**Communication Karine Forget**

Colloque Enfanter : pratiques et discours

Session 2 "Normes, normalité, anormalité"

**Contexte**

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 (ou « grossesses gémellaires ») dans cette histoire. Si, dans la Nouvelle-France du 18e siècle, pour reprendre les mots d’Hélène Laforce, l’accouchement était vécu comme un événement social au sens large[[1]](#footnote-1), il est devenu un événement plus strictement médical au 19e 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 20e 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[[2]](#footnote-2).

 J’ai choisi de documenter l’histoire de la médicalisation de la grossesse gémellaire entre 1930 et 1980. 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. Les années 1980 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. Ma thèse est que la gémellité a joué un rôle historique en confirmant l’idée que la maternité est un problème médical qui doit être contrôlé par un médecin.

**Problématique**

En utilisant le cas du Québec, je cherche à évaluer dans quelle mesure la grossesse gémellaire a joué un rôle spécifique dans le processus général de médicalisation de la grossesse et de l’accouchement, et ce de différentes manières entre 1930 et 1980. Je définis ici la médicalisation comme la définition d’une expérience humaine en termes de pathologie ou de risque de pathologie, qui implique des rapports sociaux inégaux entre les personnes concernées et des experts de la santé. Je proposerai 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) ; apprécier le cadre technique dans lequel s’exprime cette norme (moyens diagnostiques, lieu de suivi et d’accouchement); suivre les représentations de cette norme dans l’espace public (perception de la grossesse gémellaire ou du rôle du médecin).

**Méthodologie**

Pour mener à bien mon projet, j’ai constitué un corpus de quatre types de sources : normatives, utilitaires, médiatiques et orales. Les documents dits normatifs sont des documents qui ont servi à établir la norme « officielle » concernant l’accouchement gémellaire, comme les manuels d’obstétrique, les articles de journaux spécialisés, les directives gouvernementales et les statistiques de mortalité gémellaire (les mortalités périnatales et maternelles dans les cas de jumeaux). Les documents dits utilitaires sont des documents qui ont été concrètement utilisés en milieu hospitalier comme outils de gestion de cette « norme gémellaire » : des protocoles, des formulaires de dossiers standardisés et des listes de matériel. Les documents médiatiques regroupent des articles et publicités de journaux grand public qui évoquent la grossesse gémellaire. Les sources orales proviennent de deux séries d’entrevues, menées l’une en 2015 et l’autre en 2021, sur le vécu de femmes qui ont accouché de jumeaux à différentes décennies. Dans la première série d’entrevues, j’ai recueilli 55 témoignages de femmes ayant accouché dans les années 2010 et dans la deuxième série d’entrevues j’ai recueilli 11 témoignages de femmes ayant accouché de jumeaux entre 1930 et 1980. Parmi celles-ci, on trouve une femme ayant accouché dans les années 1930, une femme ayant accouché dans les années 1950, 5 femmes ayant accouché dans les années 1960, une femme ayant accouché dans les années 1970 et trois femmes ayant accouché dans les années 1980.

Les documents normatifs mer servent à reconstituer l’évolution des normes et des définitions du risque gémellaire. Les documents utilitaires m’aident à identifier et historiciser le cadre technique et organisationnel dans lequel cette norme gémellaire a évolué, mais dans le contexte de la COVID, ils n’ont pu être trouvés. Les documents médiatiques et oraux forment des corpus complémentaires qui m’aident à identifier les rapports entre les acteurs sociaux, ainsi qu’à mettre en lumière la diffusion de la norme gémellaire dans l’espace public.

**Résultats**

Les résultats préliminaires semblent montrer une évolution marquée par deux ruptures, soit l’une dans les années 1950 et l’autre dans les années 1980. Je commencerai par vous présenter la première de ces ruptures.

Première rupture

En vérifiant les tables des matières des manuels d’obstétrique, j’ai pu rapidement constater qu’avant les années 1950, la grossesse gémellaire était considérée comme eutocique, c’est-à-dire normale. En étudiant leur contenu, j’ai pu confirmer que l’accouchement gémellaire pouvait aisément se faire à domicile, selon ces manuels. Les risques étaient connus et exposés, mais jugés assez rares pour que l’accouchement à la maison soit considéré comme sécuritaire.

