

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA PATHOLOGISATION DES ACCOUCHEMENTS DE JUMEAUX AU QUÉBEC,
1930-1980

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR
KARINE FORGET

NOVEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

AVERTISSEMENT

L’auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l’Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n’entraîne pas une renonciation de la part de l’auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d’auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d’une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

De nos jours la grossesse et l'accouchement de jumeaux, ou gémellaires ne peuvent être suivis par une sage-femme au Québec. Ce doit nécessairement être un médecin, voire un obstétricien-gynécologue, qui s'en charge.

L'histoire de la médicalisation de la naissance a été beaucoup étudiée mais, jusqu'ici, rien n'a été encore écrit au sujet de la place des grossesses de jumeaux dans cette histoire. Je me penche sur l'histoire de la pathologisation des grossesses gémellaires au Québec en analysant principalement l'évolution du discours médical, véhiculé dans des manuels d'obstétrique et dans la presse médicale. J'analyse aussi de manière complémentaire le discours médiatique sur les grossesses de jumeaux, tel que véhiculé dans les grands quotidiens. Enfin, j'analyse des témoignages de femmes recueillies par le biais de deux sondages.

Mes résultats montrent que la pathologisation de cet événement s'est déroulée en deux temps. De 1930 à 1960, les accouchements gémellaires servent de vitrine pour la médicalisation de l'accouchement en général dans le discours public, mais le discours médical n'envisage la pathologisation particulière des grossesses de jumeaux qu'après 1950, alors que s'intensifie l'hospitalisation de l'accouchement en général. De 1960 à 1980, les réformes publiques du réseau de la santé favorisent l'adoption puis l'institutionnalisation du concept de « clinique GARE » pour les grossesses à risque élevé. Bien que les grossesses gémellaires n'entrent d'abord pas clairement dans cette catégorie, elles s'y trouvent incluses à mesure que les hôpitaux cherchent à accroître le volume d'opération de ces cliniques spécialisées et plus interventionnistes. Ces évolutions s'accompagnent de transformations variées des attitudes médicales, mais aussi de l'expérience des femmes.

Mieux connaître cette histoire rendrait-il plus envisageable de renormaliser, au Québec, la grossesse et l'accouchement gémellaires sans complication, afin, par exemple, qu'ils puissent être suivis par des sages-femmes ?

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Sylvie Taschereau et Stéphane Castonguay qui ont accepté ma candidature hors norme. J'espère avoir su profiter au maximum de cette chance qui m'a été offerte malgré les obstacles. Je remercie très chaleureusement mon directeur de recherche Julien Prud'homme qui a su respecter mon rythme et être à l'écoute de mes besoins tout au long de mes apprentissages et de la rédaction de ce mémoire. Ses conseils avisés ont toujours été d'une grande aide dans mon parcours. Je remercie aussi, Lucia Ferretti, Yvan Rousseau et Isabelle Bouchard qui m'ont tour à tour fait avancer dans mon projet.

Je remercie l'Auberge des sages-femmes qui m'a permis de fouiller dans les boîtes léguées par une ancienne sage-femme dont j'ignore l'identité, qui contenait une multitude d'ouvrages sur la maternité. Je remercie le Musée des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal qui m'a donné accès à sa collection de manuels d'obstétrique, ainsi qu'au service des archives de l'Université de Montréal qui m'a ouvert le fonds d'archives du département d'obstétrique. Je remercie l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec qui m'a gracieusement donné un exemplaire du livre de Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique-gynécologie au Québec*. Je remercie le CIEQ et le CIRST pour les belles opportunités de communication que j'ai pu faire lors de différents colloques étudiants. Je remercie également Elsa Boulet et Ronald Guilloux de l'Université de Lyon 1 qui m'ont offert l'opportunité de participer à un colloque international sur l'enfantement.

Je remercie enfin mon conjoint pour son indéfectible support tout au long de ces années de travail. Sans toi je n'y serais pas arrivée!

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT	ii
RÉSUMÉ	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	x
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
INTRODUCTION	3
1. REVUE DE L'HISTORIOGRAPHIE PERTINENTE.....	3
1.1 Histoire de la médicalisation de la naissance	4
1.2 Histoire du système hospitalier au Québec	7
1.3 Les concepts utiles pour décrire la médicalisation	10
1.4 La notion de risque.....	13
1.5 La violence obstétricale.....	15
1.6 Objectifs, question de recherche et hypothèse	18
2. PRÉSENTATION DU CORPUS DOCUMENTAIRE.....	19
2.1 Description des sources	19
2.2 Choix méthodologiques	23
2.3 Structure du mémoire	24
CHAPITRE 1 :.....	25
L'OBSTÉTRIQUE ET LA MÉDICALISATION DES NAISSANCES AU QUÉBEC	25
1. LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT AU 19 ^E SIÈCLE.....	25
1.1 La médicalisation.....	25
1.2 L'hospitalisation	28
1.3 La spécialisation.....	33
2. L'ENSEIGNEMENT DE L'OBSTÉTRIQUE À MONTRÉAL DE 1965 À 1985	35
3. LE POUVOIR DES FEMMES.....	39
CHAPITRE 2.....	48
LA NORME GÉMELLAIRE AVANT 1960.....	48

1. LA MODERNITÉ	48
1.1 La grossesse et l'accouchement gémellaires étaient d'abord eutociques.....	49
1.2 Dans le contexte du transfert hospitalier, émergence d'un discours médical axé sur l'intervention	51
1.3 Les technologies : symboles de modernité et pratiques diagnostiques	56
1.4 L'évolution des protocoles gémellaires	60
2. LE CONTRÔLE MÉDICAL.....	63
2.1 Le désir et l'impression de contrôle	63
2.2 Le rôle du médecin et de sa performance.....	65
2.3 La rétention d'information, l'autorité et le savoir des experts.....	68
2.4 Le risque médico-légal et la carrière des médecins	70
CHAPITRE 3	73
LA NORME GÉMELLAIRE APRÈS 1960.....	73
1. LA RÉORGANISATION DE L'OBSTÉTRIQUE AUTOUR DE L'IDÉE DES « GROSSESSES À RISQUE ÉLEVÉ ».....	76
1.1 Le concept de « grossesse à risque élevé » et ses redéfinitions.....	76
1.2 La généralisation de l'échographie et du monitoring.....	79
1.3 La réorganisation des services d'obstétrique	84
2. LA GÉNÉRALISATION DU DIAGNOSTIC GÉMELLAIRE SUR LE TERRAIN ...	87
2.1 Du diagnostic au risque gémellaire	88
2.2 Les protocoles qui se complexifient.....	94
3. LE MÉDECIN ET SON LIEN AVEC LA GÉMELLITÉ.....	95
3.1 La gémellité comme performance pour les étudiants en médecine.....	97
3.2 Le risque médico-légal et les violences obstétricales	98
CHAPITRE 4.....	102
LE VÉCU DES FEMMES 1930 À NOS JOURS.....	102
1. LES MÉMOIRES D'ACCOUCHEMENT	102
2. LE SONDAGE PORTANT SUR LA PÉRIODE 1930-1980	103
2.1 L'expérience.....	106
2.2 Les complications.....	109
2.3 Les souvenirs douloureux	111
3. LE SONDAGE PORTANT SUR LES ANNÉES 2010.....	112
3.1 L'expérience des facteurs de risque	112
3.2 Le contrôle.....	113

3.3 Les sentiments.....	116
4. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES : « C’EST PARCE QUE C’EST DES JUMEAUX, MADAME »	119
4.1 Analyse comparée des deux enquêtes	119
4.2 La résignation	120
CONCLUSION.....	123
BIBLIOGRAPHIE	126
1. SOURCES PRIMAIRES	126
1.1 FONDS D’ARCHIVES	126
1.2. PRESSE.....	126
1.3. PRESSE MÉDICALE	127
1.4 MANUELS D’OBSTÉTRIQUE.....	129
2. SOURCES SECONDAIRES	131
ANNEXE 1	134
GRILLES D’ANALYSE	134
GRILLE POUR LES MANUELS D’OBSTÉTRIQUE	134
ANNEXE 2	136
RECOMMANDATIONS OBSTÉTRICALES IDENTIFIÉES PAR HÉLÈNE GANTCHEFF ET SIMON RICHER	136
ANNEXE 3	138
QUESTIONNAIRE DU SONDAGE DE 2021	138
ANNEXE 4	142
QUESTIONNAIRE DU SONDAGE DE 2015	142

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taux de naissances institutionnelles au Québec et dans d'autres provinces canadienne, 1935-1948.....	32
Tableau 2 : Causes de mortalité infantile au Québec, 1926 et 1948.....	54
Tableau 3 : Nombre de moniteurs par lit d'obstétrique dans certains hôpitaux montréalais vers 1980.....	83
Tableau 4 : Nombre d'accouchements dans certains hôpitaux montréalais, 1980-1984.....	86
Tableau 5 : Taux de GARE dans certains hôpitaux montréalais, 1980-1984.....	86
Tableau 6 : Fréquence des pathologies en GARE en 1967-1968.....	90
Tableau 7 : Profil des répondantes au sondage de 2021.....	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Mortalité périnatale dans les projets GARE, 1965-1972.....	80
---	----

LISTE ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AUM	Archives de l'Université de Montréal
BANQ	Bibliothèque et Archives nationales du Québec
GARE	Grossesse à risque élevé
MAS	Ministère des Affaires sociales
SOGC	Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada
UMC	Union médicale du Canada

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Si, dans les années 1980, le taux de naissances de jumeaux se situait à environ 1,8% de l'ensemble des naissances, il est monté à 3,1% en 2010, entre autres en raison des traitements de fertilité et de l'âge plus avancé à la grossesse chez les femmes, qui cherchent davantage une stabilité d'emploi avant de fonder une famille¹. Or, les grossesses de jumeaux, ou « grossesses gémellaires », font l'objet d'une médicalisation plus précoce et intensive de la part des réseaux de santé. Ce n'est pas d'hier que l'arrivée de plus d'un enfant à la fois suscite des interventions plus agressives de la part des médecins.

Le but de ce mémoire est de préciser la place des grossesses gémellaires dans le processus général de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement au Québec entre 1930 et 1980. Ma thèse est que la gémellité a joué un rôle historique dans ce processus, en confirmant l'idée que la maternité est un problème médical qui doit être contrôlé par un médecin. Au Canada, un moment pivot de cette histoire est la naissance, fortement publicisée et jugée miraculeuse, des jumelles Dionne, de célèbres quintuplées identiques nées en Ontario en 1934.

En utilisant le cas du Québec, mon objectif général sera de montrer en quoi la grossesse gémellaire a bien joué un rôle spécifique dans la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Je définis ici la médicalisation comme la redéfinition d'une expérience humaine en termes de pathologie ou de risque de pathologie, qui justifie des rapports sociaux inégaux entre les personnes concernées et des experts de la santé. Je décompose cet objectif général en trois objectifs spécifiques : préciser l'évolution de la « norme gémellaire » (à quel moment la grossesse gémellaire cesse-t-elle d'être considérée comme normale, à quels moments apparaissent ou disparaissent certaines pratiques

¹ Gisèle Séguin, *Jumeaux : mission possible*, Montréal, Éditions CHU Ste-Justine, 2016, p. 35.

témoignant de l'évolution de la norme) ; apprécier le cadre technique dans lequel s'exprime cette norme (moyens diagnostiques, lieux d'accouchement); suivre les représentations de cette norme dans l'espace public (perception dans les médias de la grossesse gémellaire ou du rôle du médecin).

Les résultats de mes recherches semblent confirmer l'hypothèse derrière mon objectif général. Avant les années 1950, la grossesse gémellaire était considérée comme eutocique, c'est-à-dire normale et son déplacement vers la dystocie a été remarqué dans les manuels d'obstétrique. La prématurité a été sous-estimée dans l'évaluation des risques gémellaires ainsi que dans les taux de mortalité gémellaires. La lutte à la mortalité infantile générale a contribué à la médicalisation des gémellaires en particulier et cela a pu servir de vitrine à la médicalisation générale de la grossesse et de l'accouchement aux yeux du grand public. Le rôle de la présence des technologies hospitalières a fait évoluer les protocoles gémellaires. L'émergence d'une nouvelle catégorie de grossesses à risque a contribué à ce que les médecins prennent le contrôle du processus physiologique de la grossesse gémellaire en pratiquant, par exemple, la rétention d'information ou le contrôle du poids. Après 1950, l'objectif de réduction de la mortalité a servi de prétexte à l'imposition de mesures plus invasives, indépendamment de leur effet réel sur la santé des personnes, jusqu'à justifier après 1970 une réorganisation des soins en obstétrique qui institutionnalise une gestion du « risque gémellaire » dans les nouvelles cliniques pour grossesses à risque élevé. La complexification des protocoles gémellaires a pu engendrer des violences obstétricales.

Le processus de médicalisation a été bien documenté par les historiennes et les anthropologues. Depuis quelques décennies, des militantes utilisent le récit de la médicalisation pour revendiquer une certaine démedicalisation de la grossesse dite normale. La place de la grossesse gémellaire dans cette histoire et dans cette lutte politique reste cependant ambiguë. J'espère que mes recherches aideront à réfléchir à ce que pourrait être une future démedicalisation de la gémellité.

INTRODUCTION

1. REVUE DE L'HISTORIOGRAPHIE PERTINENTE

La gémellologie, c'est-à-dire l'étude de la gémellité, a déjà été visitée par la psychologie, la littérature, la médecine et plusieurs autres disciplines. Les historiennes s'y sont toutefois peu intéressées, sinon par le biais de la cosmogonie ou de la mythologie avec l'étude des mythes représentant des jumeaux, tels que Remus et Romulus ou encore Castor et Pollux. Au Québec, des historiennes et anthropologues œuvrant dans le courant de l'histoire sociale se sont penchées sur l'histoire de la maternité en général et de la grossesse et de l'accouchement en particulier, notamment Baillargeon, Rivard, Laforce, Marchand, Lachance et Mitchinson. Des auteurs tels que David Niget et Martin Petitclerc ou Stéphanie St-Amant ont exploré le rôle des notions de risque et de normalité dans des politiques affectant la santé, dans un sens plutôt général chez les premiers et sous l'angle plus spécifique de la maternité chez la seconde. Pour leur part, Yvan Rousseau et François Guérard, Julien Prud'homme et Gilles Dussault ont étudié les phénomènes d'hospitalisation de la société et de spécialisation médicale qui ont façonné, dans les années 1950, 1960 et 1970, le système de santé où prend place la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement gémellaires. Le bilan historiographique sur la maternité qu'a établi Anne Cova en 2005 offre encore un point de départ pertinent pour comprendre le champ de l'histoire de la maternité et ses thèmes essentiels². La médicalisation y prend une place importante et son étude critique a beaucoup fait avancer la réflexion sur la maternité : « De l'histoire des mères à l'histoire de la protection de la maternité jusqu'à une histoire genrée et comparée de la maternité et des États providence, on mesure le chemin parcouru³ ».

² Anne Cova, « Où en est l'histoire de la maternité ? », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, vol. 21, no 1 (2005) : 189-211.

³ *Ibid.* p.211.

Même si l'histoire de la médicalisation de la naissance a été étudiée par plusieurs auteures jusqu'ici, rien n'a été encore écrit au sujet des gémellaires en particulier. J'ai choisi de documenter l'histoire de la médicalisation de la grossesse gémellaire en me concentrant sur les années entre 1930 et 1980. Je crois que la gémellité a confirmé l'idée que la maternité est un problème médical qui doit être contrôlé par un médecin, et ce entre autres depuis la naissance miraculeuse des jumelles Dionne dans les années 1930. Cette idée s'est ensuite répandue dans les décennies suivantes sous l'effet de divers phénomènes dont la spécialisation médicale qui a été identifiée comme étant l'un des facteurs de la médicalisation des naissances au 20^e siècle⁴.

1.1 Histoire de la médicalisation de la naissance

La médicalisation de la naissance consiste avant tout à rendre médical un événement qui était d'abord social au sens large. C'est aussi transférer cet événement social du domicile des parents vers un milieu contrôlé par le personnel médical, l'hôpital. En ce sens, l'histoire de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement va de pair avec la disparition de la pratique sage-femme au Québec.

Hélène Laforce a démontré les facteurs en cause dans la disparition de la pratique sage-femme à partir de la fin du 19^e siècle et a ainsi pu expliquer le début de la médicalisation des naissances et la perte de l'agentivité des femmes dans leur grossesse et leur accouchement⁵. Les médecins accoucheurs en Europe avaient commencé à s'inviter dans la chambre des accouchées au 17^e siècle. Sous l'effet de la révolution médicale du 19^e siècle, la place des femmes a peu à peu été prise par l'accoucheur, si bien que la femme elle-même, celle qui enfante, n'a plus eu voix au chapitre.

⁴ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité de 1910 à 1970*, Montréal, Remue-Ménage, 2004, 376 p.

⁵ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, 237 p.

Comme on le verra au chapitre 1, c'est donc avec la disparition de la pratique des sages-femmes à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle que la médicalisation de la naissance a commencé au Québec. Selon Baillargeon, le moteur de cette entreprise a été la survie de l'enfance avec pour objectifs, entre autres, de renouveler la « race » canadienne-française et de faire meilleure figure face aux autres provinces du Canada dans la lutte à la mortalité infantile. L'encadrement de la maternité devient un enjeu national et le clergé catholique apporte son soutien à ce mouvement d'idées⁶.

Or, la mortalité périnatale et infantile étant plus élevée chez les jumeaux, il a été d'autant plus accepté qu'on médicalise ce genre de grossesse, plus encore sans doute après le succès médical connu avec les jumelles Dionne. Pierre Berton rapporte avec beaucoup de détails les événements qui ont entouré la naissance de ces dernières et montre à quel point l'intervention des spécialistes a joué un rôle dans l'opinion que l'on se faisait à l'époque de la naissance jumeau⁷. La création de la pouponnière des jumelles Dionne et son succès ont cristallisé dans l'esprit du public l'image d'une science médicale toute-puissante en matière de jumeau. Le caractère construit de cette mise en scène devient pourtant évident lorsqu'on sait que les moments les plus critiques de leur naissance se sont déroulés, en fait, dans la petite maison des Dionne, sans électricité ni eau. Gaëtan Gervais décrit aussi l'affaire des jumelles Dionne comme un moment représentatif de l'époque de l'entre-deux-guerres⁸, où les hygiénistes « s'emparent de la mère⁹ » pour l'éduquer et lui faire prendre le chemin de l'éducation scientifique de ses enfants. Le lien avec l'affirmation accrue des médecins et d'autres spécialistes de l'enfance et du travail social est très clair tout au long de l'ouvrage de Gervais : les experts ont trouvé dans la naissance des jumelles une occasion de prouver leurs théories. Baillargeon fait aussi ce lien : « En sauvant les jumelles Dionne, la science médicale a fait largement la preuve qu'elle peut accomplir des prodiges¹⁰ ».

⁶ Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants...*, p. 46.

⁷ Pierre Berton, *Les jumelles Dionne et leur époque*, Montréal, Éd. Mirabel/CLF, 1979, 274 p.

⁸ Gaëtan Gervais, *Les Jumelles Dionne et l'Ontario français (1934-1944)*, Sudbury, Prise de Parole, 2000, 246 p.

⁹ Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants...*, p. 93.

¹⁰ *Ibid.*, p. 85

Des auteures comme Laurendeau, Rivard et Vallgarda ont, chacune à leur manière, apporté un éclairage sur les mécanismes précis de la médicalisation, tout particulièrement l'hospitalisation des accouchements. Pour Rivard, le transfert hospitalier de l'accouchement au 20^e siècle illustre le succès du consensus social et politique en faveur de la médicalisation : parce que l'hospitalisation devient une pratique courante, elle est de plus en plus jugée indispensable¹¹. Pourtant, Laurendeau, qui observe une augmentation du nombre d'interventions lors des accouchements encore dans les années 1970, démontre que la variation des taux d'hospitalisation tout au long du 20^e siècle n'apporte pas de changement proportionnel dans le taux de mortalité¹². Pour sa part, Vallgarda démontre que l'intensité ou le rythme du transfert hospitalier des accouchements sont affectés par plusieurs facteurs sociaux et contextuels, tels que le financement de l'État et l'urbanisation¹³. Enfin, St-Amant affirme que l'augmentation du nombre d'accouchements en centre hospitalier incite les hôpitaux à se donner davantage d'outils de contrôle : pour rentabiliser un système plus couteux, on met en place des protocoles et des normes qui répondent au besoin du travail à la chaîne, avec un objectif de contrôle qui prend de plus en plus de place dans l'enfantement¹⁴. Cette observation correspond à l'affirmation d'Harvey pour qui la médicalisation est une forme de contrôle social qui engendre une régulation et une gestion des populations et des corps, à travers un discours et un contrôle de la normalité¹⁵.

¹¹ Andrée Rivard, « Le risque zéro lors des accouchements : genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain », *Globe. Revue internationale d'études québécoises*, vol. 16, no 2 (2013), p. 32.

¹² France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. 24, no 2 (1983), p. 206 et 219.

¹³ Signild Vallgarda, « Hospitalization of Deliveries: the Change of Place of Birth in Denmark and Sweden from the Late Nineteenth Century to 1970 », *Medical History*, vol. 40 (1996), p. 189-190.

¹⁴ Stéphanie St-Amant, « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale », thèse de doctorat (sémiologie), Université du Québec à Montréal, 2013, p. 32.

¹⁵ Janet Harvey, « The technological regulation of death: with reference to the technological regulation of birth », *Sociology*, vol. 31, no 4 (1997), p. 720.

1.2 Histoire du système hospitalier au Québec

La médicalisation de la naissance au Québec s'effectue donc dans le contexte plus large de l'histoire des hôpitaux et du système hospitalier de la province. François Guérard identifie deux grands moments dans l'histoire des institutions de santé québécoises durant la période qui nous intéresse.

De 1886 à 1939, les autorités québécoises cherchent à adapter les équipements sanitaires aux causes de mortalité associées à l'urbanisation. C'est sur cette base que des mesures d'hygiène sont adoptées pour assainir les villes (eau, égouts, déchets, viande, lait, etc.). On lutte alors contre les maladies contagieuses, qui touchent surtout les nourrissons via la qualité de l'eau. C'est aussi dans ce contexte qu'un changement de la définition de l'hôpital a lieu. L'hôpital, qui était d'abord un lieu d'hébergement, se transforme progressivement en un lieu de traitement plus actif. Les soins médicaux se déplacent à l'hôpital et la profession médicale s'organise pour obtenir un statut et un prestige qui justifient la prise de contrôle de l'institution par les médecins. Les revues médicales, telles que *L'Union médicale du Canada (UMC)*, participent à cette meilleure organisation en essayant d'uniformiser les pratiques médicales. Le Service provincial d'hygiène est créé en 1919 et le discours hygiéniste s'intègre bien aux idéologies alors dominantes au Québec : le libéralisme et le nationalisme. Un objectif de l'hygiénisme est de stimuler l'économie en augmentant la natalité et la survie infantile, et on considère le trop grand nombre de décès en bas âge comme un frein à la croissance¹⁶.

Durant cette première période, l'entre-deux guerre est marquée, en matière d'encadrement de l'accouchement et de l'enfance, par l'éducation populaire, le dépistage, le traitement préventif et la création de cliniques spécialisées. Le Québec assiste à la naissance de grands programmes : le programme antivénérien (dont les maladies ciblées contribuent à la mortinatalité), le programme contre la tuberculose et la lutte contre la mortalité infantile. Des campagnes de propagande sans précédent voient le jour, de même

¹⁶ François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p. 31-60.

que des cliniques pour tuberculeux ou de puériculture, par lesquelles la médecine accroît sa mainmise sur certaines phases de la vie des femmes. L'État augmente ses interventions en aide sociale, ce qui aide à améliorer la qualité de vie et réduire la mortalité. On voit une augmentation des dépenses dans les hôpitaux, qui doivent engager plus de personnel qualifié et agrandir leurs bâtiments pour suivre le mouvement de médicalisation. La professionnalisation des infirmières participe également au mouvement de médicalisation puisque la médecine moderne demande des infirmières plus qualifiées. Cette professionnalisation rend possibles des investissements plus concentrés dans les hôpitaux après 1940 : « Le processus de médicalisation s'intensifiera par la suite avec la croissance spectaculaire des infrastructures hospitalières et du personnel soignant¹⁷ ».

Durant la seconde période, de 1940 à 1960, le Québec connaît une grande transformation socio-économique. La guerre et l'après-guerre influent sur l'état de santé des populations (hausse de l'espérance de vie, recul des maladies infectieuses, augmentation des accidents de la route et des maladies chroniques). La mortalité infantile et maternelle, pour sa part, chute en raison de plusieurs facteurs : l'amélioration générale des conditions de vie, les débuts de la pratique de la transfusion, la découverte des sulfamides, « et, peut-être, dans une moindre mesure, [le] recours plus fréquent aux accouchements effectués à l'hôpital¹⁸ ». L'hospitalisation des naissances s'accélère en effet : de 5% en 1926, le taux d'accouchements réalisés à l'hôpital passe à 16% en 1940, à 67% en 1955 et à 98% en 1965. L'hôpital devient donc durant cette période le lieu jugé normal pour la naissance des bébés. La mortalité infantile reste toutefois plus élevée au Québec qu'au Canada, l'enjeu conservant encore quelque temps un caractère « national ».

Cette hospitalisation de l'accouchement, qui survient en plein « baby-boom », n'est qu'un exemple de l'expansion du réseau hospitalier québécois. Le Québec connaît une nette augmentation du nombre d'hôpitaux : la province passe de 125 hôpitaux en 1941 à 186 hôpitaux en 1951, puis à 275 en 1961. Cela fait dire à l'historien François Guérard

¹⁷ *Ibid.*, p.59.

¹⁸ *Ibid.*, p.63.

que « la médecine curative en institution prend le pas sur la médecine préventive¹⁹ » à cette époque. Le personnel hospitalier, qui se professionnalise, se spécialise et se laïcise, demeure à 70% féminin, tandis que le corps médical reste pour sa part presque exclusivement masculin²⁰. Parmi les médecins, l'essor des spécialités, qui se concentrent en milieu urbain, accentue les clivages entre omnipraticiens et spécialistes ainsi qu'entre les hôpitaux des villes et ceux des régions. En parallèle, la lutte du Collège des médecins contre les guérisseurs et autres « charlatans » se poursuit.²¹

L'expansion du système hospitalier dans l'après-guerre est de plus en plus financée et organisée par l'État. De 1920 à 1947, l'État fédéral avait envisagé des programmes d'assurance-santé publics qui n'avaient pas reçu l'accord des provinces²². Les États fédéral et provinciaux se sont tout de même donné des administrations publiques dédiées à la santé. Le ministère fédéral de la Santé, créé en 1919 et qui n'a alors comme juridiction propre que la santé des immigrants et des hôpitaux de la marine, devient en 1944 le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, plus puissant et chargé d'orienter les provinces sur un éventail de sujets²³. Le ministère québécois de la Santé, lui, est créé en 1936; transformé en 1941 en ministère de la Santé et du Bien-être social, il redevient en 1944, avec le retour de Duplessis, le ministère de la Santé. Tous les paliers de gouvernement augmentent les fonds consacrés aux hôpitaux, à commencer par le fédéral qui, de 1948 à 1953, investit 29 millions de dollars consacrés à la santé au Québec, dont 16 millions vont à la construction des hôpitaux²⁴.

Après s'être engagés dans l'expansion des hôpitaux, les États envisagent la création d'assurances publiques pour favoriser l'accès aux soins, que les indigents et, de plus en

¹⁹ *Ibid.*, p.66.

²⁰ *Ibid.*, p.70.

²¹ *Ibid.* Une recherche rapide à la BANQ ne m'a permis de trouver qu'une seule poursuite pour pratique illégale de l'obstétrique contre une femme qui se disait sage-femme, à Chicoutimi le 15 juin 1926. Une stratégie de recherche différente permettrait probablement d'en trouver d'autres, mais ce résultat suggère que le sujet mériterait d'être investigué davantage.

²² Benoît Gaumer, *Le système de santé et de services sociaux au Québec. Une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008, p. 52-67.

²³ *Ibid.*, p.48-50.

²⁴ Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p.73-74.

plus, la classe moyenne, peuvent difficilement se payer. Au Québec, l'entrée en vigueur des programmes fédéraux d'assurance hospitalisation en 1960 puis d'assurance-maladie en 1970 entraîne l'adoption de la Loi des hôpitaux de 1962 et la création du ministère des Affaires sociales (MAS) en 1970, afin d'augmenter le contrôle de l'État provincial sur le réseau de la santé²⁵. Adoptée en 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux confirme cette mainmise de l'État québécois sur, notamment, les hôpitaux, ce qui ne sera pas sans conséquence pour l'histoire racontée ici.

1.3 Les concepts utiles pour décrire la médicalisation

Comme on le voit, la période 1930-1980 voit beaucoup de changement dans le réseau de la santé. On assiste à un processus d'hospitalisation des soins, c'est-à-dire à un déplacement de plusieurs soins vers l'hôpital et dans son environnement technique²⁶. En ce qui concerne l'accouchement, le transfert de l'enfantement dans l'environnement technique hospitalier a des conséquences. Pour nommer ces conséquences, on peut utiliser les concepts de fragmentation des corps, de cadre technique, de spécialisation médicale et d'agenda professionnel, ainsi que les concepts de risque et de violence obstétricale.

Un des outils qui a permis aux médecins modernes de mouler les patients à l'institution hospitalière a été la fragmentation du corps humain en plusieurs morceaux, plus faciles à encadrer avec des savoirs et des techniques spécialisés. Les dentistes, selon Sarah Nettleton, ont ainsi isolé la bouche du reste du corps pour mieux se l'approprier, dans un contexte historique de concurrence entre experts, afin de créer un savoir-pouvoir propre à la bouche, qui permettrait de l'analyser, de la comprendre et de la traiter, mais aussi de ritualiser les soins dentaires et de discipliner la relation avec le patient²⁷. Cette

²⁵ Gaumer, *Le système de santé...*, p. 89-117.

²⁶ Pierre-Yves Donzé, « Les systèmes hospitaliers contemporains, entre histoire sociale des techniques et business history », *Gesnerus*, vol. 62 (2005), p. 273-287; Stefan Timmermans, « Resuscitation technology in the emergency department : towards a dignified death », *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, no 2 (1998), p. 144-167. Janet Harvey, « The technological regulation of death », p. 719-733; François Guérard et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie : soins hospitaliers et assurances au Québec 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, no 3 (2006), p. 293-329.

²⁷ Sarah Nettleton, « Protecting a vulnerable margin : towards an analysis of how the mouth came to be separated from de body », *Sociology of Health & Illness*, vol. 10, no 2 (1988), p. 156 à 169.

mise en scène d'une routine hiérarchisée installe une relation de pouvoir entre les acteurs sociaux. Un parallèle peut être fait avec la périnatalité, en ce sens que l'utérus des femmes a été isolé pour devenir un simple contenant, un réceptacle dont l'examen a pu être routinisé et discipliné. Nettleton accorde beaucoup d'importance au concept de savoir-pouvoir, élaboré par Michel Foucault et que d'autres auteurs ont appliqué à la médicalisation : un savoir détenu par des acteurs savants qui, en normalisant des procédés associés à ce savoir, effectuent une surveillance et exercent un contrôle sur d'autres personnes.

C'est la présence d'un cadre technique approprié qui, toujours selon Foucault, permet de transformer un sujet humain en un objet de savoir et de surveillance. L'hôpital offre un tel cadre technique, en fournissant aux médecins divers outils pour atteindre ce but. Pour Catherine Waldby, par exemple, c'est l'imagerie médicale qui a fragmenté le corps et qui a donné un certain pouvoir à ceux qui savent, soit aux médecins, sur les patients qu'ils traitent²⁸. L'utilisation de la machine pour rendre visible l'invisible est l'exemple parfait du cadre technique comme appareillage qui isole et objectifie le sujet étudié. L'auteure parle même d'un corps-spectacle, avec des rôles bien définis et hautement hiérarchisés, des canevas-routines concrets et répétables, des scripts, des costumes et des décors, comme pour une pièce de théâtre. Le cadre technique sert donc aussi à organiser une forme de performance. Cette observation s'applique bien à la périnatalité : les rôles sont très bien définis et les routines d'imagerie médicale ont même contribué à donner une identité au fœtus, à mettre en scène un être qui auparavant était en coulisses. Jacques Coenen-Huther revient sur l'aspect routinier des scripts joués dans un hôpital avec des comportements attendus comme allant de soi, un effet du cadre organisationnel sur les comportements humains²⁹. Pour lui aussi, le cadre technique n'est pas tant un appareillage qu'un système d'organisation. Par exemple, dans une chambre d'accouchement, le rôle et le comportement attendu de la parturiente sont clairs : le lit en plein centre de la chambre indique que le personnel s'attend à ce que la parturiente se plie à ce qu'on va lui demander et qu'elle s'installe passivement dans le lit pour que son corps soit objectivé par les

²⁸ Catherine Waldby, « Medical imaging: the biopolitics of visibility », *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 2, no 3 (1998), p. 373-384.

²⁹ Jacques Coenen-Huther, « Observations en milieu hospitalier », *Sociétés contemporaines*, vol. 8, no 4 (1991), p. 127-143.

machines et le cadre organisationnel qui autorisent ce « jeu de rôle ». A. Barnard et M. Sandelowski expliquent pour leur part que la maîtrise technologique augmente le prestige du professionnel et devient de cette façon une source de pouvoir sur les patients³⁰. Le médecin étant celui qui sait, ce que la femme ressent perd de la valeur aux yeux de celui-ci ; comme on le verra, cela explique par exemple que de nombreux diagnostics de grossesse gémellaire ont été ratés durant la période que j'étudie. Le cadre technique, avec ses protocoles rigides, impose également une certaine temporalité. Cette idée est abordée par Niget et Petitclerc, mais aussi par Stefan Timmermans qui affirme que le déplacement de lieu force une nouvelle routinisation³¹. Timmermans définit la temporalité comme une trajectoire normalisée, qui rythme et qui organise l'événement de santé. Façonner la temporalité est donc un enjeu de pouvoir, et le marqueur d'une relation de pouvoir entre les acteurs, parce qu'elle fixe un échéancier et des normes à respecter.

Tant la fragmentation des corps que la maîtrise d'un cadre technique spécifique aident le médecin à consolider son pouvoir professionnel. Ces avantages incitent les médecins à la spécialisation, surtout à partir du moment où les hôpitaux sont capables d'accueillir une variété de spécialités médicales, ce qui survient au Québec au milieu du 20^e siècle. Les travaux de Gilles Dussault montrent que la période qui m'intéresse est précisément la période la plus intense du phénomène de spécialisation médicale au Québec, sous l'effet de l'expansion du réseau hospitalier dans les années 1950 puis de l'assurance santé publique dans les années 1960 et 1970³². Dans le cas de l'accouchement, le médecin de famille qui « accouchait » ses patientes à domicile ou à l'hôpital est peu à peu remplacé par l'obstétricien-gynécologue, dans une clinique hospitalière spécialisée et beaucoup plus équipée. Ce passage d'un médecin généraliste vers un spécialiste a un effet sur les aspirations des médecins impliqués et donc sur leurs relations avec les femmes. Patrick Castel utilise le concept « d'agenda professionnel » pour décrire les objectifs et les stratégies des acteurs de la santé et leurs impacts sur la relation clinique. Il emploie ce

³⁰ A. Barnard et M. Sandelowski, « Technology and humane nursing care : (ir)reconcilable or invented difference ? », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, no 3 (2001), p. 367-375.

³¹ Stefan Timmermans, « Resuscitation technology in the emergency department », p. 144-167.

³² Gilles Dussault, « Les médecins du Québec (1940-1970) », *Recherches sociographiques*, vol. 16, no 1 (1975), p. 69-84.

concept pour étudier la manière dont des phénomènes de fond, comme l'hospitalisation et la spécialisation de la médecine, influencent les buts et les comportements des professionnels sur le terrain³³. Dans ses travaux sur les professions de santé, Julien Prud'homme montre ainsi que l'intensification de la spécialisation médicale survient dans un contexte plus large de multiplication et de diversification des métiers de la santé, que l'État québécois essaie de contrôler en adoptant le Code des professions en 1973³⁴.

Ces observations aident à saisir comment le monde de la santé, dont le domaine de la maternité, s'est réorganisé autour de la spécialisation des territoires professionnels entre 1930 et 1980. La différenciation et la spécialisation ont un effet direct sur les cliniciens : elles poussent les soignants et les établissements à s'octroyer des nouveaux mandats, ce qui va parfois à l'envers de la rationalisation visée par l'État. C'est par ces différents mécanismes que se réalise la médicalisation de la gemellité.

1.4 La notion de risque

L'hospitalisation, la fragmentation des corps et les agendas professionnels sont souvent justifiés par la notion de risque, très importante en médecine obstétricale. David Niget et Martin Petitclerc définissent le risque comme « un fait de culture, reflétant la façon dont la société se représente elle-même³⁵ ». La lutte pour contrôler la définition du risque est au cœur de l'histoire de l'accouchement, que ce soit dans l'histoire de la maternité en général ou dans l'histoire de la grossesse à risque élevée en particulier. La représentation de l'accouchement comme un danger procède d'une volonté de reconduire un ordre social, en justifiant des normes ou en plaidant l'urgence. En périnatalité, le risque a été largement

³³ Patrick Castel, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, vol. 46, no 3 (2005), p. 443-446. Je n'en parlerai pas dans mon mémoire, mais il serait intéressant de vérifier dans quelle mesure d'autres agendas professionnels ont influencé la médicalisation de la gemellité. Par exemple, le fait que les sages-femmes de nos jours aient renoncé à suivre les gémellaires ou accepté la définition des grossesses gémellaires comme pathologiques, pour se « contenter » des cas dits normaux.

³⁴ Julien Prud'homme, « De la commission Parent aux réformes de la santé et au code des professions, 1961-1974 », *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (2012), p. 95.

³⁵ David Niget, Martin Petitclerc, « Le risque comme culture de la temporalité », David Niget et Martin Petitclerc, dir., *Pour une histoire du risque. Québec, France, Belgique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2012, p. 32.

politisé et ce qu'on appelle la « culture du risque³⁶ » sert à partager le pouvoir entre les acteurs sociaux, d'une manière qui a été explorée par plusieurs historiennes.

Andrée Rivard a beaucoup utilisé la notion de risque pour comprendre « l'expérience maternelle d'enfantement dans un Québec qui se modernise³⁷ » entre 1950 et 2000. L'obstétrique a alors évolué dans le cadre d'une nouvelle approche, institutionnelle et préventive, de la médecine. Dès les années 1960, pratiquement toutes les femmes vont accoucher à l'hôpital, où les médecins promettent « une naissance sans risque³⁸ ». L'accaparement de l'accouchement par la médecine, soutenu par l'État, atteint son apogée durant les années 1970. Cette mutation culturelle inspire des revendications féministes pour l'humanisation des naissances. Rivard constate un lourd conditionnement exercé sur les femmes par le rationalisme scientifique de la médecine moderne et elle prouve que la médicalisation de l'accouchement durant le 20^e siècle a radicalement transformé l'expérience des femmes, en associant la modernité à l'usage des technologies et à la prévention du risque. Son approche m'aidera à explorer comment la technologie et l'idéal de prévention du risque ont modifié l'expérience des mères qui attendent des jumeaux.

Réfutant l'idée selon laquelle la médicalisation était un mal nécessaire, St-Amant a voulu montrer la nature construite des notions de risque et de dangerosité de la naissance. Elle souligne la vitesse à laquelle les tests et examens de routine se sont multipliés, en observant que leur implantation précède souvent les preuves scientifiques et que, dans les faits, ces procédés ont peu influencé les statistiques de mortalité périnatale au 20^e siècle, un peu partout dans le monde. Ce sont aussi des pistes que j'explorerai dans mon mémoire. En appliquant des questions similaires à une étude comparée de la Suède et du Danemark, Signild Vallgarda a aussi utilisé l'histoire pour contester le discours voulant que l'accouchement en centre hospitalier ait réduit la mortalité maternelle et infantile. Grâce à

³⁶ *Ibid.*, p. 13.

