

LES LIEUX DE NAISSANCE

Printemps 1992

Dans l'esprit de la majorité des gens, l'hôpital est l'endroit idéal pour accoucher. Le fait que plus de 99 % des accouchements s'y déroulent crée l'illusion qu'il n'y a pas là question de choix. Mais les politiques obstétricales, les services aux femmes et à leur famille, les lieux eux-mêmes varient énormément d'un hôpital à l'autre. Aux femmes de faire un choix judicieux parmi les possibilités qui s'offrent à elles. À l'heure actuelle, les Québécoises peuvent accoucher dans une salle d'accouchement, une chambre de naissance, une chambre unique... ou à la maison², comme l'illustreront les histoires d'accouchement qui suivent.

ACCOUCHER OÙ L'ON VEUT

La naissance d'un enfant est un événement tellement important dans la vie d'un couple que la plupart d'entre eux en prépare minutieusement tous les détails en vue d'offrir à leur bébé les conditions idéales pour sa venue au monde. Cette préparation inclut le choix du lieu de naissance, qui exige de la part des parents une démarche sur plusieurs plans : recherche d'information, identification des priorités de chacun, prise de décisions parfois difficiles, comme changer d'hôpital ou de médecin en cours de grossesse. Mais l'enjeu est important : il s'agit de veiller à accoucher dans un contexte physique et humain qui nous convienne.

Certaines régions du Québec ne sont desservies que par un seul hôpital. Les parents qui désirent recevoir des services que cet hôpital ne dispense pas doivent parfois parcourir une distance impressionnante et aller accoucher ailleurs. Ils ont donc intérêt à connaître les services offerts par leur hôpital et à exiger certains « privilèges » qui deviendront bientôt peut-être, des politiques établies. En effet, prendre son bébé dans ses bras à sa naissance, l'allaiter dans la première heure de vie, cohabiter avec lui, pouvoir profiter des visites illimitées du père sont autant de privilèges du début des années quatre-vingt qui sont maintenant devenus des pratiques un peu plus répandues en obstétrique.

Presque tous les hôpitaux offrent des visites organisées du département d'obstétrique et de la pouponnière. Cette visite vaut bien qu'on lui consacre quelque temps, car elle permet de se familiariser à l'avance avec l'endroit où l'on accouchera. Si l'on hésite entre deux hôpitaux, la comparaison des possibilités offertes, de la qualité d'accueil et de l'ouverture des discussions permettront de faire un choix éclairé.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare acceptables 12 % de césariennes et recommande une importante diminution des taux de forceps et d'épisiotomies. Or, en 1990-1991, au Québec, 17,6 % des femmes subissent toujours une césarienne, 17,3 % d'entre elles accouchent à l'aide des forceps ou de la ventouse et 59 % se font faire une épisiotomie.² Les pourcentages anormalement élevés d'interventions inquinaient donc à bon droit celles qui voudraient mettre de leur côté toutes les chances de vivre un accouchement normal et naturel.

Dans *Une autre césarienne, non merci!*¹, Hélène Vadeboncoeur explique clairement à quel point les politiques de soins de chaque hôpital influent sur les accouchements qui s'y déroulent. Après avoir compilé les statistiques de césariennes de tous les hôpitaux du Québec, elle a constaté que, dans une même région, les taux de césariennes varient énormément d'un hôpital à l'autre. Il en va sans doute de même pour les autres interventions obstétricales. De quoi donner envie d'aller vérifier pour soi-même avant de choisir un hôpital!

L'HÔPITAL OU LE MÉDECIN D'ABORD ?

Les politiques de l'hôpital ont probablement beaucoup plus d'impact sur un accouchement que la personnalité d'un médecin. Dans cette optique, il semble sage de choisir un établissement pour les services qui nous conviennent et de choisir ensuite le médecin qui répond le mieux à nos attentes.

Le médecin arrive habituellement auprès d'une femme dans la dernière partie de son travail. Ce sont les infirmières qui assurent les soins requis, et elles consultent le médecin si cela s'avère nécessaire. Dans les hôpitaux universitaires, des étudiants en médecine (les externes) assistent périodiquement au travail, et les résidents (des médecins reçus, qui complètent leur spécialisation) veillent à sa surveillance, performant la plupart des gestes médicaux : examens vaginaux, rupture des membranes, stimulation du travail avec des hormones synthétiques, etc. Les spécialistes de garde, obstétricien ou anesthésiste, prennent les décisions importantes qui les concernent, comme de faire une césarienne et de donner une péridurale.