Ce n’est qu’après 1950 que l’accouchement gémellaire se retrouve dans la section des dystocies (ou anomalies) des manuels d’obstétrique. Sans l’imposer à toutes les gémellaires, les manuels proposent de les faire accoucher en milieu hospitalier pour des raisons d’accessibilité aux équipements spécialisés.

Le déplacement de l’accouchement de la maison vers l’hôpital s’est fait non sans une résistance de certaines femmes. Des récits que j’ai pu récupérer en témoignent. Pour Julienne[[3]](#footnote-3) (accouchement en 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 piqure 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’accouchement. »*

Dans les journaux, on insiste sur le caractère spectaculaire de l’accouchement gémellaire. Cette mise en scène médiatique a pu influer sur l’image du médecin comme étant le seul spécialiste capable de gérer cette situation jugée médicale. Dans les années 1930, c’était déjà ce visage spectaculaire qui avait rendu la naissance des quintuplées Dionne si fortement médiatisée. C’est toutefois après 1950 que ce regard médiatique s’étend aux grossesses gémellaires en général. À ce moment, la diffusion de ce discours sur la dangerosité de la gémellité est un véhicule qui incite les gens à intérioriser davantage le risque de l’accouchement en général. On le remarque dans les témoignages*.* Deux des participantes au second sondage qui couvre les années 1930 à 1980 ont relié leur expérience positive à la chance, comme si celle-ci avait fait en sorte qu’elles aient échappé à la fatalité du risque gémellaire.

En insistant ainsi sur la performance des médecins, on attribue aussi l’exploit à un nouvel acteur. Avant les années 1950, on peut lire dans les journaux que Madame Unetelle a accouché de jumeaux. L’exploit est donc attribué à la mère. Après les années 1950, on lit plutôt que le Dr Untel a accouché Madame Unetelle de ses jumeaux. C’est donc le médecin qui est crédité pour une performance médicale à haut risque.Il devient l’expert qui détient l’expertise comme le savoir.

J’ai pu constater qu’avant les années 1980, les médecins avaient tendance à ne pas croire les femmes qui se disaient enceintes de jumeaux et il y avait souvent erreur de diagnostic. Selon les articles scientifiques de l’époque, cela ne représentait pas un problème puisque l’accouchement de jumeaux est vu comme une performance médicale lorsqu’il survient, mais son dépistage à l’avance n’apparaît pas comme une nécessité.

Deuxième rupture

C’est avec l’arrivée des cliniques GARE dans les années 1980 que le diagnostic gémellaire est devenu plus important puisque dans les années 1950 l’accouchement de jumeaux est vu comme une performance, mais non comme un risque à prévenir. On assiste alors à la deuxième rupture de l’évolution de la médicalisation de la gémellité.

À partir du moment où le diagnostic gémellaire devient important, il faut mettre des moyens en place pour le favoriser. Outre la palpation et l’écoute des cœurs fœtaux, il existe deux manières de diagnostiquer la gémellité : la radiographie, qui était rarement utilisée dans les faits, et l’échographie ,qui n’a été disponible qu’à partir de la fin des années 1970. La pratique des radiographies a continué d’être utilisée après les années 1980 pour connaître la position des bébés, l’échographies n’étant pas assez performante pour cela à ses débuts. Parmi les 11 participantes à mon second sondage, quatre(des diagnostics ont eu lieu à l’accouchement et quatre par un examen clinique (palpation et/ou écoute des battements de cœurs des bébés). Seulement trois des diagnostics ont été faits par échographie, et ce uniquement à partir des années 1980. Dans deux cas il y a eu une radiographie de prise (en 1964 et 1968), mais dans 54% des cas aucune échographie ni radiographie n’ont été faites; une indication que le diagnostic gémellaire n’était pas nécessairement recherchéavant les années 1980.