³⁷ Rivard, « Le risque zéro lors des accouchements », p.20.

³⁸ *Ibid.*, p.29.

la comparaison de ces deux pays aux contextes différents, elle montre aussi que les agendas professionnels et l'hospitalisation des accouchements sont influencés par des facteurs en partie locaux, comme le rythme de développement des hôpitaux, la géographie ou la diffusion de l'idéologie médicale dans la population³⁹. Ce dernier point justifie l'analyse de sources comme les grands quotidiens.

Dans un article plus récent, Rivard apporte un bel éclairage sur les politiques du risque : pourquoi la peur des femmes face à l'accouchement n'a-t-elle pas diminué malgré les progrès de la médecine⁴⁰ ? Rivard se penche sur les conséquences de la gestion active des risques et de l'intensification de l'idéologie préventive, axée sur l'enfant et l'accouchement dirigé. Elle décrit la gestion de risque comme un rituel qui attribue le rôle principal à l'autorité médicale et étatique. Le triomphe du modèle obstétrical et hospitalier a généré une multiplication des tests diagnostiques, signant un contrat entre le médecin et l'enfant à naître, absent, plutôt qu'avec la femme qui accouche. Si la médicalisation n'a pas diminué la peur (tout en augmentant les effets iatrogènes de la gestion du risque), c'est qu'elle sert d'abord à entretenir une relation de domination, genrée, entre expert et profane. Rivard rappelle aussi la force des habitudes, qui fait qu'une pratique qui devient courante peut rapidement, et de ce seul fait, devenir perçue comme indispensable, sans réflexion critique. Tout cela mène à la question : la médicalisation des accouchements, dont celle des accouchements gémellaires, est-elle réellement incontournable ? Cette question devient encore plus importante si cette médicalisation est associée à des formes de violence.

1.5 La violence obstétricale

Parler de savoir-pouvoir nous mène à évaluer la violence que peut engendrer un tel pouvoir lorsqu'il est mal utilisé. Le concept de violences obstétricales a été plus largement publicisé dans la foulée du mouvement « #metoo » et de la dénonciation des violences à caractère sexuel. La maternité n'étant pas si étrangère aux violences sexuelles, des femmes

³⁹ Vallgarda « Hospitalization of Deliveries », p. 173-196

⁴⁰ Rivard, « Le risque zéro lors des accouchements », p. 27-47.

ont peu à peu commencé à dénoncer les violences qu'elles ont subies lors de leurs suivis obstétricaux et de leurs accouchements.

Ce concept récent prend ses racines dans l'histoire de l'institutionnalisation de la naissance. Selon Whitney Wood, « pendant les années de guerre, les travailleurs de la santé canadiens accordent de plus en plus d'importance à l'efficacité et à la commodité de la pratique obstétricale⁴¹ » et c'est dans ce contexte que certaines violences sont commises pour améliorer l'efficacité hospitalière et assurer le pouvoir médical. L'anesthésie et les contentions sont des pratiques jugées commodes pour les médecins : l'anesthésie supprime la douleur et/ou le souvenir de celle-ci et elle permet une totale collaboration de la parturiente. Si des plaintes ont été formulées par les patientes, elles sont restées ignorées jusqu'à la fin du XXe siècle :

Écrivant dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en 1997, J. Laurence Reynolds, professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université de Western Ontario, a postulé que l'expérience de naissance traumatique existait comme une variante du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et a suggéré qu'un « sentiment de perte de contrôle » était un facteur clé rendant l'accouchement potentiellement traumatisant⁴².

Lorsque l'obstétrique émerge en tant que spécialité, les médecins, en majorité des hommes, se positionnent comme ceux qui savent, face aux parturientes qui ne savent pas, et ils tolèrent mal que celles-ci puissent avoir leur mot à dire sur le processus de la naissance. En 1964 dans la revue *Chatelaine*, la Dre Geraldine Maloney affirme qu'elle trouve « grossièrement insultant que des filles de dix-neuf ans conseillent des spécialistes matures et hautement qualifiés sur la manière dont elles veulent que leurs bébés viennent au monde⁴³ ». Devant cette résistance des médecins face aux efforts de mères pour avoir

⁴¹ Whitney Wood, « Put Right Under: Obstetric Violence in Post-war Canada », *Social History of Medicine*, vol. 31, no 4 (2018), p. 797. Ma traduction.

⁴² *Ibid.* Ma traduction.

⁴³ June Callwood, *The Modern-Day Cult of Childbirth*, Chatelaine, March 1964, 46, cité par Wood, « Put Right Under », p. 807.

un peu plus de contrôle sur leur corps, ces femmes se sentent ignorées et négligées, tant dans les rencontres périnatales que le jour de leur accouchement⁴⁴.

Cette réticence médicale est instituée, car, dans leur formation, les praticiens sont régulièrement invités à aborder les récits personnels de leurs patientes enceintes avec scepticisme. C'est ainsi que des femmes qui affirmaient être prêtes à pousser se font ordonner de ne pas le faire, sous prétexte que le médecin n'est pas sur place pour le confirmer. À ce sujet, Margarete Sandelowski note que des infirmières américaines reçoivent même pour instruction « d'accomplir l'acte dangereux d'empêcher l'expulsion du fœtus par des techniques telles que maintenir les jambes de la patiente ensemble ou garder une main sur la vulve pour retarder l'accouchement jusqu'à l'arrivée du médecin⁴⁵ ». De plus les femmes canadiennes semblent avoir été conscientes des déséquilibres de pouvoir souvent sexospécifiques impliqués dans la relation traditionnelle médecin-patient. Darlene Bell de Vancouver, en Colombie-Britannique, raconte dans une lettre de 1951 à Dick-Read qu'en s'opposant à ses désirs d'accouchement naturel, son médecin « a avancé des arguments que je ne suis pas en mesure d'écarter⁴⁶ ».

Cette stratégie est encore utilisée de nos jours. Combien de fois, dans ma pratique d'accompagnement gémellaire, ai-je entendu un médecin fermer la discussion avec une patiente en affirmant que ce qu'il « impose » est pour la sécurité des bébés !

Sylvie Lévesque et ses collègues offrent une définition claire du concept de violence obstétricale⁴⁷. Les auteures dégagent trois attributs de la violence obstétricale : des pratiques médicales qui briment l'accord et le consentement; une absence de reconnaissance de l'agentivité des femmes ; l'absence de norme claire permettant de distinguer des gestes professionnels adéquats ou violents. Marie-Hélène Lahaye, juriste et

⁴⁴ *Ibid.*, p. 802.

⁴⁵ Margarete Sandelowski, *Pain, Pleasure, and American Childbirth*, 64–5, cité par Wood, « Put Right Under », p. 808.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Sylvie Lévesque, Manon Bergeron, Lorraine Fontaine et Catherine Rousseau, « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle », *Recherches féministes*, vol. 31, no 4 (2016), p. 219-238.

militante belge, définit pour sa part la violence obstétricale comme tout comportement (acte, omission, abstention) du personnel de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou sans consentement⁴⁸. Ces définitions du concept de violence obstétricale seront utiles pour éclairer les mécanismes que j'étudierai dans le cas des accouchements gémellaires.

1.6 Objectifs, question de recherche et hypothèse

L'objectif général de ma recherche est de préciser la place des grossesses et accouchements de jumeaux (ou « gémellaires ») dans le processus plus général qu'est la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement dans le Québec du 20^e siècle. Ma question de recherche principale est la suivante : la grossesse gémellaire a-t-elle joué un rôle spécifique dans le processus général de médicalisation de la grossesse et l'accouchement entre 1930 et 1980 ? Je définis ici la médicalisation comme étant la redéfinition d'une expérience humaine en termes de pathologie ou de risque de pathologie, ce qui implique des rapports sociaux inégaux entre les personnes concernées et les experts de la santé. Je répondrai à cette question en distinguant trois objectifs spécifiques : identifier la norme gémellaire et sa construction (par exemple, le moment à partir duquel la grossesse gémellaire n'est plus considérée comme normale, les moments d'apparition ou de disparition de certaines pratiques associées à cette norme); apprécier le cadre technique dans lequel cette nouvelle norme s'est exprimée (moyens de diagnostic, lieux d'accouchement); reconnaître les représentations dans l'espace public de cette norme et ses pratiques (manière dont la grossesse gémellaire est perçue, rôle du médecin).

Le début de la période étudiée est marqué par la médiatisation, à partir de 1934, de la survie des jumelles Dionne qui sert de vitrine à une médicalisation et à une gestion du risque spécifiquement associées à l'accouchement gémellaire. Les années 1970 marquent le début des mouvements pour l'humanisation des naissances, qui veulent contrebalancer la médicalisation, ainsi que l'introduction du concept de grossesse à risques élevés (GARE), qui l'accélère. Mon hypothèse est que, au Québec de 1930 à 1980, les

⁴⁸ Marie-Hélène Lahaye, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, 290 p.

accouchements gémellaires véhiculent une image et une expérience qui amplifient l'idée d'une relation nécessaire entre accouchement et médecine, basée sur une gestion du risque de plus en plus technique et sur un rôle d'autorité des médecins auprès des femmes, engendrant parfois des violences obstétricales.

2. PRÉSENTATION DU CORPUS DOCUMENTAIRE

2.1 Description des sources

J'ai identifié quatre types de sources : normatif, utilitaire, médiatique et oral. Dans les documents normatifs se trouvent tous les documents qui ont servi à établir la norme gémellaire, c'est-à-dire, les manuels d'obstétrique, les articles de journaux spécialisés, les directives gouvernementales, les statistiques de mortalité gémellaire : tout cela constitue ma source principale. Pour créer ce corpus, je me suis procuré des manuels par divers moyens décrits un peu plus loin, j'ai effectué des recherches dans différents catalogues dont ceux de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et des bibliothèques accessibles via l'UQTR et j'ai dépouillé la revue *L'Union médicale du Canada (UMC)* de 1938 à 1970, qui est disponible à la bibliothèque de l'UQTR. Par ces démarches, j'ai créé un corpus composé d'une cinquantaine d'articles scientifiques et de 20 manuels d'obstétrique. Afin de savoir si ces manuels ont bel et bien été utilisés dans l'enseignement auprès des résidents en obstétrique, j'ai effectué une recherche dans les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal. Suite au dépouillement de ces archives, j'ai pu glaner d'autres informations utiles (évaluations de stage, plans de cours, statistiques hospitalières, etc.).

Les documents utilitaires sont des documents qui ont été employés comme outils de gestion de la normalité gémellaire dans le travail hospitalier, tels que les protocoles gémellaires, le partogramme et les dossiers standardisés. Des listes d'achats de matériel auraient aussi pu m'être utiles. Malheureusement, le contexte créé par la Covid-19 a rendu l'accès à ces sources pratiquement impossible, puisque les énergies du personnel

hospitalier étaient entièrement tournées vers la pandémie. J'ai donc dû trouver d'autres moyens pour évaluer ce qui se faisait en pratique, par exemple en utilisant les documents tirés des archives de l'Université de Montréal et évoqués plus haut. Il reste que cette catégorie de documents joue dans mon mémoire un rôle bien moins important que je ne l'avais planifié.

Les documents médiatiques regroupent des articles parus dans des journaux québécois à grand tirage et qui traitent de la grossesse gémellaire. Pour constituer ce corpus, j'ai effectué une recherche dans le catalogue Patrimoine numérique de Bibliothèque et Archives du Québec avec les mots-clés « jumeaux » et « gémellaire », le plus souvent jumelés avec le mot « médecin » pour éviter les innombrables publicités pour « drap de lit jumeau ». J'ai pu trouver 82 articles provenant de journaux d'un peu partout au Québec.

Enfin, et à titre complémentaire, j'utilise comme sources des témoignages de mères de jumeaux et de couples de jumeaux. L'objectif est de dégager certaines tendances telles que le moyen de diagnostic, le lieu d'accouchement ou le terme de la grossesse, mais aussi d'accéder à des expériences plus subjectives de la part des femmes concernées. Au moyen d'un questionnaire en ligne, j'ai soumis un sondage de 18 questions auquel ont répondu onze personnes (voir en annexes le questionnaire et la demande de certificat éthique, déposée en mai 2021 et acceptée en juin 2021). Le recueil des témoignages s'est déroulé en juin et juillet 2021. J'ai aussi ajouté dans cette catégorie un document écrit par les sages-femmes qui ont assisté à la naissance des jumelles Dionne ainsi qu'un article de journal dans lequel la mère de la chanteuse populaire Céline Dion raconte la naissance de ses jumeaux. Enfin, et toujours à titre complémentaire, j'ai jugé bon d'inclure à mon analyse les résultats d'un sondage artisanal que j'avais moi-même dirigé auprès d'une cinquantaine de femmes au Québec en 2015 et concernant les conditions d'accouchement gémellaire dans les années 2010, afin de les comparer à mes résultats portant sur les années 1930-1980.

Malgré l'hétérogénéité de mon corpus documentaire, j'orienterai mon travail sur une source principale : les manuels d'obstétrique, dont j'ai analysé les sections portant sur les accouchements gémellaires. C'est à travers ces manuels que la norme gémellaire a été établie, communiquée puis généralisée auprès du personnel soignant. Tel qu'indiqué, j'ai assemblé un corpus de vingt manuels, publiés entre 1922 et 1990 par des obstétriciens américains, britanniques et français dans le but d'éduquer les futurs médecins. Neuf des vingt manuels ont été trouvés au Musée des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal : ce lieu implique qu'ils ont été consultés principalement par des infirmières, mais cela me porte à croire qu'ils reflètent ce qu'étaient les savoirs de référence des médecins montréalais. Cinq autres manuels proviennent d'une sage-femme qui m'est inconnue et qui a œuvré dans les années 1980 au Québec avant de laisser des boîtes de documents, dont ces manuels, à l'Auberge autogérée des étudiantes sages-femmes de Trois-Rivières. J'ai en ma possession les manuels transmis par cette sage-femme et j'ai pris en photo les pages pertinentes des manuels du Musée des Hospitalières. Par ailleurs, j'ai accordé une attention particulière à cinq rééditions du *Williams Obstetrics*, un ouvrage de référence réédité à de nombreuses reprises entre 1903 et 2022 et écrit à l'origine par John Whitridge Williams, un obstétricien américain décédé en 1931 et qui a travaillé à l'hôpital Johns Hopkins. Après vérification dans les archives de l'Université de Montréal, il semblerait que ce soit le manuel d'obstétrique utilisé par les étudiants, à tout le moins dans les années 1980. J'ai donc fait un comparatif des différentes éditions, glanées dans des bibliothèques universitaires. Enfin, je n'ai pas trouvé de manuel d'obstétrique canadien, francophone ou non⁴⁹. J'ai trouvé une partie d'explication dans les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal : un projet de rédaction d'un manuel d'obstétrique en partie canadien-français a bien démarré dans les années 1980 mais il est mort dans l'œuf à cause de conflits juridiques entre les auteurs. Malgré tout, une version entièrement française de ce manuel a vu le jour (le Vokaer, 1983) et j'ai trouvé sur le site internet d'Amazon France un exemplaire de celui-ci.

⁴⁹ Je n'inclus pas dans mon corpus les notes de cours de L. Béchar, Solange Michaud et Sœur Claire-de-Jésus, *Obstétrique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1964, 155 p., un recueil de notes et un document intéressant, mais qui n'est pas être de même nature que les autres manuels d'obstétrique réunis ici.

Comme deuxième source principale, j'ai utilisé les articles de *L'Union médicale du Canada (UMC)*. Avant sa fondation en 1872, quelques tentatives de revue médicale avaient été tentées au Québec mais sans succès durable. Pendant plus de 120 ans, *L'UMC* a été « l'une des principales références scientifiques francophones pour les médecins du Canada⁵⁰ ». Achetée en 1900 par un groupe de médecins, la revue connaît quelques difficultés financières dans les années 1930, puis en 1938, elle s'associe à l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC). La revue connaît de belles années jusque dans les années 1970, durant lesquelles la concurrence commence à se faire sentir. *L'UMC* ferme ses portes en 1996 avec 124 volumes à son actif⁵¹. Pour la période allant de 1938 à 1982, j'ai recensé 223 articles qui traitent de la grossesse et de l'accouchement, parmi lesquels une dizaine qui traitent de gémellité en particulier. La majorité des articles ont été écrits après 1950, ce qui indique le peu d'intérêt que le corps médical accordait à la gémellité avant le transfert hospitalier. On note une nette augmentation aussi dans les années 1970 et 1980, lorsque la grossesse gémellaire est officiellement définie comme une grossesse à risque élevé.

L'intérêt des sources varie selon leur type. Les documents normatifs m'ont servi à identifier et historiciser la norme ainsi que le risque gémellaire. Les quelques documents utilitaires recueillis ont aidé à documenter le cadre technique et organisationnel dans lequel cette norme gémellaire a évolué. Les documents médiatiques m'ont aidée à identifier certains rapports entre les acteurs sociaux, ainsi qu'à mettre en lumière la diffusion de la norme gémellaire dans l'espace public. Les témoignages m'ont servi à donner une voix aux femmes concernées et ont permis, dans une certaine mesure, de compléter l'information que je n'ai pas pu recueillir du côté des sources utilitaires. L'utilisation de ces témoignages, malgré les limites de mon corpus, permet d'accéder à des points de vue

⁵⁰ Nancy Marando, « Dictionnaire – *L'Union médicale du Canada* », *Histoire de la pharmacie au Québec* [En ligne], <https://histoirepharmacie.wordpress.com/2014/02/06/dictionnaire-lunion-medical-du-canada/> (Page consultée le 19 décembre 2021).

⁵¹ Marine Dressayre, « L'élimination des sages-femmes au Québec de 1847 à 1920 : analyse du discours des médecins », mémoire pour diplôme d'État (sage-femme), Université Pierre et Marie Curie, 2017, p. 22.

plus affectifs tout en complétant le manque de documents capables d'éclairer les expériences concrètes⁵².

2.2 Choix méthodologiques

J'ai analysé toutes mes sources à l'aide d'une grille unique d'analyse thématique, afin de rester fidèle à mes questions de recherche malgré l'hétérogénéité de mes sources. Cette approche m'a permis de faire une analyse thématique de discours. L'analyse thématique signifie que j'ai répertorié dans chaque source les occurrences qui désignent le cadre technique, les acteurs sociaux et la place donnée au risque avant, pendant et après la naissance (voir la grille d'analyse en annexe)⁵³. L'analyse de discours assume que le texte étudié est « orienté, interactif et contextualisé⁵⁴ », ce qui signifie qu'il a été conçu en visant un but, qu'il sous-entend une relation entre l'émetteur et le récepteur du message ainsi qu'entre les personnages mis en scène, et qu'il doit être compris en fonction du contexte dans lequel il a été formulé. J'ai donc croisé les occurrences thématiques que j'ai recueillies avec leurs contextes d'énonciation, c'est-à-dire selon le type de source (manuel, article médical, article de journal, etc.), selon l'émetteur et selon la période.

En complément de cette grille générale, j'ai créé une grille spécifique, sur le même modèle mais plus détaillée, pour raffiner l'analyse des manuels d'obstétrique en particulier. J'y ai poussé l'analyse thématique en notant la présence ou l'absence de certains aspects techniques comme l'échographie, la radiographie ou le monitoring. L'analyse en série des manuels d'obstétrique m'a permis de créer une ligne du temps avec l'apparition et la disparition de certaines pratiques, du moins du point de vue des savoirs théoriques. Le décompte de la place de la partie gémellaire dans chaque manuel d'obstétrique en dit également long sur la manière dont est perçue la grossesse gémellaire selon les époques.

⁵² Christine Labrie, « Récolter et préserver la mémoire des femmes : réflexions méthodologiques sur le recours à l'histoire orale auprès des femmes âgées », *Recherches féministes*, vol. 29, no 1 (2016), p. 147-163.

⁵³ Alice Krieg-Planque, *Analyser les discours institutionnels*, Paris, Armand Colin, Paris, 2012, 240 p. ; Pierre Paillé et Alex Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, 2016, p.11.

⁵⁴ Patrick Charaudeau et Dominique Maingueneau, « Discours », *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, 2002, p. 187.

Par exemple, avant les années 1950, la grossesse gémellaire était considérée comme eutocique, c'est-à-dire normale, sans complications. Ce n'est qu'à partir de 1950 qu'elle se retrouve dans la section des dystocies, c'est-à-dire des grossesses et des accouchements avec complications.

Dans le même esprit, j'ai créé d'autres grilles spécifiques pour analyser les médias, les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal et les articles de l'*UMC*. Dans chaque cas, j'ai appliqué la même logique d'analyse thématique de discours. Finalement, une fiche spécifique a été créée pour mes témoignages, qui regroupent tant les textes qui rapportent des naissances gémellaires que les questionnaires qui ont été remplis par les participants au sondage, dans lesquelles j'analyse le discours, mais aussi je comptabilise certaines données par exemple le lieu d'accouchement ou encore le nombre de césariennes. Ces différentes grilles se trouvent toutes en annexes.

2.3 Structure du mémoire

J'ai choisi de présenter mes résultats selon une perspective chronologique dans le but de démontrer le changement entre deux périodes. Je m'attarde au chapitre 1 à l'histoire de l'obstétrique en général, ainsi qu'à la médicalisation de la naissance au Québec de la Nouvelle-France à nos jours. Dans les chapitres 2 et 3, je présente l'évolution de la norme gémellaire au Québec en deux moments de rupture : le chapitre 2, qui porte sur la période 1930-1960, décrit le tournant des années 1950 en ce qui a trait, entre autres, au transfert hospitalier de l'accouchement et à la pathologisation de la grossesse gémellaire, tandis que le chapitre 3, qui porte sur la période 1960-1980, analyse l'impact de l'invention de la clinique GARE. Je termine ensuite, dans mon chapitre 4, avec l'évocation du témoignage de femmes couvrant l'ensemble de la période 1930-1980, ainsi que certaines réflexions sur l'état actuel du monde de la gémellité en comparant deux séries de témoignages.

CHAPITRE 1 :

L'OBSTÉTRIQUE ET LA MÉDICALISATION DES NAISSANCES AU QUÉBEC

1. LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT AU 19^E SIÈCLE

1.1 La médicalisation

Lorsque commence l'histoire de l'obstétrique au début de la colonie, la médecine en est encore à la théorie des humeurs, selon laquelle le corps humain serait composé de quatre humeurs dont l'équilibre ou le déséquilibre engendrerait la santé ou la maladie¹. La médecine se pratique donc à coup de purges, de saignées et de prises de médicaments à base de plantes. L'art de l'accouchement est un domaine féminin, basé sur un savoir empirique et notamment entre les mains des sages-femmes².

Le médecin accoucheur s'invite dans la chambre des accouchées, d'abord en Europe à partir du 18^e siècle. La médecine prend alors son « virage anatomique », qui rend la profession médicale plus ambitieuse et plus agressive. En comprenant mieux l'anatomie de la femme, les médecins croient savoir mieux que les sages-femmes comment « délivrer » les femmes en couches³. En Europe, des médecins revendiquent la pleine autorité sur l'accouchement et adoptent une panoplie d'instruments dont ils s'empressent de se réserver l'usage⁴. Cependant, comme le nombre de chirurgiens aptes à utiliser ces instruments reste limité en Nouvelle-France et au Bas-Canada, les sages-femmes sont les

¹ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 28.

² Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique-gynécologie au Québec*, Montréal, Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2017, p. 14.

³ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, p. 76-81.

⁴ Stéphanie St-Amant, « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale », thèse de doctorat (sémiologie), Université du Québec à Montréal, 2013, p. 75-76.

principales actrices de la mise au monde pendant plusieurs années et représentent un groupe social structuré et organisé⁵.

Ce n'est qu'au cours du 19^e siècle que l'obstétrique en tant que pratique médicale distincte fait son apparition au Québec. Les lois médicales, qui visent à réserver aux médecins le droit de pratiquer certains soins, minent progressivement la pratique des sages-femmes. À sa création en 1847, le Collège des médecins a encore peu de pouvoirs, même si sa loi de fondation lui permet en principe d'établir des critères pour réserver la pratique de l'obstétrique aux médecins. Sa capacité légale à exclure les sages-femmes s'accroît avec la loi médicale de 1876, qui impose des exigences précises de formation universitaire qui ne sont pas accessibles aux sages-femmes. Par la suite, la loi de 1909 étend le pouvoir du Collège sur la pratique et interdit aux sages-femmes l'utilisation d'instruments. S'ensuit une campagne de dénigrement de la sage-femme dans laquelle, selon Denis Goulet, deux arguments sont utilisés par les médecins pour discréditer les sages-femmes : leur supposée incompétence et leur concurrence économique qualifiée de déloyale⁶. Désireux d'avoir l'exclusivité de la pratique de la médecine, les médecins cherchent surtout à éradiquer les « ramancheurs », les rebouteux et les vendeurs de remèdes, mais les sages-femmes font aussi partie des cibles visées. Dans ce contexte, même en autorisant les sages-femmes à faire des accouchements sans utiliser de remèdes ou d'instruments, « les médecins allaient jeter le discrédit sur la pratique de la sage-femmerie puisqu'on s'était empressé de circonscrire son expérience aux seuls cas normaux⁷ ». En parallèle, les femmes enceintes en viennent à se méfier des sages-femmes, qui peuvent ne pas être prêtes ou autorisées à faire face à des complications sur lesquelles seul le médecin est en mesure d'agir. « C'est donc par la voix des femmes qu'allait être porté le plus grand discrédit sur une profession qui ne devenait plus que le lot des pauvres et accessible à un certain type de femme⁸ ».

⁵ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, p. 28.

⁶ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p. 14.

⁷ Hélène Laforce, « L'évolution du rôle de la sage-femme dans la région de Québec de 1620 à 1840 », mémoire de maîtrise (histoire), Université Laval, 1983, p. 178.

⁸ *Ibid.*, p. 179.

Selon Marine Dressayere, les rédacteurs de l'*Union Médicale du Canada (UMC)* contribuent, par leurs discours, à rallier l'ensemble des médecins contre les sages-femmes. Ils discréditent les sages-femmes en les dépeignant comme des femmes sans connaissance obstétricales et dangereuses, et ils soutiennent différentes mesures de contrôle pour restreindre leur accès à la pratique de l'obstétrique⁹. Entre 1872 et 1909, 18 articles de l'*UMC* concernent les sages-femmes et visent quatre cibles pour leur porter préjudice : « leur reconnaissance législative, leur reconnaissance dans la société, leur reconnaissance dans le milieu médical et professionnel, mais aussi la reconnaissance de leurs connaissances et compétences¹⁰ ».

Au 19^e siècle, le lieu d'un accouchement n'est pas nécessairement en lien avec sa « normalité ». Vers 1890, les femmes enceintes sont exclues des hôpitaux à moins qu'elles n'aient une grave maladie ou qu'elles soient trop pauvres pour avoir une maison adéquate où donner naissance. On considère donc l'accouchement comme un événement suffisamment normal pour qu'il puisse se dérouler à la maison, à moins d'une pathologie grave mettant la vie en danger¹¹. Même si l'accouchement survient généralement à la maison, il existe toutefois déjà des maternités, dédiées aux filles-mères et aux pauvres. Ces institutions hospitalisent les femmes en couches sur la base de la pauvreté et non de la pathologisation de la grossesse, l'accouchement lui-même continuant d'être perçu comme un événement normal. C'est le cas à la maternité Sainte-Pélagie, fondée en 1845 à Montréal par Rosalie Cadron Jetté, une mère de famille devenue sage-femme puis religieuse qui a dédié sa vie aux soins des filles-mères¹². Les religieuses ont des réticences à admettre des étudiants en médecine dans leur salle d'accouchement, car ceux-ci font parfois preuve d'un manque de respect envers les filles-mères. Ces religieuses formulent d'ailleurs plus d'une fois des plaintes au collège des médecins :

Les clercs [étudiants de médecine] montrent peu d'importance à l'égard des filles, à la naissance de l'enfant, pour l'infirmité qu'elles pourraient contracter; après les

⁹ Marine Dressayre, « L'élimination des sages-femmes au Québec de 1847 à 1920 : analyse du discours des médecins », mémoire pour diplôme d'État (sage-femme), Université Pierre et Marie Curie, 2017, p. 18.

¹⁰ *Ibid.*, p. 22.

¹¹ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p. 35.

¹² Micheline Lachance, *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIX^e siècle. Récit biographique*, Montréal, Leméac, 2010, p. 9-18.

avoir plusieurs fois avertis des précautions à prendre, les sœurs ont été obligées de prendre la place de leur main oisive et de faire l'application. Plusieurs clercs ont voulu plusieurs fois faire prendre des remèdes à la malade pour hâter le terme de l'accouchement, et lorsqu'on leur disait que c'était contre les Auteurs, ils disaient que plusieurs médecins le faisaient et c'était presque toujours lorsqu'ils étaient fatigués et qu'ils voulaient s'en aller¹³.

1.2 L'hospitalisation

Malgré ces plaintes des religieuses, c'est dans ce contexte que commence la médicalisation de l'accouchement¹⁴. On peut y attribuer deux causes : l'importance de l'anatomie dans la formation médicale, qui fait de l'accouchement un objet de prédilection pour les médecins, et la lutte à la mortalité infantile, qui crée un sentiment d'urgence justifiant la prise en charge médicale de l'accouchement¹⁵.

D'une part, la médecine se recentre autour de l'anatomie pathologique. Cette vision isole les différents organes les uns des autres et invite à l'intervention médicale dans un environnement contrôlé. Elle oriente l'enseignement de l'obstétrique qui, avec l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie, est parmi les premières spécialités à être pratiquées dans les institutions hospitalières : « Le centre hospitalier devient le lieu de prédilection pour la formation pratique » des médecins en obstétrique¹⁶. Comme on l'a vu dans l'introduction, la fragmentation des corps alimente le recours à l'hospitalisation.

D'autre part, la lutte à la mortalité infantile crée un sentiment d'urgence qui justifie la prise en charge médicale de l'accouchement. En 1891, le taux de mortalité infantile à Montréal se situe à 294 pour mille naissances vivantes, ce qui est extrêmement élevé¹⁷. Dans le but de faire baisser ce taux, les hygiénistes et le clergé travaillent de concert pour

¹³ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p. 14 ; Micheline Lachance, *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIXe siècle*, p. 134 et appendice B, p. 194.

¹⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁵ Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité de 1910 à 1970*, Montréal, Remue-ménage, 2004, p. 17-31.

¹⁶ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p. 11-12, 18.

¹⁷ *Ibid.*, p. 36.

faire accepter qu'une femme se soumette à la surveillance d'un médecin qui « présidera¹⁸» ensuite à l'accouchement, dit-on dans les journaux de l'époque. Devenue une question nationale, la mortalité infantile influence les politiques médicales et devient par le fait même une justification à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement de la fin du 19^e siècle aux années 1930¹⁹.

Au milieu des années 1930, des médecins formulent des revendications auprès du gouvernement. Le docteur A. Lessage, entre autres, réclame des services hospitaliers d'obstétrique pour favoriser la diminution de la mortalité maternelle et infantile²⁰. Selon l'épidémiologiste Irvine Loudon, cité par l'historienne Rita Desjardins, il n'y a pas de lien étroit entre la mortalité infantile et la mortalité maternelle, ces deux mortalités répondant à des déterminants différents, et que la mortalité maternelle semble plus sensible à l'amélioration des standards en obstétrique qu'aux facteurs socio-économiques. Il précise que la seule expansion des maternités n'est pas synonyme de soins obstétricaux sécuritaires et qu'une sécurité accrue exige, selon lui, une place accrue pour les médecins²¹. Selon l'historienne Rita Desjardins, les mortalités maternelle et infantile sont ainsi « utilisées à des fins d'avancement social pour les médecins et l'envahissement du champ de l'obstétrique demeurerait un des objectifs de la profession²² ». Le développement de l'obstétrique, tout particulièrement, « répondait [...] à l'intérêt de la profession médicale qui cherchait à élargir son territoire amputé de la chirurgie dentaire et de la pharmacie au début du siècle²³ ». Les préoccupations à l'égard de la mortalité maternelle et infantile favorisent donc la constitution de l'obstétrique en spécialité et contribuent à l'évincement des sages-femmes. En plus de la concurrence avec les sages-femmes, cet agenda professionnel de l'obstétrique répond aussi à une rivalité entre les médecins eux-mêmes. En effet, les pédiatres et les obstétriciens sont souvent perçus comme des subalternes au sein de la profession médicale au début du 20^e siècle et les pressions politiques des années

¹⁸ *Le Nouvelliste*, 4 janvier 1965, p. 5 et 7 ; *L'Illustration Nouvelle*, 11 octobre 1937, p. 3.

¹⁹ Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants...*, p. 67.

²⁰ Rita Desjardins, « Institutionnalisation de la pédiatrie en milieu franco-montréalais, 1880-1980. Les enjeux politiques, sociaux et biologiques », thèse de doctorat (histoire), 1998, p. 265.

²¹ *Ibid.*, p. 260-262.

²² *Ibid.*, p. 265.

²³ *Ibid.*, p. 276.

1930 visent à rehausser la légitimité de l'obstétrique parmi les médecins. De même, une forte compétition oppose la pédiatrie et l'obstétrique, ce qui amplifie l'enjeu. Ce n'est d'ailleurs qu'en juin 1939 qu'un pédiatre joint l'équipe obstétricale de la pouponnière de l'hôpital Sainte-Justine²⁴.

Une étape importante dans la médicalisation de la naissance est le moment où l'anesthésie devient de plus en plus accessible. Débuté vers la fin des années 1840, avec le célèbre accouchement de la reine Victoria, le mouvement pour l'anesthésiologie se répand peu à peu, malgré des divergences régionales importantes²⁵. Il existe une certaine opposition, basée sur l'opinion qu'il n'est pas naturel d'empêcher la femme de sentir la douleur. Avant les années 1940, le concept du « naturel » est principalement utilisé pour s'opposer à l'administration de produits chimiques aux femmes. D'autres croient déjà, par contre, que l'accouchement naturel signifie avoir la pleine réalisation de tout ce qui se passe, ce qui n'exclut pas le soulagement par certaines drogues. Malgré ces débats, certains médecins du début du 20^e siècle sont plus catégoriques et valorisent l'anesthésie jumelée à l'amnésie, jugeant que les femmes préfèrent ne rien sentir et oublier leurs souffrances. C'est ce que l'on appelle l'époque du « Twilight Sleep », un terme qui désigne une combinaison de morphine et de scopolamine qui vise cet effet à la fois amnésique et anesthésique. Au Québec, l'UMC publie des articles favorables de cette recherche de l'anesthésie jumelée à l'amnésie en 1946 et 1949²⁶. Il est donc plausible qu'une forme de Twilight Sleep ait été pratiquée au Québec. Ce qui est certain, c'est que des centaines de femmes se font endormir à la phase expulsive, à l'aide de type varié d'anesthésie, parfois contre leur gré, et ce jusque dans les années 1940.²⁷

²⁴ *Ibid.*, p. 268, 273-276

²⁵ Joanna Bourke, « Becoming the 'natural' mother in Britain and North America: power, emotions and the labour of childbirth between 1947 and 1967 », *Past and Present*, vol. 246, no 15 (2020), p. 95-98.

²⁶ Marcel-A Bourdeau, « Accouchement sous anesthésie au pentothal intraveineux avec pitocin », *Union médicale du Canada* (ci-devant, UMC), vol. 74 (1946), p. 903-906 ; Jacques Gagnon, « Anesthésie, analgésie, amnésie en obstétrique », UMC, vol. 77, (juillet 1949), p. 833-836.

²⁷ Joanna Bourke, « Becoming the 'natural' mother », p. 95

C'est à cette époque qu'un nouveau mouvement émerge selon Joanna Bourke : l'esthésiologie qui, par opposition à l'anesthésiologie, consiste à aider la femme à tout ressentir et même à apprécier la puissance et les émotions générées par la naissance de son enfant²⁸. Selon Bourke, on commence à voir dans les manuels d'obstétrique des années 1940 une recherche d'équilibre entre l'inconscience du Twilight sleep et l'accouchement sans aucun soulagement, toujours en utilisant le concept de « naturel ». C'est également à cette époque qu'émerge l'idée de la représentation du fœtus comme d'un deuxième patient²⁹. Cela incite à vouloir éviter la situation, devenue courante, où les bébés naissent amorphes ou ont même besoin de réanimation à cause de l'administration de forts médicaments à la mère lors de l'accouchement. Cela dit, cette recherche d'équilibre montre que le recours à des formes d'anesthésie est alors bien établi et appelé à durer.

Du même souffle, des pratiques qui confirment et solidifient les hiérarchies sont mises en place dans le système hospitalier. La hiérarchie la plus importante situe les professionnels de la santé vis-à-vis des patientes. « Rien ne peut être plus exaspérant et déraisonnable que de devoir donner des explications et des détails à quelqu'un qui n'a pas reçu de formation médicale³⁰ », argumente Sita Sen dans le *British Medical Journal* du 29 décembre 1956. En gardant les patientes inconscientes, elles sont ainsi plus dociles et les médecins ont les coudées franches pour faire ce que bon leur semble. Une situation qui ne manque pas de choquer certains maris, qui y voient d'ailleurs une menace à leur propre statut hiérarchique quant à la disposition du corps de leur femme. Des tentatives sont faites pour inclure les maris dans le processus de l'accouchement, avec le double rôle de « coach » pour leurs épouses et d'alliés des obstétriciens³¹.

L'enseignement de l'obstétrique a longtemps souffert d'un manque d'accès aux patientes par les médecins et les étudiants³². Il y a bien à l'hôpital Notre-Dame de Montréal

²⁸ Joanna Bourke, « Becoming the 'natural' mother », p. 95.

²⁹ *Ibid.*, p. 103-105.

³⁰ Sita Sen, « Natural Childbirth », *British Medical Journal* (29 décembre 1956), 1545, cité dans *ibid.*, p. 111.

³¹ *Ibid.*, p. 112-113. Voir aussi Andrée Rivard, *De la naissance et des pères*, Montréal, Remue-Ménage, 2016, 189 p.

³² Desjardins, « Institutionnalisation de la pédiatrie », p. 274.

un service des « maladies de femmes » créé en 1889, mais il exclut tous les cas d'obstétrique. Finalement, le refus des religieuses de la Miséricorde d'accueillir les étudiants pousse l'hôpital Notre-Dame à ouvrir un service d'obstétrique en 1924. En 1940 la Faculté de médecine de l'Université de Montréal décide d'étendre son enseignement clinique de l'obstétrique au service de l'hôpital Sainte-Justine, en spécifiant que le nombre d'étudiants doit être limité « parce que la clientèle [est composée de] mères légitimes³³ ». En effet, le nombre de naissances institutionnelles reste très peu élevé chez les mères mariées, tandis que les hôpitaux comme la Miséricorde monopolisent la clientèle des mères célibataires.

TABLEAU 1
Taux de naissances institutionnelles au Québec et dans d'autres provinces canadienne, 1935-1948

Année	Québec	Ontario	Colombie-Britannique	Nouveau-Brunswick
1935	10,5 %	N/D	N/D	N/D
1945	31,8 %	N/D	N/D	N/D
1948	41,0 %	88,0%	96,3%	65,4%

Source : Paul PARROT, « La mortalité infantile dans la province de Québec », *Union médicale du Canada*, vol. 79 (novembre 1950), pages 1317 à 1323.

