

TROUVER MA VOIX D'ACCOMPAGNANTE
COMPRENDRE LES CONDITIONS D'ACCOUCHEMENT
À L'HÔPITAL AU LIBAN

Dounia Salamé
Juin 2021

Travail réalisé dans le cadre
de la formation d'accompagnante à la naissance
du Centre Pleine Lune

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Méthodologie de recherche/sources d'information.....	4
a. Entrevues et récits d'accouchement	
b. Groupes de support en ligne	
c. Articles et rapports publiés	
d. Réseautage	
Conditions d'accouchement au Liban	5
a. Les interventions médicales	
b. Du point de vue des femmes	
c. Consentement et accès à l'information	
Ce que ce travail m'apporte comme accompagnante	10
a. Pourquoi la justice reproductive ?	
b. Que faire ?	
Sources.....	14
Annexe.....	15

Introduction

Je termine l'écriture de ce texte dans un contexte particulier. J'en ai écrit et sauvegardé une première version, presque finale, le 10 Octobre 2019, sept jours avant l'éclatement d'un soulèvement massif au Liban. Ce mouvement naît d'une difficulté grandissante qu'ont les habitants du pays à assurer leurs besoins les plus nécessaires incluant santé, logement, et nutrition. À cet instant en Octobre 2019, les effets de la crise économique se font sentir lentement. Depuis, et aujourd'hui au moment d'écrire ces lignes, la livre libanaise a perdu plus de douze fois sa valeur. Pour un pays dépendant de l'importation, c'est une catastrophe. Les salaires même les plus généreux ne permettent plus de se procurer les nécessités de base. Concrètement, cela veut dire que les rangées des supermarchés sont de plus en plus vides, les clients se disputent des produits de base dans les supermarchés, l'électricité coupe plus de 18 heures par jour, incluant celle des feux de circulation, des écoles, et des hôpitaux.

Justement, le secteur de la santé est parmi les plus touchés. Les médecins préviennent que les antibiotiques, les anesthésiants, et d'autres médicaments de bases sont de plus en plus difficiles à obtenir. Les hôpitaux sont forcés d'acheter leur propre carburant et générateurs d'électricité afin d'alimenter les services nécessaires comme les couveuses, sans parler de la pandémie qui rajoute de son poids sur le système de santé. Les hôpitaux au Liban, et plus particulièrement les hôpitaux publics sous-financés commencent à prévenir qu'ils ne pourront pas remplacer les machines qui deviendraient défectueuses. De plus, les médecins et infirmières émigrent en masse, puisque leurs salaires ne sont plus suffisants pour vivre, et que leurs conditions de travail se dégradent.

La situation affecte bien évidemment les nouveaux parents : les ressources manquent dans les hôpitaux, le lait infantile est introuvable, les couches sont hors de prix.

La question que pose ce texte est donc d'autant plus pressante dans ce contexte de crise : quelle place pour une accompagnante dans le monde de la naissance au Liban ?

C'est mon parcours d'engagement dans la justice reproductive qui m'a menée à devenir accompagnante à la naissance, dans un désir d'être, en premier, plus impliquée dans les pratiques liées à la naissance –et pas uniquement à la contraception, la santé sexuelle, l'avortement comme auparavant – mais aussi, en deuxième, dans l'objectif d'ajouter à mes outils de support et de relation d'aide. Au Liban, où la naissance est hyper-médicalisée et où, de manière générale, la médecine prétend contenir réponse à tout et mieux savoir ce dont la patiente a besoin, le rôle de l'accompagnante est certainement pertinent. Dans ce texte, je tente de comprendre ce besoin, et surtout, (car je ne prétends pas pouvoir remplir cette lacune à moi seule), je tente de trouver ma place comme accompagnante dans ce contexte. Ce texte se lit donc plus comme une exploration que comme une réponse définitive. J'espère que les années à venir continueront de nourrir cette réflexion que je commence ici.

Ce mémoire commence par une exploration sommaire des conditions d'accouchement en hôpital (qui demeure le lieu d'accouchement d'une grande majorité des femmes). Puis, je présente une réflexion sur la perception que les femmes ont de ces conditions d'après des conversations avec 8 femmes ayant accouché récemment. Bien que n'étant pas exhaustive ni représentative, la description de ces pratiques me permet de prendre position et mieux définir mes valeurs et mon approche à l'accompagnement. C'est pourquoi j'introduis ensuite le concept de justice reproductive. Je présente mes réflexions personnelles en conclusion.