Jusqu'à maintenant, seuls les médecins assistent des accouchements à l'hôpital. Dans les projets-pilotes approuvés par la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes* (Loi 4), il sera bientôt possible d'avoir recours aux services d'une équipe de sages-femmes qui agiront en professionnelles autonomes et intégrées à l'équipe médicale. Le fait d'avoir le choix entre accoucher avec un médecin ou une sage-femme se répercutera de toute évidence sur l'approche et la philosophie des soins.



Filière
618.4(714)
Reg 1982

Nathalie

Deux heures du matin 20 janvier 1991 Nathalie et Daniel, fébriles, arrivent à l'hôpital les contractions de Nathalie annoncent la venue de leur premier bébé Guidée par l'infirmière vers une chambre de travail, Nathalie doit revêtir la jaquette d'hôpital, subir un « minirasage » et se faire installer le moniteur foetal pendant que Daniel se rend à l'accueil Les contractions deviennent de plus en plus intenses, et Nathalie passe de nombreuses heures couchée sur le dos à cause du moniteur Elle a soif, mais n'a pas la permission de boire L'externe les deux résidents de garde et de nombreuses infirmières entrent dans la chambre à plusieurs reprises pour vérifier le tracé du moniteur, le soluté ou pour remplir un questionnaire

Une péridurale laisse enfin Nathalie se reposer entre les multiples gestes rajoutés pour surveiller les effets secondaires possibles de cette intervention Comme les contractions ont beaucoup diminué en fréquence et en régularité depuis l'anesthésie, le médecin ajoute au soluté un médicament destiné à stimuler les contractions, le Pitocin.

Maintenant à dix centimètres, Nathalie a été transférée à la salle d'accouchement où elle est couchée sur une table étroite. Dans la position horizontale, elle pousse de toutes ses forces Une épisiotomie sera sans doute nécessaire pour faciliter l'expulsion

Succionné, essuyé et son cordon coupé, le bébé sera déposé emmaillotté, sur sa mère Il aura peut-être le temps de prendre une première tétée avant qu'on ne le pèse et le mesure et qu'on prenne l'empreinte de son pied Il sera ensuite emmené à la pouponnière

Au cours de son séjour, Nathalie pourra allaiter son bébé aux quatre heures sauf durant la nuit, où on la laissera dormir Lorsque sa famille et ses ami(e)s viendront lui rendre visite, son bébé devra regagner la pouponnière

LA SALLE D'ACCOUCHEMENT

Chromée, éclairée de néons, aseptique et froide, la salle d'accouchement conventionnelle ressemble à une salle d'opération Elle regroupe une quantité impressionnante d'éléments qui perturbent le déroulement d'un accouchement normal milieu non familial, présence d'étrangers, lumière excessive, déplacement de la mère de la salle de travail à la salle d'accouchement au début de la phase d'expulsion table étroite et inconfortable qui limite les femmes dans leurs positions inconfort des premiers moments avec leur bébé et très peu d'espace prévu pour le conjoint

Des interventions exceptionnelles lors d'accouchements compliqués, peuvent justifier l'emploi de la salle d'accouchement, mais il n'y a aucune raison même médicale, de l'employer pour les accouchements normaux

Marie-Claude

Juillet 1991 Marie-Claude et Benoît ont choisi d'accoucher dans un hôpital qui privilégie les chambres de naissance. À leur arrivée, une infirmière exécute les premières procédures d'admission prise de sang, examen vaginal et observation sous moniteur foetal pendant une vingtaine de minutes À la suite de ces examens, Benoît se rend à l'accueil L'infirmière encourage Marie-Claude à s'asseoir dans un fauteuil et à marcher un peu pour activer son travail Le résident de garde essaie de se faire le plus discret possible

Le moment de la poussée enfin venu, Marie-Claude est en position semi-assise Le bébé sera là d'une minute à l'autre des minutes qui deviennent une heure, puis une heure et demie ! L'infirmière a fait entrer dans la pièce l'équipement nécessaire en cas d'urgence Elle réinstalle le moniteur de façon continue Après quelques examens pour évaluer la progression de la phase d'expulsion le médecin annonce à Marie-Claude qu'il devra lui faire une épisiotomie.