L'hôpital, néanmoins, devient tranquillement une alternative moderne et enviable. Le premier vrai service d'obstétrique à l'hôpital Notre-Dame de Montréal ouvre ses portes en 1924, mais en 1930, moins de 5% des femmes accouchent à l'hôpital. Même si la proportion d'accouchements à l'hôpital reste basse dans l'entre-deux-guerres, cette période voit s'instaurer un modèle d'accouchement hospitalier très axé sur l'intervention technique. L'usage des anesthésiants, de l'épisiotomie et du forceps, voire de la césarienne, devient une pratique courante en institution, et non plus exceptionnelle³⁴. Ce modèle

³³ *Ibid.*, page 269, 270 et 273

³⁴ L'épisiotomie est une chirurgie qui consiste à couper le périnée des femmes pendant leur accouchement afin de précipiter la naissance du bébé en facilitant sa sortie. Le forceps est un instrument qui ressemble à des pinces qui sont utilisées pour agripper la tête des bébés afin que le médecin puisse faire une traction et ainsi l'aider à effectuer la rotation nécessaire à sa sortie.

hospitalier s'impose ensuite comme une norme lorsque la fréquentation des hôpitaux se généralise dans l'ensemble de la population après la Seconde Guerre mondiale. En 1948, au Québec, le taux de naissance institutionnelle se situe à 41,2%³⁵. À partir des années 1950, l'accouchement devient même une source importante de clientèle pour le milieu hospitalier, si bien qu'en 1953 à l'hôpital Notre-Dame, le taux d'hospitalisation des femmes explose et devient presque le double de celui des hommes³⁶.

1.3 La spécialisation

Au phénomène d'hospitalisation s'ajoute un phénomène de spécialisation médicale. Après 1940, le Québec connaît une augmentation des interventions de l'État qui contribue à l'expansion du réseau hospitalier. Selon Gilles Dussault, la période 1940-1970 constitue une époque charnière dans l'évolution de la profession médicale, marquée par l'accroissement des effectifs médicaux en général et, surtout, du nombre de médecins spécialistes. Alors qu'en 1951, on compte 906 spécialistes et 3191 non-spécialistes, le nombre de spécialistes bondit en 1971 à 4319, contre seulement 3626 non-spécialistes³⁷. Les médecins spécialistes, dont les obstétriciens, forment alors des groupes plus présents et plus puissants, qui s'installent davantage dans les hôpitaux. Leur formation évolue également : alors que les obstétriciens québécois étudiaient plus souvent en France au début du 20^e siècle, les choses changent lors de la Seconde Guerre mondiale : alors que l'Europe est occupée, les médecins se tournent vers les États-Unis, où ils s'initient à la recherche clinique et à l'utilisation du parc technologique des grandes facultés de médecine américaines³⁸. Durant la période que j'étudie, les gestes liés à l'accouchement font l'objet d'une concurrence entre différents médecins spécialistes. Au départ, l'obstétrique et la gynécologie sont des spécialités différentes : au Québec, ce n'est qu'en 1967 que le Collège des médecins fusionne les deux disciplines, comme l'avait fait l'Association médicale canadienne en 1950. L'Association des obstétriciens gynécologues du Québec voit le jour en 1966. Par la suite, les obstétriciens-gynécologues connaissent une autre époque de lutte

³⁵ Andrée Rivard, *De la naissance et des pères. Une histoire de la paternité au 20^e siècle*, Montréal, Remue-ménage, 2016, p. 52.

³⁶ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p.40-41.

³⁷ Gilles Dussault, « Les médecins du Québec (1940-1970) », *Recherches sociographiques*, vol. 16, no 1 (1975), p.70-73

³⁸ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p. 39.

dans les années 1970 et 1980, cette fois avec les radiologistes à mesure que l'échographie devient courante³⁹.

De 1940 à 1970, le mouvement de médicalisation, d'hospitalisation et de spécialisation de l'accouchement est aussi accéléré par l'appui que lui donne l'État. Cet appui prend deux formes. L'une est la construction et l'agrandissement d'hôpitaux généraux, ce qui favorise la spécialisation de la médecine. De 1948 à 1966, notamment, des subventions fédérales entraînent la construction de centres hospitaliers en région éloignée et sur l'ensemble du territoire⁴⁰. Une autre forme de soutien de l'État est la mise en place d'assurances publiques après 1960, qui favorisent la consommation par des soins hospitaliers et médicaux par toute la population. Au Québec de 1940 à 1960, les hôpitaux assument des coûts élevés et doivent se financer par la marchandisation de leurs services ; ils redoublent donc d'efforts pour attirer les patients payants qui ont des assurances privées, en faisant miroiter les bienfaits thérapeutiques de telle ou telle technique et en vantant l'équipement scientifique de la médecine moderne. Les mères font partie de cette clientèle cible et il serait pertinent de mener des recherches historiennes sur les motifs pécuniaires de la médicalisation de l'accouchement. Les hôpitaux peinent toutefois à faire leurs frais, ce qui incite l'État fédéral à lancer en 1957 un programme conjoint d'assurance hospitalisation universelle, auquel le Québec n'adhère qu'en 1961. Le fédéral crée ensuite, en 1966, le programme d'assurance maladie qu'on connaît de nos jours, qui est mis en œuvre au Québec en 1970. Ces changements entraînent au Québec l'adoption en 1971 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et, en 1973, du Code des professions qui accélère encore le processus de spécialisation des métiers de la santé. Durant ces années, le réseau hospitalier se transforme en une véritable industrie et la médecine devient un métier de spécialiste, où chaque corps de métier doit se définir par sa différence avec les autres⁴¹. Comme on le verra, le nouveau financement public n'empêchera pas les

³⁹ *Ibid.*, page 10 et 46

⁴⁰ Julien Prud'homme, « De la commission Parent aux réformes de la santé et au code des professions, 1961-1974 », *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (2012), p. 83-102.

⁴¹ *Ibid.* page 87 et 94

hôpitaux et les médecins (rémunérés à l'acte) de continuer à privilégier une pratique axée sur l'augmentation du volume de soin, bien au contraire.

Durant ces années, le taux de mortalité infantile et maternelle décline beaucoup. Une opinion répandue veut que l'hospitalisation soit la principale responsable de ce résultat. Cette idée est maintenant contestée, toutefois, et il est accepté par la majorité des historiennes de la maternité que ce sont plutôt l'amélioration des conditions de vie, les découvertes de Pasteur, les travaux de Semmelweis et la découverte des sulfamides qui ont fait en sorte qu'il soit devenu exceptionnel de mourir en couches. Laurendeau avance que lorsqu'on regarde les faits, « la variation des taux d'hospitalisation n'apporte pas de changement proportionnel dans le taux de mortalité » et « qu'il se pourrait que la science n'ait rien à voir dans le débat orienté délibérément sur le risque » en ce qui a trait à la médicalisation de l'accouchement⁴². Malgré tout, la foi dans l'effet de la médecine hospitalière sur la baisse de mortalité est, durant la période étudiée ici, le discours dominant qui détermine les décisions et les rapports de force.

2. L'ENSEIGNEMENT DE L'OBSTÉTRIQUE À MONTRÉAL DE 1965 À 1985

La médicalisation de l'accouchement et l'évolution des normes médicales peuvent aussi être perçues à travers l'analyse des programmes d'enseignement de l'obstétrique. Cet angle est intéressant, car il permet de tisser des liens entre la médicalisation, le discours du risque et la notion de performance médicale. C'est pour cela que j'ai effectué des recherches dans les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal. Les sources disponibles m'ont permis de dresser un bilan de l'enseignement dispensé entre 1965 et 1985, une période durant laquelle les obstétriciens-gynécologues s'établissent fermement comme les principaux responsables des accouchements. Le programme

⁴² France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. 24, no 2 (1983), p. 204 et 219.

d'obstétrique accueille des étudiants qui ont déjà une formation de médecine générale et qui ont donc déjà été exposés à des accouchements.

Durant toute la période couverte, le curriculum propose des ateliers de spécialisation sur différents thèmes, soumis à des évaluations. Ces ateliers sont entrecoupés de stages de plusieurs mois dans différents départements. Dans les années 1970 et 1980, voici la liste des stages que les médecins doivent faire pour devenir obstétriciens-gynécologue : Gynéco général I, Gynéco général II, Obstétrique générale I, obstétrique générale II, oncologie gynécologique, périnatalogie, infertilité, planification familiale, stage de surspécialité optionnelle et privilège opératoire. Chaque stage dure environ six mois, pendant lesquels un nombre minimum d'actes médicaux doivent être vus et pratiqués. Une liste de ces actes est fournie aux étudiants qui doivent cocher si chaque acte a été réalisé ou non. Parmi ceux-ci se trouvent les actes de savoir faire le diagnostic de la gémellité et de savoir reconnaître la grossesse à risque élevé⁴³.

Le programme varie d'année en année et la gémellité est parfois présente et parfois absente du cursus : malgré les données incomplètes à notre disposition, on perçoit que le sujet n'est abordé en gros qu'une année sur deux. Parmi les ateliers, une conférence d'André Amyot, directeur de l'UMC, est proposée en 1964 sur le thème de la gémellité. Par contre, durant l'année 1976-1977, aucune activité sur la gémellité n'apparaît dans la liste des ateliers proposés. L'année suivante, la seizième séance offre un atelier sur la gémellité, la rupture prématurée des membranes et le travail prématuré. En 1980-1981, aucune mention de la gémellité à l'hôpital Maisonneuve et à l'hôpital Sainte-Justine, mais la dixième séance de l'hôpital Notre-Dame propose le sujet de la gémellité, à côté de l'hydramnios et des problèmes liés au facteur Rh. Pour l'année 1981-1982, pas de mention des gémellaires contrairement à l'année suivante qui présente une séance en début de parcours sur la gémellité ainsi que le retard de croissance intra-utérin. En 1983-1984, pas de mention des gémellaires. L'année suivante, le sujet est prévu avec la prématurité et les

⁴³ Archives de l'Université de Montréal (ci-devant AUM), fonds E46, département d'obstétrique, « Cours post-gradués-organisation ».

problèmes de facteur Rh. De cette énumération, on peut retenir que la gémellité n'est abordée qu'irrégulièrement, peut-être au gré des cliniciens impliqués dans l'enseignement, et que, lorsque l'enseignement traite bien des grossesses gémellaires, c'est pour les présenter comme des complications.

Le programme vise à exposer les stagiaires à un maximum de cas « anormaux », ce qui peut constituer un incitatif à pathologiser les patientes rencontrées, c'est-à-dire à traiter des femmes comme si elles présentaient de gros risques. Les stagiaires devant pratiquer une liste déterminée d'actes médicaux, la réussite de leur stage dépend donc de leur exposition ou non à ces techniques obligatoires. Celles-ci incluent : la surveillance maternelle et fœtale durant le travail normal, l'accouchement normal, l'épisiotomie, les soins post-partum immédiats, l'identification de la grossesse à risques élevés, l'identification du travail dystocique, le monitoring maternel et fœtal, le forceps et d'autres techniques obstétricales, ainsi que la césarienne⁴⁴. Le fait que l'épisiotomie soit classée à l'extérieur de la catégorie « forceps et autres techniques » porte à croire qu'elle est perçue comme une pratique relativement normale et courante.

Pour les stagiaires, il semble donc clair qu'une bonne formation suppose une pratique la plus dense possible en interventions techniques. En 1973, des internes se plaignent que certains superviseurs les contraignent trop souvent à l'observation ou, pire, à la simple surveillance des perfusions ocytocinées⁴⁵; je reviendrai sur ces griefs d'étudiants au chapitre 3, pour montrer un lien avec la gémellité et démontrer que l'augmentation du nombre de grossesses dites à risque est fortement recherchée par les médecins. Toujours en 1973, des stagiaires réclament une augmentation du nombre de grossesses à risques et une « pratique d'une obstétrique moderne », qui inclut l'utilisation du monitoring maternel et fœtal⁴⁶. En 1984 les stagiaires réclament à nouveau une plus

⁴⁴ La dystocie est en quelque sorte l'opposé à la physiologie, c'est-à-dire que l'eutocie serait la normale et la dystocie serait la complication. On peut dire un travail dystocique ou un accouchement dystocique.

⁴⁵ La perfusion d'ocytocine est administrée aux parturientes afin de contrôler la régularité et la force de leurs contractions. AUM, Fonds E46, département d'obstétrique, « Rapport de stages de 1973 ».

⁴⁶ *Ibid.*

grande exposition à des techniques interventionnistes. Les commentaires des stagiaires expriment une insatisfaction sur l'exposition jugée trop faible aux « chirurgies radicales⁴⁷ ».

Les stagiaires revendiquent aussi d'accéder à un volume croissant d'accouchements. Avant 1880, la formation médicale exige d'assister à seulement six accouchements⁴⁸. En 1973, deux résidents de l'hôpital Maisonneuve disent avoir fait 500 accouchements chacun sur une période de six mois⁴⁹. À ce moment, c'est le nombre d'accouchements réalisés qui semble garantir la compétence du médecin. Les plaintes formulées par les étudiants concernent très souvent le manque d'exposition aux accouchements, certains disant devoir jouer du coude pour pouvoir faire des accouchements. C'est dire que la femme en train d'accoucher apparaît moins comme une personne en besoin d'assistance que comme une occasion pour le résident d'étoffer son curriculum vitae.

Cet amalgame entre qualité et volume correspond à une évolution à plus long terme du réseau hospitalier au 20^e siècle. La venue de l'assurance santé publique encourage encore davantage l'accouchement en milieu hospitalier en le rendant plus accessible et en y ajoutant la caution de l'État. La mise en place de l'assurance hospitalisation en 1961 renforce l'idée que l'accès aux technologies hospitalières est un droit⁵⁰. Après 1970, comme on le verra au chapitre 3, les politiques plus directives de l'État québécois valorisent les services d'obstétriques qui font beaucoup d'accouchements. Dans les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal, la norme ministérielle de 2000 accouchements par an fixée en 1975 pour garantir la viabilité d'un service d'obstétrique, d'abord établie arbitrairement par le ministère pour des raisons de simple rentabilité,

⁴⁷ *Ibid.*, « Rapport de stages de 1984 ».

⁴⁸ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p.15.

⁴⁹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Rapport d'évaluation de stage du 2 avril 1973 concernant la période du 1^{er} juillet 1972 au 31 décembre 1973 ».

⁵⁰ Denis Goulet, *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique...*, p. 297.

devient vite interprétée dans les évaluations des stagiaires comme un marqueur de compétence qui décrit la qualité des milieux de stage⁵¹.

3. LE POUVOIR DES FEMMES

Comme l'écrit Denyse Baillargeon, la médicalisation de la maternité ne peut se comprendre qu'à travers les facteurs sociaux, économiques et politiques d'une époque. L'idéal national reste longtemps empreint de valeurs familiales, d'une façon qui encourage le financement de la médicalisation des naissances par l'État. Les médecins jouissent aussi d'un double privilège, patriarcal et de classe sociale : « Ce double rapport de domination marque en effet très profondément les relations entre les mères et les médecins [, les mères étant] subordonnées face aux médecins non seulement parce qu'elles ne détiennent pas le même savoir qu'eux, mais du seul fait qu'elles sont des femmes⁵² ».

L'histoire de l'obstétrique s'entrelace donc avec l'histoire des relations de genre et du pouvoir des femmes. C'est en réaction à la médicalisation et l'institutionnalisation de la naissance que des mouvements d'opposition émergent à divers moments. Convaincues qu'elles ne sont pas malades, plusieurs Canadiennes françaises résistent à l'encadrement médical au début du 20^e siècle, quoique cette résistance s'amenuise à mesure que l'argument de la « modernité » médicale paraisse plus satisfaisant dans les années 1950⁵³. Ce n'est alors pas par soumission que les femmes acceptent que le médecin « préside » à l'accouchement, mais dans l'intérêt de son enfant qui a droit aux technologies qu'offrent le cadre hospitalier et ses acteurs. Il ne faut toutefois pas oublier que dans un contexte social plutôt patriarcal, il est de toute façon difficile d'aller à contresens. Malgré tout, dans

⁵¹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Rapports de stage 1973 à 1983 ». Je n'ai trouvé dans les sources aucune mention du nombre d'accouchements comme un marqueur de compétence avant 1970. Toutefois, je n'ai eu accès qu'aux archives de 1965 à 1985, à l'Université de Montréal uniquement. Il se pourrait que la construction de l'idée que la compétence soit en lien avec le nombre d'accouchements se soit construite sur plusieurs décennies et se soit mêlée avec la notion de rentabilité; cette hypothèse mériterait d'être vérifiée par une recherche plus étendue dans l'avenir.

⁵² Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité de 1910 à 1970*, Montréal, Remue-ménage, 2004, p. 23-27.

⁵³ Andrée Rivard, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, Remue-Ménages, 2014, p. 92 ; Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants...*, p. 115.

les années 1960 et 1970, certaines femmes commencent à se questionner sur les conditions dans lesquelles elles mettent au monde leurs enfants. Pour faire contrepied au à l'anesthésie devenue systématique des années 1950, d'autres méthodes d'accouchement sans douleur sont proposées aux femmes qui le souhaitent. Peu à peu, celles-ci se mettent à les demander.

Selon Rivard, les transformations de la famille et de la santé au 20^e siècle créent des « nouveaux parents » qui, à travers une « nouvelle conjugalité et une nouvelle sensibilité familiale [...], défendent leurs droits face à un modèle biomédical envahissant, autoritaire et sans contre-expertise, déshumanisant⁵⁴ ». Tout cela provoque deux sortes de réactions dans les années 1970 et 1980: soit une prise en charge personnelle et autonome de femmes qui décident d'accoucher chez elles, soit des actions pour faire changer les conditions d'accouchement dans les hôpitaux. Dans les années 1970 et 1980 le Québec connaît une augmentation des demandes pour un accouchement dit conscient ou naturel, ce qui met de la pression sur les médecins⁵⁵.

Quelle est la réponse des autorités médicales ? Un nombre non négligeable de médecins s'ouvre à ces idées, mais plusieurs restent toutefois sur la défensive devant ces revendications. Selon Wendy Mitchinson, les médecins du milieu du 20^e siècle sont mécontents que les femmes aient accès à autant de sources d'informations. Cette information fait voir aux femmes des options que les médecins ne sont pas en mesure de leur offrir, notamment parce qu'ils n'ont pas le temps d'établir la relation nécessaire. Ils n'aiment non plus qu'un doute soit créé à propos de leur autorité. Certains finissent toutefois par y trouver quelques avantages, parce que la patiente est plus calme et coopérative⁵⁶.

⁵⁴ Rivard, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, p. 348.

⁵⁵ Ibid. L'accouchement conscient désigne le fait de ne pas être endormie et d'« avoir toute sa tête » lors de la naissance de son enfant.

⁵⁶ Wendy Mitchinson, *Giving Birth in Canada, 1900-1950*, Toronto, University of Toronto Press, 2002, citée par Rivard, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, p. 146.

Pour voir comment évolue ce débat médical après l'époque étudiée par Mitchinson, prenons le cas de la méthode Leboyer. Cette méthode, pourtant proposée par un obstétricien, reçoit un accueil plutôt froid de la part de l'Association des gynécologues et obstétriciens du Québec dans les années 1970. La méthode du Dr Leboyer part du principe que l'accouchement est un événement violent qui précipite l'enfant d'un monde silencieux, obscur et douillet vers un monde où la lumière et le bruit sont autant d'agressions, de même que les manipulations des intervenants de santé. Pour rendre la naissance le moins traumatisante possible pour l'enfant, la méthode propose de rendre ce transfert entre deux mondes le plus doux possible. Elle recommande de tamiser les lumières, de parler à voix basse, de manipuler avec délicatesse le bébé et de le laisser connecté à son cordon ombilical tant que celui-ci continue de pulser. La méthode préconise également que le père joue un rôle important, en coupant le cordon et en donnant au bébé un bain tiède immédiatement après la naissance, en présence de la mère qui se remet tranquillement.

Dès 1975 on peut voir dans les journaux que les professionnels québécois sont peu ouverts à cette méthode. Dans le *Devoir* du 18 janvier 1975, une lectrice dénonce un débat télévisé, tenu le 8 janvier 1975, durant lequel les participants étaient tous opposés à la méthode⁵⁷. En 1977, un article du *Quotidien* de Chicoutimi met en scène les tensions intra-médicales. L'article part d'une présentation d'hôpitaux de Montréal et Québec qui offrent la méthode Leboyer :

Leboyer s'introduit doucement. Hôpital Sainte-Justine, hôpital Saint-Sacrement à Victoriaville, hôpital du Christ-Roi à Québec. Le docteur Julia Villa spécialiste en obstétrique au Christ-Roi a fait connaître la méthode Leboyer à ses confrères et consœurs. Elle a été la première à accoucher selon cette méthode. Aujourd'hui, 80 pour cent de la clientèle demande la méthode Leboyer. « Cette méthode, implique un changement de mentalité, explique le Dr Villa. C'est là les difficultés de son intégration. Car pour le Christ-Roi [...] cela n'a pas demandé de déboursés. L'investissement que cela représente c'est un investissement humain, à savoir plus de temps et d'attention de la part des médecins et des infirmières. Pour les 90 accouchements sans problème, on a cessé d'agir comme s'il y avait des risques graves. Les avantages psychologiques et physiques sont réels la peur et la souffrance

⁵⁷ *Le Devoir*, 18 janvier 1975, p. 4.

et le risque aussi est plus grand dans un milieu où on agit comme si elle était omniprésente.⁵⁸

L'article montre ensuite le discours des médecins opposés à cette innovation, dont le directeur du département d'obstétrique de Chicoutimi qui est on ne peut plus clair : « L'accouchement sans violence ? Je ne demande pas mieux. Mais cela ne sert à rien de rêver, la méthode Leboyer ne s'instaurera pas à Chicoutimi⁵⁹ ». Ce médecin, le Dr Desmond Paradis, explique le rôle de l'organisation hospitalière dans cette prise de position : « pour accoucher selon la méthode Leboyer, il faudrait compter trois heures dans la salle d'accouchement. Avec le nombre que nous avons, ce n'est pas possible. Trop peu de personnel, trop peu de médecins. Ce que n'auront pas non plus les futures mères de Chicoutimi, c'est la cohabitation avec leur enfant⁶⁰ ».

Même son de cloche à l'hôpital Charles-LeMoine sur la Rive-Sud de Montréal, dont il est question dans *La Presse* du 12 septembre 1978 : « Dans certains secteurs de la région, jusqu'à 80% des femmes choisissent d'accoucher à Montréal où on fait la méthode Leboyer. À l'intérieur du centre hospitalier Charles-LeMoine, on serait peu enclin à s'ouvrir à cette innovation même si le département de pédiatrie a déjà demandé qu'il y ait cohabitation [de la mère et l'enfant]⁶¹ ».

Dans *La Presse* du 3 octobre 1978, on apprend qu'une pétition revendique la liberté d'action des médecins qui veulent utiliser la méthode Leboyer à l'hôpital Charles-LeMoine. En effet, des médecins sont bloqués par l'opposition féroce du directeur du département d'obstétrique. Dans *La Presse* du 6 mars 1979, les autorités médicales considèrent les demandes des mères comme des « tests de résistance » et des « demandes isolées⁶² ». Le refus de changer de protocole est justifié sur la présence présumée du risque lors de l'application de la méthode. C'est un débat d'actualité, car un article de *L'Œil*

⁵⁸ *Le Quotidien*, 26 octobre 1977, p.C1, C3, C6- 8.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Le Quotidien*, 26 octobre 1977, p. C1.

⁶¹ *La Presse*, 12 septembre 1978, p. 3.

⁶² *La Presse*, 6 mars 1979, p. 3.

régional annonçait le 18 octobre 1978 la première naissance « Leboyer » à Charles-LeMoyne :

Alors qu'il y a à peine deux ans, à l'hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, on n'acceptait pas la présence des maris dans la salle d'accouchement, aujourd'hui tout a changé. Le département de gynéco-obstétrique est même devenu plus réceptif face à la méthode Leboyer. De plus en plus de médecins attachés à cet hôpital acceptent de pratiquer l'accouche-ment selon la méthode Leboyer si le couple en fait la demande.

À l'hôpital Charles LeMoyne, tout est différent. On n'en est qu'au premier accouchement selon cette méthode. Francine Lacroix-Saint-Maurice et Marcel Saint-Maurice ont voulu vivre cette expérience. L'accouchement ayant eu lieu de nuit, il fut alors plus facile pour leur médecin, le Dr Réal Desranleau, de trouver deux infirmières « réceptives » à la méthode Leboyer.

[...] C'est après que les choses se gâtent. Le personnel infirmier du département [...] chuchote dans les corridors qu'un accouchement selon la méthode Leboyer vient de se produire, méthode que le chef de département avait qualifiée de « méthode de brousse » devant un groupe d'infirmières. [...] Quelques jours après, le Dr Réal Desranleau qui avait osé offrir cette méthode au couple qui avait fait la demande, reçoit une lettre du chef de département de gynéco-obstétrique de l'hôpital Charles LeMoyne lui indiquant que cette méthode était « digne de l'époque de Cro-Magnon » ⁶³.

Certains médecins sont donc ouverts à la méthode et les obstacles viennent souvent des directions des départements hospitaliers d'obstétrique. Mais qu'en est-il dans les autres sphères de la spécialité médicale ? Le 21 juin 1978, André Marquis, président de l'Association des obstétriciens-gynécologues du Québec, écrit une lettre à Jacques Van Campenhout, directeur du département d'obstétrique-gynécologie de l'Université de Montréal. Des copies conformes de cette lettre sont envoyées aux départements des universités McGill, Laval et de Sherbrooke. Il est venu à l'oreille des membres de l'exécutif de l'Association « qu'un département facultaire favorisait la méthode LeBoyer en obstétrique⁶⁴ ». Or, l'association est « opposée nettement » à cette méthode, à l'instar de certaines associations européennes et de la Société des obstétriciens gynécologues du Canada (SOGC). Dans sa lettre, l'Association demande que les directeurs d'université prennent position officiellement contre la méthode : « nous croyons qu'avec une unanimité

⁶³ *L'Œil régional*, 18 octobre 1978, p. 2.

⁶⁴ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Correspondance », lettre d'André Marquis, 21 juin 1978.

de pensée il sera possible de contrecarrer la propagande novice faite à cet effet⁶⁵ ». Ils veulent une position unanime pour que l'association puisse prétendre parler au nom de tous les membres lors d'émissions radiodiffusées et télédiffusées. La lettre ne précise pas les raisons de cette opposition, mais on les devine à travers les articles de journaux parus à l'époque, qui évoquent des raisons budgétaires, des risques médicaux et la force de l'habitude. Cette méthode demanderait, selon les médecins opposés, trop de temps et trop d'effectifs que le milieu hospitalier n'est pas en mesure d'offrir⁶⁶.

Pourtant, les directions des départements universitaires ne partagent pas cette fermeture. Dans leurs réponses, on sent qu'elles cherchent plutôt à gagner du temps en refusant de prendre position officiellement, tout en donnant des arguments en faveur de la méthode ou en apportant des nuances aux propos catégoriques de l'Association. Le 29 juin 1978, Denis Côté (directeur du département de l'Université de Sherbrooke) transmet à Jacques Van Campenhout de l'Université de Montréal une copie de sa réponse à l'Association. Cette réponse est importante pour l'histoire de l'accouchement au Québec et il vaut la peine d'en offrir un long extrait :

[N]otre département ne favorise aucune méthode d'accouchement en particulier. Notre souci est de prodiguer et d'enseigner à nos étudiants à prodiguer les soins de meilleure qualité possible en obstétrique. Ce souci se reflète, je le pense, dans nos activités et si nous sommes peut-être moins interventionnistes que nous l'avons été par le passé, nous continuons à utiliser la péridurale dans environ 40% des accouchements et le bloc honteux dans environ 50%, notre taux de forceps est de l'ordre de 30% tandis que nous avons près de 12% de césarienne⁶⁷. Il convient aussi de noter que, étant un centre de références notre pourcentage de grossesse à risques est grand. Nous sommes donc loin de favoriser la méthode LeBoyer comme suggéré dans votre lettre. Cependant, nous n'avons aucune objection à accéder à la demande de la patiente lorsque celle-ci souhaite participer le plus possible à son accouchement. En effet nous sommes convaincus que le fait de baisser les lumières, de mettre le bébé sur le ventre de la mère, de laisser le père couper le cordon, de donner un bain tiède à la naissance, d'avoir une musique reposante, de laisser le bébé au sein aussitôt que possible après l'accouchement de donner l'occasion à un frère ou une sœur bien préparée d'assister à l'accouchement, etc. ne risque pas de

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *La Presse*, 3 octobre 1978, p.4 ; *La Presse*, 6 mars 1979, p. 3 ; *L'Œil régional*, 18 octobre 1978, p 2 ; *La Tribune*, 5 décembre 1980, p 3 ; *Le Nouvelliste*, 21 juin 1979, p 21 ; *Le Soleil*, 20 mars 1980, p. 1.

⁶⁷ Il est intéressant de voir que pour prouver leur non-attachement à une méthode en particulier qu'il précise le nombre d'actes médical, comme si c'était un gage de qualité.

nuire à l'enfant ou à la mère si le médecin garde toujours l'initiative. Nous acceptons donc ces demandes lorsqu'elles nous sont faites et je puis vous assurer qu'en aucun temps ceci ne nous a empêchés d'intervenir lorsque nous le jugions à propos. Il suffira aussi de vérifier nos statistiques de mortalité périnatale pour être assuré qu'une telle ligne de conduite ne constitue pas un danger. [...] nous ne voyons de raisons pour refuser d'accéder à la demande du couple à ce point de vue. [...] il nous apparaît donc que vouloir refuser certaines modifications à la dispensation de nos soins peut être parfois une action plus émotive que raisonnée, et par conséquent non logique. Il n'y a pas longtemps encore bien des médecins refusaient la présence du père à l'accouchement et y trouvaient des arguments qui sont tombés lorsqu'on a accepté la situation⁶⁸.

Il ajoute que cette ouverture aux demandes des femmes permettrait de contrecarrer le mouvement d'accouchement à domicile, qu'il juge plus dangereux. Autrement dit, accepter certains ajustements aiderait à maintenir l'accouchement en centre hospitalier et sous contrôle médical. Il termine sa lettre en disant souhaiter prendre le temps d'en parler avec les autres facultés, pour qu'ils puissent déterminer ensemble « s'il y a lieu pour nous de prendre une position sur ce sujet⁶⁹ ».

Le 6 juillet 1978, c'est au tour de Jacques Van Campenhout de répondre à l'Association. Il affirme dans sa lettre que l'Université de Montréal n'est pas prête à prendre position et qu'il entend, lui aussi, en parler avec les autres départements universitaires.

Le 28 novembre 1978, Bernard Leduc, président intérimaire du comité pédagogique prégradué, écrit à son tour à Jacques Van Campenhout :

L'obstétrique a connu récemment des progrès remarquables sur le plan scientifique. La diminution notoire des taux de mortalité et de morbidité périnatale et maternelle reflète bien de la plus grande sécurité qui entoure maintenant la naissance. Depuis quelque temps nous assistons à certaines démarches qui visent à rendre plus familiale l'atmosphère qui règne dans nos centres d'obstétrique. C'est dans ce contexte qu'il nous faut interpréter des démarches comme celle du docteur LeBoyer.[...] Comme il n'existe à date aucune documentation scientifique valable

⁶⁸ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Correspondance », lettre de Denis Côté, 29 juin 1978.

⁶⁹ *Ibid.*

sur l'utilisation de la méthode dite de LeBoyer, il est plus que souhaitable qu'une étude systématique soit entreprise visant à mesurer les effets possibles de ces modifications sur la mère et sur son enfant⁷⁰. Une telle étude ne devrait pas se limiter uniquement à l'étude de la méthode LeBoyer. L'association des obstétriciens-gynécologues du Québec serait donc bienvenue de supporter une étude dans ce sens, étude qui pourrait facilement s'effectuer dans nos centres universitaires. Il nous apparaît que seulement suite à une telle évaluation formelle il nous sera permis de nous prononcer sur la validité de cette méthode d'accouchement⁷¹.

Cette ouverture de la part des universités, qui m'a agréablement surprise, tend à démontrer qu'à partir des années 1970, beaucoup de médecins sont ouverts aux mouvements d'humanisation des naissances, à la condition toutefois que les médecins gardent le contrôle des alternatives proposées. Il est important de rapporter cette ouverture, pour deux raisons. D'une part, elle démontre que parfois la médicalisation la plus abrupte n'est pas toujours la plus réfléchie, ce qui souligne l'importance des raisons inspirées par l'agenda professionnel plutôt que la science. D'autre part, elle montre que des passerelles existent alors entre les femmes et les médecins. Ces pistes de réflexion mènent à se demander à quel point les réticences actuelles aux demandes des femmes enceintes de jumeaux pour démedicaliser leur accouchement sont une réponse réellement rationnelle aux demandes des femmes, et ce qu'une meilleure représentation des gémellaires par le mouvement d'humanisation des naissances permettrait d'accomplir.

Ce chapitre montre que l'histoire de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement au Québec commence dès le 19^e siècle et se poursuit tout au long du 20^e siècle. Il accompagne les phénomènes de spécialisation et d'hospitalisation, qu'on peut aussi analyser à travers les sources sur l'enseignement de l'obstétrique. Des femmes s'opposent à cette médicalisation, ce qui inspire des gestes et déclenche des réflexions sérieuses en faveur d'une certaine démedicalisation de la naissance, surtout dans les années 1970 et 1980.

⁷⁰ *Le Nouvelliste* du 21 juin 1979 évoque une étude récente qui démontre « que les avantages de cette méthode l'emportent sur les désavantages ». Même chose dans un article du *Soleil* du 20 mars 1980.

⁷¹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Correspondance », lettre de Jacques Van Campenhout, 6 juillet 1978. Comme ses homologues, Leduc demeure prudent quant à sa prise de position et se montre ouvert aux études qui pourraient prouver les bienfaits d'une telle méthode.

On verra dans les prochains chapitres que la désignation des grossesses gémellaires comme des événements risqués et médicalisés est une composante notable de la médicalisation du milieu du 20^e siècle, mais qu'elle n'est pas atténuée par le mouvement pour la démedicalisation de la grossesse normale après 1970. Cela explique que démedicalisation des grossesses de jumeaux reste encore à faire de nos jours.

CHAPITRE 2

LA NORME GÉMELLAIRE AVANT 1960

1. LA MODERNITÉ

La grossesse gémellaire est considérée de nos jours comme une grossesse hautement à risque, ce qui justifie un suivi serré par des professionnels spécialisés. Lorsqu'on regarde un peu en arrière, dans le passé, on constate qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Comment et quand le changement s'est-il effectué ? L'évolution de la norme appliquée aux grossesses gémellaires a connu deux moments de ruptures. L'une après 1950, lorsque les acteurs sociaux passent d'une vision eutocique à une vision dystocique¹ de la grossesse gémellaire, et l'autre dans les années 1970, lorsque le concept de grossesse à risque élevé s'impose dans le réseau hospitalier.

Il sera question, dans ce chapitre, de la première rupture. Dans les manuels d'obstétrique d'avant 1950, la grossesse et l'accouchement gémellaires sont rangés dans les sections consacrées aux conditions eutociques. Ce n'est que dans les années 1950 qu'ils sont déplacés dans la section des dystocies. L'évolution de cette classification est intimement liée à la notion de risque et à sa mesure à l'hôpital, puisque l'identification de la grossesse gémellaire comme une dystocie crée une pression accrue pour un diagnostic précoce.

Dans les prochaines pages, j'analyserai ce déplacement de la grossesse gémellaire dans le contenu des manuels d'obstétrique, puis je décrirai le contexte de transfert hospitalier de l'accouchement en général qui accompagne cette évolution du discours médical. Je préciserai ensuite le rôle de la présence accrue des technologies hospitalières, notamment de diagnostic, et je démontrerai comment ces changements font évoluer les

¹ Pour rappel, l'eutocie représente la normalité et la dystocie représente la complication.

protocoles gémellaires. Enfin, j'analyserai l'évolution du discours dans la presse médicale pour montrer une préoccupation accrue pour le contrôle de l'accouchement, pour une mise en scène de la performance médicale et pour la valorisation de pratiques comme la rétention d'informations ou le contrôle du poids. Je terminerai en montrant une préoccupation accrue pour le risque de poursuites judiciaires, auxquelles le remède perçu est un recours systématique à la performance technique.

1.1 La grossesse et l'accouchement gémellaires étaient d'abord eutociques

Au début du 20^e siècle, la grossesse et l'accouchement gémellaires sont encore considérés comme eutociques. C'est ce que l'on trouve dans les manuels de l'entre-deux-guerres conservés chez les Hospitalières à Montréal. Dans le manuel d'obstétrique de Maygrier et Schwaab publié en France en 1927, la gémellité se trouve effectivement dans la section « état puerpéral physiologique », autrement dit grossesse eutocique². Il n'est nullement question de complication. Le manuel indique que les qualités attendues du médecin en pareil cas sont les mêmes qu'à l'habitude, soit la propreté et la patience, pour éviter les interventions jugées « contre nature qui peuvent nuire³ ». Ce manuel français estime alors la mortalité périnatale gémellaire à 5,8% (un chiffre modeste comparé au taux de mortalité infantile général, qui atteint 9,5% au Canada, 13,2% au Québec et 7% en France) et le taux d'accouchements requérant des interventions à 39%. Il insiste sur le fait qu'il y a beaucoup de prématurité chez les gémellaires et que plusieurs complications sont davantage attribuables à la prématurité qu'à la gémellité elle-même⁴.

² Charles Maygrier et Albert Schwaab, *Précis d'obstétrique*, 3^e éd., Paris, Librairie Octave Doin, 1927, p. 397-418.

³ *Ibid.*

⁴ Maygrier et Schwaab, *Précis d'obstétrique*, 1927, p. 414. Département de démographie de l'Université de Montréal, *Base de données sur la longévité canadienne* [En ligne], <http://bdlc.umontreal.ca> (Page consultée le 5 août 2015) ; Statistique Canada, *Décès et taux de mortalité infantile, selon le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, tableau comparaison santé Québec/Canada* [En ligne], <https://comparaisons-sante-quebec.ca/mortalite-infantile-et-naissances-de-faible-poids-quebec-et-canada-series-chronologiques/> (Page consultée le 11 mars 2022). Institut national de la statistique et des études économiques, *La mortalité infantile est stable depuis dix ans* [En ligne] [https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308#:~:text=Le%20taux%20de%20mortalit%C3%A9%20infantile%20s%C3%A9levait%20%C3%A0%20143%20%E2%80%B0,\(autour%20de%2070%20%E2%80%B0\)](https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308#:~:text=Le%20taux%20de%20mortalit%C3%A9%20infantile%20s%C3%A9levait%20%C3%A0%20143%20%E2%80%B0,(autour%20de%2070%20%E2%80%B0)) (Page consultée le 6 juin 2022).

Le manuel français de Jeannin Cyrille de 1922 indique aussi que l'accouchement gémellaire est naturel et se passe bien la plupart du temps⁵. Les complications sont plutôt rares, le principal danger étant l'hémorragie de délivrance. Comme dans le Maygrier, ce livre ne mentionne pas l'idée d'un diagnostic gémellaire, c'est-à-dire qu'il ne suggère pas d'identifier d'avance les grossesses gémellaires avant l'accouchement.

De façon générale, cette approche attentiste est plutôt la norme⁶. Le manuel d'obstétrique de Merger, Lévy et Melchior dit que « la conduite à tenir [pour les gémellaires] est presque toujours l'abstention⁷ ». Le manuel de Fabre de 1942 dit aussi que pour les gémellaires, « la conduite à tenir est la même que pendant un [accouchement] normal⁸ ». Le *Williams Obstetrics* de 1936 précise que le diagnostic se présente la plupart du temps à l'accouchement⁹.

Certains manuels d'obstétrique, comme celui de Fabre, offrent une vision un peu plus médicalisée et interventionniste de l'accouchement en général, mais l'accouchement gémellaire ne s'y démarque pas comme un cas de figure particulièrement singulier ou plus risqué¹⁰. L'accouchement gémellaire se passe à la maison la plupart du temps : tout au plus, il est complexifié par l'ajout d'impératifs matériels comme le rasage et le lavement, qui sont des pratiques appliquées à toutes les grossesses. Le *Williams Obstetric* de 1936 avance que, si l'accouchement du premier bébé se passe en général sans problème, il n'en est pas toujours de même pour le deuxième bébé, ce qui justifie selon les auteurs une approche plus interventionniste : « Si l'accouchement spontané du second bébé n'arrive pas avec un raisonnable délai, il est indiqué d'intervenir, et la pratique en vogue d'attendre des heures pour une expulsion spontanée ne peut pas être reprochée assez fortement¹¹ ».