Méthodologie de recherche/sources d'information

J'ai recueilli des informations sur le monde de la naissance au Liban de plusieurs sources :

a. Entrevues et récits d'accouchement

Pour écrire ce texte, j'ai écouté les récits d'accouchement de 9 femmes, qui m'ont raconté la naissance d'un total de 16 enfants, datant d'au plus tôt Septembre 2012. En plus, au fil des conversations, j'ai aussi entendu –avec moins de détails- d'autres histoires de femmes qui, sachant que j'étais accompagnante, voulaient partager leur expérience. J'ai également accompagné six accouchements entre mai 2019 et avril 2021, et ai pris note de leurs conversations (parfois négociations) avec leurs médecins.

Ces récits prennent une place centrale pour ce travail, puisque c'est à partir des perceptions et besoins des personnes concernées que je désire bâtir ma position d'accompagnante. Les premières entrevues étaient plus structurées (voir questionnaire en annexe), mais j'ai ensuite découvert que de laisser les femmes raconter leurs accouchements librement leur permettait de mettre l'emphase sur ce qui a été important pour elles (voir la section « du point de vue des femmes » ci-dessous pour plus de détails). Certaines femmes ont mis l'emphase sur l'allaitement, d'autres sur le congé de maternité, d'autres sur leur besoin d'information le long de cette expérience, et d'autres sur les difficultés après une césarienne, ou sur la discrimination qu'elles ont vécu lors de l'accouchement.

La majorité de ces femmes sont Libanaises et de classe moyenne, ou du moins, ont les moyens d'avoir une assurance leur permettant d'accoucher en hôpital privé. Les accouchements qu'on m'a racontés se sont passés dans 7 hôpitaux différents pour la majorité à Beyrouth, et seule une femme avait accouché ses deux enfants à la maison. Sur les 16 naissances, cinq d'entre elles étaient des césariennes.

b. Groupes de support en ligne

J'ai également rejoint un groupe Facebook nommé « Breastfeeding in Lebanon », où plus de 7000 femmes s'offrent un support mutuel, et un autre moins populaire nommé « Natural Birth, Homebirth Lebanon » (700 membres). Sur ces groupes, les membres partagent leurs questionnements autour de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, ce qui me donne également des informations supplémentaires directement de personnes concernées.

c. Articles et rapports publiés

Les articles consultés se trouvent dans la bibliographie à la fin de ce document. Afin de compléter le groupe de femmes interviewées assez homogène, je me base sur une étude (Yasmine et Moughalian, 2018) pour laquelle 48 Syriennes, Palestiniennes et Éthiopiennes ont été interviewées au sujet de leur accouchement dans le centre de naissance de Médecins Sans Frontières (MSF) dans le camp de Burj el-Barajneh ou à l'hôpital public de Beyrouth (RHUH- Rafiq Hariri University Hospital). Le centre de naissance de MSF est géré par une sage-femme, et on n'y fait pas de césariennes. Le tri se fait durant la grossesse, et les femmes ayant besoin d'une césarienne sont référées au RHUH. D'autres études citées dans ce document rapportent les conditions d'accouchement ou d'allaitement au Liban.

d. Réseautage

J'ai également fait des entrevues avec des organismes ou des personnes travaillant sur les questions de santé reproductives, en particulier en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement. Entre autres, j'ai rencontré une sage-femme qui offre un accompagnement aux accouchements à domicile en équipe avec une autre sage-femme et une gynécologue, la sage-femme en chef du centre de naissance de Médecins Sans Frontières mentionné ci-dessus, et une formatrice en hypno-birthing. Ces entrevues servent un double objectif : premièrement, recueillir des informations sur les conditions d'accouchement au Liban, et deuxièmement, comprendre leur positionnement afin de construire ma liste de ressources existantes pour de potentiel.le.s accompagné.e.s.

Conditions d'accouchement au Liban

Au Liban, les accouchements se font en grande majorité à l'hôpital. À part les centres de naissance de Médecin Sans Frontière mentionné ci-dessus, le seul autre lieu possible pour l'accouchement est le domicile, ce qui reste assez rare. C'est pourquoi je me concentre ici sur les conditions d'accouchement en hôpital.

a. Les interventions médicales

Les études sur les conditions d'accouchement à l'hôpital au Liban sont peu nombreuses. Une bonne connaissance de ces conditions est cruciale pour ma future pratique d'accompagnante, afin que je sache mesurer mon discours lors de mes rencontres, et savoir expliquer aux couples à quoi ils peuvent s'attendre.