Son petit bébé arrive enfin, et l'infirmière le dépose sur une couverture placée sur sa poitrine Elle le succionne et l'essuie vivement Dans quelques minutes, elle lui mettra de l'onguent dans les yeux, le pèsera et le ramènera à ses parents pour une heure ou deux. Il aura probablement le temps de téter une première fois avant d'aller passer quelques heures à la pouponnière, comme c'est la règle.

Marie-Claude sera emmenée dans une autre chambre où elle passera le reste de son séjour avec son bébé, qui cohabite avec elle sauf à l'heure des visites

LA CHAMBRE DE NAISSANCE

À la demande des femmes et des couples, plusieurs hôpitaux de la province ont converti, ces dernières années, les chambres de travail en chambres de naissance Les femmes y passent tout leur travail et y accouchent Une ou deux heures après, elles sont transférées dans une autre chambre pour le reste de leur séjour Ces chambres sont habituellement munies d'un lit *Bornig*, qui permet d'accoucher dans la position de son choix Le matériel médical (appareil à pression, oxygène, appareil à succion, etc.) est installé de façon permanente au mur parfois caché par des rideaux

Décorées de façon accueillante, les chambres de naissance représentent un changement positif par rapport à la salle d'accouchement mais leur utilisation n'a pas vraiment provoqué une baisse du nombre d'interventions médicales comme on aurait pu s'attendre d'un lieu qui soit vraiment différent Le décor a changé, mais la pratique médicale et les attitudes du personnel n'ont pas toujours suivi Il demeure par conséquent important de bien se renseigner sur les pratiques de chaque hôpital (voir encadré « Choisir un hôpital »)





CHOISIR UN HÔPITAL

Voici une liste de questions à poser à l'hôpital où vous prévoyez accoucher. Vous pouvez vous en inspirer pour évaluer les services qui y sont disponibles.

- Est-ce un hôpital universitaire (qui suppose un équipement hautement spécialisé et la présence de spécialistes, d'étudiants en médecine et de résidents) ?
- Quelle est la routine d'admission à l'hôpital (vêtement d'hôpital obligatoire, rasage, soluté, moniteur, etc) ? Pouvez-vous boire, manger et circuler librement pendant le travail ? Pouvez-vous accoucher dans la position de votre choix ? Qui peut assister à votre accouchement ?
- Y a-t-il une ou plusieurs chambres de naissance ? Quel est le pourcentage de leur utilisation ? Quelles sont les conditions requises pour y avoir droit ? Les médecins acceptent-ils tous d'y assister des accouchements ?
- Quelles sont les politiques de la pouponnière par rapport à l'allaitement (première tétée, horaires des tétées le jour et la nuit, tétée à la demande, suppléments de formule, etc) ? Recevez-vous de l'aide ? Pouvez-vous cohabiter avec votre bébé, et quelles sont les circonstances qui ne le permettent pas ? Pouvez-vous visiter votre bébé à la pouponnière s'il a besoin de soins spéciaux et pouvez-vous participer à ces soins ?
- Quelles sont les politiques de l'hôpital concernant les césariennes (type d'anesthésie disponible, présence du père ou d'une autre personne possible pour le père de prendre le bébé dans les premières minutes, etc.) ? Quel est le temps requis pour faire une césarienne d'urgence ? Y a-t-il toujours un anesthésiste sur place ? Pouvez-vous accoucher vaginalement après une césarienne ? ☺

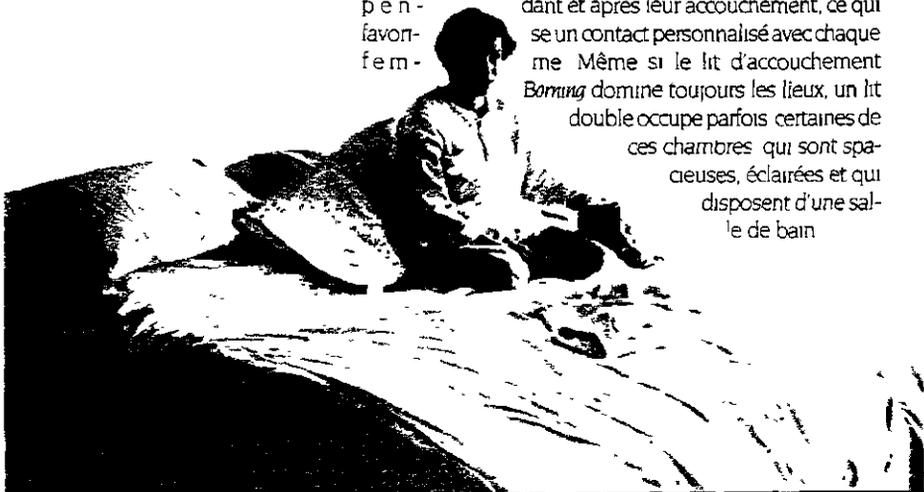
Brabant, Isabelle, *Une naissance heureuse*, Editions Saint-Martin, Montreal, 1991, adaptation du tableau « Pour choisir son hôpital », p 55