⁵ Cyrille Jeannin, *Thérapeutique obstétricale*, 2^e éd., Ballière et Fils, Paris, 1922, p. 311.

⁶ John Whitridge Williams et Henricus J. Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1936, p. 500-517.

⁷ Robert Merger, Jean Lévy et Jean Melchior, *Précis d'obstétrique*, 2^e éd., Paris, Masson et Cie, 1961, p. 196-210.

⁸ Jean-Marie-Joseph Fabre, *Précis d'obstétrique*, T. 1 : *Accouchement normal*, Paris, Baillière et fils, 1942, p. 234-245.

⁹ Williams et Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., 1936, p. 500-517.

¹⁰ Fabre, *Précis d'obstétrique*, 1942, p. 234-245.

¹¹ Williams et Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., 1936, p. 513. Le mot singleton désigne un seul bébé, par opposition à gémellaire qui signifie deux bébés.

Le manuel de Fabre prétend que l'accouchement gémellaire requiert peu d'interventions différentes par rapport à un singleton, même s'il indique lui aussi que la naissance du deuxième jumeau peut être plus fréquemment dystocique. Il est à noter que les présentations de la face et du siège sont elles aussi considérées comme « normales ». Tant que la présentation du siège, plus fréquente chez les gémellaires, était considérée comme normale, la grossesse gémellaire n'était pas encore vue comme un cas compliqué. La complication des gémellaires pourrait donc avoir un lien, entre autres, avec la perception du cas de siège¹².

Dans divers numéros de l'*UMC* de 1956, plusieurs auteurs traitent longuement des complications possibles lors des accouchements en général¹³. Dans tous les sujets abordés, il n'y a toutefois aucune mention de la gémellité comme étant un facteur aggravant. Même dans deux articles de l'*UMC* parus en 1960 et portant aussi sur les complications à l'accouchement, les auteurs ne considèrent pas non plus la gémellité comme une complication¹⁴.

1.2 Dans le contexte du transfert hospitalier, émergence d'un discours médical axé sur l'intervention

Comme on l'a vu au chapitre 1, dans la première moitié du 20^e siècle, l'accouchement est une affaire privée qui se déroule à la maison, tout en devenant à la fois un événement à caractère médical auquel on invite le médecin à participer. Puis, peu à peu, les médecins et d'autres acteurs invitent à déplacer cet événement vers l'hôpital, un terrain mieux contrôlé par les professionnels de la santé. Ce glissement vers la médicalisation ne s'est pas amorcé qu'en milieu hospitalier. Il a commencé dans les accouchements à

¹² Fabre, *Précis d'obstétrique*, 1942, p. 243.

¹³ Fx Demers, « Hémorragie ante et post-partum », *UMC*, vol. 85 (janvier 1956), p. 161-166; Adélar Groulx, « La santé à Montréal en 1955 », *UMC*, vol. 85 (avril 1956), p. 425-427; Paul A Boileau, « Toxémie de la grossesse, déterminations physico-chimiques physiologie normale et anormale », *UMC*, vol. 85 (mai 1956), p. 561-564; Roland Vadeboncœur, « Quelques syndromes en obstétriques », *UMC*, vol. 85 (juillet 1956), p. 805-808; Desrosiers Louis, « Hémorragie lors de la grossesse, du travail et dans les suites de couches », *UMC*, vol. 85 (octobre 1956), p. 1145-1154; René Maillé, « La santé à Montréal; premier semestre 1956 », *UMC*, vol. 85 (octobre 1956), p. 1185-1187; H. Guyot, « Opérations césariennes à l'hôpital de Saint-Bonface », *UMC*, vol. 85 (décembre 1956), p. 1384-1387; Bernard Gauthier, « Traumatismes obstétricaux », *UMC*, vol. 85, (décembre 1956), p. 1399-1401.

¹⁴ Albert Bertrand, *UMC*, vol.89 (janvier 1960), p. 37 ; M. Lacombe, *UMC*, vol. 89 (août 1960), p. 1059.

domicile, sous la forme de petits accommodements accordés aux médecins pour leur confort et pour faciliter leurs manœuvres plus actives.

Les manuels d'obstétrique d'avant 1950 ne mentionnent pas le lieu d'accouchement. La gémellité ne fait pas encore partie des raisons qui nécessitent un accouchement en milieu hospitalier. L'historiographie montre que c'est en bonne partie l'arrivée des méthodes d'anesthésie qui stimule ensuite le transfert vers l'hôpital. Même dans ce cas, cet effet est progressif : notre témoin Laurette, qui a accouché de jumeaux en 1952, raconte avoir été endormie à domicile pour la sortie du second bébé¹⁵. Dans mes sources, cependant, plus l'anesthésie prend de place dans les protocoles d'accouchement, plus le lieu d'accouchement doit se déplacer à l'hôpital.

En 1934, lorsque naissent les célèbres quintuplettes Dionne, l'accouchement se fait à la maison, majoritairement avec des sages-femmes, le médecin n'étant arrivé que pour la naissance très rapide des deux derniers bébés. Les jumelles Dionne sont les premières quintuplées de l'histoire à survivre plus de quelque mois : leur histoire fait le tour du monde et on vient de partout autour du globe pour les observer dans leur aire de jeu, transformée pour que le public puisse les voir¹⁶. Or, la représentation publique des jumelles Dionne véhicule une image idéalisée du rôle de la médecine et de l'institutionnalisation de la périnatalité dans leur survie, tant à l'accouchement que par la suite. En effet, après avoir transformé la maison des Dionne pour qu'elle ressemble le plus possible à un hôpital, on construit à proximité une « pouponnière » équipée des meilleures technologies de l'époque afin de garantir aux jumelles un milieu de vie aseptisé et isolé du monde. Le message proposé est que l'accouchement de jumeaux exige un cadre institutionnel.

Ce message voulant que les naissances multiples doivent avoir lieu à l'hôpital trouve sa place dans les médias. Dans un article de *La Tribune* de 1935, la mort de jumeaux

¹⁵ Sondage de 2021, témoignage # 6, témoignage d'accouchement gémellaire à la maison pour lequel la mère a été endormie pour la sortie du 2^e jumeau.

¹⁶ Pierre Berton, *Les jumelles Dionne et leur époque*, Montréal, Éd. Mirabel/CLF, 1979, p. 21.

à leur naissance est attribuée au lieu de naissance qui n'était pas adéquat, soit le domicile des parents¹⁷. Dans un autre cas où l'accouchement a eu lieu à domicile, le choix des parents d'apporter leurs bébés prématurés à l'église avant d'aller à l'hôpital est décrit comme fatal, puisqu'ils ont eu un accident de la route en chemin et que les traitements nécessaires à leur état de prématurité n'ont pu être prodigués¹⁸. Ces cas, parfois très singuliers, illustrent et justifient dans les médias une prédilection pour l'institutionnalisation de la naissance gémellaire.

Dans l'*UMC*, on trouve aussi, mais un peu plus tard, cette affirmation d'un lien entre l'institutionnalisation des naissances et une meilleure survie des bébés. Paul Parrot, un démographe, présente en 1950 de manière alarmiste le problème de la surmortalité infantile en posant ainsi la question :

S'est-on jamais arrêté à se demander combien de nos mamans accouchent dans les maternités, ou autres institutions du genre? [...] il va de soi que l'enfant qui voit le jour dans une maternité bien organisée et sous contrôle médical a toutes les chances possibles de survivre aux aléas de l'accouchement. Lorsque ce dernier prend place à domicile, les chances sont contre l'enfant¹⁹.

Dans cet article, Parrot affirme que c'est l'institutionnalisation des naissances qui explique la baisse de mortalité infantile : « Nous avons raison d'être fiers d'un tel résultat qui est dû sans doute à l'application plus rigoureuse des principes d'hygiène et l'observance plus judicieuse des techniques obstétricales²⁰ ». L'objectif de l'article est d'ailleurs de déplorer qu'il y a moins d'accouchements institutionnels en région. Malgré cela, les chiffres utilisés par Parrot montrent que la différence de mortalité infantile concerne surtout les enfants âgés de plus d'un an et non les nouveau-nés.

¹⁷ *La Tribune*, 14 mars 1935, p. 1.

¹⁸ *La Tribune*, 22 janvier 1937, p. 1, 7.

¹⁹ Paul Parrot, « La mortalité infantile dans la province de Québec », *UMC*, vol. 79 (novembre 1950), p. 1319.

²⁰ J.-Ernest Sylvestre, « Les ailes qui s'ouvrent (hygiène maternelle et infantile) » *UMC*, vol. 84 (décembre 1955), p. 1412-1419.

Qui plus est, l'article de Parrot lui-même suggère que les causes de mortalité au moment de l'accouchement ont peu évolué malgré l'hospitalisation des naissances. Ainsi, la part des décès pour « prématurité » n'a pas baissé entre 1926 et 1948. Si l'on s'en tient à ses propres chiffres, la baisse de mortalité infantile serait surtout attribuable au recul des décès par diarrhées, un enjeu davantage lié à la pasteurisation du lait qu'à l'institutionnalisation des naissances.

TABLEAU 2
Causes de mortalité infantile au Québec, 1926 et 1948

	1926	1948
Premier rang	Diarrhée et entérite	Prématurité et accidents
Deuxième rang	Autres causes	Malformation et débilité ²¹
Troisième rang	Prématurité et accidents	Autres causes

Source : Paul Parrot, « La mortalité infantile dans la province de Québec », *Union médicale du Canada*, vol. 79 (novembre 1950), p. 1317 à 1323.

Dans les années 1940, c'est la prématurité qui devient la première cause de décès. Sachant que le taux de prématurité chez les gémellaires est très élevé (près de 50 %), cela signifie que l'institutionnalisation des naissances gémellaires n'améliore pas grand-chose à la survie des jumeaux et ne l'améliorera pas dans les années suivantes, puisque les traitements pour la prématurité ne connaîtront des avancées significatives que dans les années 1980.

La médecine tient à se donner des cibles pour limiter la surmortalité néonatale. En 1943, un article-programme d'Adélard Groulx dans l'*UMC* décrit la mortalité maternelle et infantile générale comme un échec de gestion du risque au moment de l'accouchement²².

²¹ La « débilité » désigne ici les bébés de faibles poids.

²² Adélard Groulx, « La mortalité maternelle et la mortalité infantile à Montréal », *UMC*, vol. 72 (décembre 1943), p. 1413-1417.

Dans ce contexte, la gémellité commence, de façon un peu arbitraire, à être identifiée comme un risque en soi, en raison de son lien statistique avec le véritable facteur de risque qu'est la prématurité. Ce refus de nuancer le risque intrinsèque de la gémellité est aussi visible dans un article de l'*UMC* de 1946, qui inclut des données portant sur 3300 couples de jumeaux et identifie la gémellité comme une cause intrinsèque de mortalité. L'auteur, J.-Ernest Sylvestre, démontre que la première cause de mortalité chez l'ensemble des bébés est la prématurité et remarque même que la prématurité est plus fréquente chez les gémellaires, mais il n'explore pas l'idée que c'est cette corrélation qui pourrait expliquer la surmortalité gémellaire. De même, Sylvestre utilise des chiffres qui démontrent qu'une bonne alimentation pendant la grossesse influence la survie des bébés après leur naissance, y compris des jumeaux, mais il ne relève pas non plus ce facteur contextuel. Pour l'auteur, les jumeaux meurent simplement plus souvent et cela exige un suivi plus serré²³.

En 1950, Marcel Dorion revient dans l'*UMC* sur le fait que la cause numéro un des mortalités infantiles est la prématurité, sans toutefois remettre en cause les constats de Groulx et Sylvestre²⁴. Ce n'est pas avant 1958 qu'un texte de l'*UMC* aborde de front le lien de corrélation entre gémellité et prématurité, même si ce lien est déjà mentionné en 1954 dans un journal grand public, qui écrit que la naissance de jumeaux est presque toujours prématurée²⁵. À la même époque, le manuel *Williams Obstetrics* de 1956 déplore que les grossesses gémellaires ne soient pas suffisamment diagnostiquées avant l'accouchement que dans la moitié des cas et suggère que ce sous-diagnostic explique les taux élevés de mortalité gémellaire²⁶. Cette observation, qui reproduit le biais médical pour une lecture centrée sur l'intervention à l'accouchement, suggère aussi que ce manque d'information diagnostique contribue à ce que les médecins sous-estiment l'apport des gémellaires au taux de prématurité et comprennent mal que ce n'est pas la gémellité en tant que telle qui est risquée, mais bien la naissance prématurée.

²³ J.-Ernest Sylvestre, « Survie et croissance des enfants jumeaux nés dans la province de Québec », *UMC*, vol. 74 (avril 1946), p. 960-971.

²⁴ Marcel Dorion, « Problème de la prématurité dans la province de Québec », *UMC*, vol. 87 (septembre 1958), p. 1066.

²⁵ *L'Étoile du Nord*, 21 avril 1954, p. 12.

²⁶ Nicholson J. Eastman, *Williams Obstetrics*, 11^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1956, p. 653-676.

Cette confusion alimente une certaine suspicion envers les grossesses gémellaires. Néanmoins, cette suspicion ne fait pas consensus et elle demeure un peu vague. Le *Nurses Handbook of Obstetrics* de 1952 évoque un risque accru, mais sans développer l'idée ni suggérer de protocole particulier²⁷. Comme je l'ai déjà mentionné, l'*UMC* publie durant l'année 1956 plusieurs articles sur les risques de la grossesse, sans jamais mentionner la grossesse gémellaire comme facteur de risque. Mieux, on semble considérer dans *Le Nouvelliste* de 1959 que, comme les jumeaux naissent souvent de manière prématurée, ils sont plus petits et que cela rend l'accouchement moins risqué²⁸. Ce n'est pas avant août 1958 qu'un texte de l'*UMC* évoque directement un risque de mortalité accru pour les grossesses gémellaires, sans pour autant en donner de chiffre précis²⁹.

Comme on le voit, la lutte à la mortalité infantile est utilisée comme justification à la médicalisation de la mise au monde. Un taux de mortalité plus élevé chez les gémellaires fait croire qu'il est à propos de les médicaliser davantage. La réussite apparente de la médicalisation de la gémellité avec les jumelles Dionne a pu servir de vitrine à cette médicalisation, en plus d'aider à convaincre le grand public d'accepter la médicalisation de l'accouchement en général. Cette émergence d'un discours médical axé sur l'intervention lors de l'accouchement est liée à la présence accrue des technologies, notamment des outils de diagnostic.

1.3 Les technologies : symboles de modernité et pratiques diagnostiques

L'évolution des technologies a un effet marqué sur le traitement réservé aux gémellaires. Le cas des jumelles Dionne suggère ce lien dans la presse quotidienne dès les années 1930. Dès l'été 1934, un article rapporte l'arrivée d'un nouvel appareil sophistiqué pour aider les jumelles Dionne à respirer³⁰. *La Presse* rapporte que leur « nursery » utilise

²⁷ Nicholson J. Eastman et Louise Zabriskie, *Nurses Handbook of Obstetrics*, 9^e éd., Philadelphie, Lippincott Company, 1952, p. 391-394.

²⁸ *Le Nouvelliste*, 3 novembre 1959, p. 8.

²⁹ G. Gingras, R.-R. Lemieux, V. Susset, J.-M. Chevrier et C. Quirion, « Gémellité et paralysie cérébrale infantile », *UMC*, vol. 87 (août 1958), p. 888.

³⁰ *Le Canada*, 9 juin 1934, p. 1-2.

du lait homogénéisé et une « méthode moderne d'alimentation³¹ ». Le même message se trouve dans un fascicule publicitaire distribué aux mères : on y présente le Lysol, un produit désinfectant, comme une nouvelle technologie qui a permis de « préserver la vie des jumelles » et qui fait partie des pratiques modernes en puériculture : « fight this danger the same way modern doctors and hospitals, do-with 'Lysol'³² ». Les médias rattachent ces images de la gémellité à une représentation dite moderne de la maternité en général. On trouve la même représentation dans un manuel d'obstétrique de 1952, qui qualifie la naissance des jumelles Dionne de « miracle des temps modernes³³ ».

Dans la réalité, le recours plus systématique à de nouvelles technologies ne se généralise que dans les années 1950, lors du transfert hospitalier des naissances. Avant cela, on ne trouve que peu ou pas du tout de technologie auprès des grossesses gémellaires. La palpation et l'auscultation restent les seuls moyens diagnostiques, puisqu'on n'utilise que très rarement la radiographie. Le manuel d'obstétrique de Cyrille Jeannin de 1922 ne comporte aucune mention de technologies³⁴. Tant dans le manuel de Maygrier et Shcwaab de 1927 que dans le manuel de Fabre de 1942 ou le manuel de Devraigne de 1946, les technologies sont pratiquement absentes : on y évoque les radiographies pouvant servir à confirmer le diagnostic de gémellité, mais en précisant que les médecins ne les recommandent qu'en cas de doute sérieux quant à la présence ou non d'une grossesse multiple³⁵. Il n'est d'ailleurs toujours pas question de l'accouchement en centre hospitalier. L'UMC de 1946 rapporte la conférence d'un spécialiste des radiographies qui promeut le diagnostic de la gémellité par la radiographie, ce qui suggère que la radiographie prénatale demeure rare et que, dans la pratique courante, la gémellité ne semble pas commander de préparatifs techniques supplémentaires³⁶.

³¹ *La Presse*, 5 décembre 1935, p. 11.

³² Lysol Canada, *Protecting the Dionne, a valuable manual for mothers with useful information about scientific modern baby-care – as practiced in the most famous case in medical history*, Lysol, Canada Toronto, 1936, p. 21. Il s'agit d'un petit livret de 23 pages qui fait la promotion des produits désinfectants Lysol dans un texte qui utilise l'exemple des jumelles Dionne pour enseigner aux Canadiennes comment être de bonnes mères. Collection nationale, 337423 CON, publicités intercalées dans le texte. Ex. de conservation: Collection Saint-Sulpice (Fonds L.W. Sicotte)

³³ Eastman et Zabriskie, *Nurses Handbook of Obstetrics*, 1952, p. 391.

³⁴ Cyrille Jeannin, *Thérapeutique obstétricale*, 1922, p. 311-315.

³⁵ Maygrier et Shcwaab, *Précis d'obstétrique*, 1927, p. 397-418; Fabre, *Précis d'obstétrique*, 1942, p. 234-245 ; Louis Devraigne, *Précis d'obstétrique*, 6^e éd, Paris, Doin et Cie, 1946, p. 331-345.

³⁶ L.-Yvon Vallée, *UMC*, vol. 74 (février 1956), p. 853-854.

C'est après 1950 qu'on voit un changement dans les manuels d'obstétrique sur ce point. Le manuel de Leo Doyle, paru en 1950, recommande cette fois des radiographies systématiques lorsqu'on suspecte la gémellité en cours de grossesse, puis le recours systématique à l'anesthésie générale lors de l'accouchement une fois que la gémellité a été diagnostiquée, ce qui revient à recommander l'hospitalisation en cas de gémellité³⁷. En 1956, le *Williams Obstetrics* ajoute à la routine gémellaire la prise de sang et la mise de côté de sang pour transfusion, une pratique qui encore de mise de nos jours³⁸. En 1959, un article de quotidien suggère un autre ajout de technologie dans la routine gémellaire : la mise en incubateur prophylactique (préventive) des jumeaux³⁹. L'idée est de mettre dans des incubateurs tous les jumeaux par précaution, parce qu'ils sont des jumeaux et non pas parce qu'ils sont prématurés ou qu'ils présentent des besoins particuliers. La technologie rend ainsi encore une fois nécessaire l'accouchement gémellaire en centre hospitalier.

Le recours routinier à la technologie dans les cas de grossesses gémellaires pénètre les esprits à partir des années 1930 et se généralise dans le discours médical après 1950. Cette normalisation du recours aux technologies contribue à rendre l'accouchement gémellaire plus compliqué aux yeux du grand public comme à ceux des médecins.

Les technologies les plus omniprésentes sont celles qui permettent le diagnostic gémellaire, essentiellement la radiographie. Les technologies de diagnostic gémellaire gagnent en importance avec le transfert hospitalier des années 1950, même si elles ne deviendront systématiques que dans les années 1980 avec l'échographie. Dans le manuel d'obstétrique de Cyrille Jeannin de 1922 et le *Williams Obstetrics* de 1936, on ne trouve aucune mention du diagnostic gémellaire⁴⁰. *L'Illustration Nouvelle* de 1937 fait allusion à une utilisation des radiographies pour confirmer le diagnostic de triplés à l'Hôpital général

³⁷ Leo Doyle, *Handbook of obstetrics and diagnostic gynecology*, Palo Alto, University Medical Publishers, 1950, p. 165-167.

³⁸ Eastman, *Williams Obstetrics*, 11^e éd., 1956, p. 653-676.

³⁹ *Le Progrès du Saguenay*, 17 mars 1959, p. 11.

⁴⁰ Cyrille Jeannin, *Thérapeutique obstétricale*, 1922, p. 311-315; Williams et Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., 1936, p. 500 à 517.

Juif⁴¹. L'usage des rayons X dans ce but est toutefois encore rare, car le manuel de Fabre de 1942 suggère de ne l'utiliser qu'en dernier recours⁴². Dans l'*UMC* de 1949, une histoire de cas décrit l'utilisation des rayons X pour confirmer le diagnostic gémellaire à sept mois de grossesse⁴³. Le premier plaidoyer pour un diagnostic plus systématique des grossesses gémellaires, dans mon corpus, se trouve dans le manuel d'obstétrique de Leo Doyle de 1950⁴⁴. Même si l'ouvrage précise que les rayons X devraient être utilisés systématiquement pour les jumeaux, il ne précise toutefois pas de différence dans la conduite à tenir lors de l'accouchement. De même, le manuel d'obstétrique de Jacques Gaillard de 1953 recommande de faire le diagnostic avant la naissance, sans préciser la méthode à utiliser⁴⁵.

Malgré toutes ces recommandations, les médecins ne diagnostiquent encore que très peu la gémellité en pratique, comme c'est le cas en 1954 pour une grossesse gémellaire qui est diagnostiquée pratiquement par erreur à la toute fin de la grossesse, à l'aide d'une radiographie qui avait été faite en réponse à des vomissements inquiétants⁴⁶. En 1956, le *Williams Obstetrics* affirme qu'environ 50% des grossesses gémellaires ne sont pas diagnostiquées, soit parce que le médecin n'y pense pas, soit parce qu'il ne croit pas la femme qui pense être enceinte de jumeaux⁴⁷. Selon le manuel, les médecins se méfient d'une croyance des mères qui, dit-on, se pensent souvent enceintes de jumeaux à leur deuxième grossesse, car l'utérus tend à être plus volumineux.

Le contexte d'hospitalisation et la radiographie stimulent une certaine volonté de diagnostiquer et d'encadrer davantage les grossesses gémellaires, même en l'absence de consensus scientifique clair à ce sujet. Cette utilisation des technologies entraîne une évolution des protocoles gémellaires.

⁴¹ *L'Illustration Nouvelle*, 11 octobre 1937, p. 3.

⁴² Fabre, *Précis d'obstétrique*, 1942, p. 234-245.

⁴³ Jacques-N Gagnon, « La grossesse interrompue », *UMC*, vol. 77 (octobre 1949), p. 1239-1240.

⁴⁴ Doyle, *Handbook of obstetrics and diagnostic gynecology*, 1950, p. 165-167.

⁴⁵ Jacques Gaillard, *Obstétrique*, librairie Maloine, Paris, 1953, p. 138-139.

⁴⁶ Marcel Plamondon, « Inertie utérine et transfusion massive », *UMC*, vol. 83 (avril 1954), p. 395-397.

⁴⁷ Eastman, *Williams Obstetrics*, 11^e éd., 1956, p. 653-676.

1.4 L'évolution des protocoles gémellaires

La volonté de diagnostiquer la gémellité contribue à l'idée de protocoles spécifiques pour les gémellaires. Les manuels d'obstétrique de Maygrier et Shcwaab de 1927 et celui de Cyrille Jeannin de 1922 ne proposent pas de conduite différente en cas de gémellité puisque l'accouchement gémellaire était considéré comme eutocique⁴⁸.

C'est le *Williams Obstetric* de 1936 qui suggère un début d'approche interventionniste, en recommandant par exemple de précipiter la naissance si le deuxième jumeau n'arrive pas dans un délai raisonnable⁴⁹. Cependant, l'attentisme reste privilégié et le manuel critique même la peur des complications de certains médecins face aux gémellaires :

Hormis le retard lié à l'inertie utérine, la délivrance pendant la grossesse gémellaire ne pose généralement que peu de difficultés, à condition qu'un diagnostic précis de la présentation des enfants ait été posé. Par conséquent, il est difficile de comprendre pourquoi de nombreux médecins abordent la question avec de graves pressentiments, et craignent d'avoir à faire face à l'une des complications, qui sont sur le point d'être évoquées, mais qui surviennent extrêmement rarement⁵⁰.

Dans le manuel d'obstétrique de Fabre de 1942, il n'est toujours pas question de protocoles particuliers pour les gémellaires. Le manuel préconise en fait que la conduite à tenir soit la même que pendant un accouchement normal⁵¹.

Dans l'*UMC* de 1938, Otto Schwary ne suggère pas non plus de protocoles différents pour les singletons et les gémellaires⁵². En 1943, toujours dans l'*UMC*, Oscar Garant affirme clairement que la gémellité n'est pas une indication de césarienne⁵³. Même

⁴⁸ Cyrille Jeannin, *Thérapeutique obstétricale*, 1922, p. 311-315; Maygrier et Shcwaab, *Précis d'obstétrique*, 1927, p. 397-418

⁴⁹ Williams et Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., 1936, p. 513.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Fabre, *Précis d'obstétrique*, 1942, p. 234-245.

⁵² Otto Schwary, « Soins durant la grossesse (Antepartum Care) », *Journal of Medical Association*, vol. 111 (octobre 1938), p. 1466, traduit et paru dans *UMC*, vol. 67, (décembre 1938), p. 1312.

⁵³ Oscar Garant, « Indications de la césarienne haute et basse », *UMC*, vol. 72 (juin 1943), p. 644-651.

l'article déjà cité de 1943 par Adélar Groulx, qui réclame que plus d'accouchements se déroulent à l'hôpital, ne fait pas une recommandation stricte pour les jumeaux⁵⁴.

On voit quand même poindre certaines recommandations qui, quoique mineures, visent plus spécifiquement les accouchements jumeaux. Dans son manuel d'obstétrique de 1946, Devraigne reste assez conservateur au niveau des interventions : il ne propose rien de particulier pour l'accouchement du premier bébé, mais il préconise de vérifier la présentation du deuxième bébé puis d'attendre de 15 à 20 minutes le retour des contractions pour éviter la fermeture du col⁵⁵. C'est de 20 à 30 minutes que Leo Doyle propose d'attendre entre les deux naissances dans son manuel de 1950⁵⁶.

Le manuel de Leo Doyle est aussi le premier texte de mon corpus à recommander une anesthésie, au moins légère, pour tous les accouchements de jumeaux⁵⁷. Dans l'histoire plus générale de l'accouchement, cela correspond au moment où l'introduction de l'anesthésie obstétricale stimule de nouvelles formes d'interventions médicales. C'est une époque où on discute du « Twilight Sleep » ; en 1949, un article sur l'anesthésie de l'UMC avance que les femmes demandent, voire exigent, qu'on les anesthésie pour avoir un meilleur « contrôle sur leurs contractions trop fortes⁵⁸ ». L'année suivante, Douville plaide pour l'anesthésie dans l'UMC en évoquant la recherche du calme dans « la tempête obstétricale⁵⁹ ».

La disponibilité de technologies, telles que l'anesthésie, qui affectent l'accouchement lui-même incite à identifier des catégories d'accouchement qui justifient des approches plus agressives. C'est en 1951 qu'un texte de l'UMC propose un protocole

⁵⁴ Adélar, Groulx « La mortalité maternelle et la mortalité infantile à Montréal », *UMC*, vol. 72, décembre 1943, p. 1413 à 1417.

⁵⁵ Devraigne, *Précis d'obstétrique*, 1946, p. 331-345.

⁵⁶ Doyle, *Handbook of obstetrics and diagnostic gynecology*, 1950, p. 165 à 167.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Jacques Gagnon, « Anesthésie, analgésie, amnésie en obstétrique », *UMC*, vol. 77 (juillet 1949), p. 833-836.

⁵⁹ J. Douville, « 'L'héro-scopo' : dans la tempête obstétricale en rade campagne », *UMC*, vol. 78 (décembre 1950), p. 1457- 1461.

d'intervention systématique pour les accouchements vaginaux après césarienne⁶⁰. Ce protocole sera vite recommandé pour d'autres accouchements aussi vus comme des complications, tels que les accouchements gémellaires. Des conditions « très importantes à observer » sont décrites en détail : l'accouchement doit se faire en centre hospitalier, tout doit être prêt pour une intervention chirurgicale immédiate, il ne faut pas administrer d'ocytocique, l'accoucheur doit rester avec la « malade » tout le long de l'accouchement, on doit appliquer un forceps sur le sommet dès qu'il y a dilatation complète et, après délivrance, on doit explorer à la main l'intérieur de l'utérus pour s'assurer qu'il n'y a pas de rupture⁶¹. En 1955 dans l'*UMC*, Léonard Legault propose ceci : « pourquoi ne pas prendre dès maintenant la résolution de faire hospitaliser votre patiente pour tous les cas pathologiques : à l'hôpital, vous partagerez votre responsabilité avec un médecin spécialiste en obstétrique⁶² » ? Ce dernier argument fait penser que les risques médico-juridiques inspirent en partie cette recommandation.

Dès les années 1950, plusieurs médecins suggèrent ainsi d'inclure les grossesses gémellaires dans la catégorie émergente d'accouchement à risque. Le manuel d'obstétrique de Gaillard, paru en 1953, témoigne de cette transition, pas encore complète. D'une part, le manuel ne décrit pas encore la gémellité comme une condition qui justifie à elle seule l'hospitalisation et il suggère que l'accouchement de jumeaux peut avoir lieu à la maison. D'autre part, par contre, il identifie plusieurs cas de figure propres aux grossesses gémellaires et où il convient d'hospitaliser⁶³. Dans un article de l'*UMC* de 1955, Louis DesRosiers pour sa part recommande une gestion active de la délivrance chez toutes les gémellaires, ce qui implique notamment d'agir pour précipiter la naissance du placenta⁶⁴.

Il est intéressant de constater que certains protocoles sont rejetés sans raison claire et parfois malgré de bons résultats. La préférence personnelle ou le biais collectif des

⁶⁰ C.-A. Attandu, « Césarienne itérative ou non ? », *UMC*, vol. 80 (avril 1951), p. 504-506.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² Léonard Legault « Anesthésie obstétricale en pratique générale », *UMC*, vol. 84 (mars 1955), p. 299-301.

⁶³ Gaillard, *Obstétrique*, 1953, p. 138-139.

⁶⁴ Louis Des Rosiers, « Délivrance obstétricale active en milieu hospitalier », *UMC*, vol. 84 (novembre 1955), p. 1274-1276.

médecins semble jouer beaucoup. Un bon exemple est la pratique de maintenir le placenta connecté au bébé après sa naissance, utilisée aujourd'hui chez les sages-femmes, mais que les médecins rejettent alors du revers de la main. Pourtant, en 1952, l'*UMC* fait état d'un essai qui a montré de bons résultats auprès de bébés nés par césarienne, afin de réduire leur risque de rester en état de choc de deux à quatre heures après la naissance⁶⁵. L'application de cette technique sur 87 cas s'est traduite sur un résultat de zéro cas en état de choc, avec des bébés plus colorés et plus éveillés. Malgré ces bons résultats, la pratique reste anecdotique et on n'en retrouve aucune trace dans les manuels d'obstétrique ni dans d'autres articles de la presse médicale.

À mesure que les années avancent après 1950, les sources consultées recommandent toujours plus d'interventions pour les jumeaux. Le biais interventionniste ne fait toutefois pas consensus chez les médecins. Par exemple, en 1953, René Simard lève un drapeau rouge sur le trop haut taux de césarienne en général : « et pourtant, on pratique trop de césarienne [...] qui grève toujours lourdement l'avenir d'une jeune primipare⁶⁶ ». Quoi qu'il en soit, le discours médical fait voir une préoccupation de contrôle sur ce processus physiologique qu'est l'accouchement.

2. LE CONTRÔLE MÉDICAL

2.1 Le désir et l'impression de contrôle

Avec le changement de vision de l'accouchement jumeau, d'un processus eutocique à un processus dystocique qui nécessite une intervention, les protocoles jumeaux se complexifient avec le temps. Pour les médecins, le recours aux technologies permet de mieux contrôler ce qui était jusque-là incontrôlable : savoir d'avance, par

⁶⁵ Paul Dagenais Pérusse, « Le problème des enfants post-césarienne », *UMC*, vol. 81 (mai 1952), p. 557-560 : « deux assistants reçoivent le nouveau-né, l'un par les pieds et l'autre le placenta, le cordon demeurant intact. Le placenta est enveloppé dans une serviette stérile, maintenue en place par des forceps et suspendu au-dessus de l'enfant par une tige montée. Pendant ce temps le nouveau-né, couché dans des draps et couvertures stériles, peut être traité selon toutes les méthodes recommandées. Le placenta est maintenu relié à l'enfant pendant une période de 6 à 10 minutes ». C'est étonnant de voir cette méthode prise au sérieux alors que de nos jours elle est carrément jugée dangereuse.

⁶⁶ René Simard, « Progrès en obstétrique depuis 10 ans », *UMC*, vol. 82 (décembre 1953), p. 1376.

exemple, qu'il y a des jumeaux grâce à la radiographie. Les médias nous permettent de constater que dès les années 1930, des médecins voyaient déjà dans la gémellité l'exemple de perte de contrôle que la médecine doit encadrer. Un article du *Nouvelliste* de 1934 traite sous cet angle de la naissance de quadruplés aux États-Unis : dès leur naissance, le médecin a transporté les bébés dans sa propre maison pour exercer plus de contrôle sur ce qui se passe, la femme devenant son « invitée »⁶⁷. C'est dans ce même esprit que les frères et sœurs des jumelles Dionne sont évacués de la maison familiale après la naissance des quintuplettes en 1934⁶⁸. Un article du *Droit* attribue la survie des jumelles Dionne au seul Dr Dafoe, à qui les autorités publiques elles-mêmes donnent l'autorité de tout contrôler : « Le mandat obtenu du juge de la cour de district de North Bay, H.-D. Leask, nomme comme tuteurs le Dr Allan Roy Dafoe, de Callander, le médecin du nord qui a réussi à conserver la vie au quintuple plus longtemps qu'à tout autre quintuple connu⁶⁹ ». On voit le même genre de réaction en Espagne en 1935, où des médecins remuent ciel et terre à l'annonce d'une naissance de quintuplés, d'une part pour confirmer la nouvelle, mais aussi, d'autre part, pour prendre le contrôle de la situation afin de garantir la survie des bébés qui, selon les ouï-dire, étaient nés dans une maison misérable⁷⁰. D'ailleurs, en 1938, *L'Illustration Nouvelle* traite d'un accouchement de triplés uniquement pour insister sur le décès d'un des bébés⁷¹.

Le contrôle décrit comme essentiel dans ces textes change profondément la temporalité des familles : le quotidien de la famille Dionne n'est plus du tout le même après que Dafoe et son équipe aient envahi la maison, puis construit un hôpital uniquement pour les jumelles⁷². C'est la même chose pour la famille Frénette, de Portneuf, qui ne compte pas moins de cinq couples de jumeaux et dont la maison est réorganisée « à l'exemple de l'Hôpital Dafoe » construit pour les jumelles Dionne⁷³.

⁶⁷ *Le Nouvelliste*, 13 juin 1934, p. 1.

⁶⁸ *Le Canada*, 9 juin 1934, p. 1-2.

⁶⁹ *Le Droit*, 27 juillet 1934, p. 1, 8.

⁷⁰ *Le Soleil*, 8 juin 1935, p. 1.

⁷¹ *L'Illustration Nouvelle*, 23 décembre 1938, p. 5.

⁷² Berton, *op cit*.

⁷³ *La Gazette du Nord*, 4 septembre 1936, p. 6. Cette prise en charge flatte l'égo nationaliste du journal : « N'en déplaise à nos amis les Ontariens, le spectacle [une fois l'installation complétée] sera sans aucun doute aussi magnifique que celui que présente les jumelles Dionne. »

Après 1950, les journaux mettent en scène, avec le même sensationnalisme, un contrôle médical qui ne s'applique pas qu'aux cas les plus extrêmes. En 1955, le *Photo Journal* relate le cas d'une femme qui, ayant subi une anesthésie générale à l'accouchement, n'a reçu la permission de regarder ses petits dans l'incubateur pour la première fois que onze jours après leur naissance⁷⁴. En 1959, le *Progrès du Saguenay* relate qu'un couple de jumeaux n'obtiendra son congé que lorsque les bébés auront atteint un certain poids, et non pas lorsqu'ils iront mieux⁷⁵.

C'est aussi à cette époque que les jumeaux sont décrits dans la presse comme des sujets de choix pour les recherches médicales : « À force de chercher, on s'en est remis à l'étude des jumeaux, triplets, quadruplets et même quintuplets... parce que des jumeaux offrent des chances de ressemblances plus fortes que les autres frères et sœurs »⁷⁶. On retrouve dans un article de *l'UMC* de 1946 une première étude utilisant des jumeaux, qui permettait de voir si ceux qui avaient reçu du lait artificiel avaient un meilleur taux de survie que les bébés allaités⁷⁷. Même si elle ne concerne pas directement l'accouchement, cette instrumentalisation des jumeaux les associe également à une mise en scène axée sur la performance médicale.

2.2 Le rôle du médecin et de sa performance

Dans les médias d'avant 1930, le médecin n'est jamais nommé dans les articles qui rapportent des accouchements gémellaires. La femme est alors au centre de l'histoire racontée et le médecin est absent du portrait. Dans le *Courrier de Saint-Hyacinthe* de 1901, on peut lire qu'« une pauvre femme de cette ville Mme J. Ormaby, a donné le jour à trois garçons et une fille⁷⁸ ». Le texte ne mentionne pas le médecin. Même chose dans un numéro du *Progrès de l'Est* de 1901 qui relate que « la femme d'un prêtre grec de Deligrad Sarbie,

⁷⁴ *Photo Journal*, 29 octobre 1955, p. 2.

⁷⁵ *Le Progrès du Saguenay*, 17 mars 1959, p. 11.

⁷⁶ *La Gazette des campagnes*, 20 mars 1952, p. 3.

⁷⁷ J-Ernest Sylvestre, « Survie et croissance des enfants jumeaux nés dans la province de Québec », *UMC*, vol. 74 (avril 1946), p. 960-971.

⁷⁸ *Le Courrier de Saint-Hyacinthe*, 5 octobre 1901, p. 2.

Mme Arangyel, a mis au monde six jumeaux, trois garçons et trois filles, tous bien constitués. Il y a dix-huit mois, la même dame avait donné naissance à trois jumeaux⁷⁹ ». L'exploit est encore attribué à la femme.

La pratique de nommer le médecin dans les articles de journaux débute avec la naissance des jumelles Dionne. Le Dr Dafoe est rapidement associé à la performance médicale qui a été accomplie lors de la naissance⁸⁰. Un article de *La Presse* en fait même l'acteur principal de l'action, reléguant pratiquement la mère au statut de personnage secondaire⁸¹. On trouve la même mise en scène dans une histoire de naissance gémellaire survenue aux États-Unis et relayée par le *Nouvelliste*⁸². Parfois, c'est l'hôpital qu'on prend le temps de nommer, comme c'est le cas en 1936 dans l'article consacré par la *Gazette du Nord* à Mme Clarendia Frenette, la mère des cinq paires de jumeaux mentionnée plus tôt : sur les cinq accouchements gémellaires de cette femme, uniquement le dernier s'est d'ailleurs produit à l'hôpital⁸³. Même si le transfert n'est pas encore la norme, le lien entre l'accouchement gémellaire et la présence active du médecin est alors suffisamment ancré dans l'esprit des journalistes qu'un article de *La Tribune* de 1936 s'étonne qu'il n'y ait pas eu de médecin lors de la naissance de quintuplés en Roumanie. Le même article insiste sur le contraste avec les jumelles Dionne, qui en sont à leur deuxième anniversaire et qui grandissent sous « les yeux vigilants du Dr Dafoe et de plusieurs garde-malades, dans un hôpital construit spécialement pour elles à Callander⁸⁴ ».