Dans les manuels d’obstétrique, on peut constater que la pratique des échographies pour diagnostiquer les gémellaires a été implantée dans les années 1980, soit en même temps que l’apparition des cliniques GARE (grossesses à risques élevés). L’idée qu’une grossesse puisse être à risque a été popularisée au Québec dans les années 1980 lorsque le suivi obstétrical a été standardisé, réglementé et surveillé au moyen du dossier unique. Une norme a donc été clairement formulée par les autorités gouvernementales, appuyées par les médecins. Des femmes, dont les grossesses s’éloignaient de cette norme, étaient désormais automatiquement envoyées dans les cliniques GARE, dans le but de faire diminuer le taux de mortalité encore jugé trop élevé à cette époque.

Les statistiques hospitalières montrent une nette augmentation des suivis référés en clinique GARE dans les années 1980 à 1985. Les grossesses étaient-elles devenues plus souvent à risque en tant que telle ou a-t-on élargi la définition de ce qu’était une grossesse à risque? Il est à noter que dans le processus de création des cliniques GARE, la gémellité a été rapidement classée dans les grossesses à haut risque. Les mères de jumeaux elles-mêmes constatent une médicalisation de la gémellité lorsqu’elles comparent leur expérience avec celles de nos jours et elles 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 risque. »* - Carole 1988

Dès qu’une grossesse est déclarée à risque, des protocoles rigides sont imposés aux femmes et c’est toujours avec la même phrase qu’on la présente comme obligatoire chez les mamans en double : « C’est parce que c’est des jumeaux, madame ». C’est un exemple de rapports inégaux entre les acteurs sociaux : la gémellité devient à elle seule un empêchement pour les femmes de vivre leur grossesse et leur accouchement comme normal « parce que c’est des jumeaux avec risque de complication » et non pas « parce qu’il y a une complication avérée ». Cette présomption de complication dans les cas de jumeaux est appliquée toutes les variantes possibles de l’accouchement. Un bon exemple est le cas des sièges : dans les années 2000, si le premier jumeau est en siège, les médecins font une césarienne d’emblée. Pourtant, à peine 20 ans plus tôt, la pratique de l’accouchement du siège faisait partie de la normalité, comme en témoigne Chantal qui a accouché en 1980 :

*« Oui ce fut naturel... mon gars à 11h27[par le] siège et ma fille, dont j’ai rien senti, 4 min plus tard à 11h31.»* -Chantal 1980

Comme l’accouchement du siège était alors considéré comme une performance avant les années 1980, la grossesse et l’accouchement gémellaires ont pu être considérés également de la sorte par la suite. On constate en effet dans les rapports de stages qui ont été remis par les étudiants en médecine obstétrique dans les années 1980 que ceux-ci rangent l’accouchement gémellaire au nombre des conditions pathologiques auxquelles ils veulent être exposés durant leur formation. Pour eux, la quantité d’accouchements pratiqués est perçue comme garante d’une qualité de soin. Une perception qui est souvent partagée par le grand public qui mélange parfois les concepts de compétence et d’expérience. En médicalisant la gémellité, les médecins ont peut-être pu consolider dans l’esprit des gens que l’expérience était indispensable à la compétence.

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[[4]](#footnote-4) ont rapporté avoir eu un bel accouchement, mais en ajoutant tout de suite après la nuance, « 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…

**Conclusion**

Le processus de médicalisation de l’accouchement en général a été bien documenté par les historiennes et les anthropologues. Des militantes utilisent ce récit de la médicalisation pour revendiquer une certaine démédicalisation de la grossesse dite normale. Cependant, la place de la grossesse gémellaire dans ce tableau reste ambiguë puisque comme je l’ai démontré, les gémellaires ont pu servir de vitrine à l’idée de grossesse à risque. J’espère que mes recherches aideront à réfléchir à ce que pourrait être une future démédicalisation de la gémellité.

**Bibliographie**

**Sources primaires**

Sondage réalisé en novembre 2015 auprès de 55 mères ayant accouché de jumeaux entre 2010 et 2015.

Sondage réalisé en 2021 après de 11 femmes ayant accouché de jumeaux entre 1930 et 1980.

Collection numérique BANQ en ligne, recherche lancée en septembre 2021 avec les mot-clé « jumeaux » et « médecin » https://numerique.banq.qc.ca/resultats.