L'exemple d'Anna-Laberge

Les centres hospitaliers qui mettent à la disposition des femmes des chambres uniques ne sont pas nombreux au Québec même si plusieurs projets sont présentement à l'étude. Le Centre hospitalier Anna-Laberge ouvert depuis 1989, en est sûrement le meilleur exemple. Dès sa conception son département d'obstétrique, d'une capacité de 1 500 accouchements par année a été mis sur pied en fonction de mettre l'accent sur l'humanisation des soins. Le type de soins qui y est privilégié démontre que les demandes exprimées par les femmes depuis les dix dernières années ne relevaient ni de l'hystérie ni d'un romantisme déplacé, ni de l'utopie.

LA CHAMBRE UNIQUE

La chambre unique est un peu le prolongement du concept des chambres de naissance, qui se trouvent ici améliorées. Le fait que les femmes qui y accouchent puissent y passer toute la durée de leur séjour du début de leur travail à leur sortie de l'hôpital, en compagnie de leur conjoint et de leur bébé en fait sa principale caractéristique. La même équipe prend soin des futures mères avant et après leur accouchement, ce qui favorise un contact personnalisé avec chaque femme. Même si le lit d'accouchement *Bornung* domine toujours les lieux, un lit double occupe parfois certaines de ces chambres qui sont spacieuses, éclairées et qui disposent d'une salle de bain.



Au Centre hospitalier Anna-Laberge, infirmières et médecins valorisent la participation des femmes à la prise des décisions. Ils préfèrent respecter les processus naturels plutôt qu'utiliser les interventions de façon routinière. L'intégration des soins est de règle.

Durant le travail, les femmes peuvent marcher, changer de position et utiliser le bain tourbillon à souhait. La présence auprès du couple d'une sage-femme ou d'une accompagnante est dans la majorité des cas perçue comme un complément bénéfique.

Déjà, les statistiques du Centre hospitalier Anna-Laberge se démarquent de celles du Québec, suggérant que les pratiques qui y sont préconisées ne mettent pas la santé des femmes et des bébés en danger, bien au contraire. 15% de césariennes et 7% de forceps/ventouses plutôt que 17,6% et 17,3% respectivement pour l'ensemble de la province de Québec.

Innovatrice et porteuse d'espoir, l'expérience du CH Anna-Laberge comporte toutefois des limites. Même s'ils sont moins interventionnistes, les médecins sont toujours absents durant toute la durée du travail. Même si la continuité entre l'accouchement et le *postpartum* a été améliorée, on ne la retrouve toujours pas entre la grossesse et le travail. Mais surtout, aucun mécanisme de consultation auprès des femmes quant à l'orientation du département ne garantit pour les années qui viennent, l'évolution de cette approche en accord avec les désirs des parents.

Plusieurs hôpitaux du Québec envient l'édifice neuf du CH Anna-Laberge. Mais ce qui a le plus contribué à l'implantation de son approche nouvelle est sans doute l'attitude de son personnel. Et cela peut être adapté à n'importe quel autre hôpital. C'est pourquoi il serait souhaitable que, dans les années à venir, on investisse dans la formation et le soutien des personnes-ressources qui accompagnent les couples lors de la naissance de leurs enfants plutôt que dans les meubles et la décoration.

ET LES MAISONS DE NAISSANCE ?