Dans les textes sur les gémellaires, c'est désormais le médecin qui est présenté comme le sujet agissant, qui « accouche la femme » ou « préside à l'accouchement ». La performance médicale est aussi attribuée au médecin pour les jumelles Dionne dans le *Williams Obstetric* de 1936, selon qui c'est le Dr Dafoe qui « *delivered* » la mère⁸⁵. Un

⁷⁹ *Le Progrès de l'Est*, 13 mai 1901, p.1.

⁸⁰ *Le Quotidien*, 11 octobre 1934, p. 3.

⁸¹ *La Presse*, 6 novembre 1934, p. 9 et 13.

⁸² *Le Nouvelliste*, 13 juin 1934, p. 1.

⁸³ *La Gazette du Nord*, 4 septembre 1936, p. 6

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Williams et Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., 1936, p. 500-517.

article de *L'Illustration Nouvelle* de 1937 décrit un accouchement de triplés en ces termes : « le Dr Max Wiseman présida à la naissance triple⁸⁶ ». Le verbe « présider » est employé fréquemment pour parler d'un médecin qui assiste une femme en train de donner naissance et la gémellité semble un contexte particulièrement propice pour mettre en scène la performance des médecins. Lancée dans les années 1930, cette habitude persiste longtemps : ainsi, un article du *Photo Journal* de 1956 glorifie la performance d'un médecin qui a fait des manœuvres pour repositionner des jumeaux mal placés dans l'utérus :

[A]ussi habilement que courageusement, le médecin se mit donc à manipuler les bébés pendant que l'accumulation des secondes, vitales en l'occurrence, les transformaient en minutes des plus précieuses non seulement pour la vie des enfants, mais aussi pour celle de la mère⁸⁷.

Il n'y a pas que la presse de masse qui affirme ce lien entre l'accouchement gémellaire et la performance médicale. Cette idée s'impose chez les médecins et les étudiants en médecine, qui cherchent dans leur cursus à être exposés à des « cas » de gémellité, comme on l'a vu au chapitre 1. Dès 1956, le manuel d'obstétrique de Nicholson présente l'accouchement gémellaire comme un « *challenge* » et explique aux médecins qu'ils doivent rester hautement vigilants à cause de toutes les complications possibles⁸⁸.

Cette insistance sur les aspects plus risqués, qui font des accouchements gémellaires un « *challenge* », prédispose à chercher ou anticiper les complications et à y trouver la source de la performance médicale. C'est cette position d'expert de la complication qui met les médecins en situation d'autorité face à leurs patientes. Outre le recours à la technologie évoqué plus tôt, cette préoccupation du contrôle par les médecins s'exprime aussi à travers des pratiques plus relationnelles, comme la rétention d'information et le contrôle du poids.

⁸⁶ *L'Illustration Nouvelle*, 11 octobre 1937, p. 3.

⁸⁷ *Photo Journal*, 3 mars 1956, p. 4.

⁸⁸ Eastman, *Williams Obstetrics*, 11^e éd., 1956.

2.3 La rétention d'information, l'autorité et le savoir des experts

On l'a évoqué, un volet de l'épisode fondateur des jumelles Dionne est la mise sous tutelle des jumelles dès l'été 1934 pour les confier à des experts jugés plus à même de répondre à leurs besoins. Cet autoritarisme préfigure assez bien une affirmation croissante du pouvoir des médecins sur les femmes enceintes en général, visible dans l'*UMC* dès les années 1940. C'est flagrant dans l'utilisation des mots du texte d'Adélard Groulx qui plaide pour que les femmes soient « tenues sous surveillance médicale⁸⁹ ». Le souci d'affirmer l'autorité médicale n'est pas caché, il est promu. C'est ce qui ressort d'un texte de Pierre Smith paru en 1946 qui traite des rapports entre médecins, dans lequel il insiste pour que l'autorité du médecin traitant, en médecine générale comme en obstétrique, ne soit jamais compromise par un autre médecin⁹⁰. L'utilisation du mot « malade » pour désigner une parturiente dans les textes⁹¹ présuppose d'ailleurs un certain rapport d'autorité qui réserve à chacun un rôle bien précis : les médecins procurent des soins aux malades qui suivent leurs conseils. Les journaux quotidiens utilisent d'ailleurs aussi les mots « autorités médicales » pour désigner, entre autres, les médecins qui prescrivent l'allaitement⁹². Dans un article de l'*UMC* de 1952, Adélard Groulx insiste sur la nécessité absolue de la présence du médecin auprès d'une femme enceinte : « la future maman doit dès le début de sa grossesse se placer sous surveillance médicale. [...] Dès sa naissance elle doit soumettre son enfant à la surveillance médicale⁹³ ». L'image des jumelles Dionne est longtemps utilisée à l'appui de ce discours : en 1951, une publicité parue dans l'*UMC* exploite une photo des jumelles Dionne en utilisant ces mots : « Seul le médecin de famille s'est toujours occupé des enfants⁹⁴ ».

Une façon pour le médecin de renforcer son contrôle sur les parturientes est de garder pour lui certaines informations. Cette rétention d'information peut aller jusqu'à taire le diagnostic gémellaire. Si cette pratique peut être jugée paternaliste de nos jours, elle est

⁸⁹ Adélard Groulx, la mortalité maternelle et la mortalité infantile à Montréal, *UMC*, vol. 72 (décembre 1943), p. 1414.

⁹⁰ Pierre Smith, « Les rapports des médecins entre eux », *UMC*, vol. 74 (février 1946), p. 177-186.

⁹¹ Par exemple : Marcel-A Bourdeau, « Accouchement sous anesthésie au pentothal intraveineux avec pitocin », *UMC*, vol. 75 (1946), p. 906; C.-A. Attandu « Césarienne itérative ou non? », *UMC*, vol. 80 (avril 1951), p. 506.

⁹² Par exemple dans *L'Avenir du Nord*, 3 octobre 1947, p. 9.

⁹³ Adélard Groulx. « La mortalité infantile à Montréal », *UMC*, vol. 81 (octobre 1952), p. 1213-1215.

⁹⁴ Publicité purée de carottes en boîte Aylmer, *UMC* (janvier 1951), p. 63.

pourtant alors associée à de la bienveillance : pourquoi inquiéter inutilement à l'avance une femme qui aura des jumeaux alors qu'elle n'a aucun contrôle sur cette situation ? C'est ainsi que des femmes n'ont appris que lors de l'accouchement qu'elles avaient des jumeaux, et ce bien après que le médecin en ait eu de sérieux doutes pendant le suivi. Dans le manuel d'obstétrique de Maygrier et Shcwaab de 1927, on conseille au médecin de ne pas informer la femme s'il croit qu'elle porte des jumeaux, car les erreurs de diagnostic sont fréquentes avant l'apparition de l'échographie⁹⁵. Dans un article de *L'Illustration Nouvelle* de 1937, on constate qu'un médecin savait que le couple attendait des triplés, mais ne l'a pas dit aux parents, pour ne pas leur « causer d'anxiété⁹⁶ ». En 1955, dans le *Photo Journal*, on apprend qu'un médecin a refusé de dire à la mère que l'un de ses bébés avait été en danger pendant leur hospitalisation, pour « ne pas l'inquiéter⁹⁷ ».

Une autre pratique qui s'implante parmi les médecins, tant auprès des gémellaires que des singletons cette fois, est le contrôle de la prise de poids de la mère pendant sa grossesse. Avant l'arrivée de l'échographie, la prise de poids de la mère est le seul indicateur de la croissance du bébé et une prise de poids jugée excessive est perçue comme un facteur de risque pour l'accouchement, puisqu'il semble préfigurer soit un gros bébé, soit d'éventuelles complications. L'*UMC* publie en 1950, un article très militant du Dr Jacques Gagnon, qui demande au médecin de se montrer autoritaire et directif sur ce point, même (ou surtout) dans les cas où « les efforts pour contrôler l'augmentation du poids de la mère en vue de réduire le poids du bébé sont restés vains⁹⁸ ». Gagnon utilise des formules comme « il lui sera permis » de prendre tant de poids ou encore « il sera autorisé » de lui servir tel type de nourriture. Selon lui, « la parturiente d'un poids excessif devient une hantise pour son médecin et se dirige habituellement vers la toxémie gravidique ou la dystocie⁹⁹ », dont la gémellité dans certains cas. Ce principe semble s'appliquer à toutes les situations, car, même si les médecins constatent que les femmes obèses font de petits bébés, Gagnon préconise qu'ils les empêchent tout de même de manger : « La progéniture

⁹⁵ Maygrier et Shcwaab, *Précis d'obstétrique*, 1927, p. 397 à 418

⁹⁶ *L'Illustration Nouvelle*, 11 octobre 1937, p. 3.

⁹⁷ *Photo Journal*, 29 octobre 1955, p. 2.

⁹⁸ Jacques Gagnon, « Contrôle du poids, de la diète et de l'équilibre osmotique durant la grossesse », *UMC*, vol. 78 (1950), p. 808-809.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 808 à 809.

d'une parturiente ayant souffert de privation n'est-elle pas en général plus vigoureuse et plus robuste que celle de ses sœurs plus fortunées¹⁰⁰ ? Bien que cette lutte à la prise de poids s'applique à toutes les femmes enceintes, ce principe crée un motif supplémentaire de contrôle qui s'applique particulièrement bien aux grossesses gémellaires.

En contrôlant un maximum de paramètres, la profession médicale souhaite peut-être en partie réduire au minimum les risques liés aux fautes professionnelles. En tout cas, les textes qui font la promotion du contrôle des médecins sur les grossesses expriment également des préoccupations pour de telles poursuites, face auxquelles le remède perçu est justement la performance technique.

2.4 Le risque médico-légal et la carrière des médecins

La médicalisation de la gémellité a pu être influencée par la peur, par certains médecins, des conséquences d'une erreur médicale. L'historiographie québécoise dit peu de choses sur la judiciarisation de la médecine, mais des textes médicaux des années 1950 préconisent bel et bien plus d'interventions afin de se protéger contre les poursuites. Un article de Charles Attendu, paru dans l'*UMC* de 1957, propose carrément de faire une césarienne d'emblée pour toutes les gémellaires afin de s'assurer de ne pas être blâmé si quelque chose devait arriver¹⁰¹.

Dans mes sources, les poursuites sont présentées comme le résultat d'une mauvaise performance technique. Pour se prémunir des poursuites, les médecins semblent compter davantage sur la performance technique que sur une relation de confiance avec la patiente. Dans l'*UMC* de 1955, un article de Jules Keller suggère que la peur des poursuites peut être un moteur de médicalisation, presque malgré le médecin: « L'accouchement provoqué

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 808

¹⁰¹ C.-A. Attendu, « La césarienne à répétition », *UMC*, vol. 83 (mars 1957), p. 279-281. Encore en 1995, un éditorial du *Journal de la SOGC* de, affirme que « L'adoption de directives dans la pratique quotidienne perme[t] de réduire les risques et pour ceux qui seront poursuivis simplifiera leur défense avec une issue plus favorable. » La gestion du risque, y compris lors des accouchements gémellaires, vise donc en partie à réduire les risques médico-juridiques plutôt qu'à assurer le bien-être maternel et fœtal. A. Lalonde, « Réduire les risques médico-juridiques », *Journal de la SOGC*, août 1995, p. 734-736.

peut être pratique si la mère et sa famille obligent le médecin traitant à faire quelque chose, afin de ne pas mériter le reproche de négligence, mais je ne pense pas que le conservatisme puisse être considéré comme une faute de traitement¹⁰² ».

La carrière des médecins peut donc aussi être un moteur important dans la médicalisation des grossesses gémellaires. L'exemple le plus flagrant est celui du Dr Dafoe, qui connaît une popularité fulgurante suite à sa participation à la naissance des jumelles Dionne. Il exploite d'ailleurs volontiers les retombées de son exploit, par exemple lorsqu'il choisit d'endosser la marque de savon Palmolive¹⁰³.

L'arrivée de jumeaux peut aussi faire craindre de commettre une faute professionnelle. C'est pour pallier certains risques propres aux gémellaires que des manœuvres audacieuses sont « inventées » et préconisées, comme celles qui permettent de débloquer les jumeaux coincés par leur menton. Très rare complication gémellaire, cette situation, appelée « *chin-lock* », représente l'une des grandes peurs des médecins dans les manuels d'obstétrique qui justifie, parfois à elle seule, la médicalisation de la grossesse gémellaire. Le *Photo Journal* de 1956 décrit avec enthousiasme et stupéfaction la manœuvre réalisée par un médecin (dont, curieusement, on ne mentionne jamais le nom)¹⁰⁴. On sait par les manuels d'obstétrique que ce cas de figure fait beaucoup parler de lui et son risque théorique est devenu l'une des raisons pour médicaliser la gémellité¹⁰⁵. La manœuvre est peut-être aussi légitimée par le goût des médecins pour la mise en scène de leur virtuosité technique, un autre volet de leur agenda professionnel. À partir du moment où l'on souhaite prévenir les risques juridiques liés à une situation particulière, il devient important d'identifier ces situations. C'est à ce moment-là qu'apparaît l'importance de généraliser le diagnostic gémellaire, comme on le verra au prochain chapitre.

¹⁰² Jules Keller, « La grossesse à terme prolongé », *UMC*, vol. 72 (octobre 1955), p. 1155-1158.

¹⁰³ *Le Nouvelliste*, 20 mars 1940, p. 5 et 19 novembre 1938, p. 17.

¹⁰⁴ *Photo Journal*, 3 mars 1956, p. 4.

¹⁰⁵ Eastman, *Williams Obstetrics*, 11^e éd., 1956, p. 670. Doyle, *Handbook of obstetrics and diagnostic gynecology*, 1950, p. 165 ; John Whitridge Williams, Jack A. Pritchard et Paul MacDonald, *Williams Obstetrics*, 16^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts., 1980, p. 660 ; John Whitridge Williams, Nicholson J. Eastman et Louis M. Hellman, *Williams Obstetrics*, 13^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1966 p. 674 ; Williams et Stander, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., 1936, p. 514.

Dans ce chapitre, j'ai montré qu'entre 1930 et 1950, la grossesse gémellaire est plus souvent vue comme normale même si on remarque dans les manuels d'obstétrique un déplacement, encore limité, vers la dystocie. J'ai établi que le rôle de la prématurité est sous-estimé dans l'évaluation des risques et des taux de mortalité gémellaires. J'ai décrit comment la lutte à la mortalité infantile en général contribue à la médicalisation des gémellaires en particulier et j'ai dépeint comment les cas de grossesses multiples servent de vitrine à la médicalisation générale de la grossesse et de l'accouchement aux yeux du grand public. J'ai précisé le rôle de la présence des technologies hospitalières dans l'évolution des protocoles gémellaires. L'idée émergente de grossesse à risque incite des médecins à vouloir exercer plus de contrôle sur la grossesse gémellaire, ce que facilitent la légitimation de pratiques comme la rétention d'information ou le contrôle du poids. Enfin j'ai relevé la préoccupation accrue des médecins pour les risques médico-juridiques, face auxquels le remède perçu est la performance technique.

CHAPITRE 3

LA NORME GÉMELLAIRE APRÈS 1960

Le chapitre précédent a décrit comment l'accouchement gémellaire a été transformé en dystocie dans le discours médical. Il reste que l'évolution des pratiques concrètes demeure limitée ou inégale durant les années 1950. J'aborderai dans ce chapitre un deuxième moment de rupture dans l'évolution de la norme chez les gémellaires : l'institutionnalisation et la généralisation de pratiques orientées vers la dystocie après 1960, qui culminent avec la généralisation des cliniques de grossesse à risque élevé (GARE) durant les années 1970.

Selon Guérard et Rousseau, « entre 1930 et 1940 la santé devient un droit¹ ». Le phénomène d'hospitalisation que connaît le Québec depuis les années 1920 s'accélère, surtout après 1945, à mesure que les médecins transfèrent leur pratique en centre hospitalier et y prennent le contrôle des soins². Cette accélération et l'idée nouvelle d'un droit à la santé font partie du contexte dans lequel se poursuit le transfert hospitalier de l'accouchement. Alors que le taux des naissances survenues à l'hôpital était de 41% en 1948, c'est 95% des accouchements qui ont lieu en milieu hospitalier au Québec en 1962 et 97,8% au Canada³. Selon Laurendeau « [l']accouchement est [...] devenu une indication médicale pour hospitaliser la femme et, par conséquent, le mode d'accouchement s'est transformé pour s'adapter aux conditions matérielles de l'hôpital⁴ ». Le taux d'accouchement à l'hôpital n'est toutefois pas le même partout sur le territoire et les maternités sont proportionnellement plus nombreuses dans la région de Montréal⁵.

¹ François Guérard et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie : soins hospitaliers et assurances au Québec 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, no 3 (2006), p. 297.

² Julien Prud'homme « Les territoires de l'État keynésien : la santé et les services sociaux », 2020, page 2.

³ Andrée Rivard, *De la naissance et des pères. Une histoire de la paternité au 20^e siècle*, Montréal, Remue-ménage, 2016, p. 52.

⁴ France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. 24, no 2 (1983), p. 204-205.

⁵ *Ibid.*, p. 230-231

Ce fort développement de l'obstétrique hospitalière coûte cher et attire l'attention du ministère des Affaires sociales (MAS), créé en 1971. En 1973, le ministère adopte la toute première politique québécoise de périnatalité : celle-ci a pour objectif de faire diminuer les taux de mortalité infantile, jugés encore trop élevés, mais aussi de mieux contrôler les coûts : un « langage économiste et gestionnaire imprègne chacune des pages du document ; évaluation coût-efficacité, rentabilité, soins ultraspécialisés, calculs de probabilités, efficacité du système : tout cela devient synonyme de protection de la vie⁶ ». C'est dans cette optique qu'en 1975, les décideurs entreprennent une réorganisation des services en périnatalité au Québec, dont le but est de concentrer les services d'obstétrique dans un plus petit nombre de sites. Entre 1972 et 1977, le nombre de services d'obstétrique passe de 130 à 104 dans la province et 65% des fermetures ont lieu dans la région de Québec et sur l'île de Montréal. Le nombre d'unités effectuant moins de 500 accouchements par an diminue de 35%, tandis que le nombre d'établissements pratiquant plus de 2000 accouchements par année est multiplié par trois⁷.

Cette réorganisation implante aussi une hiérarchisation des services selon les niveaux de soins, avec la création des cliniques de grossesses à risque élevé, ou « cliniques GARE ». Selon le nouveau modèle, certains services hospitaliers recevront les cas jugés à risque (niveau 3) tandis que d'autres recevront les cas les plus légers (niveau 1). Les motifs de cette réorganisation sont à la fois budgétaires et technologiques, puisqu'avec la complexification des soins en obstétrique vient la nécessité d'acheter du matériel spécialisé. L'objectif budgétaire est d'éliminer les coûts de gestion des services qui n'accueillent pas un nombre de naissances suffisant, en redirigeant les naissances vers des centres plus fréquentés : le seuil de rentabilité est fixé à 2000 accouchements par année⁸. Les décideurs jumellent cette exigence de volume à la question de la compétence technologique, en assimilant la compétence avec le volume d'activité. Dans cette perspective, les services d'obstétrique faisant moins de 2000 accouchements par an sont considérés comme de moindre qualité puisque leur personnel serait moins expérimenté.

⁶ Andrée Rivard, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, Remue-Ménage, 2014, p. 217-218.

⁷ *Ibid.*, p. 220-221.

⁸ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Projet de regroupement en obsté-gyn dans la région de Montréal métropolitain », Documents du comité d'obstétrique-gynécologie.

C'est pour cette raison que des maternités ayant moins de 500 accouchements par années sont fermées⁹.

Les services existants cherchent divers moyens pour s'adapter à cette politique. Pour contourner l'exigence d'un fort volume, « quelques hôpitaux » cherchent à rendre leurs pratiques plus humaines afin de plaire à un nombre grandissant de couples qui « magasinent » leur maternité : « Les institutions et les praticiens sont conscients de cette concurrence qui les oblige à se mettre à la mode du jour¹⁰ ». Une stratégie plus répandue, cependant, est celle adoptée par plusieurs autres maternités qui, n'étant pas à la base identifiée par le MAS comme des cliniques GARE, cherchent à être reconnues comme telles, en démontrant qu'elles possèdent le matériel, les compétences et la clientèle nécessaires à des accouchements plus risqués¹¹.

Les réformes des années 1970 valorisent donc le regroupement des naissances dans des centres fortement technologiques et l'identification d'un nombre « suffisant » de grossesses dites à risque, qui finissent par englober d'office toutes les grossesses gémellaires. Comment en arrive-t-on à ce résultat ? Dans le présent chapitre, j'exposerai d'abord la réorganisation de l'obstétrique en général autour de l'idée de « grossesse à risque élevé », puis, dans ce contexte particulier, la généralisation de l'échographie et du monitoring auprès des gémellaires. Je démontrerai comment la généralisation du diagnostic gémellaire engendre une prise en charge plus active de la gémellité, avec des protocoles qui se complexifient. Enfin, je décrirai comment le souci de la performance par les médecins et des étudiants en médecine obstétrique influe sur la perception des risques médico-légaux, engendrant parfois des violences obstétricales.

⁹ France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », p. 230-231

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*, p. 233-234

1. LA RÉORGANISATION DE L'OBSTÉTRIQUE AUTOUR DE L'IDÉE DES « GROSSESSES À RISQUE ÉLEVÉ »

La réforme des services d'obstétrique dans les années 1970 s'inspire d'une volonté de généraliser, dans la pratique, des idées qui avaient émergé durant les années 1960. Le changement s'implante de deux façons : d'abord sur le terrain, par la diffusion dès les années 1960 du concept de « grossesse à risque élevé » et de ses implications pratiques, comme un monitoring plus invasif ; ensuite dans l'organisation du réseau, par la réforme des services d'obstétrique réalisée de 1974 à 1981 et qui réorganise la pratique autour des « cliniques GARE », y compris pour le suivi des grossesses gémellaires. Toutefois, lors de la création de ce qu'on pourrait appeler la première clinique GARE, en 1966 à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, il n'était pas encore question d'inclure les grossesses gémellaires parmi les patientes alors désignées pour un suivi plus serré¹².

1.1 Le concept de « grossesse à risque élevé » et ses redéfinitions

Dans mon corpus, la catégorie de « grossesse à risque élevé » s'impose à la suite du symposium organisé par l'Association des obstétriciens gynécologues du Québec en avril 1971, dont l'*UMC* rend abondamment compte¹³. Selon le récit alors proposé par Desjardins et Mercier, le concept de GARE a germé dans les années 1960 en se basant sur les préceptes de Caldeyro-Barcia, Hon et Saling, dont les écrits ont été publiés entre 1963 et 1968 aux États-Unis et en Grande-Bretagne¹⁴. En 1966, le département d'obstétrique de l'hôpital Notre-Dame à Montréal s'en inspire et envisage de regrouper dans une même clinique toutes les femmes enceintes présentant une pathologie durant la grossesse ou ayant une histoire obstétricale chargée, afin de leur fournir un suivi anténatal plus poussé permettant de mieux planifier le travail et l'accouchement¹⁵. Selon Laurendeau, « on a inventé le concept de grossesse à risque élevé qui donne lieu à des techniques

¹² Pierre Raynauld, « Les grossesses à danger plus élevé » *UMC*, vol. 97 (février 1968), p. 188-192.

¹³ Raoul Groulx, « Symposium sur les grossesses à risques élevés », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 95.

¹⁴ Paul Desjardins et Gilles Mercier, « Unité périnatale : expérience d'une année », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 96-101.

¹⁵ Pierre Raynauld, « Les grossesses à danger plus élevé » *UMC*, vol. 97 (février 1968), p. 191.

sophistiquées. [...] Si le concept de risque était circonscrit au début, il s'est élargi peu à peu¹⁶ ».

Le concept de GARE prend toutefois concrètement pied au Québec à l'occasion d'un projet-pilote mené au département d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital Royal Victoria. Ce projet d'« unité périnatale pour les grossesses à risques élevés » est testé d'août 1969 à août 1970, avant d'être présenté à titre de modèle au symposium de 1971, puis dans un article de l'*UMC* paru en janvier 1973 et enrichi de nouvelles données recueillies à Notre-Dame durant l'année 1972. Ce projet introduit dans la communauté obstétricale québécoise deux éléments clés propres au modèle GARE : l'identification à l'avance des patientes à risque et l'exigence d'un monitoring serré durant l'accouchement.

D'une part, ce concept repose sur l'identification, grâce à un « système d'évaluation numérique », de 215 patientes enrôlées à l'avance sur la base de différents facteurs de risque reconnus par la British Survey comme « potentialisateurs du risque¹⁷ ». Ce calcul du risque, ici purement théorique et mathématique, autorise selon eux un « système qui tiendrait compte de certains facteurs spécifiques et qui serait utilisable dans la pratique courante de l'obstétrique¹⁸ ».

D'autre part, le but de cette sélection est d'appliquer aux patientes choisies un monitoring accru à l'intérieur d'une unité de soins intensifs. Les auteurs y mentionnent, pour la première fois dans mon corpus, la pratique du monitoring continu avec l'utilisation « d'un appareil de type Sanborn qui permet l'enregistrement continu de la contraction utérine grâce à un cathéter intra-utérin, et du rythme cardiaque fœtal grâce à une électrode appliquée directement sur le fœtus¹⁹ ». Desjardins et Mercier affirment que cela « permet

¹⁶ France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », p. 217.

¹⁷ Paul D Desjardins et Gilles Mercier, « Évaluation numérique du risque pendant la grossesse », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 102-106.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

de constater tout changement du rythme du cœur fœtal et de déterminer si ce changement est physiologique ou pathologique²⁰ ».

FIGURE 1 :
Mortalité périnatale dans les projets GARE, 1965-1972

MORTALITÉ PÉRINATALE			
■ 1965-1971 ■			
	MORT-NE	MORT NEO-NATALE	MORTALITE PERI-NATALE
NON CORRIGEE	10 (3.11%)	22 (7.18%)	32 (10.12%)
ANOMALIES CONGENITALES	3	4	
< 1000 gms	5	11	
CORRIGEE	2 (0.65%)	7 (2.40%)	9 (3.07%) 30.7/1000
■ 1972 ■			
	MORT-NE	MORT NEO-NATALE	MORTALITE PERI-NATALE
	0	0	0

Source : Paul D Desjardins et Gilles Mercier, « Évaluation numérique du risque pendant la grossesse », *Union médicale du Canada*, vol 102 (janvier 1973), p. 102-106.

L'argument de Mercier et Desjardins dans l'*UMC* de 1973 se veut simple : l'écart des taux de mortalité entre la période 1965-1971 et la période d'essai menée à Notre-Dame en 1972 justifie la mise en place d'une clinique GARE. Leurs chiffres montrent aussi que leur modèle clinique s'est accompagné d'une hausse des taux de complications et de césariennes, de 47% pour la période 1965-1971 à 64% pour l'année 1972. Les auteurs minimisent cet effet en l'attribuant à des biais de sélection et à la sous-détection des complications dans le modèle antérieur : « Le fait que le pourcentage de complications est plus élevé en 1972 s'explique par une surveillance plus attentive de l'évolution de ces grossesses²¹ ».

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

Desjardins et Mercier proposent une liste des avantages et des inconvénients du modèle GARE. Les avantages l'emportent, de leur point de vue, et incluent un plus grand contrôle de l'environnement hospitalier (y compris pour l'enseignement, la recherche et l'évaluation). Les inconvénients incluent des risques iatrogéniques, présentés comme très rares, ou des inconforts que les auteurs reconnaissent, mais dont ils minimisent l'impact sur l'accouchement (anxiété ou inconfort de la mère).

Desjardins et Mercier font une interprétation très enthousiaste de leurs données. Leur texte de 1973 repose sur une comparaison entre une population de 158 parturientes en 1965-1971 et une population de seulement 25 parturientes en 1972. C'est sur cette base qu'ils extrapolent les effets qu'aurait l'implantation de cliniques GARE à la grandeur de la province : « un total de 830 mortinaissances, 379 en 1968 et 452 en 1967, auraient pu être évitées par l'utilisation d'unités périnatales²² ». Sur la base du taux de GARE identifié au Royal Victoria, ils extrapolent aussi qu'on devrait prévoir 12 000 naissances en clinique GARE dans la province de Québec annuellement. C'est en s'appuyant sur ces chiffres, selon eux, qu'« il faut envisager une répartition d'unités périnatales selon la géographie et la densité de population obstétricale afin de fournir les meilleurs soins²³ ».

1.2 La généralisation de l'échographie et du monitoring

Au début des années 1970, les méthodes de diagnostic gémellaire se modifient notamment avec la généralisation de l'échographie. Il s'agit d'une nouvelle technologie issue des expériences de sonar lors de la Deuxième Guerre mondiale. En utilisant les ultrasons, les médecins peuvent voir le bébé à l'intérieur du corps de sa mère sans l'exposer aux rayons X néfastes de la radiographie²⁴. L'article publié dans l'*UMC* par Morand et Guimond, qui traite de la période 1965-1972, montre une forte croissance du recours à la

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

²⁴ « Cette technique fut utilisée pour la première fois dans le domaine obstétrical en 1964, à Glasgow, par Ian Donald. [...] À partir de 1972, la précision des appareils permit un diagnostic de plus en plus précis. Il faut cependant attendre les années 1980 pour que l'échographie suscite une véritable révolution dans la pratique obstétricale en France », André Soler, « Histoire et technique de l'échographie », *L'échographie obstétricale expliquée aux parents*, Toulouse, Érès, 2005, p. 41.

technologie pour poser le diagnostic : de 1965 à 1971, 53% des diagnostics gémellaires étaient faits uniquement par observation clinique contre 47% par radiographie, tandis que durant l'année 1972, l'échographie représente déjà 15% des diagnostics, contre 75% par radiographie et seulement 10% par la seule observation clinique²⁵. Un article du *Soleil* de juin 1976 traite des débuts de l'utilisation des ultrasons pour détecter les jumeaux, en insistant sur le rôle de cette technologie dans la prévention de divers risques allant de la prématurité à la défaillance cardiaque ou respiratoire des fœtus²⁶. Cependant, le manuel de Merger, Lévy et Melchior de 1974 indique que, même si l'échographie est de plus en plus utilisée pour le diagnostic gémellaire, la radiographie reste préconisée pour déterminer la présentation des bébés²⁷. Le manuel de Rivlin, Morrison et Bates de 1986 confirme néanmoins qu'avec l'utilisation fréquente et régulière de l'échographie et de la radiographie, les gémellaires sont désormais presque toujours diagnostiquées²⁸.

Dans les années 1980, la présence ou non de l'appareil pouvant faire l'examen échographique joue certainement un rôle dans la réorganisation des services obstétricaux. Les hôpitaux de niveau 3 se doivent de posséder l'appareil, mais surtout de pratiquer un nombre jugé satisfaisant d'échographies pour le justifier. En 1980 et 1981, les hôpitaux de niveau 3 de la région montréalaise en réalisent plusieurs milliers : 5646 échographies à l'hôpital Lasalle, 3655 à l'hôpital Saint-Luc, 3288 à l'hôpital de Verdun, 2600 à l'hôpital du Sacré-Cœur et 2000 à l'Hôpital général de Montréal²⁹.

Dans un mémoire de maîtrise déposé en 1987, Louise Moreault montre que, de la période 1976-1978 à la période 1982-1985, la fréquence d'utilisation des échographies auprès des grossesses gémellaires augmente de 36% durant la première période à 92% durant la seconde période, ce qui amène le taux de diagnostic des grossesses gémellaires à près de 100%. Cette progression, toujours selon les chiffres de Moreault, est associée à une

²⁵ Guy Morand et Pierre Guimond, « Grossesse multiple : GARE et FARE ». *UMC*, vol. 103 (février 1974), p. 296-300.

²⁶ *Le Soleil*, 5 juin 1976, p. B4.

²⁷ Robert Merger, Jean Lévy et Jean Melchior, *Précis d'obstétrique*, 2^e éd., Paris, Masson et Cie, 1961, p.158.

²⁸ Michel Rivlin, John Morrison et William Bates, *Manual of clinical problems in obstetric and gynecology*, 2^e éd., Boston, 1986, p. 84-86.

²⁹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Statistique 15 août 1981 ».

augmentation étonnamment rapide du taux de césarienne auprès des grossesses gémellaires, qui passe de 19% à 46%³⁰. Le taux de mortalité gémellaire, comme on l'a vu au précédent chapitre, reste alors inchangé.

Une autre pratique qui se répand aussi en clinique est le « monitoring », soit l'action d'enregistrer par ultrasons simultanément les battements de cœur du bébé et la fréquence des contractions tout au long de l'accouchement. Selon Laurendeau, le monitoring fœtal est d'abord introduit au Québec au début des années 1970 comme une « intervention exceptionnelle », s'adressant aux cliniques GARE et dont le taux d'utilisation n'atteint que 0,3% des accouchements en 1971³¹. On ne trouve que peu d'appareils dans la province avant 1973. C'est à partir de 1974 que les hôpitaux s'en procurent et on assiste alors à une augmentation radicale de son utilisation, de 4907% entre 1971 et 1978, pour toucher 16% des accouchements québécois – et probablement davantage de gémellaires. En 1983, Laurendeau affirme que « cette innovation est en train de révolutionner la pratique de l'accouchement [afin] de rendre l'accouchement prévisible et uniforme³² ». Selon un article paru dans l'*UMC* en 1976, le monitoring a été inventé dans le but « rationaliser l'indication de césarienne et rendre quantitatif ce qui est subjectif³³ ». La mesure est particulièrement appliquée aux accouchements gémellaires : le manuel d'obstétrique de Jensen, Benson et Bobak de 1981 insiste pour que le deuxième jumeau soit systématiquement monitoré³⁴.

En 1978, le *Canadian Family Physician* évoque une augmentation fulgurante de l'utilisation du moniteur à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont³⁵. Si, en 1972, on comptait 2031 accouchements dont seulement 26 ont été monitorés (1,3%), en 1977, c'est 1953

³⁰ Louise Moreault, « Issues des accouchements gémellaires 1976-78 et 1982-85 », mémoire de maîtrise (médecine), Université Laval, 1987 52 p.

³¹ France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », p. 211.

³² *Ibid.*, p. 215.

³³ Guimond, Dandavino, Bernier, Gauthier, Boileau Faucher, Laramée et Sansregret, « Le monitoring foeto-maternel », *UMC*, vol.105 (novembre 1976), p. 1685-1694.

³⁴ Margaret Jensen, Ralph Benson et Irene Bobak, *Maternity care : the nurse and the family*, 2^e éd., Toronto, 1981, p. 543-547.

³⁵ Guimond, Dandavino, Bernier, Gauthier, Boileau Faucher, Laramée et Sansregret, « Le monitoring foeto-maternel », *UMC*, vol.105 (novembre 1976), p. 1685-1694.

accouchements qui sont monitorés sur 2309 (85%)³⁶. En 1976, Guimond et ses collaborateurs plaident dans l'*UMC* pour que la technique du monitoring, au départ une technique réservée aux cas à haut risque, devienne un droit de chaque enfant : « Chaque parturiente et son fœtus se doivent et ont le droit d'avoir une surveillance adéquate grâce à cette technique. Ce droit est légitime même si celle-ci n'accouche pas dans un centre spécialisé et même s'il ne s'agit pas d'une grossesse à risque élevée³⁷ ».

Dans ce contexte, on pourrait croire que l'apparition de moniteurs concerne surtout les hôpitaux de niveau 3. Or, il n'en est rien. La propension des hôpitaux à s'en procurer ne répond pas à une logique claire et dépend vraisemblablement de la discrétion des directeurs de département. Souvent, le fait de posséder cet instrument est utilisé comme un argument par les départements qui veulent tirer leur épingle du jeu dans la réorganisation des services en périnatalité³⁸.

En effet, à la fin des années 1970, des demandes de subvention produites par des hôpitaux montrent que l'usage des moniteurs est désormais associé aux bonnes pratiques en matière de grossesses à risque, ce qui peut servir d'argument auprès du MAS. La Cité de la santé, ouverte en 1978, demande 24 000\$ pour l'achat de deux moniteurs en mettant de l'avant sa mission GARE : les demandeurs prévoient faire 3000 accouchements par an, dont 400 césariennes, et affirment que le moniteur apporte un « contrôle plus adéquat du travail pré-partum, une diminution de la mortalité et morbidité périnatale³⁹ ». En 1979, l'Hôpital Général Juif avance des chiffres pour convaincre le ministère qu'il assume *de facto* une mission GARE, qui justifierait l'embauche de plus de personnel et l'achat de deux moniteurs supplémentaires⁴⁰. Ces demandes montrent que des hôpitaux cherchent à créer un état de fait pour se faire reconnaître une mission GARE justifiant l'octroi de

³⁶ Pierre Guimond et Adrien Dandavino, « Grossesse à risque élevé », *Canadian Family Physician*, vol. 24 (novembre 1978), p. 1165-1168.

³⁷ Guimond, Dandavino, Bernier, Gauthier, Boileau Faucher, Laramée et Sansregret, « Le monitoring foeto-maternel », *UMC*, vol.105 (novembre 1976), p. 1685-1694.

³⁸ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Projet de regroupement en obstétrique-gynécologie dans la région de Montréal Métropolitain », documents du comité d'obstétrique-gynécologie, 25 septembre 1981.

³⁹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Demande de subvention Cité de la santé », date inconnue.

⁴⁰ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Demande de subvention hôpital Général Juif », 1979

nouvelles ressources. Le moniteur devient synonyme de GARE et, comme les grossesses gémellaires sont traitées parmi les GARE, celles-ci sont monitorées de plus en plus fréquemment, jusqu'à ce que cela devienne une obligation. En 1990, le manuel d'obstétrique de Ladewing, Lodon et Olds franchit une nouvelle étape en ajoutant pour les accouchements gémellaires, en plus du monitoring continu pour les gémellaires, le « non-stress test » (NST) pendant les suivis et des tests de tolérance aux contractions⁴¹.

TABLEAU 3
Nombre de moniteurs par lit d'obstétrique dans certains hôpitaux montréalais vers 1980

Hôpital	Niveau	Ratio moniteurs/lits	Pourcentage des lits avec moniteur
Sainte-Justine	3	10 pour 66 lits	15%
Royal Victoria	3	8 pour 55 lits	14%
Général juif	3	5 pour 56 lits	9%
Maisonnette	3	3 pour 41 lits	7%
Saint-Michel	2	22 pour 22 lits	100%
Saint-Mary	2	8 pour 60 lits	13%
Lasalle	2	7 pour 30 lits	23%
Saint-Luc	2	6 pour 45 lits	13%
Général Mtl	2	4 pour 37 lits	11%

Source : Archives de l'Université de Montréal, fonds E46, département d'obstétrique, « Statistique 15 août 1981 ».

⁴¹ Patricia Ladewing, Macia Lodon et Sally Olds, *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie*, 2^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 1990, p. 559-560. Le NST un test de suivi réalisé de manière régulière encore de nos jours et qui consiste à mesurer les battements de cœurs des bébés, jumelés aux mouvements de ceux-ci afin de s'assurer qu'il y a des accélérations et un retour à la normale. On observe par le fait même s'il y a absence de contraction.