Archives de l’Université de Montréal, fonds E46 (Département d’obstétrique-gynécologie).

Union médicale du Canada, Vol 72 (1943) à Vol 103 (1974).

Une sélection de manuels d’obstétrique, 1930 à 1990 (Musée des Hospitalières, collection personnelle, et bibliothèque de l’UQTR).

**Articles et monographies**

BALLARGEON Denyse, (2004) Un Québec en mal d’enfant; la médicalisation de la maternité de 1910 à 1970, éd. Remue-Ménages, Montréal, 376 pages.

BOHREN, Meghan A., et autres, (2015) « The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review », PLoS Medicine, 12, 6 : 1-32.

DUSSAULT, G. (1975). Les médecins du Québec (1940-1970). Recherches sociographiques, 16 (1), 69–84. https://doi.org/10.7202/055675ar

ELMIR, Rakime, et autres, (2010) Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth : A metaethnography », Journal of advanced Nursing, 66, 10 : 2142-2153.

FORGET, Karine, Les conditions d’accouchement gémellaire au Québec , 2015, 19 pages.

GUÉRARD, F. & ROUSSEAU, Y. (2006). Le marché de la maladie : soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961. Revue d'histoire de l'Amérique française, 59 (3), 293–329. https://doi.org/10.7202/013081ar

LAFORCE Hélène, « Histoire de la sage-femme dans la région de Québec », éd. Institut québécois de recherche sur la culture, coll. « prix Edmond-de-Nevers » no 4, Qc, 1985, 237 pages

LAHAYE, Marie-Hélène, (2018) « Les violences obstétricales », table ronde sur les violences obstétricales, Montréal, Regroupement Naissance Renaissance (RNR).

LAURENDEAU,(1983) France La médicalisation de l’accouchement, Recherches sociographiques, 24, 2 : 203-234.

LÉVESQUE, Sylvie et autres (2016), « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle » recherche féministes, 2016, 31, 4 : 219-238.

NIGET David, Martin PETITCLERC(2012), Le risque comme culture de la temporalité, dans : Pour une histoire du risque, Québec, France, Belgique, Presse de l’Université du Québec, pages 1 à 33.

MITCHINSON Wendy (2002), Giving Birth in Canada, 1900-1950. Toronto, Buffalo et Londres, University of Toronto Press, coll. « Studies in Gender and History », no 19, 430 pages.

RIVARD Andrée (2014), Histoire de l’accouchement dans un Québec moderne, éd. Remue-Ménages, Montréal, 448 pages.

RIVARD, Andrée (2013), Le risque zéro lors de l’accouchement : genèse et conséquences dans la société québécoise d’un fantasme contemporain. Globe, 16(2), 27–47. doi:10.7202/1025212ar

ST-AMAND, Stéphanie (2013), Déconstruire l’accouchement : épistémologie de la naissance entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale. Thèse de doctorat. Montréal, Université du Québec à Montréal.

Whitridge Williams J (2014), Williams Obstetric, 24e ed., Chapitre 45 : multifetal pregnancy, pages 1650 à 1712.

1. Hélène Laforce, « Histoire de la sage-femme dans la région de Québec », éd. Institut québécois de recherche sur la culture, coll. « prix Edmond-de-Nevers » no 4, Qc, 1985, 237 pages [↑](#footnote-ref-1)
2. Sur le transfert hospitalier de la naissance : RIVARD, Andrée (2013), Le risque zéro lors de l’accouchement : genèse et conséquences dans la société québécoise d’un fantasme contemporain. Globe, 16(2), 27–47. doi:10.7202/1025212ar, BALLARGEON Denyse, (2004) Un Québec en mal d’enfant; la médicalisation de la maternité de 1910 à 1970, éd. Remue-Ménages, Montréal, 376 pages., LAURENDEAU,(1983) France La médicalisation de l’accouchement, Recherches sociographiques, 24, 2 : 203-234. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nom fictif, sondage juin 2021, L’accouchement gémellaire 1930-1980 [↑](#footnote-ref-3)
4. Sondage 2015, réalisé via Facebook auprès de 55 québécoises ayant accouché entre 2010 et 2015 [↑](#footnote-ref-4)