mot honni par d'autres voix féministes). La nature ne s'est pas limitée à l'orgasme quand elle a prévu associer le plaisir à la reproduction humaine. ❖

Mots d'enfants

Conversation surprise entre Mariel 5 ans et Antoine 3 ans, ils étaient à discuter avant de s'endormir dans leur lit à deux étages :

Antoine : Les lions, c'est pas méchant hein, c'est parce qu'ils mangent de la viande.

Mariel : Non, mais ils peuvent mordre les personnes. Mais les personnes Antoine, c'est de la viande.

Antoine : NON!

Mariel : Ben... je pense que oui.

Antoine : C'est tu du poulet?

Mariel : Non.

Antoine : Papa a dit que du poulet c'est un oiseau.

Mariel : Non, je pense que c'est un poussin adolescent.