1.3 La réorganisation des services d'obstétrique

L'idée de clinique GARE fait son chemin au début des années 1970, avant d'être institutionnalisée par des réformes publiques qui désignent en 1975 certains hôpitaux destinés à se spécialiser pour recevoir les GARE. Cette institutionnalisation entraîne une forte augmentation du nombre de grossesses déclarées à risque. Je décrirai cette réforme en m'appuyant, d'une part, sur les travaux de Laurendeau et Rivard et, d'autre part, sur des statistiques conservées dans les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal et concernant le nombre de grossesses à risque traitées par hôpital entre 1980 et 1985⁴².

La première proposition de réorganisation des services d'obstétrique survient en 1974. Elle est notamment détaillée dans un document produit par le comité d'obstétrique-gynécologie pour la région du Grand Montréal sous la coordination du MAS. L'objectif affiché est double : abaisser le taux de mortalité périnatale et rendre les équipes hospitalières plus performantes. La stratégie choisie, axée sur la concentration des services, repose sur la croyance que plus un médecin fait d'accouchements, plus il est compétent, et que le taux de mortalité baissera donc nécessairement si on ferme les cliniques moins fréquentées. Le dossier d'étude à l'origine du projet ne présente toutefois pas de preuve pour supporter cette prémisse. Le document du comité lui-même cherche d'ailleurs à ménager les susceptibilités en disant que le taux de mortalité élevé d'un hôpital ne veut pas dire qu'il y a incompetence. Cette nonchalance de l'argumentaire suggère que l'objectif premier de la réorganisation des services périnataux est d'avantage d'ordre organisationnel et administratif. D'ailleurs, un autre passage du document avance que la baisse du taux de natalité rendrait judicieux de détourner certaines infrastructures vers la gériatrie, dont le bassin va augmenter.⁴³

⁴² AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Statistiques des GARES dans différents hôpitaux ».

⁴³ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Projet de regroupement en obstétrique-gynécologie dans la région de Montréal Métropolitain », documents du comité d'obstétrique-gynécologie, document daté de 1974.

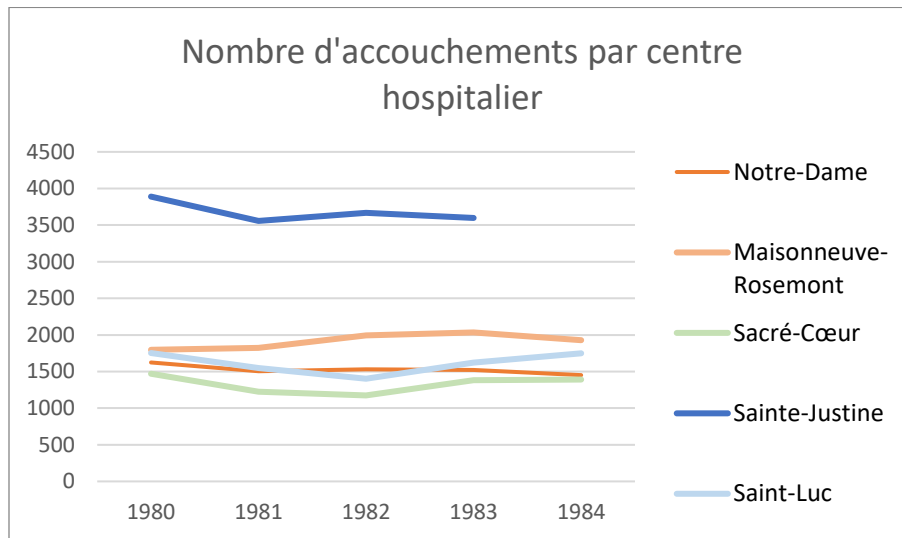
Sur le terrain, la rationalisation est appliquée de façon plus inégale que planifiée. D'une part, le seuil choisi des 2000 accouchements pour attribuer le statut de centre spécialisé en GARE n'est pas nécessairement respecté. D'autre part, le ratio entre le nombre de salles d'accouchement et le nombre de lits postpartum varie d'un hôpital à l'autre, sans que ce ne soit nécessairement en lien avec le niveau de l'hôpital⁴⁴. Certains hôpitaux de niveau 2 ont plus de salles d'accouchement, ou des salles d'accouchement davantage équipées comme on l'a vu, que des hôpitaux de niveau 3.

Ce qui est certain, c'est que l'augmentation du nombre de maternités spécialisées (ou qui veulent se spécialiser) en GARE entraîne une hausse du nombre des accouchements déclarés à risque, même si le nombre total d'accouchements diminue. Comme on le voit dans les tableaux 5 et 6, les chiffres des années 1980 à 1984 montrent un plus grand empressement à déclarer à risque une grossesse ou une catégorie de grossesses, du moins dans les principaux hôpitaux montréalais.

⁴⁴ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « statistiques 15 août 1981 ».

TABLEAU 4

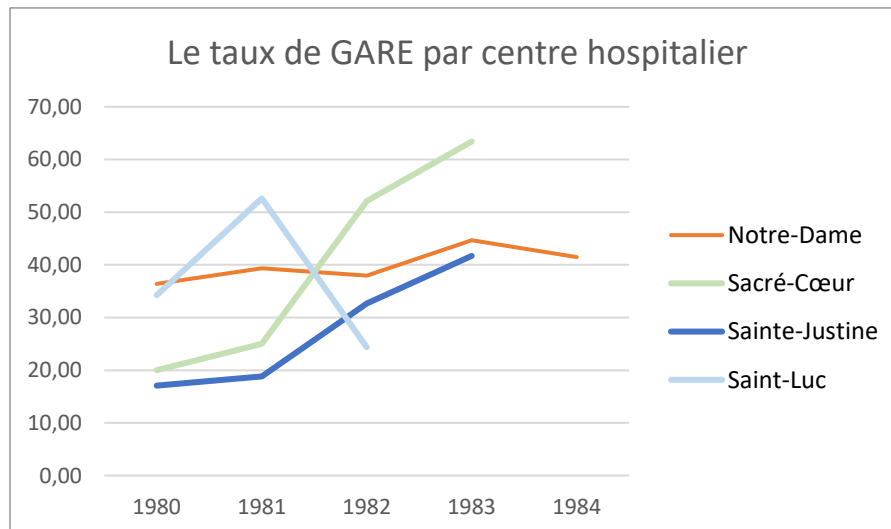
Nombre d'accouchements dans certains hôpitaux montréalais, 1980-1984



Source : Archives de l'Université de Montréal, fonds E46, département d'obstétrique, « Statistiques hospitalières 1980-1984 ».

TABLEAU 5

Taux de GARE dans certains hôpitaux montréalais, 1980-1984



Source : Archives de l'Université de Montréal, fonds E46, département d'obstétrique, « Statistiques hospitalières 1980-1984 ».

Au Québec le nombre d'accouchements qualifiés de « pathologiques » augmente aussi, passant de 8,6% en 1972 à 19,4% en 1977 selon des chiffres proposés dans le *Canadian Family Physician* en 1978. Le pourcentage de GARE augmente aussi durant cette période, de 14,3% à 27,1%⁴⁵. Est-ce qu'il y a plus de GARE ou est-ce la définition de GARE qui s'élargit ? Laurendeau penche pour la deuxième hypothèse⁴⁶. C'est aussi le cas de Madeleine Levasseur, qui associe l'évolution des actes médicaux davantage aux dynamiques de la pratique qu'à l'état de santé des femmes :

Les années 70 ont été marquées par une augmentation importante des interventions obstétricales [...] Le développement de la technologie médicale a sans aucun doute contribué à la multiplication de certaines interventions. Tout en permettant de mieux diagnostiquer la souffrance fœtale, le monitoring, par exemple, a été associé à une hausse des césariennes⁴⁷.

2. LA GÉNÉRALISATION DU DIAGNOSTIC GÉMELLAIRE SUR LE TERRAIN

Après avoir fait un survol de l'émergence et de l'évolution des GARE en général, attardons-nous plus particulièrement au sort des grossesses gémellaires dans ce contexte. L'idée d'un « risque gémellaire » apparaît avec la systématisation du diagnostic de la gémellité. La principale évolution survient sur ce point.

En 1997, un médecin raconte dans *La Presse* que la grossesse gémellaire est devenue « la grossesse à risque typique » et que cela implique qu'il faille la diagnostiquer à l'avance.⁴⁸ Jusqu'aux années 1970, pourtant, ce n'était pas encore le cas et le diagnostic gémellaire se faisait souvent lors de l'accouchement. C'est ce qui est arrivé à une mère mentionnée dans un article de 1983 et qui parle de son accouchement gémellaire en 1962 : cette mère, habituée à ce que ses grossesses ne soient pas suivies par un médecin,

⁴⁵ Pierre Guimond et Adrien Dandavino, « Grossesse à risque élevé », *Canadian Family Physician*, vol. 24 (novembre 1978), p. 1165-1168.

⁴⁶ France Laurendeau, « La médicalisation de l'accouchement », p. 217.

⁴⁷ Madeleine Levasseur, *Évolution des interventions obstétricales au Québec : 1981-1982 à 1987-1988*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'évaluation, Québec, octobre 1990, p. 2.

⁴⁸ *La Presse*, 14 décembre 1997, p. C1-C2.

considérerait sa grossesse comme un état physiologique normal⁴⁹. Ses jumeaux, en bonne santé, n'ont pas eu besoin d'aller dans un incubateur, comme c'était le cas pour les jumeaux à cette époque, parce qu'ils pesaient plus de 6 livres.

Dans les manuels des années 1960 et 1970, il ne va pas de soi du tout que les grossesses gémellaires présentent un facteur de risque élevé. Le manuel d'obstétrique de Morin, paru en 1965, présente encore l'accouchement gémellaire comme très rarement dystocique, en proposant tout de même une intervention systématique pour prévenir des problèmes bénins⁵⁰. Le manuel d'obstétrique de Merger, Lévy et Melchior de 1974 se permet même de détoner des autres ouvrages de cette décennie en présentant l'accouchement gémellaire comme normal, et ses dystocies comme banales et bénignes : « La gemelliparité est une anomalie dans l'espèce humaine, mais anomalie ne signifie pas maladie⁵¹ ». Reprenant une formule qu'on trouvait dans l'édition de 1961, ce manuel annonce que « la conduite à tenir est presque toujours l'abstention⁵² ». Dans une étude relatée dans un article de l'*UMC* de M. Mofid et J.-F.-Roux en 1976, il n'est toujours pas question des gémellaires dans une liste des GARE qui doivent être provoquées⁵³. Le dépassement de terme n'est toujours pas, à cette époque, une inquiétude des médecins qui suivent les gémellaires.

2.1 Du diagnostic au risque gémellaire

Encadrer plus agressivement les accouchements gémellaires impliquerait de diagnostiquer à l'avance la gémellité. Or, comme on l'a vu au chapitre précédent et jusqu'aux années 1970, la présence de jumeaux reste très peu diagnostiquée dans les cliniques, et ce n'était pas quelque chose de recherché. Gilles Amyot note un début d'ambivalence en 1961, dans un texte de l'*UMC* où il décrit deux cas : le cas d'une grossesse multiple ayant été diagnostiquée d'avance et ayant entraîné un suivi gémellaire

⁴⁹ *La Voix de l'Est*, 31 décembre 1983, p. 29.

⁵⁰ Paul Morin, *L'accouchement : atlas de technique opératoire*, Paris, Flammarion, 1965, p. 258-266.

⁵¹ Robert Merger, Jean Lévy et Jean Melchior, *Précis d'obstétrique*, 4^e édition, Paris, Masson, 1974, p. 153.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Massoud Mofid et Jacques-F.-Roux, « Induction de grossesse à risque élevés avec la prostaglandine F ou l'ocytocine intraveineuse et leurs effets sur la mère et le fœtus », *UMC*, vol. 105 (août 1976), p. 1152-1158.

serré à l'hôpital, et le cas d'une autre grossesse multiplie qui n'a été repérée qu'après la naissance du premier bébé à domicile, entraînant le transfert à l'hôpital pour la naissance du deuxième jumeau. Dans les deux cas, les bébés sont nés en bonne santé et ont rapidement obtenu leur congé, une conclusion qui suggère que le suivi serré de la gémellaire ne change pas nécessairement l'issue de la grossesse.

Le ton devient plus catégorique au début des années 1970 dans deux articles parus dans l'*UMC* en 1973 et 1974. En 1974, Guy Morand et Pierre Guimond écrivent que « depuis les 5 dernières années, la littérature médicale a accordé très peu d'importance aux grossesses multiples » malgré que « la grossesse multiple contribue d'une façon plus que significative au taux élevé de mortalité et de morbidité périnatale⁵⁴ ». L'article note qu'il y a eu une augmentation du taux de diagnostics gémellaires : à l'hôpital Maisonneuve, la période 1965-1971 accueille 183 accouchements gémellaires, dont seulement 32% avaient été diagnostiqués avant la naissance, tandis que l'année 1972 voit 25 accouchements gémellaires dont pas moins de 80% avaient été diagnostiqués avant la naissance. Bref, dans cet hôpital, la pratique du diagnostic précoce des grossesses gémellaires change brusquement en 1972. Pour les auteurs, c'est encore trop peu, car le diagnostic précoce leur semble essentiel à la bonne conduite médicale et à la prévention des complications. Cette rapide transformation des pratiques à Maisonneuve est attribuable à la création d'une clinique GARE et à l'inclusion des gémellaires dans ses protocoles par l'équipe en place : c'est un choix, car les auteurs de l'article, deux gynécologues de Maisonneuve, prennent justement la plume pour argumenter que « si on en juge par les complications qui sont plus fréquentes, la gémellaire est vraiment une GARE⁵⁵ ». Ils plaident notamment pour qu'une attention particulière soit portée au diagnostic et pour la pratique de l'hospitalisation hâtive au troisième trimestre dans le but de prolonger la grossesse (cet argument est aujourd'hui désuet). La même année, en 1974, un article de Rolland Bilodeau défend dans l'*UMC* une position similaire, mentionnant aussi l'importance du diagnostic précoce et le fait que la prématurité est plus fréquente chez les gémellaires⁵⁶.

⁵⁴ Guy Morand et Pierre Guimond, « Grossesse multiple : GARE et FARE », *UMC*, vol. 103 (février 1974), p. 296 à 300.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Rolland Bilodeau, « La grossesse multiple », *UMC*, vol. 103 (juin 1974), p. 1108-1110

Ces prises de position pour réorienter toutes les grossesses gémellaires vers les cliniques GARE ne correspondent toutefois pas clairement aux données disponibles à l'époque, y compris celles présentées dans l'*UMC*. Ainsi, dans leur plaidoyer de janvier 1973 en faveur des cliniques GARE, Desjardins et Mercier n'incluent pas les gémellaires dans la patientèle visée. Le tableau ci-bas résume leur étude rétrospective, portant sur 4000 patientes qui ont accouché en 1967-1968, et qui identifie environ 23% d'entre elles comme des GARE⁵⁷.

TABLEAU 6
Fréquence des pathologies en GARE en 1967-1968

Pathologie	Nb de cas	% des 4000 accouchements	% des 933 GARE
Prématurité	205 cas	5,1%	22%
Toxémie	200 cas	5%	21%
Malnutrition fœtale	193 cas	4,8%	21%
Méconium	73 cas	1,8%	8%
Irrégularité du cœur fœtal.	66 cas	1,7%	7%
Iso-Immunsation	44 cas	1,1%	5%
Hémorragie du dernier trimestre	43 cas	1,1%	5%
Diabète	31 cas	0,8%	3%
Autres	78 cas	2%	8%

Source : Paul D. Desjardins et Gilles Mercier, « Évaluation numérique du risque pendant la grossesse », *Union médicale du Canada*, vol 102 (janvier 1973), p. 102-106.

Dans ce tableau, les grossesses gémellaires ayant donné lieu à des complications sont sans doute distribuées parmi les catégories « Autres » et « Prématurité ». Même si

⁵⁷ Paul D. Desjardins et Gilles Mercier, « Évaluation numérique du risque pendant la grossesse », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 102-106.

Desjardins et Mercier prêchent un resserrement de la gestion de risque hospitalière, leur travail de classification n'identifie pas la gémellité comme une source directe des complications.

Ce n'est qu'à partir des années 1980 que les manuels commencent à parler d'un « risque gémellaire » particulier. Dans mon corpus, cela commence avec le manuel d'obstétrique de Jensen, Benson et Bobak de 1981, qui présente l'accouchement gémellaire comme un accouchement à « haut risque » puisque la mortalité gémellaire est cinq fois plus élevée que chez les singletons, et la morbidité de 8 à 10 fois plus élevée.⁵⁸ Les auteurs omettent cependant de fournir les chiffres absolus du risque pour les singletons, ce qui leur évite d'annoncer en chiffres absolus le risque attribué aux gémellaires. C'est aussi dans ce manuel qu'apparaît, pour la première fois dans mon corpus, l'idée que l'accouchement gémellaire doit se faire dans un hôpital qui dispense des soins obstétriques avancés – des cliniques GARE, dans le réseau québécois. Le manuel déplore que l'on « diagnostique moins de 75% des cas de gémellaires », ajoutant que c'est « regrettable parce que des femmes et des enfants manquent de soins.⁵⁹ » Le manuel de Rivlin, Morrison et Bates, paru en 1986, utilise le terme « disproportionné » pour parler du risque gémellaire, un terme qui suggère dans ce contexte l'utilisation de protocoles spécialisés⁶⁰. Cette idée circule aussi chez les résidents de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal : un dépliant de présentation des travaux scientifiques des résidents du 24 mai 1985 annonce une présentation sur le risque gémellaire. On peut y lire qu'« il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur 150 grossesses gémellaires de 1982 à 1984. Où nous étudions le devenir néonatal par rapport à la conduite obstétricale⁶¹ ». Je n'ai pas trouvé ce texte, mais j'aurais bien aimé avoir leur conclusion !

Comme dans les périodes précédentes, c'est en ignorant sa forte corrélation avec la prématurité que les médecins peuvent présenter la gémellité comme intrinsèquement à

⁵⁸ Jensen, Benson et Bobak, *Maternity care : the nurse and the family*, 1981, p. 543-547.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Rivlin, Morrison et Bates, *Manual of clinical problems in obstetric and gynecology*, 1986, p. 84 à 86.

⁶¹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Présentation des travaux scientifiques des résidents », 24 mai 1985.

risque. Cette corrélation est pourtant documentée : la prématurité demeure selon Rolland Bilodeau, dans l'*UMC* de 1974, la grande complication de la grossesse gémellaire ; elle concerne 45 des 78 accouchements gémellaires survenus entre 1969 et 1972 à l'hôpital Notre-Dame, et ce lot inclut cinq enfants mort-nés et onze morts néo-natales (dont sept du second jumeau)⁶². C'est la première fois dans mon corpus qu'on mentionne ce lien entre la prématurité et la mortalité gémellaire plus élevée.

Dès qu'on isole la prématurité plutôt que la gémellité, les arguments pour présenter la grossesse gémellaire comme une grossesse à risque sont les moins bien soutenus dans les textes sur les cliniques GARE. Ces mêmes arguments se retrouvent pourtant plus systématiquement qu'avant dans le discours médical. L'article de Bilodeau est un bon exemple : il argumente que puisque la mortalité gémellaire concerne plus souvent le deuxième jumeau, il convient d'intervenir systématiquement pour la naissance de celui-ci, une prémisse encore d'actualité de nos jours : « En dehors de toute considération de prématurité, le 2e jumeau est plus en danger que le premier. Afin de hâter sa venue au monde, l'accoucheur doit intervenir souvent » par forceps, ocytocique, amniotomie, version interne, grande extraction [...] « l'attentisme n'est pas de mise et c'est une des rares fois en obstétrique où l'accoucheur aura raison d'être interventionniste⁶³ ». L'auteur prétend, sans présenter de chiffres qui peuvent confirmer ce qu'il dit, que la morbidité et la mortalité des jumeaux seront diminuées grâce à ces interventions.

C'est sur cette base que le diagnostic précoce devient important. En sachant qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire, le médecin sera plus enclin à intervenir et jugera essentiel d'avoir un vaste matériel prêt à être utilisé lors de l'accouchement. De plus, étant donné que la prématurité est fréquente chez les gémellaires, le diagnostic précoce permet de les traiter plus étroitement avec le « repos, une diète, des visites fréquentes ainsi qu'une hospitalisation brève⁶⁴. » C'est un changement de temporalité pour la mère, dont le

⁶² Rolland Bilodeau, « La grossesse multiple », *UMC*, vol. 103 (juin 1974), p. 1108-1110.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*

quotidien change à la suite du diagnostic. Le manuel de Vokaer, Barrat, Bossard, Lewin et Renaud, paru en 1983, présente le diagnostic gémellaire comme indispensable et déplore, lui aussi, qu'encore trop de gémellaires ne soient pas diagnostiqués : « le diagnostic précoce est indispensable pour éviter les complications liées aux grossesses multiples⁶⁵ », mais :

[L]oin d'être toujours posé [le diagnostic gémellaire] échappe à l'attention de l'obstétricien 1 fois sur 4. [...] Chez les parturientes qui se présentent pour la première fois, le diagnostic sera fait dans seulement 60% des cas. [...] En routine échographique on doit s'attendre à dépister 80% des gémellaires. Le mieux c'est de développer une « hyperconscience » de la gémellité éventuelle.⁶⁶

Dans son étude sur les issues d'accouchement gémellaire, Louise Moreault note une nette augmentation du diagnostic gémellaire avant l'accouchement, qui passe de 64% des gémellaires en 1976-1978 à 97% en 1982-1985⁶⁷. Cependant, l'auteure note que non seulement « l'augmentation de diagnostic précoce n'a pas fait diminuer le taux de prématurité⁶⁸ », mais en plus « la mortalité ne décline pas en même temps que le déclin des accouchements prématurés⁶⁹. » Cette remarque de Moreault sera confirmée plus tard par une directive clinique de la SOGC parue en 1999 et portant sur l'utilisation de l'échographie pour les soins prénatals courants, qui établit qu'« [u]ne connaissance précoce des grossesses gémellaires n'amène pas une réduction importante de la morbidité ou de la mortalité périnatale⁷⁰ ». C'est dire que le consensus médical très interventionniste, qui prône le diagnostic précoce pour faire baisser la mortalité gémellaire, n'a jamais vraiment reposé sur des fondements solides. Il justifie pourtant, dans les années 1970 et 1980, une forte médicalisation des grossesses et des accouchements gémellaires.

⁶⁵ F. Leroy, « Les grossesses multiples » dans Vokaer Roger, Barrat, Bossard, Lewin, Renaud, *Traité d'obstétrique Tome 1, La grossesse normale et l'accouchement eutocique*, Éd Masson Paris, 1983, p. 623 à 625.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Louise Moreault, « Issues des accouchements gémellaires », p. 2.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 17.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 20.

⁷⁰ Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Lignes directrices sur l'utilisation de l'échographie pour les soins prénatals courants*, Ottawa, SOGC, août 1999, p. 4-5.

2.2 Les protocoles qui se complexifient

Jusqu'aux années 1960, la conduite recommandée aux médecins face aux grossesses gémellaires est presque toujours l'abstention⁷¹. Les choses changent rapidement par la suite. Dans un livre de Macgillivray, entièrement consacré à la grossesse gémellaire et publié en 1975, la complexification des protocoles gémellaires est palpable. Malgré la mention que l'accouchement gémellaire peut être entièrement normal et spontané, l'auteur donne une multitude de directives et d'actions à poser⁷². Il affirme même que « les complications sont si communes dans les grossesses gémellaires, particulièrement près du terme, que cette grossesse pourrait être considérée comme non physiologique⁷³ ». Signe qu'il s'appuie sur des connaissances fragiles, le livre affirme qu'un risque important provoqué par l'absence de diagnostic précoce est le risque d'utiliser durant l'accouchement des ocytociques qui peuvent être dangereux pour les gémellaires, alors même que de nos jours, ces mêmes produits sont utilisés dans presque tous les accouchements gémellaires pour réduire le risque d'hémorragie lors de l'évacuation du placenta.

Cette confiance en l'intervention justifie de conserver ou de recommander des protocoles dont on sait qu'ils peuvent provoquer des complications iatrogéniques. Cette attitude se retrouve déjà dans un article de l'*UMC* paru en 1962, dans lequel Rodolphe Hotte et Charles-A. Attendu notent que l'exploration de l'utérus pour le deuxième jumeau peut mener à une complication appelée « anneau de constriction ». Malgré tout, ils préconisent cette intervention dans une variété de cas où le bébé est en position autre que tête en bas : « Dans ces cas l'on ne doit pas évidemment attendre la fin du repos physiologique et la reprise des contractions, mais intervenir par manœuvres internes, soit la version et l'extraction podalique⁷⁴ », même si ces manœuvres du médecin impliquent le risque d'anneau de constriction.

⁷¹ Merger, Lévy et Melchior, *Précis d'obstétrique*, 2^e éd., 1961, p. 196 à 210.

⁷² I. Macgillivray, P. Nylanders et G. Gorney, *Human multiple reproduction*, Londres, W.B. Saunders, 1975, p. 116-117.

⁷³ *Ibid.*, p. 107.

⁷⁴ Rodolphe Hotte et Charles-A. Attendu, « Anneau de constriction et accouchement du deuxième jumeau », *UMC*, vol. 91 (mars 1962), p. 269-271.

La complexification des protocoles gémellaires se manifeste dans les listes d'équipement requis, qui s'allongent vite à partir du milieu des années 1970. De nos jours, il existe une liste des indispensables pour un accouchement gémellaire : un appareil à échographie dans la chambre, des unités de sang prêtes à être administrées, une chambre assez grande pour un personnel potentiellement deux fois plus nombreux, etc. Dans mon corpus, la première occurrence de cette liste se trouve dans le *Williams Obstetric* de 1980⁷⁵. Dans un manuel d'obstétrique de 1990, cette liste s'allonge encore : monitoring continu, NST, test de tolérance aux contractions.⁷⁶

La confiance parfois induite des médecins attire déjà des mises en garde. En 1978, un article du *Canadian Family Physician* rappelle que le bien-être fœtal et maternel doit primer sur les intérêts du médecin :

Il ne faut surtout pas oublier que le seul objectif dans la surveillance d'une grossesse est la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelle et périnatale et que pour atteindre cet objectif il faut parfois que le médecin traitant et l'équipe périnatale s'oublient pour le plus grand bien-être maternel et fœtal⁷⁷.

Le manque de justification pour l'approche interventionniste pose le problème des violences obstétricales, puisque des traitements ont pu être prodigués sans consentement ni réelle nécessité.

3. LE MÉDECIN ET SON LIEN AVEC LA GÉMELLITÉ

Comme on l'a vu au chapitre précédent, l'autorité du médecin auprès des grossesses gémellaires est bien établie dans les médias dès le début des années 1960. Un article du *Photo Journal* de 1962 affirme que seul le médecin peut définir si les jumeaux sont

⁷⁵ John Whitridge Williams, Jack A. Pritchard et Paul MacDonald, *Williams Obstetrics*, 16^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1980, p. 658.

⁷⁶ Ladewing, Lodon et Olds, *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie*, 1990, p. 559-560.

identiques ou pas, sans toutefois mentionner comment il accomplit cela⁷⁸. Un article de *La Patrie* de 1963 présente le médecin comme le spécialiste à consulter en cas de grossesse en indiquant que l'expert, c'est lui : « En un seul mot, le plus puissant du monde, ce paisible médecin, chercheur par surcroît, résolvait tous les problèmes que pose l'éducation des enfants, jumeaux ou non⁷⁹ ». Or, dans ce même article de *La Patrie*, un médecin associe la gémellité à des risques importants, comme 90% de prématurité ou un taux de mortalité plus élevé; même s'il relativise en rappelant que le taux de mortalité est à la base presque nul et que les femmes ne devraient pas s'inquiéter, il insiste tout de même pour dire qu'un médecin devrait s'occuper de la grossesse gémellaire. Dans un article de *La Tribune* de 1966, la performance du médecin est importante puisqu'on prend la peine de mentionner que « Mme Ramsay a donné naissance à ses jumeaux sous les soins du Dr André Carignan son médecin traitant⁸⁰ ».

Les médias nomment d'ailleurs encore souvent le médecin lors de la naissance de jumeaux, en présentant la chose comme étant un exploit du professionnel : en 1974, *Le Nouvelliste* nomme encore le médecin et le pédiatre qui ont participé à la naissance de jumeaux⁸¹ et un article du *Soleil* de 1980 nomme aussi le médecin, en qualifiant l'accouchement gémellaire de « réussi⁸² ». Le verbe « présider » reste souvent utilisé pour montrer qu'un médecin est responsable d'un accouchement, comme dans un article du *Progrès du Golfe* de 1964.⁸³ Le même article insiste sur les exploits de ce médecin en mentionnant le nombre d'accouchements qu'il a réalisés et le nombre de jumeaux et de triplets qu'il a mis au monde, suggérant encore une fois l'association entre la compétence du médecin et son exposition à des situations jugées atypiques, comme la gémellité. On fait le même constat dans un article de *La Presse* de 1973 qui mentionne que c'est le huitième accouchement de jumeaux réalisé à l'hôpital de Saint-Eusèbe de Joliette : ce texte relie clairement la naissance gémellaire à l'hôpital, en contant que l'accouchée « se repose à l'hôpital Saint-Eusèbe de Joliette », tout en soulignant que « contrairement à ses quatre

⁷⁸ *Photo Journal*, 24 mars 1962, p. 50.

⁷⁹ *La Patrie*, 29 mai 1963, p. 16-17

⁸⁰ *La Tribune*, 3 janvier 1966, p. 1.

⁸¹ *Le Nouvelliste*, 23 décembre 1974, p. 1.

⁸² *Le Soleil*, 15 novembre 1980, p. 7.

⁸³ *Le Progrès du Golfe*, 7 février 1964, p. 6.

accouchements précédents, Mme Paiement n'a eu recours ni à l'anesthésie générale, ni à l'épidurale⁸⁴ ». Bref, les médias continuent de contribuer à une certaine mise en scène de l'accouchement gémellaire, dans laquelle le médecin est omniprésent.

3.1 La gémellité comme performance pour les étudiants en médecine

Les médecins identifient eux-mêmes l'accouchement gémellaire comme une performance de leur part et intègrent cette idée à leur formation. Dans un mémoire des résidents et des internes en stage à l'hôpital de la Miséricorde en 1973, ces derniers se disent insatisfaits de leur stage parce qu'ils sont trop souvent réduits à superviser des parturientes sous pitocin, ce qui ne présente pas de défi particulier puisque cette pratique est devenue courante et banalisée : « À part la surveillance des perfusions oxytocinées, peu d'actes médicaux en cours de travail sont laissés à l'interne (amniotomie, bloc paracervical, prescription des médicaments, etc.⁸⁵ » Le rapport ajoute que « [l]es accoucheurs ne sont pas sensibilisés aux objectifs de l'interne qui sont de savoir faire un accouchement normal [et de] savoir détecter un accouchement qui s'avérera difficile ou impossible⁸⁶ ». Les stagiaires trouvent qu'ils n'ont pas suffisamment accès aux accouchements difficiles et, donc, aux occasions de performance qu'ils jugent indispensables à leur formation. Dans les archives du département d'obstétrique de l'Université de Montréal, plus précisément dans une annexe du document sur la réorganisation des services en obstétrique de 1981, c'est aussi le nombre d'accouchements qui est pris en compte pour juger de la qualité d'un hôpital⁸⁷. Dans une autre évaluation de stage datée de 1983, on constate aussi que les étudiants recherchent l'exposition à ces situations pour se sentir plus compétents :

À l'hôpital Notre-Dame, un des problèmes majeurs réside dans le débit des parturientes qui est réduit. Ainsi on « s'arrache » les futures mères entre internes et externes. Durant la journée, la tâche principale des externes consiste à suivre des syntocinon. L'enseignement y est nul. [...] À l'hôpital Saint-Luc, le malaise

⁸⁴ *La Presse*, 22 janvier 1973, p. 4 et 15

⁸⁵ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Étude déposée par les étudiants en stage à l'hôpital de la Miséricorde », 1973.

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Document pour la réorganisation des services d'obstétrique », annexe, 1981.

est encore plus profond. L'externe participe peu. Pas d'épisiotomie, pas de blocs, très rarement une réparation d'épisiotomie.⁸⁸

Cela dit, même les internes se posent des questions quant à la nécessité de certains actes médicaux : « Il arrive que les indications médicales des perfusions oxytocinées soient douteuses et dans ces cas nous n'avons pas d'éclaircissement de la part des patrons⁸⁹ ». Lorsque la conduite à tenir est l'abstention, il semble qu'elle soit difficile pour les médecins.

3.2 Le risque médico-légal et les violences obstétricales

Un article paru dans le *Canadian Family Physician* de 1984 rappelle que la peur des poursuites serait encore une cause de la médicalisation accrue des jumeaux⁹⁰. Cet article décrit un cas particulier où l'échec du médecin à diagnostiquer précocement la grossesse gémellaire a été déclaré constituer une forme de négligence. Dans ce cas, le médecin et l'infirmière n'avaient pas enregistré le poids comme il se doit, menant le médecin à une mauvaise interprétation. L'affaire est d'autant plus percutante qu'elle met en cause non seulement une erreur technique, mais aussi un manque d'écoute du personnel soignant : la mère s'est dite inquiète de son poids et de la grosseur de son ventre à partir du cinquième mois de grossesse et s'en est plainte au médecin qui, visiblement, ne l'a pas écoutée. Ce manque d'écoute a pu mener à la perte de confiance de la femme envers son médecin qui, lorsqu'elle a perdu le deuxième jumeau, l'a rendu responsable de sa perte. Est-ce qu'un diagnostic gémellaire avant l'accouchement aurait vraiment changé l'issue de la grossesse ? On ne peut l'affirmer. La cour a décidé que la grossesse gémellaire aurait dû être diagnostiquée avant l'accouchement, malgré le fait que tous les médecins de famille qui ont témoigné ont dit que de ne pas diagnostiquer une gémellaire n'était pas synonyme de négligence. Ce genre de jurisprudence peut sûrement stimuler la médicalisation de la jumeauté, y compris comme palliatif à un mauvais contact avec la patiente. D'ailleurs, dans l'un des témoignages recueillis lors du sondage de 2015 auprès de mères de jumeaux, une

⁸⁸ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Évaluation de stages, 1983 ».

⁸⁹ AUM, fonds E46, département d'obstétrique, « Évaluation de stages, 1973 ».

⁹⁰ Clifford S. Amundson, « A case of undiagnosed twins », *Canadian Family Physician*, vol. 30 (octobre 1984), p. 2029-2032.

femme a indiqué qu'on avait insisté pour lui installer le monitoring en continu pour « éviter les poursuites⁹¹ ». La préoccupation des médecins face aux risques médico-juridiques est une autre composante de leur agenda professionnel qui peut primer sur les préférences du patient et qui peut entraîner une violence obstétricale.

Les protocoles gémellaires qui se complexifient augmentent les possibilités de violences obstétricale⁹². Un exemple évocateur est la persistance de l'utilisation du sulfate de magnésium pour faire cesser les contractions en 2010, alors qu'on en avait déjà prouvé l'inefficacité en 1986 dans le manuel d'obstétrique de Rivlin, Morrison et Bates⁹³. Le sulfate de magnésium a pour effet secondaire, entre autres, d'enlever absolument tout tonus musculaire à la parturiente, la rendant complètement prisonnière de son corps en plus de subir d'énormes bouffées de chaleur⁹⁴.

Dès les années 1970, certains professionnels cherchent à réduire les violences obstétricales. En 1975, une étude est produite par une psychologue et un pédopsychiatre à la demande du département d'obstétrique de l'hôpital Sainte-Justine pour évaluer l'état des services⁹⁵ : « Le but avoué était de juger de la distribution des soins [...] vus sous l'angle de l'humanisation et d'apporter les correctifs nécessaires⁹⁶ ». Selon la revue de littérature des auteurs, on trouve peu de souci d'humaniser les services en milieu hospitalier en général. Les chercheurs réalisent une observation, du 13 au 19 décembre 1975, du département d'obstétrique de Sainte-Justine et rédigent un document d'une trentaine de pages, qui est d'une importance historique certaine. Il repose sur des entrevues et sur l'observation d'accouchements et césariennes : « Nous avons groupé des constatations et proposé des recommandations. Nous sommes conscients du rôle dérangeant dont nous nous

⁹¹ Sondage de 2015.

⁹² Stéphanie St-Amant, « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale », thèse de doctorat (sémiologie), Université du Québec à Montréal, 2013, p. 13-14, 32, 42, 118.

⁹³ Sondage de 2015 ; Rivlin, Morrison et Bates, *Manual of clinical problems in obstetric and gynecology*, 1986, 449 p.

⁹⁴ Sondage de 2015.

⁹⁵ Le résumé de l'article sous forme de tableau est disponible en annexe.

⁹⁶ Hélène Gantcheff et Simon Richer, « Humanisation des soins : les services d'obstétrique, de gynécologie et les pouponnières vues de l'intérieur », *UMC*, vol. 105 (septembre 1976), p. 1372-1376.

sommes investis⁹⁷ ». Le document observe des problèmes, encore d'actualité aujourd'hui, qui concernent la continuité de l'accompagnement, l'inclusion des conjoints et l'écoute des besoins psychosociaux des femmes. Il souligne aussi l'imposition aux femmes d'un rôle passif qui est encore de nos jours le propre des cliniques GARE, où les protocoles et le risque induisent une exigence de passivité. Un passage de l'étude me paraît à ce sujet très important :

[I]l faut donc que l'usager des soins soit considéré à part entière comme un interlocuteur valable et compétent, et par conséquent pouvoir appuyer ses efforts à participer activement à ce qui le concerne physiquement et émotionnellement. Les méthodes et les structures administratives hospitalières actuelles vont à l'encontre de cette démarche, poussant les clients à être passifs, à une moins bonne participation, et même au désinvestissement. Est-ce l'image qu'ils renvoient d'eux-mêmes aux professionnels de la santé? ⁹⁸

Autrement dit, est-ce que la passivité entretenue des patients fait en sorte qu'ils soient encore plus déshumanisés par le personnel ? L'intervention des accompagnantes à la naissance en devient d'autant plus pertinente, car elle vise justement à inviter les couples à être moins passifs, même si le contexte de GARE chez les gémellaires impose nécessairement une certaine passivité. Sur ce point, j'ai pu constater dans ma pratique d'accompagnante à la naissance que les femmes enceintes de jumeaux sont soumises à une pression accrue de médicalisation. Celle-ci devient telle que le plan de naissance des parents est souvent abandonné en cours de route et il arrive même que des couples demandent carrément à leur accompagnante de ne pas se présenter le jour J. La passivité apparaît comme inévitable aux parents de jumeaux, qui ne voient pas comment leurs avis ou leurs désirs pourraient être pris en considération.

En conclusion, rappelons que, dans les années 1960 à 1980, les objectifs de réduction de la mortalité et de contrôle des coûts servent de prétexte à l'imposition de mesures plus invasives, indépendamment de leur effet réel sur la santé des personnes pour justifier une réorganisation des soins en obstétrique. Le diagnostic gémellaire se

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

systematise et contribue à créer une politique de gestion du risque gémellaire. Lié irrémédiablement à la gémellité, le médecin veut prendre le contrôle sur les risques médico-juridiques avec une complexification des protocoles gémellaires qui peut engendrer des violences obstétricales. Même si les grossesses gémellaires sont souvent vues d'emblée comme des complications à partir de 1950, ce n'est donc qu'à partir des années 1970 qu'on commence vraiment à parler de risque gémellaire et à les classer d'emblée dans la patientèle des nouvelles cliniques GARE.