Les projets-pilotes de sages-femmes, qui devraient voir prochainement le jour au Québec vont permettre d'expérimenter un nouveau lieu de naissance : la maison de naissance élaborée selon un concept qui nous vient des États-Unis : les *Free Standing Birth Centres*, situés hors des murs d'un hôpital. En plus de permettre d'y accoucher, ce lieu réunit tous les services reliés à la grossesse et à l'accouchement : suivi prénatal, cours prénatals, centre de documentation, rencontres postnatales

Guylaine

Guylaine et Martin arrivent enfin au centre de maternité. Ils y rejoignent la sage-femme qui a suivi Guylaine pendant toute sa grossesse. Guylaine s'installe spontanément dans le fauteuil près du lit pour que la sage-femme puisse écouter le cœur du bébé. Elle se promène de la cuisine à la chambre et laisse passer quelques contractions dans la baignoire. L'endroit lui est familier puisqu'elle y venait pour son suivi de grossesse et pour les cours prénatals. L'atmosphère est tranquille. Une autre famille seulement passe la nuit au centre. Martin peut se reposer dans une petite chambre et grignoter à la cuisine s'il a faim, Guylaine pareillement d'ailleurs. À l'occasion, la sage-femme suggère des positions, des gestes, des respirations qui aident le bébé à naître. Pour surveiller le travail, elle utilise des instruments simples et dispose aussi d'équipement spécialisé comme le moniteur fœtal. Le centre possède tout l'équipement nécessaire pour répondre à des situations d'urgence : sauf faire des césariennes.

Au moment de la poussée, Guylaine pourra s'asseoir, s'accroupir, se coucher sur le côté ou prendre toute autre position qui lui conviendra. Toutes les précautions seront prises pour qu'elle accouche sans que son périnée ne déchire. Elle disposera de tout le soutien dont elle aura besoin pour donner la première tétée. Elle passera les vingt-quatre heures suivantes au centre en compagnie de Martin. Durant la première semaine de vie du bébé, la sage-femme fera quelques visites à la maison. Par la suite, la nouvelle famille se rendra au centre pour le reste du suivi postnatal.

Il va sans dire que l'histoire de Guylaine est une projection dans l'avenir et qu'il n'existe aucune maison de naissance présentement au Québec.

individuelles ou en groupe, etc. Les femmes enceintes viennent à connaître toutes les intervenantes qui y travaillent, et il est plus facile pour elles de se retrouver aisément dans ce centre aux dimensions humaines.

La maison de naissance est conçue pour donner des services aux femmes en santé dont la grossesse se déroule normalement. À tout moment de la grossesse ou de l'accouchement, des conditions médicales ou obstétricales clairement établies peuvent justifier une consultation avec un spécialiste ou un transfert à l'hôpital. La très grande majorité des accouchements qui pourraient devenir pathologiques sont ainsi transférés à temps. Le centre est équipé convenablement pour les urgences et les modalités d'un éventuel transfert à l'hôpital sont bien organisées.

Même si les projets-pilotes expérimenteront d'abord ce lieu de naissance avec des sages-femmes, il est permis d'envisager que certains centres pourraient éventuellement fonctionner avec une équipe constituée également de médecins omnipraticiens.

Pour beaucoup de parents, un tel lieu de naissance pourrait représenter une alternative très intéressante à l'accouchement à l'hôpital, tout en préservant plusieurs des avantages habituellement réservés à la maison : familiarité avec les lieux, intimité, continuité des soins, etc. Si les maisons de naissance préservent leur vocation de respect de la normalité et de support aux parents, l'histoire des accouchements au Québec pourrait prendre un tournant décisif vers la santé.

Il y a quelques années à peine, ce concept n'était qu'un rêve. Nous voyons arriver aujourd'hui le temps où nous devons chacune dans nos quartiers, dans nos régions, en collaboration avec le système actuel, créer des maisons de naissance qui nous ressemblent pour mettre nos enfants au monde! ☺

* L'accouchement à la maison : cette option qui demeure le choix d'un certain nombre de couples au Québec fait l'objet d'une autre fiche d'information de Naissance-Renaissance (Fiche-maternité N° 2).

1. *Une autre césarienne, non merci!* Héliane Vadeboncoeur. Éditions Québec-Amérique. Montréal, 1989. Bien qu'ils semblent s'adresser aux femmes qui préparent un AVAC (accouchement vaginal après césarienne), ces renseignements et ces conseils sont tout à fait appropriés pour toutes les femmes qui vont accoucher!

2. Fichier Meq-Écho. Calculs du Service Évaluation-Recouvrement de la Santé (MSSS).

RNR

FICHE-MATERNITÉ N° 2 LES LIEUX DE NAISSANCE • Produit par NAISSANCE-RENAISSANCE Regroupement provincial des groupes d'humanisation des naissances • 530 rue Cherrier, Montréal (Québec), H2L 1H3 Tél. (514) 843-9552 • COLLABORATION Isabelle Brabant, Dhyane Izzi, Ginette Boulanger • PHOTOS Daniel Lapointe, Jean-Christophe Stéphanovitch