CHAPITRE 4

LE VÉCU DES FEMMES 1930 À NOS JOURS

1. LES MÉMOIRES D'ACCOUCHEMENT

Dans les chapitres précédents, j'ai évoqué comment la norme, qui a évolué en deux moments de ruptures, a pu avoir un impact sur la temporalité ainsi que sur l'expérience d'agentivité des mères et des familles de jumeaux avec, entre autres, la complexification des protocoles gémellaires liée aux risques, réels et projetés, mais aussi la possibilité de violences obstétricales. De l'expérience de la médicalisation, ce qui marque les imaginaires collectif et individuels, c'est ce qu'on garde de nos mémoires d'accouchements. Tout le monde participe à celles-ci, que ce soient les mères, les médecins, les sages-femmes, les pères; bref, tous ceux qui évoluent autour d'une femme en train de donner naissance gardent un certain souvenir de cet événement. Ce souvenir est teinté des craintes, des appréhensions, des expériences antérieures de chacun, mais il est aussi fortement orienté par la vision socialement partagée de l'accouchement gémellaire, qui est jugé de plus en plus risqué avec le temps. Ces perceptions, tant individuelles que collectives, participent aussi à l'élaboration de la norme.

Ce chapitre joue un rôle complémentaire aux chapitres d'analyse précédents. Il essaie de combler, en partie, un angle mort important, celui de la perception des mères elles-mêmes qui ont donné naissance à des jumeaux. Dans les chapitres 2 et 3, j'ai pu montrer l'évolution de la norme gémellaire au Québec entre 1930 et 1980 en étudiant principalement des manuels d'obstétrique, les articles de l'*UMC* et des articles de journaux grand public. Ces sources, bien que très riches, ne donnent toutefois pas d'indications claires en ce qui a trait au vécu des femmes concernées.

Au moyen de deux séries de témoignages, les uns recueillis en 2015 auprès de femmes ayant accouché au début des années 2010 et les autres collectés en 2021 auprès de femmes ayant accouché entre 1930 et 1980, j'utiliserai les mémoires des mères interrogées afin de remettre en perspective la représentation maintenant répandue de la naissance gémellaire, c'est-à-dire une naissance compliquée et hasardeuse. En effet, j'ai pu constater qu'en fait, une majorité des naissances gémellaires se déroulaient tout à fait normalement.

2. LE SONDAGE PORTANT SUR LA PÉRIODE 1930-1980

Au moyen d'un questionnaire en ligne, disponible en annexe, complété par la lecture d'articles de journaux d'époque, j'ai recueilli neuf témoignages de mères ayant donné naissance à des jumeaux entre 1952 et 1988. Mon objectif était de connaître davantage le vécu de ces femmes, leurs perceptions, de même que de documenter les normes et pratiques appliquées lors des accouchements. J'ai d'abord posé une série de questions générales portant sur le type de jumeaux, le lieu d'accouchement, le poids des bébés, etc. Puis j'ai posé des questions sur le contexte dans lequel a eu lieu la naissance gémellaire. Le questionnaire a été diffusé et rendu disponible sur les réseaux sociaux pendant l'été 2021 et l'analyse des données a été faite au cours de l'automne 2021. Afin de conserver l'anonymat des participantes, j'ai attribué à chacune un nom fictif. Parmi ces témoignages, ceux de Nanette et Julienne ne proviennent pas du sondage, mais bien de documents que j'ai pu trouver et qui relatent des témoignages du même genre, soit un résumé de l'accouchement publié au sujet des jumelles Dionne ainsi qu'une publication dans un journal sur l'expérience de la mère d'une célébrité.

Dans cette section, je dresserai d'abord un éventail des informations recueillies grâce à ces onze témoignages, après quoi j'analyserai ce qu'ils nous disent sur l'expérience des femmes, sur la prévalence des complications et des interventions, et sur les souvenirs qui ont marqué les mères de jumeaux.

TABLEAU 7
Profil des répondantes au sondage de 2021

Nom fictif	Année	Lieu	Salle	Naissance
Nanette	1934	Ontario	Domicile	Vaginale
Laurette	1952	L'Ascension, Matapédia	Domicile	Vaginale
Julienne	1962	Montréal	Salle d'acc.	Vaginale
Gisèle	1964	Royal Victoria, Montréal	Salle d'op.	Césarienne
Jeanne	1966	Brome-Missisquoi, Cowansville	Salle d'acc.	Vaginale
Monique	1968	Charles Lemoyne, Longueuil	Salle d'acc.	Vaginale
Louise	1968	Sainte-Croix, Drummondville	Salle d'acc.	Vaginale
Chantale	1980	Hôtel Dieu, Sorel	Salle d'acc.	Vaginale
Sylvie	1983	Ste-Justine, Montréal	Salle d'op.	Césarienne
Carole	1988	St-François d'Assise, Québec	Salle d'op.	Césarienne

Source : Sondage de 2021.

Cet échantillon contient les témoignages d'une femme ayant accouché dans les années 1930, d'une femme ayant accouché dans les années 1950, de cinq femmes ayant accouché dans les années 1960, d'une femme ayant accouché dans les années 1970 et de trois femmes ayant accouché dans les années 1980. Dans 82% des cas, soit les neuf cas datés d'après 1952, l'accouchement a eu lieu en institution. Les trois accouchements (27%) qui ont eu lieu en salle d'opération étaient des césariennes (dont deux après 1980), tandis que les huit autres (73%) étaient des accouchements vaginaux.

Fait intéressant, seulement deux des onze accouchements (18%) ont été provoqués. Une seule naissance, survenue dans les années 1980, a fait participer des bébés de plus de

6 livres ; six accouchements (55%) concernent des naissances de faible poids et, dans quatre cas, je n'ai pas pu avoir cette information. Le diagnostic de gémellité est survenu à des moments différents selon les femmes : quatre diagnostics (36%) n'ont eu lieu qu'à l'accouchement, quatre autres ont été faits durant la grossesse après un examen clinique (palpation et/ou écoute des battements de cœur des bébés) et seulement trois (27%) des diagnostics ont été faits par échographie, tous après 1980. Aucune particularité chronologique ne vient distinguer ces deux groupes. Seules deux femmes ont subi une radiographie (en 1964 et 1968) et six cas sur onze n'ont vécu ni échographie, ni radiographie.

Lors de l'accouchement, cinq femmes sur onze ont été endormies. Ce nombre inclut les trois cas de césariennes ainsi qu'une femme qui n'a été endormie que pour la poussée du deuxième bébé, et ce à domicile en 1952. Une femme a refusé d'être endormie, même si le premier bébé se présentait en siège et nécessiterait peut-être des manœuvres douloureuses (l'événement survient en 1980, alors que l'accouchement du siège commence à être rare). Une seule femme rapporte avoir été attachée, en 1988 pour une césarienne. Le père a été présent pour seulement deux cas, soit le plus ancien (1934) et le plus récent (1988). Tous les autres pères étaient absents de la salle d'accouchement. L'une des femmes a mentionné ne pas avoir voulu qu'il soit présent¹. Enfin, des complications affectant la mère sont survenues dans quatre accouchements (36%), des complications affectant les bébés sont survenues dans deux cas (18%) et, au total, six accouchements se sont déroulés sans complication (55%). Sur les onze paires de jumeaux concernés, un couple de bébé est décédé.

Voyons à présent ce que j'ai pu retirer de l'analyse de ces témoignages. J'ai d'abord dressé des comparaisons sur l'expérience vécue en ce qui concerne le lieu d'accouchement, la découverte de la grossesse gémellaire, le fait d'être endormie et l'importance de la religion. J'ai ensuite abordé la délicate question des complications, qui, somme toute

¹ Au sujet de la présence des pères à l'accouchement, voir Andrée Rivard, *De la naissance et des pères*, Montréal, Remue-ménage, 2016, 189 p.

n'arrivent pas si souvent, mais qui laisse croire les femmes que si les choses se passent bien, c'est nécessairement dû à la chance. J'ai terminé avec les souvenirs que les mères ont gardés de leur expérience, qui sont parfois douloureux.

2.1 L'expérience

Les raisons qui ont poussé les participantes à choisir leur lieu d'accouchement tournent souvent autour de la proximité. C'est le cas pour Laurette (1952), Jeanne (1966), Louise (1968) et Chantal (1980). Gisèle (1964) indique que c'est plutôt parce que sa grossesse était jugée très à risque qu'elle a accouché à l'hôpital où était affilié son médecin spécialiste. Même chose pour Sylvie (1983) dont la grossesse était déclarée à risque en raison de fausses couches passées et d'un utérus rétroversé : « On m'avait dit que je serais incapable de mener une grossesse à terme² ». Carole (1988) a pour sa part été transférée dans un hôpital spécialisé en prématurité au moment de son accouchement. Par contre, pour Julienne (1962), il était hors de question d'accoucher ailleurs qu'à la maison :

En avril 1962 [...] j'avais préparé ma chambre, car il n'était toujours pas question d'aller à l'hôpital [...] [le médecin] est arrivé avant même qu'on lui ait téléphoné. Il voulait m'examiner. Il ne me trouvait pas très en forme. De plus j'avais les jambes enflées. Il a insisté pour me faire une pique pour me calmer. Puis, il est allé dans ma garde-robe prendre mon manteau et m'a dit : « cette fois-ci ma belle pas question d'accoucher à la maison. On va à l'hôpital [...] On ne prend pas de chance ! » Et pour la première fois, je me suis retrouvée dans une salle d'accouchement³.

Le moment du « diagnostic gémellaire » est une part importante de l'expérience des mères. Apprendre qu'on attend des jumeaux, c'est souvent un grand choc ! Certaines, cela dit, s'y attendaient, comme Chantale (1980) : « À l'échographie la technicienne a dit, on voit clairement deux têtes et j'ai répondu, je le savais »⁴!

Certaines femmes profitent de l'occasion pour tisser une forme de ritualisation autour de l'événement :

² Sondage de 2021, Sylvie, 1983.

³ Sondage de 2021, Julienne, 1962.

⁴ Sondage de 2021, Chantale, 1980.

Le médecin lui a dit [qu'elle attendait des jumeaux] lors de l'un de ses examens. Ma mère était très contente, mon père aussi quand il l'a su. Il y avait déjà des jumeaux du côté de mon père, un de ses frères avait des jumeaux. Après chacun de ses rendez-vous chaque semaine, ma mère achetait une petite auto pour les bébés, elle ne savait pas que c'était des garçons, mais elle voulait tellement que ça soit des garçons⁵.

Comme on l'a vu aux précédents chapitres, il arrive que le médecin soit au courant avant la mère, parce qu'il retient l'information ou qu'il craint de se tromper : « [Je l'ai appris à] 2 mois et 3 semaines de grossesse, parce que j'étais déjà suivie depuis mes deux premières semaines (grossesse à risque), je l'ai appris à l'échographie, mais mon médecin le savait déjà, l'utérus était beaucoup trop haut pour le terme⁶ ». D'autres n'apprennent la grande nouvelle qu'à l'accouchement ! « Je n'étais pas au bout de mes surprises. Quelques heures plus tard, j'étais mère de jumeaux. Deux d'un coup. Comme j'avais toujours refusé de voir le médecin pendant ma grossesse, vous parlez d'une surprise !⁷ »

Pour certaines, la nouvelle est difficile à prendre et est d'autant plus ardue à accepter qu'elle n'est connue que tardivement, voire après l'accouchement dans le cas de Jeanne (1966) :

Comme je n'attendais pas de jumeaux et que j'espérais avoir une petite fille, la nouvelle fut un peu difficile à accepter et je pense que les infirmières ont dû s'en rendre compte, car on m'a amenée les voir à travers la fenêtre de la pouponnière et on me les a amenés un à un quelques jours plus tard... Au retour à la maison, j'avais une de mes sœurs qui habitait le loyer à côté et elle venait m'aider pour les repas, les bains, etc. Heureusement [...] Je l'ai su en accouchant... Après que le premier bébé fut né, on m'a dit qu'il fallait me rendormir, car un autre bébé se présentait⁸...

Comme on le voit dans ce témoignage, certaines femmes ont été endormies pendant leur accouchement. L'anesthésie, lorsqu'elle est utilisée, mais aussi lorsqu'elle ne l'est pas, a une influence sur l'expérience des femmes. C'était la norme surtout dans les années 1950,

⁵ Sondage de 2021, fille de Gisèle, 1964.

⁶ Sondage de 2021, Sylvie, 1983.

⁷ Sondage de 2021, Julienne, 1962.

⁸ Sondage de 2021, Jeanne, 1966.

mais la pratique a perduré, même lorsque les femmes mentionnaient clairement qu'elles voulaient être conscientes pour la naissance de leur enfant :

[J'ai] perdu les eaux vers 23h00, arrivée [à] l'hôpital vers 2h00 am et on a constaté que le premier bébé était un siège donc on a fait examen et on me disait que peut-être il y aurait césarienne... Oh que non... on ne m'endormirait pas... [Je n'ai eu] aucun médicament. [J'ai accouché de façon] naturelle. Je voulais vivre ce moment⁹.

Le fait d'accoucher à la maison n'empêchait pas nécessairement que les femmes soient endormies. « Ma mère m'a raconté qu'elle nous avait eus à la maison, et naturellement. Moi j'ai arrivé en premier, je suis née à midi moins vingt et ma jumelle elle se présenta par le siège, il a fallu qu'il endorme ma mère pour retourner l'enfant et elle est née à midi¹⁰ ». Même si elle n'était pas aussi courante qu'aujourd'hui, la péridurale pouvait être utilisée dans les années 1960 pour une césarienne : « Ma mère devait avoir une césarienne, mais dû à son manque d'oxygène le médecin ne pouvait pas l'endormir. Elle a eu une épidurale »¹¹.

Dans les années 1930, la religion prenait une place importante dans la gestion de la peur et de la douleur des parturientes. L'une des sages-femmes de Nanette (1934) rapporte avoir prié et pleuré avec elle. Nanette aurait embrassé les pieds d'un crucifix et n'aurait pas lâché son chapelet de tout l'accouchement. Dans les années 1960, la religion prenait encore une place importante :

Le médecin a demandé à mon père, s'il y avait complications, qui devait-il sauver, la mère ou les bébés ? L'église catholique, à l'époque, disait qu'il fallait sauver les bébés coûte que coûte même si la mère devait en décéder, mais mon père a répondu au médecin, sauve ma femme, qu'est-ce que je vais faire tout seul avec deux bébés¹².

⁹ Sondage de 2021, Chantal, 1980.

¹⁰ Sondage de 2021, fils de Laurette, 1952.

¹¹ Sondage de 2021, fille de Gisèle, 1964.

¹² Sondage de 2021, fille de Gisèle, 1964.

2.2 Les complications

Les expériences d'accouchement sont fréquemment teintées par les complications, que ce soit celles attendues « parce que ce sont des jumeaux » ou celles qu'on n'a pas vu venir et qui déstabilisent. Même si elles ne sont pas aussi généralisées qu'on pourrait le croire, les complications sont plus fréquentes chez les gémellaires que chez les singletons et elles laissent une marque indélébile dans l'esprit des mères, ce qui peut avoir contribué à teinter les mémoires d'accouchement gémellaire. Sylvie (1983) fait ce récit détaillé des complications vécues lors de la naissance de ses jumeaux :

J'ai eu des hémorragies suite à l'accouchement. Il y avait à cette époque un scandale de sang contaminé et j'avais fait jurer à mon médecin qu'il ne me donnerait une transfusion que si j'étais à l'orée de la mort. J'ai perdu énormément de sang et je me suis retrouvée épuisée par le travail et par la césarienne. J'ai été pendant 4 jours « dans les limbes » complètement avec de courts moments d'éveil seulement. Une semaine plus tard, j'ai reçu mon congé tôt le matin [...] La 3^e nuit du retour à la maison (10^e jour après l'accouchement), un des deux bébés pleurait. En voulant me lever, je me suis retrouvée tout étourdie, je me suis assise par terre et j'ai appelé mon mari: « va t'occuper de la petite, je ne suis pas capable d'y aller ». Quand il a eu terminé de s'occuper des deux bébés, j'étais toujours assise à terre dans le passage. J'ai appelé à l'hôpital et c'est une des infirmières qui était avec moi durant le travail qui m'a répondu. Elle m'a demandé si mes pertes vaginales étaient odorantes. Ça sentait l'ammoniaque. Elle m'a dit de venir à l'hôpital le plus rapidement possible. Finalement, on a parlé de fièvre puerpérale. Des morceaux de placenta étaient restés dans l'utérus qui s'était infecté. J'ai subi un curetage et été mis sous antibiotiques par intraveineuse (sept jours à l'hôpital)¹³.

Des mères de jumeaux constatent une médicalisation de la gémellité lorsqu'elles comparent leur expérience avec celles de nos jours et certaines le déplorent. « Je trouve qu'aujourd'hui, ils sont très interventionnistes avec la grossesse de jumeaux, il ne faut pas oublier que certaines grossesses se passent très bien et que pour d'autres c'est plus difficile, mais on les met tout de suite dans les grossesses à risque¹⁴ ». Les témoignages recueillis illustrent cette évolution. Par exemple, de nos jours, un premier bébé en siège entraîne une césarienne d'emblée. Pourtant, lors de l'accouchement de Chantal en 1980, la pratique de l'accouchement du siège faisait encore partie de la normalité : « Oui ce fut naturel... mon gars à 11h27 [par le] siège et ma fille, dont j'ai rien senti, 4 minutes plus tard à 11h31.

¹³ Sondage de 2021, Sylvie, 1983.

¹⁴ Sondage de 2021, Carole, 1988.

Un des plus beaux jours de ma vie, j'ai été chanceuse, un bel accouchement malgré le siège »¹⁵.

Pour gérer les complications, on a de plus en plus utilisé la technologie. Par exemple, les témoignages confirment que la pratique du moniteur en continu s'est généralisée dans les années 1980. Il était aussi moins rare qu'une naissance gémellaire dépasse le terme prévu :

Les bébés sont nés à 39 semaines [considérée une semaine en retard, la norme était 38 semaines pour une grossesse gémellaire à cette époque]. J'ai été provoquée avec un médicament, 22 heures de travail, couchée sur le dos avec deux moniteurs, plus tard, ils ont branché un des moniteurs sur la tête du bébé, ce que j'ai trouvé très dur. L'électrode me faisait très mal, ils l'avaient branché dans le col de mon utérus [au lieu de la tête du bébé]. Il y a eu un changement de chiffre (de personnel). Le médecin qui m'a ensuite examinée s'est rendu compte que le moniteur était mal branché tout ce temps¹⁶.

La gémellité a aussi pu affecter l'expérience de l'allaitement. Très peu de mères de jumeaux ont pu les allaiter, la prématurité étant généralement la justification du non-allaitement : « Les bébés sont restés un mois dans l'incubateur... Pas question de les allaiter¹⁷ » ; « Mon seul regret est de ne pas les avoir allaités, car c'est ce qu'on me conseillait et avec ce que je sais aujourd'hui je l'aurais fait et j'aurais transporté mon lait¹⁸ ». Il arrive pourtant que cela se passe bien : « Je sais que ma mère nous a nourris au sein et que ç'a bien été¹⁹ ». D'autres fois, ce sont les complications liées à l'accouchement qui font en sorte que l'allaitement est plus difficile : « J'ai essayé d'allaiter, les bébés ont eu le colostrum, mais j'étais très faible et j'avais beaucoup de douleurs²⁰ ».

Malgré les interventions, certaines participantes gardent de très bons souvenirs de leur expérience. Ce qui est intéressant, c'est que la plupart des mères relie cette fin

¹⁵ Sondage de 2021, Chantal, 1980.

¹⁶ Sondage de 2021, Sylvie, 1983.

¹⁷ Sondage de 2021, Jeanne, 1966.

¹⁸ Sondage de 2021, Carole, 1988.

¹⁹ Sondage de 2021, fils de Laurette, 1952.

²⁰ Sondage de 2021, Sylvie, 1983.

heureuse à la « chance », comme si l'accouchement gémellaire était à la base si risqué qu'il en devenait improbable que cela se passe bien. « [Je garde] de merveilleux souvenirs, il y avait toujours quelqu'un pour prendre soin de moi ou les enfants. Du vrai soutien. Un des plus beaux jours de ma vie, j'ai été chanceuse²¹ ». Même son de cloche chez Carole qui dit : « J'ai été chanteuse, je garde un beau souvenir du personnel hospitalier [...] J'ai été choyée d'avoir été respectée, aujourd'hui je me demande si ça ne se serait passé autrement. Ils ont été très gentil et m'ont amenée en civière à la pouponnière des soins voir mes jumeaux, ce fut un beau cadeau de la vie pour moi »²².

2.3 Les souvenirs douloureux

Ces souvenirs, lorsqu'ils sont douloureux, laissent une empreinte chez les femmes interrogées. Il y a parfois des émotions difficiles à vivre, comme le sentiment de culpabilité ou encore le sentiment d'être isolée de son enfant. Comme la moitié des jumeaux naissent de manière prématurée, la norme est souvent de les mettre dans un incubateur, ce qui isole les bébés de leur mère : « Je leur en ai voulu beaucoup de s'occuper de mes jumeaux et que moi je ne pouvais rien faire. Les jumeaux étaient sur une table, branchés de partout et les machines qui ne cessaient de crier²³ ». Certaines femmes sont marquées à vie et trouvent difficile de parler de leur accouchement : « Quand elle m'en parlait [de son accouchement gémellaire], je voyais que c'était toujours très douloureux même après toutes ces années²⁴ ». Pour Monique (1968) et Denise (1974), le souvenir est extrêmement douloureux. En effet, on leur avait annoncé des jumeaux pendant la grossesse mais, lors de l'accouchement, ce ne fut qu'un seul bébé qui leur a été remis... Denise savait que quelque chose n'allait pas bien pendant son accouchement : « ça brassait en arrière du drap²⁵ ».

²¹ Sondage de 2021, Chantal, 1980.

²² Sondage de 2021, Carole, 1988.

²³ Sondage de 2021, Carole, 1988.

²⁴ Sondage de 2021, fille de Gisèle, 1964

²⁵ Sondage de 2021, Denise, 1974.

3. LE SONDAGE PORTANT SUR LES ANNÉES 2010

Dans un registre plus actuel, avant de faire mon mémoire de maîtrise, j'ai effectué en 2015 un petit sondage sur Facebook, dont le questionnaire est disponible en annexe et auquel 55 Québécoises ont participé. Mon but à l'époque était de dresser un portrait des conditions d'accouchement gémellaire au début des années 2010. Les questions étaient courtes et permettaient souvent de répondre par oui ou non. Certaines femmes ont ajouté des commentaires que j'ai pris en note également. Malgré l'aspect informel de cette enquête, elle demeure pertinente à titre indicatif et exploratoire parce qu'elle nous informe sur un passé récent et permet de risquer une comparaison avec les témoignages recueillis pour la période 1930-1980. J'expose ici des témoignages qui éclairent l'expérience concrète de l'évocation des facteurs de risque, des manifestations du contrôle médical et les sentiments vécus par des mères.

3.1 L'expérience des facteurs de risque

Il semblerait que l'habitude de faire pousser les femmes en salle d'opération « au cas où » soit souvent présentée comme obligatoire et non négociable et ce, même lorsqu'il s'agit d'une grossesse gémellaire qui présente moins de risques. Pour 47% des cas accouchements vaginaux recensés dans le sondage, la poussée a eu lieu en salle d'opération, contre 53% en salle d'accouchement : « La poussée était planifiée en salle d'opération, mais comme la salle disponible était plus loin et que ça allait bien, le médecin a décidé qu'on pouvait rester dans la salle d'accouchement²⁶ ». La raison pour laquelle le personnel présente cette option comme étant non négociable est la présence d'un risque de devoir aller en césarienne pour le deuxième bébé. Or, cela ne s'est avéré que pour deux femmes parmi les 55 répondantes, soit 3,6% de l'échantillon. D'ailleurs, le *William's Obstetric* de 2014 parle d'un risque de 4,2% de devoir aller en césarienne pour le deuxième bébé lorsque le premier bébé est né par voie basse²⁷.

²⁶ Sondage de 2015, témoignage #1.

²⁷ Nicholson J. Eastman, *Williams Obstetrics*, 24^e éd., New-York, Appleton-Century-Crofts, 2014, ch. 24.

Le sondage a permis de montrer que les femmes enceintes de jumeaux ne présentent pas systématiquement les facteurs de risque censés exclure la possibilité, par exemple, d'un suivi de sage-femme. D'une part, l'interdiction pour les gémellaires d'entamer un suivi de sage-femme repose en partie sur leur risque accru de présenter l'une des trois principales conditions éliminatoires que sont le diabète gestationnel, la pré-éclampsie ou le streptocoque B. Or, parmi les 55 répondantes, 35 ont indiqué n'avoir présenté aucune de ces conditions au fil de leur grossesse, suggérant qu'un suivi de gémellaire sans complication est clairement possible, voire assez fréquent. D'autre part, il est vrai qu'un grand fléau de la gémellité est la prématurité, qui touche presque 50% des grossesses gémellaires²⁸. Toutefois, on dit d'un bébé qu'il est prématuré lorsqu'il naît avant la 37^e semaine et 29 des 55 répondantes au sondage (53%) ont, sur cette base, accouché à terme ; parmi celles qui ont accouché de façon prématurée, dix ont par ailleurs accouché durant la 36^e semaine, ce qui, dans le monde gémellaire, est pratiquement à terme.

3.2 Le contrôle

Selon un texte paru dans la revue *Cochrane*, le monitoring en continu ne présente aucun avantage, et on devrait lui préférer le monitoring intermittent au moyen du Doppler pour la surveillance du rythme fœtal pendant l'accouchement²⁹. Pourtant, dans les hôpitaux québécois des années 2010, le monitoring en continu durant l'accouchement est présenté comme obligatoire et non négociable pour beaucoup de femmes qui attendent des jumeaux. À la question « on a insisté pour que j'aie le monitoring en continu », 29 ont répondu oui (52,7%), 18 ont répondu non (32,7%), 7 n'ont rien noté (12,7%) et 1 n'en a pas discuté (1,8%). Une femme a indiqué qu'on avait explicitement insisté pour « éviter les poursuites³⁰ » et une autre dit avoir « senti [qu'elle] n'avait pas le choix »³¹. Une autre encore a indiqué qu'elle aurait vraiment aimé avoir moins de monitoring : « j'ai arraché les

²⁸ Gisèle Séguin, *Jumeaux : mission possible*, Montréal, Éditions CHU Ste-Justine, 2016, p. 45-48.

²⁹ Zarko Alfirevic, Gillian Gyte, Anna Cuthbert et Declan Devane, « La cardiotocographie en continu (CTG) comme moyen de surveillance fœtale électronique pour l'évaluation fœtale pendant le travail », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (février 2017) [En ligne], <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full> (Page consultée le 8 septembre 2022).

³⁰ Sondage de 2015, témoignage #2.

³¹ Sondage de 2015, témoignage #3.

élastiques à la fin de la poussée³² ». Cette attitude n'est pas rare chez les parturientes. Une femme a même mentionné : « je me débranchais moi-même pour pouvoir bouger³³ ». Pour d'autres cependant, c'est une pratique qui les a réconfortées puisqu'elles pouvaient entendre toujours le cœur de leurs bébés.

Une forme intrusive d'interventionnisme médicale auprès des femmes enceintes de jumeaux est l'insistance, à partir de la 37^e semaine, pour provoquer l'accouchement. Alors qu'avant ce cap, chaque jour est une journée gagnée face au risque de prématurité, chaque jour passé la 37^e semaine augmente désormais le risque que les placentas se fatiguent et causent des problèmes aux bébés. Pour cette raison, la plupart des hôpitaux ont pour règle de provoquer l'accouchement à 38 semaines. Cette pratique est souvent présentée, elle aussi, comme obligatoire et non négociable : « Le médecin ne voulait pas dépasser 38 semaines. Je n'ai pas argumenté³⁴ » ; « C'était la procédure de provoquer à 38 semaines pour des jumeaux, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui³⁵ » ; « On a insisté pour que je sois provoquée parce qu'il n'y avait qu'un seul médecin qui acceptait de faire mon accouchement parce que bébé 2 était en siège³⁶ ». Cette insistance explique que, alors que 29 répondantes au sondage ont mené leur grossesse à terme, pas moins de 24 ont déclaré avoir été ainsi induites, tandis que cinq n'ont pas répondu à la question. Certaines ont mentionné que les médecins n'ont pas eu à insister explicitement mais que la procédure a été présentée comme incontournable, ce à quoi elles se sont pliées. Un tel résultat pose la question de l'existence même de l'accouchement spontané à terme chez les gémellaires.

Un accouchement induit change l'expérience des femmes : « Si c'était à refaire, je ne me referais pas provoquer; je laisserais la nature faire les choses. [...] je n'ai pas été bien coachée sur ce que j'avais le droit de faire (ballon, bain, marcher). Quand tu es ploguée de partout, tu oses pas.³⁷ » Beaucoup de femmes ont mentionné la présence « d'une foule »

³² Sondage de 2015, témoignage #4.

³³ Sondage de 2015, témoignage #5.

³⁴ Sondage de 2015, témoignage #6.

³⁵ Sondage de 2015, témoignage #7.

³⁶ Sondage de 2015, témoignage #8.

³⁷ Sondage de 2015, témoignage #9.

à leur accouchement. Si cela en a amusé certaines, pour d'autres, ç'a été clairement dérangeant. Faut-il se surprendre qu'on ait tant besoin de stimuler le travail des gémellaires quand il y a tous ces spectateurs autour d'elles à les scruter?

Même si la césarienne est perçue par plusieurs acteurs comme étant pratiquement incontournable avec des jumeaux, une publication de la revue *Cochrane* affirme qu'elle ne concernerait que 30 à 40% des grossesses gémellaires³⁸. De nos jours, les césariennes sont planifiées sur la base de la présentation des jumeaux par rapport à la sortie. En théorie, si les deux bébés se présentent tête première, ou si le second bébé est en siège mais que le premier est en tête, l'accouchement pourrait avoir lieu vaginalement. Mais dans la pratique, beaucoup de médecins optent tout de même pour la césarienne dans ce dernier cas, n'étant pas assez à l'aise avec la méthode de la grande extraction³⁹. De même, lorsque le premier bébé est en siège, les médecins choisiront d'emblée une césarienne puisque la méthode de l'accouchement du siège s'est perdue avec les années. Sur les 55 Québécoises sondées, 24 seulement ont fini en césarienne (44%), dont trois pour le second bébé seulement (5%). Dans ce groupe, quinze césariennes avaient été planifiées à l'avance et six ont été décidées au cours de travail ou en situation d'urgence.

Chez les gémellaires, on présente souvent la péridurale comme étant obligatoire, mais le sondage suggère que cela varie en fait beaucoup selon le médecin et son ouverture : « On m'a parlé de la péri, dit une participante; j'ai demandé si c'était mieux ou si le médecin le demandait pour des jumeaux et on m'a dit que non⁴⁰. » D'autres récits montrent aussi que les façons d'aborder le sujet avec la femme varient beaucoup et ne suivent pas toujours un protocole défini : : « La péri était obligatoire, mais je l'ai eu trop tard, à 10 cm⁴¹ » ; « À ma 3^e demande pour retarder la péri, on m'a finalement informée de la

³⁸ G. Hofmeyr, J.F. Barrett et C.A. Crowther, « Planned caesarean section for a twin pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (décembre 2015) [En ligne], https://www.cochrane.org/CD006553/PREG_planned-caesarean-section-twin-pregnan (Page consultée le 29 août 2022).

³⁹ Geste qui consiste à aller chercher le bébé par les pieds et le tirer vers la sortie. Aussi appelée version podalique.

⁴⁰ Sondage de 2015, témoignage #12.

⁴¹ Sondage de 2015, témoignage #13.

possibilité de ne pas l'avoir⁴² » ; « Si mon médecin n'avait pas eu le bras dans le plâtre, je l'aurais fait sans péridurale⁴³ ».

3.3 Les sentiments

Beaucoup de mamans de jumeaux ont témoigné de la tristesse, voire de la détresse, vécue parce qu'on ne leur avait pas permis de faire du « peau à peau » après la naissance. Si pour certaines, ce refus était dû à une nécessité médicale, pour d'autres, il découlait plus de la routine hospitalière, ce qui augmente leur amertume. « À Sainte-Justine, tous les bébés nés avant 37 semaines doivent obligatoirement faire 24h en pouponnière... donc pas eu de peau à peau même si l'accouchement s'est bien passé et que les bébés étaient en super forme⁴⁴ ». Une autre maman raconte : « La césarienne a eu lieu en soirée. La salle de réveil pour césarienne était fermée, je n'ai donc pas pu faire de peau à peau⁴⁵ ». Histoire semblable pour cette autre maman : « Je n'ai pas pu faire de peau à peau avec mes bébés parce qu'ils avaient un faible poids. C'était 24h obligatoire en pouponnière. Si c'était à refaire, j'insisterais⁴⁶ ». Ce regret de ne pas avoir insisté est très souvent présent : « Je n'ai pas pu faire de peau à peau. On jugeait mes bébés trop petits. Si c'était à refaire, j'insisterais. Surtout que bébé un se portait très bien !⁴⁷ »

Il arrive que l'interdiction de faire du « peau à peau » soit en fait dû à des aléas administratifs ou interpersonnels : « Les infirmières de la salle de réveil refusent d'avoir les bébés s'il n'y a pas une infirmière de la maternité de présente ⁴⁸ », raconte une femme. « Des fois, raconte une autre, il y a des chicanes entre infirmières, elles refusent que les infirmières de la maternité viennent en salle de réveil...⁴⁹ » Parfois, on applique à la lettre

⁴² Sondage de 2015, témoignage #14.

⁴³ Sondage de 2015, témoignage #15.

⁴⁴ Sondage de 2015, témoignage #16.

⁴⁵ Sondage de 2015, témoignage #17.

⁴⁶ Sondage de 2015, témoignage #18.

⁴⁷ Sondage de 2015, témoignage #19.

⁴⁸ Sondage de 2015, témoignage #20.

⁴⁹ Sondage de 2015, témoignage #21.

des protocoles discutables : « Je n'ai pas pu faire de peau à peau longtemps en salle de réveil parce qu'une maman qui avait perdu son bébé est arrivée⁵⁰ ».

Outre le « peau à peau », d'autres interdictions hospitalières inspirent des regrets, comme le recours à l'induction et à la médication :

J'ai eu des problèmes avec l'anesthésiste qui passait une mauvaise journée, mais sinon, le personnel était vraiment à l'écoute et gentil. Mon seul regret, c'est vraiment la lourdeur du monitoring constant [...] et la méconnaissance des effets secondaires du Cervidil. Savoir ce qui m'attendait, je crois que j'aurais choisi une autre méthode d'induction⁵¹.

Une autre femme évoque :

J'ai trop essayé de négocier au lieu de m'imposer... on m'a dit des « oui, oui », mais ça finissait toujours par des « on a dit oui, mais c'est non ». Pour la péri, [je ne la voulais pas] c'était « pas de trouble », puis ils sont rentrés à deux pour me convaincre à quel point c'était dangereux et quand l'anesthésiste est venu, il a carrément menti à mon conjoint en lui disant que je me réveillerais cinq minutes après la césarienne et que je pourrais allaiter à ce moment⁵².

Côté allaitement, plusieurs femmes ont raconté que leurs bébés avaient été alimentés à l'aide de préparations commerciales sans leur consentement. Le plus souvent, cela se passait à la pouponnière durant la période où elles n'ont pas pu faire de peau à peau ou en réaction à un faible poids à la naissance. Une femme raconte que plusieurs intervenants la croyaient folle de vouloir allaiter des jumeaux et ne la supportaient pas aussi bien que les autres femmes qui venaient d'accoucher.

D'autres femmes, cependant, ont vécu une expérience parfaitement positive du début à la fin. Elles ont eu l'occasion de parler avec leur médecin, de faire des choix de concert avec lui et recommenceraient de la même manière si c'était à refaire. « Malgré les

⁵⁰ Sondage de 2015, témoignage #22.

⁵¹ Sondage de 2015, témoignage #10.

⁵² Sondage de 2015, témoignage #11.

difficultés respiratoires de bébé 2 et mon hémorragie, j'ai pu tenir mes bébés sur moi pendant plus de 2 heures⁵³ », raconte l'une d'elles. « J'ai eu un superbe accouchement, comme je le voulais, raconte une autre. J'ai eu beaucoup de belles discussions avec mon gynécologue et nous avons décidé ensemble de comment se déroulerait mon accouchement⁵⁴ ». Le fait de ne pas médicaliser l'accouchement gémellaire semble être recherché par plusieurs mères : « Accouchement naturel sans péridurale, plan de naissance respecté, aucune pression pour quelque intervention médicale que ce soit. Une gynéco merveilleuse qui ne médicalise pas les grossesses gémellaires⁵⁵. » Cela révèle encore une fois la variété des attitudes médicales, ainsi que la possibilité concrète d'approches moins interventionnistes. D'ailleurs, d'autres femmes auraient clairement préféré accoucher avec leur sage-femme malgré leur gémellité : « Mon accouchement aurait pu se passer avec une sage-femme tellement ça s'est passé naturellement et sans intervention. Deux gynécos ont été mobilisés pour absolument rien. (J'ai perdu mon suivi sage-femme quand j'ai su que j'attendais des jumeaux)⁵⁶ ».

De toutes les répondantes, une seule femme a mentionné avoir eu un plan de naissance. En effet, il est très fréquent chez les gémellaires que le plan de naissance soit totalement abandonné tant les équipes médicales insistent sur les aspects obligatoires des pratiques et des protocoles. Une aura de résignation plane d'ailleurs souvent autour des récits d'accouchement gémellaire et beaucoup de femmes ont conclu leur formulaire en ces termes : « J'ai eu un bel accouchement... pour des jumeaux ». Est-ce à dire que si elles n'avaient pas eu de jumeaux, elles auraient considéré comme inacceptables, ou moins acceptables, les conditions dans lesquelles elles ont donné naissance?

⁵³ Sondage de 2015, témoignage #23.

⁵⁴ Sondage de 2015, témoignage #24.

⁵⁵ Sondage de 2015, témoignage #25.

⁵⁶ Sondage de 2015, témoignage #26.

4. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES : « C'EST PARCE QUE C'EST DES JUMEAUX, MADAME »

4.1 Analyse comparée des deux enquêtes

La comparaison des deux sondages évoqués ici suggère que plusieurs aspects des accouchements de jumeaux ont changé après 1980, mais aussi que certaines choses ont traversé les époques.

Les changements concernent l'augmentation des interventions techniques. Le principal est peut-être le recours à la salle d'opération : alors que celle-ci n'accueille que les césariennes avant 1980, elle reçoit presque 50% des répondantes du sondage de 2015. Avant 1980, 18% des naissances gémellaires évoquées dans les sondages avaient été provoquées, alors que ce taux atteint 47% dans les années 2010. La pratique du monitoring en continu, apparue dans les années 1980, perdure de nos jours même si elle est de plus en plus contestée. La péridurale, qui était en 1980 un outil relativement nouveau qui n'a été utilisé que quelques fois auprès des femmes sondées, est devenue après 2010 une pratique souvent décrite comme obligatoire, sous peine d'être endormie si une complication survient. En revanche, un geste semble avoir disparu : l'accouchement du siège, encore possible jusque dans les années 1980, mais devenu impossible chez les gémellaires en 2015, même si on assiste à un retour de la pratique chez les singletons.

Ces changements accompagnent d'autres évolutions de la pratique. Entre 1930 et 1980, le diagnostic gémellaire ne survenait fréquemment que le jour de la naissance, ce qui n'arrive plus de nos jours puisque pratiquement 100% des femmes enceintes passent au moins une échographie au cours de leur grossesse. La rétention d'information, courante avant 1980, ne semble heureusement plus aussi pratiquée de nos jours. L'ensemble des évolutions suggérées par les sondages semblent s'accompagner d'un recul relatif des complications : avant 1980, les accouchements gémellaires des sondées se sont passés sans complication dans 54% des cas.

Certaines choses, par contre, ont peu ou pas changé. L'allaitement des jumeaux est difficile avant comme après 1980 : aujourd'hui, plusieurs jumeaux reçoivent d'emblée des préparations commerciales en guise de compléments, parce qu'ils sont des jumeaux et non parce que leur faible poids le justifie. Alors que les femmes d'avant 1980 redoutaient d'être endormies, c'est toujours le cas dans les années 2010 durant lesquelles cette « menace » est utilisée par les professionnels pour faire accepter la péridurale. Enfin, une certaine résignation teinte l'expérience des femmes à la fois d'avant et d'après 1980, ce qui contribue notamment à faire accepter certaines interventions ou même certaines violences obstétricales.

4.2 La résignation

Comme on l'a vu dans l'introduction, une violence obstétricale peut être définie par un consentement brimé par des pratiques médicales ou obstétricales et par la non-reconnaissance de l'agentivité des femmes⁵⁷, ou encore comme tout comportement (acte, omission, abstention) du personnel de soins qui ne soit pas justifié médicalement et/ou qui soit réalisé sans consentement⁵⁸. Lorsqu'on regarde comment les protocoles gémellaires sont imposés aux femmes, on ne peut que conclure que des violences obstétricales sont effectivement commises régulièrement, et ce même si les actes posés visent en majorité à garantir une certaine qualité de soin. Si plusieurs femmes se sentent brimées, c'est que le personnel tend à oublier la tolérance des mères face à l'écart à la norme que représente l'arrivée de jumeaux. La phrase « c'est parce que c'est des jumeaux, madame » est utilisée constamment pour justifier toutes sortes de traitements différenciés entre une mère de jumeaux et une mère de singleton. Interdiction de manger, interdiction de prendre un bain, monitoring en continu, poussée en salle d'opération, péridurale imposée : tout est présenté à la gémellaire comme devenant obligatoire en présence de jumeaux puisque, statistiquement, ces derniers impliquent plus de risques. Je remets en question cette

⁵⁷ Sylvie Lévesque, Manon Bergeron, Lorraine Fontaine et Catherine Rousseau, « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle », *Recherches féministes*, vol. 31, no 4 (2016), p. 219-238.

⁵⁸ Marie-Hélène Lahaye, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, 290 p.

prémisse et je vais même plus loin : à quel point les gestes posés sans autre motif que le risque gémellaire ne sont-ils pas eux-mêmes générateurs de risques ? Pourquoi l'intervention ne pourrait-elle pas attendre l'approche de réelles complications ? Pourquoi tenir pour acquis que toute grossesse gémellaire réalisera nécessairement un risque, et ce même quand aucun autre facteur de risque aggravant ne se manifeste ?

La ligne qui sépare l'infantilisation et la prise en charge est mince. Même si, la plupart du temps, le médecin agit en toute bonne foi, en visant la préservation de la vie par la limitation des risques, il n'en demeure pas moins que ses actions peuvent être perçues comme de l'infantilisation. La « violence obstétricale » est un concept nouveau qui nomme un phénomène ancien. Les médecins des années 1950 voulaient réellement soulager leurs patientes en les endormant systématiquement, mais combien d'entre elles ont souffert de ne pas avoir été conscientes lors de la naissance de leur enfant ? La médicalisation de la gémellité est un peu de même nature. Les médecins actuels souhaitent vraiment éviter que les femmes soient endormies dans l'éventualité où la naissance du deuxième jumeau nécessite des interventions, insistent en faveur de la péridurale pour cette raison, mais combien de femmes se sont senties dépossédées de leur accouchement alors que le risque réel de devoir être endormie pour le second jumeau est en réalité assez faible ?

Or, l'aura de résignation qui enrobe les gémellaires peut être observée également chez les militantes pour l'humanisation des naissances. Celles-ci, heureuses d'avoir pu obtenir une certaine démedicalisation des cas dits normaux, laissent elles-aussi tomber les gémellaires en acceptant de les considérer d'emblée comme des cas compliqués, même si la normalité gémellaire existe pourtant bel et bien. L'entretien de cette résignation peut être perçu comme une forme de violence obstétricale.

Enfin, il est intéressant de souligner que le taux actuel de prématurité chez les gémellaires est le même que celui qu'on a constaté entre 1930 et 1980. C'est donc dire que

toutes les mesures mises en place de nos jours pour réduire ce taux de prématurité ne fonctionnent pas. La médicalisation de la grossesse gémellaire est un échec sur ce point.

Les mémoires d'accouchement participent à l'élaboration de la norme et c'est ce que j'ai tenté de montrer dans ce chapitre. Les deux séries de témoignages ont apporté un éclairage sur ces perceptions, permettant par la même occasion de donner une voix aux femmes qui ont donné naissance à des jumeaux par le passé. Ces témoignages ont également pu documenter, à leur façon, l'évolution des normes et pratiques en obstétrique gémellaire.

CONCLUSION

L'histoire de la médicalisation de la naissance a été beaucoup étudiée mais, jusqu'ici, rien n'a été encore écrit au sujet de la place des grossesses de jumeaux dans cette histoire. Si, dans la Nouvelle-France du 18^e siècle, l'accouchement était vécu comme un événement social au sens large, pour reprendre les mots d'Hélène Laforce¹, il est devenu un événement plus strictement médical au 19^e siècle avec l'augmentation des interventions reliées à la gestion des risques. Une première étape de cette médicalisation est la disparition des sages-femmes au début du 20^e siècle sous l'effet de lois médicales. Une deuxième étape est le transfert hospitalier des naissances. Ce transfert de l'accouchement vers l'hôpital s'accélère après 1940, avec une impulsion supplémentaire dans les années 1960 sous l'effet de mesures publiques comme la loi sur l'hospitalisation ainsi que l'assurance maladie universelle.

Les résultats de mes recherches semblent montrer une évolution marquée par deux ruptures, soit l'une dans les années 1950 avec le transfert hospitalier de l'accouchement et l'autre dans les années 1980 avec l'avènement des cliniques GARE et le concept de risque gémellaire.

Dans ce mémoire, j'ai d'abord présenté l'histoire générale de l'obstétrique et de la médicalisation de la naissance. J'ai traité de la médicalisation, de l'hospitalisation de la spécialisation, de l'enseignement de l'obstétrique à Montréal dans les années 1960-1985 et de la lutte pour préserver le pouvoir des femmes. Puis, dans les chapitres 2 et 3, j'ai présenté l'évolution de la norme gémellaire au Québec en deux moments de rupture, soit avant et après 1950, année à partir de laquelle la grossesse et l'accouchement gémellaires ont commencé à être perçus comme étant pathologiques.

¹ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, 237 p.

J'ai démontré dans le chapitre 2 que la grossesse gémellaire était plus souvent vue comme normale avant 1950, après quoi on peut constater son déplacement vers la dystocie dans les manuels d'obstétrique, tandis que le regard médical tend à négliger les distinctions qui auraient pu s'imposer entre les effets respectifs de la prématurité et de la gémellité. La lutte à la mortalité infantile contribue à la médicalisation des gémellaires en particulier, ces dernières servant en retour de vitrine à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement en général aux yeux du grand public. Les technologies hospitalières font évoluer les protocoles gémellaires tout en stimulant des comportements variés, qui incluent la rétention d'information, le contrôle du poids ou une préoccupation accrue des médecins pour les risques médico-juridiques, face auxquels le remède perçu est la performance technique.

Dans le chapitre trois, j'ai montré que des réformes publiques, qui entraînent un souci de rentabilité accru et la valorisation des cliniques de grossesses à risque, stimulent dans les années 1970 une médicalisation plus systématique des grossesses gémellaires, désormais formellement identifiées comme des grossesses à risque élevé. L'objectif de réduction de la mortalité justifie l'imposition de mesures plus invasives, indépendamment de leur effet réel sur la santé des personnes. La généralisation du diagnostic gémellaire est une composante importante de cette évolution, qui entraîne aussi une complexification des protocoles gémellaires susceptible d'engendrer des violences obstétricales.

J'ai terminé mon mémoire, dans mon chapitre 4, avec l'évocation du vécu des femmes et certaines réflexions sur l'état actuel du monde de la gémellité, en comparant deux séries de témoignages. Ce chapitre a mis en lumière comment les mères de jumeaux ont pu vivre la médicalisation documentée dans les chapitres précédents, et comment elles ont pu jongler avec celle-ci. Le coefficient de risque et d'interventionnisme que les médecins associent aux gémellaires après 1980 semble avoir été intériorisé par les mères. En effet, plusieurs répondantes au sondage effectué en 2015 ont rapporté avoir eu un bel accouchement, « pour des jumeaux ». Cela veut-il dire que si elles n'avaient pas eu de jumeaux, elles n'auraient pas apprécié les conditions dans lesquelles s'est déroulée leur expérience d'enfantement ? C'est une question qui porte à réfléchir...

La déconstruction de la médicalisation de la naissance par les chercheuses en histoire et en anthropologie a été utilisée par les militantes pour obtenir une certaine démedicalisation de la naissance en général. Je souhaite que mon travail sur le cas spécifique de la gémellité puisse faire avancer le débat vers une démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement gémellaire dans l'avenir ou, à tout le moins, une autorisation pour les sages-femmes de suivre les mères enceintes de jumeaux, en partenariat avec les médecins qui continueraient de s'occuper des cas complexes avérés.

BIBLIOGRAPHIE

1. SOURCES PRIMAIRES

1.1 FONDS D'ARCHIVES

Archives de l'Université de Montréal, fonds E46 (département d'obstétrique).

1.2. PRESSE

L'Action catholique

L'Avenir du Nord

L'Étoile du Nord

L'Illustration Nouvelle

L'Ordre

La Gazette des campagnes

La Gazette du Nord

La Patrie

La Presse

La Tribune

La Voix de l'Est

Le Canada

Le Courrier de St-Hyacinthe

Le Devoir

Le Droit

Le Nouvelliste

Le Progrès de l'Est

Le Progrès du Golfe

Le Progrès du Saguenay

Le Quotidien

Le Soleil

Lysol Canada, *Protecting the Dionne, a valuable manual for mothers with useful information about scientific modern baby-care – as practiced in the most famous case in medical history*, Lysol, Canada Toronto, 1936, p. 26 pages.

1.3. PRESSE MÉDICALE

ALFIREVIC, Zarko, Gillian GYTE, Anna CUTHBERT et Declan DEVANE, « La cardiotocographie en continu comme moyen de surveillance fœtale électronique pour l'évaluation fœtale pendant le travail », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (février 2017) [En ligne], <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full> (Page consultée le 8 septembre 2022).

AMUNDSON, Clifford S., « A case of undiagnosed twins », *Canadian Family Physician*, vol.. 30 (octobre 1984), p. 2029-2032.

AMYOT, Gilles et Jean LAMONDE, « Les présentations transversales », *UMC*, vol.. 90 (janvier 1961), p. 42-47.

AMYOT, Gilles et Michel J. BÉDARD, « La prévention en obstétrique », *UMC*, vol.. 96 (février 1967), p. 185-188.

ATTENDU M. C.-A., « Césarienne itérative ou non ? », *UMC*, vol.. 80 (avril 1951), p. 504-506.

ATTENDU C.-A., « La césarienne à répétition », *UMC*, vol. 83 (mars 1957), p. 279-281.

BERTRAND, Albert, *UMC*, vol.89 (janvier 1960), p. 35-38.

BILODEAU, Rolland, « La grossesse multiple », *UMC*, vol. 103 (juin 1974), p. 1108-1110.

BOURDEAU, Marcel-A., « Accouchement sous anesthésie au pentothal intraveineux avec pitocin », *UMC*, vol. 74 (1946), p. 903-906.

COUTURE, Ernest, « Vingt-cinq années de progrès en soins maternels et infantiles », *UMC*, vol. 80 (janvier 1951), p. 92-100.

DAGENAIS PÉRUSSE, Paul, « Le problème des enfants post-césarienne », *UMC*, vol. 81 (mai 1952), p. 557-560.

DE ST-VICTOR, Henri-R., « Indications de césarienne », *UMC*, vol. 83 (avril 1954), p. 398-404.

DES ROSIERS, Louis, « Délivrance obstétricale active en milieu hospitalier », *UMC*, vol. 84 (novembre 1955), p. 1274-1276.

DESJARDINS, Paul et Gilles MERCIER, « Unité périnatale : expérience d'une année », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 96-101.

DESJARDINS, Paul et Gilles MERCIER, « Évaluation numérique du risque pendant la grossesse », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 102-106.

- DORION, Marcel, « Problème de la prématurité dans la province de Québec », *UMC*, vol. 87 (septembre 1958), p. 1066.
- DOUVILLE, J, « 'L'héro-scopo' : dans la tempête obstétricale en rade campagne », *UMC*, vol. 78 (décembre 1950), p. 1457- 1461.
- FOISY, René, « Leçons à tirer d'une étude des résultats obtenus par des centres déjà organisés pour les soins du prématuré », *UMC*, vol. 80 (janvier 1951), p. 80-84.
- GAGNON, Jacques, « Anesthésie, analgésie, amnésie en obstétrique », *UMC*, vol. 77, (juillet 1949), p. 833-836.
- GAGNON, Jacques, « Contrôle du poids, de la diète et de l'équilibre osmotique durant la grossesse », *UMC*, vol. 78 (1950), p. 808-809.
- GAGNON, Jacques-N, « La grossesse interrompue », *UMC*, vol. 77 (octobre 1949), p. 1239-1240.
- GANTCHEFF, Hélène et Simon RICHER, « Humanisation des soins : les services d'obstétrique, de gynécologie et les pouponnières vues de l'intérieur », *UMC*, vol. 105 (septembre 1976), p. 1372-1376.
- GARANT, Oscar, « Indications de la césarienne haute et basse », *UMC*, vol. 72 (juin 1943), p. 644-651.
- HOFMEYR, G., J.F. BARRETT et C.A. CROWTHER, « Planned caesarean section for a twin pregnancy », *Cochrane Database of Systematic Reviews* (décembre 2015) [En ligne], https://www.cochrane.org/CD006553/PREG_planned-caesarean-section-twin-pregnan (Page consultée le 29 août 2022).
- LACROIX, George, « La valeur clinique des graphiques du cœur foetal pendant le travail », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 115 à 120
- GINGRAS, G., R.-R. LEMIEUX, V. SUSSET, J.-M. CHEVRIER, C. QUIRION, « Gémellité et paralysie cérébrale infantile », *UMC*, vol. 87 (août 1958), p. 888.
- GROULX, Adélard, « La santé à Montréal en 1955 », *UMC*, vol. 85 (avril 1956), p. 425-427.
- GROULX, Adélard, « La mortalité infantile à Montréal », *UMC*, vol. 81 (octobre 1952), p. 1213-1215.
- GROULX, Adélard, « La mortalité maternelle et la mortalité infantile à Montréal », *UMC*, vol. 72 (décembre 1943), p. 1413-1417.
- GROULX, Raoul, « Symposium sur les grossesses à risques élevés », *UMC*, vol. 102 (janvier 1973), p. 95.
- P. GUIMOND, A. DANDAVINO, G. BERNIER, R. GAUTHIER, P-A. BOILEAU G. FAUCHER, B. LARAMÉE, J. SANSREGRET, « Le monitoring foeto-maternel », *UMC*, vol.105 (novembre 1976), p. 1685-1694.
- HOTTE, Rodolphe et Charles-A. ATTENDU, « Anneau de constriction et accouchement du deuxième jumeau », *UMC*, vol. 91 (mars 1962), p. 269-271.

KELLER, Jules, « La grossesse à terme prolongé », *UMC*, vol. 72 (octobre 1955), p. 1155-1158.

LACOMBE, M., *UMC*, vol. 89 (août 1960), p. 1059.

LALONDE, A.B., « Réduire les risques médico-juridiques », *Journal de la SOGC*, août 1995, p. 734-736.

LEGAULT, Léonard, « Anesthésie obstétricale en pratique générale », *UMC*, vol. 84 (mars 1955), p. 299-301.

MARION, Donatien, « Causes des césariennes », *UMC*, vol. 80 (juin 1951), p. 749-750.

MARTINEAU, Réal, « Grossesse et césarienne itérative », *UMC*, vol. 96 (octobre 1967), p. 1251-1254.

MOFID, Massoud et Jacques.-F. ROUX, « Induction de grossesse à risque élevés avec la prostaglandine F ou l'ocytocine intraveineuse et leurs effets sur la mère et le fœtus », *UMC*, vol. 105 (août 1976), p. 1152-1158.

MORAND, Guy et Pierre GUIMOND, « Grossesse multiple : GARE et FARE ». *UMC*, vol. 103 (février 1974), p. 296-300.

PARROT, Paul, « La mortalité infantile dans la province de Québec », *UMC*, vol. 79 (novembre 1950), p. 1319.

PLAMONDON, Marcel, inertie utérine et transfusion massive, *UMC*, Vol. 83 avril 1954 , p. 395-397 .

RAYNAULD, Pierre, « Les grossesses à danger plus élevé » *UMC*, vol. 97 (février 1968), p. 188-192.

SCHWARY, Otto H, « Soins durant la grossesse (Antepartum Care) », *Journal of Medical Association*, vol. 111 (octobre 1938), p. 1466, traduit et paru dans *UMC*, vol. 67, (décembre 1938), p. 1312.

SIMARD, René, « Progrès en obstétrique depuis 10 ans », *UMC*, vol. 82 (décembre 1953), p. 1376.

SMITH, Pierre, « Les rapports des médecins entre eux », *UMC*, vol. 74 (février 1946), p. 177-186.

SYLVESTRE, J.-Ernest, « Les ailes qui s'ouvrent (hygiène maternelle et infantile) » *UMC*, vol. 84 (décembre 1955), p. 1412-1419.

SYLVESTRE, J.-Ernest, « Survie et croissance des enfants jumeaux nés dans la province de Québec », *UMC*, vol. 74 (avril 1946), p. 960-971.

VALLÉE, L.-Yvon, *UMC*, vol. 74 (février 1956), p. 853-854.

1.4 MANUELS D'OBSTÉTRIQUE

DEVRAIGNE, Louis, *Précis d'obstétrique*, 6^e éd, Paris, Doin et Cie, 1946, 1050 p.

DOYLE, Leo, *Handbook of obstetrics and diagnostic gynecology*, 1^e éd, Palo Alto, University Medical Publishers, 1950, 240 p.

EASTMAN, Nicholson J., *Williams Obstetrics*, 11^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1956.

EASTMAN, Nicholson J., *Williams Obstetrics*, 24^e éd., New-York, Appleton-Century-Crofts, 2014, 1376 p.

EASTMAN, Nicholson J. et Louise ZABRISKIE, *Nurses Handbook of Obstetrics*, 9^e éd., Philadelphie, Lippincott Company, 1952, p. 391-394.

FABRE, Jean-Marie-Joseph, *Précis d'obstétrique*, T. 1 : *Accouchement normal*, Paris, Baillière et fils, 1942, 328 pages

GAILLARD, Jacques, *Obstétrique*, Paris, Maloine, 1953, 381 pages.

JEANNIN, Cyrille, *Thérapeutique obstétricale*, 2^e éd., Ballière et Fils, Paris, 1922, 428 p.

JENSEN, Margaret, BENSON Ralph et Irene BOBAK, *Maternity care : the nurse and the family*, 2^e éd., Toronto, 1981, 1013 p.

LADEWING Patricia, Macia LODON et Sally OLDS, *Soins infirmier en maternité et en néonatalogie*, 2^e éd., Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 1990, 990 p.

MacGILLIVRAY, I., P. NYLANDERS et G. GORNEY, *Human multiple reproduction*, Londres, W.B. Saunders, 1975, 238 p.

MAYGRIER, Charles et Albert SCHWAAB, *Précis d'obstétrique*, 3^e éd., Paris, Librairie Octave Doin, 1927, 1238 p.

MERGER, Robert, Jean LÉVY et Jean MELCHIOR, *Précis d'obstétrique*, 2^e éd., Paris, Masson et Cie, 1961, 915 p.

MERGER, Robert, Jean LÉVY et Jean MELCHIOR, *Précis d'obstétrique*, 4^e éd., Paris, Masson, 1974, 676 p.

MORIN, Paul, *L'accouchement : atlas de technique opératoire*, Paris, Flammarion, 1965, 382 p.

RIVLIN, Michel, John MORRISON et Wiliam BATES, *Manual of clinical problems in obstetric and gynecology*, 2^e éd., Boston, Little Brown, 1986, 449 p.

VARNEY, Helen, *Nurse-midwifery*, second ed. Blackwell scientific publications, Boston, 1987, 846 pages.

WHITRIDGE, WILLIAMS, John et Henricus J. STANDER, *Williams Obstetrics*, 7^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1936.

WHITRIDGE, WILLIAMS, John, Nicholson J. EASTMAN et Louis M. HELLMAN, *Williams Obstetrics*, 13^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts, 1966.

WHITRIDGE, WILLIAMS, John, Jack A. PRITCHARD et Paul MacDONALD, *Williams Obstetrics*, 16^e éd., New York, Appleton-Century-Crofts., 1980, 1179 p.

2. SOURCES SECONDAIRES

BAILLARGEON, Denyse. *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité de 1910 à 1970*. Montréal, Remue-Ménage, 2004. 376 p.

BARNARD A. et M. SANDELOWSKI. « Technology and humane nursing care : (ir)reconcilable or invented difference ? ». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, no 3 (2001), p. 367-375.

BERTON, Pierre. *Les jumelles Dionne et leur époque*. Montréal, Éd. Mirabel/CLF, 1979. 274 p.

BOURKE, Joanna. « Becoming the 'natural' mother in Britain and North America: power, emotions and the labour of childbirth between 1947 and 1967 ». *Past and Present*, vol. 246, no 15 (2020), p. 92-114.

CASTEL, Patrick. « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique ». *Revue française de sociologie*, vol 46, no 3 (2005), p. 443-446.

CHARAUDEAU, Patrick et Dominique MAINGUENEAU. « Discours ». *Dictionnaire d'analyse du discours*. Paris, Seuil, 2002, p. 185-190.

COENEN-HUTHER Jacques. « Observations en milieu hospitalier ». *Sociétés contemporaines*, vol. 8, no 4 (1991), p. 127-143.

COVA, Anne. « Où en est l'histoire de la maternité ? ». *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, vol. 21, no 1 (2005) : 189-211.

DESJARDINS, Rita. « Institutionnalisation de la pédiatrie en milieu franco-montréalise. Les enjeux politiques, sociaux et biologiques ». Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 1998. 593 p.

DONZÉ, Pierre-Yves. « Les systèmes hospitaliers contemporains, entre histoire sociale des techniques et business history ». *Gesnerus*, vol. 62 (2005), p. 273-287.

DRESSAYRE, Marine. « L'élimination des sages-femmes au Québec de 1847 à 1920 : analyse du discours des médecins ». Mémoire pour diplôme d'État (sage-femme), Université Pierre et Marie Curie, 2017. 69 p.

DUSSAULT, Gilles. « Les médecins du Québec (1940-1970) ». *Recherches sociographiques*, vol. 16, no 1 (1975), p. 69-84.

GAUMER, Benoît. *Le système de santé et de services sociaux au Québec. Une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Québec, Presses de l'Université Laval, 2008. 282 p.

GERVAIS, Gaétan. *Les Jumelles Dionne et l'Ontario français (1934-1944)*. Sudbury, Prise de Parole, 2000. 246 p.

GOULET, Denis. *Chronologie de l'histoire de l'obstétrique-gynécologie au Québec*. Montréal, Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2017. 159 p.

GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal, Boréal, 1996. 124 p.

GUÉRARD, François et Yvan ROUSSEAU. « Le marché de la maladie : soins hospitaliers et assurances au Québec 1939-1961 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, no 3 (2006). p. 293-329.

HARVEY, Janet. « The technological regulation of death : with reference to the technological regulation of birth ». *Sociology*, vol. 31, no 4 (1997), p. 720.

KRIEG-PLANQUE, Alice. *Analyser les discours institutionnels*. Paris, Armand Colin, Paris, 2012. 240 p.

LAFORCE, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985. 237 p.

LAFORCE, Hélène. « L'évolution du rôle de la sage-femme dans la région de Québec de 1620 à 1840 ». Mémoire de maîtrise (histoire), Université Laval, 1983. 336 p.

LABRIE, Christine. « Récolter et préserver la mémoire des femmes : réflexions méthodologiques sur le recours à l'histoire orale auprès des femmes âgées ». *Recherches féministes*, vol. 29, no 1 (2016), p. 147-163.

LACHANCE, Micheline. *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIXe siècle. Récit biographique*. Montréal, Leméac, 2010. 205 p.

LAHAYE, Marie-Hélène. *Accouchement. Les femmes méritent mieux*. Paris, Michalon, 2018. 290 p.

LEVASSEUR Madeleine. *Évolution des interventions obstétricales au Québec : 1981-1982 à 1987-1988*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de l'évaluation. 45 pages.

LÉVESQUE, Sylvie, Manon BERGERON, Lorraine FONTAINE et Catherine ROUSSEAU. « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle ». *Recherches féministes*, vol. 31, no 4 (2016), p. 219-238.

MARANDO, Nancy. « Dictionnaire – L'Union médicale du Canada », *Histoire de la pharmacie au Québec* [En ligne], <https://histoirepharmacie.wordpress.com/2014/02/06/dictionnaire-lunion-medicale-du-canada/> (Page consultée le 19 décembre 2021).

MITCHINSON, Wendy. *Giving Birth in Canada, 1900-1950*, Toronto, University of Toronto Press, 2002. 430 p.

MOREAULT, Louise. « Issues des accouchements gémellaires 1976-78 et 1982-85 ». Mémoire de maîtrise (médecine), Université Laval, 1987. 52 pages.

NETTLETON, Sarah. « Protecting a vulnerable margin : towards an analysis of how the mouth came to be separated from the body ». *Sociology of Health & Illness*, vol. 10, no 2 (1988), p. 156 à 169.

NIGET, David et Martin PETITCLERC. « Le risque comme culture de la temporalité », David Niget et Martin Petitclerc, dir. *Pour une histoire du risque. Québec, France, Belgique*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2012, p.1-33.

PAILLÉ, Pierre et Alex MUCCHIELLI. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Collin, 2016. 432 p.

PRUD'HOMME, Julien. « De la commission Parent aux réformes de la santé et au code des professions, 1961-1974 ». *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (2012), p. 83-102.

PRUD'HOMME, Julien. « What Is a “Health” Professional ? The Changing Relationship of Occupational Therapists and Social Workers to Therapy and Healthcare in Quebec, 1940–1985 ». *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 28, no 1 (2011), p. 71-94.

RIVARD, Andrée. *De la naissance et des pères*. Montréal, Remue-Ménage, 2016. 189 p.

RIVARD, Andrée. *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, Remue-Ménage, 2014. 448 p.

RIVARD, Andrée. « Le risque zéro lors des accouchements : genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain ». *Globe. Revue internationale d'études québécoises*, vol. 16, no 2 (2013), p. 27-47.

SÉGUIN, Gisèle. *Jumeaux : mission possible*. Montréal, Éditions CHU Ste-Justine, 2016. 240 p.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Lignes directrices sur l'utilisation de l'échographie pour les soins prénatals courants*. Ottawa, SOGC, août 1999.

SOLER, André. « Histoire et technique de l'échographie ». *L'échographie obstétricale expliquée aux parents*, Toulouse, Érès, 2005, p. 41-55.

ST-AMANT, Stéphanie. « Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale ». Thèse de doctorat (sémilogie), Université du Québec à Montréal, 2013. 427 p.

TIMMERMANS, Stefan. « Resuscitation technology in the emergency department: towards a dignified death ». *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, no 2 (1998), p. 144–167.

VALLGARDA, Signild. « Hospitalization of Deliveries: the Change of Place of Birth in Denmark and Sweden from the Late Nineteenth Century to 1970 ». *Medical History*, vol. 40 (1996), p. 173-196.

WALDBY, Catherine. « Medical imaging: the biopolitics of visibility ». *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 2, no 3 (1998). p. 373-384.

WOOD, Whitney. « Put Right Under: Obstetric Violence in Post-war Canada ». *Social History of Medicine*, vol. 31, no 4 (2018), p. 796-817.

ANNEXE 1

GRILLES D'ANALYSE

GRILLE POUR LES MANUELS D'OBSTÉTRIQUE

Document :

Type de source : manuel d'obstétrique

Bibliographie :

Lieu/cote :

Apport pour ma recherche :

Propos :

Année :	
Position du manuel dans l'histoire de l'acc.	
Sources / école :	
Description du manuel	
Description de la Partie gémellaire :	
Position de la partie gémellaire dans le manuel	
Manière dont les infos gémellaires sont données	
Imagerie :	Radio Écho
Monitoring :	p.
Complications :	p.
Accouchement :	p.
Statistiques :	p.

Notes

Pages	Références

Grille d'analyse

	1 Cadre technique	2 Acteurs sociaux et relations	3 Place du risque selon l'étape de la périnatalité
A	Cadre organisationnel Macro (politique) et micro (hôpital) accepté par la classe moyenne	Médecin (spécialistes ou non) et leur performance La performativité qui donne une impression de contrôle.	Le risque qui une fois identifié (diagnostiqué) justifie sa gestion.
	A1	A2	A3
B	Cadre technique et ses technologies Écho/monito/dossier standardisé	Médecin et leur relation avec les femmes (savoir-pouvoir)	Évolution des protocoles qui se complexifie toujours le tout justifié par le risque.
	B1	B2	B3

C	Le cadre technique qui génère une nouvelle temporalité dans laquelle la femme est objectivée	Les médecins et leurs relations entre eux (agendas professionnels)	Réussites/décès/violences obstétricales perçus comme conséquence de la gestion du risque
	C1	C2	C3

GRILLE POUR LES DOCUMENTS MÉDIATIQUES

Document : # / Fiche -

Type de source : Journal

Bibliographie :

Lieu/cote :

Apport pour ma recherche :

Propos :

Grille d'analyse

	1 Cadre technique	2 Acteurs sociaux et relations	3 Place du risque selon l'étape de la périnatalité
A	Cadre organisationnel Macro (politique) et micro (hôpital) accepté par la classe moyenne	Médecin (spécialistes ou non) et leur performance La performativité qui donne une impression de contrôle.	Le risque qui une fois identifié (diagnostiqué) justifie sa gestion.
	A1	A2	A3
B	Cadre technique et ses technologies Écho/monito/dossier standardisé	Médecin et leur relation avec les femmes (savoir-pouvoir)	Évolution des protocoles qui se complexifie toujours le tout justifié par le risque.
	B1	B2	B3
C	Le cadre technique qui génère une nouvelle temporalité dans laquelle la femme est objectivée	Les médecins et leurs relations entre eux (agendas professionnels)	Réussites/décès/violences obstétricales perçus comme conséquence de la gestion du risque
	C1	C2	C3

ANNEXE 2

RECOMMANDATIONS OBSTÉTRICALES IDENTIFIÉES PAR HÉLÈNE GANTCHEFF ET SIMON RICHER

Problème	Recommandation
Patiente, mari et bébé semblent perçus comme des objets partiels; (organe non unifié)	Percevoir patiente mari et bébé comme personne entière avec son vécu propre
Discontinuité du processus Fragmentation des relations	Quel est le rôle du médecin pour unifier la relation de confiance, de cohérence et de continuité? Importance de la présence fréquente du médecin.
Le type de communication privilégié est vertical : directifs	Tenter une pratique de communication horizontale Remise en question de ce qui émane de l'autorité Favoriser une démocratisation des échanges
Les structures hospitalières bloquent la communication	Assouplir les structures
Communications maladroitement entre le personnel devant les patients	Sensibilisation à la communication et à l'inconscient
Les professionnels sont peu enclins à informer les usagers de leurs droits. La forme de communication contribue à une certaine passivité des patients.	Pratiquer le respect de la personne du patient et le considérer en interlocuteur valable et compétent Le prestige du médecin est à réexaminer de part et d'autre
Manque de liberté de parole. Les usagers n'exercent pas suffisamment de demandes libres (questionner, se plaindre d'un service, remettre en question certains professionnels, faire valoir ses besoins.)	Informers dès l'entrée à l'hôpital des droits des usagers
Il est flagrant que les maris ne savent pas leur rôle durant le travail et l'accouchement	Respect du rôle complet du mari par le médecin et les infirmières et utilisation active de sa présence
Il est flagrant que les femmes ne savent pas qu'elles ont le droit de cohabiter avec leur bébé. Elles paraissent frustrées du manque de contact avec leur bébé. Il y a peu de soucis de connaître les variations individuelles des femmes et des couples pour agir en accord avec ces différences. Ouverture intense aux besoins du personnel	Rôle essentiel d'une équipe en santé mentale à l'intérieur des services
Les services semblent privilégier les techniques aux dépens d'une saisie globale du patient	Primauté du patient et non des techniques
Non-continuité de la relation avec le même médecin frustrer la majorité des patientes et de leur mari	Communication entre les médecins et démonstration d'un intérêt authentique pour la patiente et son mari

Absence de véritable équipe en salle d'accouchement. Individualisme du médecin Insécurité des internes Conflits de rôle	Présence accrue des patrons Création de sous-équipes intégrées Rôles réciproques connus
Milieu physique adéquat, mais plutôt froid et peu stimulant.	Relation entre décoration et message d'humanisation
Importance de la recherche clinique. Sa présentation aux infirmière et parturiente est chose délicate pour éviter qu'elle soit vécue comme une imposition où il y a des victimes. La présence du moniteur génère de l'inquiétude et parfois même de l'angoisse chez les parturientes et les maris. Absence de recherche touchant aux respects affectifs relationnels et psychosomatiques	Discussion sur l'option de recherche Introduction adéquate aux appareils
Impression d'utopie chez les professionnels quand on leur parle d'améliorer les choses mentionnées plus haut. Ça freine la mobilisation des structures et des personnes.	Si l'utopie est perçue davantage réalisable, il est plus facile d'obtenir des résultats. Certains changements nécessitent un cheminement plus profond

Source : Hélène Gantcheff et Simon Richer, « Humanisation des soins : les services d'obstétrique, de gynécologie et les pouponnières vues de l'intérieur », *union médicale du canada*, vol 105 sept 1976, pages 1372 à 1376.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE DU SONDAGE DE 2021

La norme lors des accouchements de jumeaux entre 1930 et 1980

Information et consentement

Titre du projet de recherche : Les normes lors des accouchements de jumeaux au Québec entre 1930 et 1980

Mené par : Karine Forget

Département sciences humaines. Programme maîtrise en études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Sous la direction de : Julien Prud'homme

Département science humaine. Centre d'étude interuniversitaire en études québécoises (CIEQ,) Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les conditions dans lesquels les jumeaux venaient au monde entre 1930 et 1980, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

L'objectif de ce projet de recherche est de déterminer ce qui était fait de routine par le personnel hospitalier aux mères lors des accouchements de jumeaux entre 1930 et 1980. Nature et durée de votre participation. Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un court questionnaire de 18 questions ouvertes sur la grossesse et l'accouchement de jumeaux entre 1930 et 1980. Risques et inconvénients. Le temps consacré au projet, soit environ 30 à 45 minutes, demeure le seul inconvénient notable. Il est cependant possible que le fait de raconter votre expérience suscite chez vous des sentiments désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. Celui-ci pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider. Vous pourrez également entrer en contact avec un intervenant psycho-social de votre CLSC en composant le 811 sur votre téléphone.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des normes lors des accouchements de jumeaux et la médicalisation des grossesses à risque est le seul bénéfice prévu à votre participation. Le fait de participer à cette recherche vous offre également une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de votre expérience gémellaire.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de mémoire de maîtrise, article et communication, ne permettront pas d'identifier les participants. Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites le 1er janvier 2023 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Conservation des données

Les données seront conservées dans un tableau Excel dans un ordinateur protégé par un mot de passe. Les données seront effacées de tout support le 1 janvier 2023.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Karine Forget : karine.forget@uqtr.ca

Surveillance des aspects éthiques de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-21-277-07.15 a été émis en juin 2021. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Karine Forget, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

1- Je confirme avoir lu les informations et je suis d'accord pour répondre à ce questionnaire.

- Oui
- Non

Informations générales

Le texte s'adresse aux mères de jumeaux, mais si vous êtes jumeau ou si vous connaissez quelqu'un qui a eu des jumeaux entre 1930 et 1980, pour pourriez répondre aux questions pour cette mère de jumeaux.

Cette première section du questionnaire comporte des questions générales, la partie suivante concernera votre expérience personnelle.

2- Année de naissance des jumeaux

3- Nom et ville de l'hôpital (ou ville du domicile si la naissance a eu lieu à la maison)

4- Pourquoi avoir choisi ce lieu d'accouchement (hôpital ou domicile)?

5- Lieu de naissance

- Chambre à coucher du domicile
- Salle d'accouchement
- Salle d'opération
- Chambre de naissance
- Autre :

6- Type de jumeaux

- Identiques Non-identiques
- Sexe des jumeaux *
- Fille-Fille Gars-Gars
- Fille-Gars

7- Combien de placentas?

8- Combien de poche des eaux?

9- Type de naissance

- Naturelle (vaginale)
- Par césarienne
- Je ne sais pas

10- À quel mois de grossesse la naissance a-t-elle eu lieu? (prématuré ou pas?)

11- Est-ce que la naissance a été provoquée?

12- Poids à la naissance pour chaque bébé

Contexte de la naissance

Dans cette section, n'hésitez pas à mettre autant de détails que vous pouvez pour chacune des réponses.

13- Racontez comment vous avez appris que vous attendiez des jumeaux?

14- Y a-t-il eu une échographie ou une radiographie pendant la grossesse?

15- Racontez comment s'est passé votre accouchement

16- Pendant l'accouchement, avez-vous été endormie? Si oui, comment avez-vous vécu cette procédure?

- 17- Pendant l'accouchement, avez-vous été attachée? Si oui, comment avez-vous vécu cette procédure?
- 18- Quel souvenir avez-vous des procédures engagées par le personnel pendant l'accouchement (rasage, lavement, appareils, monitoring, règlements, etc.)
- 19- Le père a-t-il assisté à la naissance? Si non, l'auriez-vous souhaité?
- 20- Y a-t-il eu des complications? (Hémorragie, prééclampsie, haute pression, diabète, autres)
- 21- Quel souvenir avez-vous des procédures engagées par le personnel après l'accouchement. (pouponnière, incubateur, allaitement, règlements, etc.)
- 22- Voulez-vous ajouter des informations au sujet de cette naissance de jumeaux?

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE DU SONDAGE DE 2015

Message diffusé sur Facebook le 19 novembre 2015 à l'intention des mamans de jumeaux qui ont accouché dans le début des années 2010 :

Mon objectif est de DRESSER UN PORTRAIT GÉNÉRAL DES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE dans les différents hôpitaux du Québec (et d'ailleurs). Il se peut très bien que vous ne soyez pas capable de répondre à toutes les questions et c'est correct, j'ai simplement décidé d'en mettre plus que pas assez pour couvrir le plus de situations différentes possible. Vous pouvez bien sûr ajouter des commentaires si vous avez d'autres informations que vous jugez importantes. Ces informations demeureront confidentielles. Vous pouvez me répondre par courriel kf.accompagnante@gmail.com, par message privé ou encore directement dans ce message. Un énorme merci pour votre participation!

Hôpital :

Année:

Type de grossesse gémellaire :

Particularité :

Cours prénataux en privé :

Cours prénataux du CLSC :

Commentaire sur les cours prénataux :

Présentation des bébés (tête-siège-transverse) :

Bébés prématurés :

Diabète de grossesse :

Pré-éclampsie :

Strep B positif :

On m'a parlé de la grande extraction :

On a insisté pour que j'aie le monitoring en continue :

On a insisté pour que j'aie un soluté :

On a insisté pour que je prenne la péridural :

On a insisté pour que je sois provoquée:

J'ai été provoquée:

Lieu de la poussée :

J'ai pu pousser dans la position que je voulais :

J'ai reçu du pitocin en cours de travail :

J'ai reçu du pitocin pour accélérer la sortie de bébé 2 :

J'ai reçu du pitocin pour accélérer la sortie des placentas :

On a guidé la descente de bb2 après la sortie de bb1 :

On a procédé à une grande extraction pour bb2 :

Césarienne planifiée, en cours de travail ou d'urgence:

J'ai pu faire du peau à peau dans la salle d'op :

J'ai pu faire du peau à peau dans la salle de réveil :

Le papa a pu m'accompagner en salle de réveil :

J'ai bénéficié des services d'une accompagnante à la naissance (doula) :

Commentaires :

Aménorrhée