L'étude la plus exhaustive à ce sujet est assez ancienne (Khayat et Campbell, publiée en 2000 ; basée sur des données rassemblées en 1997). À partir de cette étude, des discussions avec des femmes ayant accouché plus récemment, et de mes accompagnements, voici un portrait

des pratiques hospitalières aujourd'hui. Les pratiques diffèrent énormément entre les hôpitaux, et la plupart n'ont pas de protocole écrit pour l'accouchement : le médecin a individuellement beaucoup de pouvoir dans la détermination des protocoles. Je rapporte ces pratiques avec assez de prudence : mes entrevues et conversations ne peuvent pas être statistiquement fiables. Ceci était dit, plusieurs tendances sont claires :

- (1) Durant la grossesse, les **échographies**, prénatales et d'autres tests, sont présentées comme des absolus, et non des « choix ».
- (2) À partir de la fin de la 39^e semaine d'aménorrhée (parfois la 38^e), dans certains cas, la pression monte pour que la femme accepte une **induction**, généralement à travers l'administration de *pitocin*. Cette pratique dépend du médecin, et non de l'hôpital.
- (3) **Le travail et la poussée** sont traités séparément. Durant le travail, les femmes ont droit à plus d'un.e accompagnant.e (le compagnon principalement) et ont généralement une liberté de mouvement, alors que, durant la poussée, elles n'ont droit qu'à un.e seul.e accompagnant.e et sont forcées à la position couchée sur le dos. Systématiquement pour les femmes ayant accouché dans un hôpital, une demande de pousser dans une position autre que sur le dos se voit refusée. Dans certains hôpitaux, on transporte la femme et son accompagnant.e dans une salle d'opération pour la poussée.
- (4) Certaines **interventions médicales** sont **systématiques** dans quasiment tous les hôpitaux et sont : rasage du périnée, lavement intestinal, et perfusion. L'épisiotomie est moins systématique, mais très répandue.
- (5) On interdit assez timidement à la personne qui accouche de **manger et boire** : le personnel hospitalier dit « je préfère que tu ne manges/boives pas » ou « ne mange/bois pas trop ».
- (6) Alors que ce n'est pas le cas en 1997, aujourd'hui, le recours à la **péridurale** est prise pour acquis. Le personnel hospitalier et le médecin sont souvent surpris de la demande d'accoucher sans péridurale venant des femmes, mais réagissent en général positivement. L'épidurale semble avoir remplacé les différents mélanges d'**opiacés**. Alors qu'ils sont assez utilisés en 1997, aucune femme ne l'a mentionné dans les entrevues, ni aucun médecin ou personnel hospitalier dans les différents récits.
- (7) Les pratiques autour de l'usage du **pitocin** sont encore floues : en 1997, ce n'était pas pratique courante. Mes entrevues, de leur côté, sont assez peu concluantes : certaines femmes racontent avoir été « renvoyées » à la maison si elles allaient à l'hôpital trop tôt, ce qui laisse deviner une volonté d'éviter de devoir avoir recours à l'ocytocine artificielle. Par contre, plusieurs femmes disent « ne pas savoir » si on leur a perfusé quelque chose d'autre que du soluté, étant donné que la perfusion est assez automatique.
- (8) Aucune femme à qui j'ai parlé n'a eu la possibilité d'attendre le réflexe de poussée. La **poussée dirigée** semble être pratiquée systématiquement.
- (9) Les chiffres officiels du Ministère de la santé déclarent plus de 50% de taux de **césarienne** dans les trois dernières années. Les détails révèlent que 58% des accouchements des Libanaises et 36% des non-Libanaises sont par césarienne. Les

chiffres sont à tendance de la montée : en 1997, 18% des accouchements sont par césarienne (Khayat et Campbell 2000), et en 2008, ce chiffre monte à 40% (DeJong et al. 2010).

- (10) En général, les demandes de **peau à peau** à la naissance sont bien reçues. Par contre, il n'est pas automatique dans certains hôpitaux, et la longueur « permise » du peau à peau varie. Le plus souvent, il dure entre 5 et 30 minutes.
- (11) Dans les hôpitaux privés, les unités de maternité protègent les choix des parents concernant **les soins aux bébés** post-partum. Dans certains hôpitaux, une feuille affichée sur le mur affirme l'obligation des parents à respecter les choix des parents. Cela inclut le bain et les vaccins. Le **peau à peau prolongé** et le **clampage tardif du cordon** ne semblent pas faire partie de ces « soins » et sont assez rarement pratiqués.
- (12) Les **pratiques post-partum** dépendent fortement des hôpitaux : par exemple, en 2000, 59% des hôpitaux gardaient les bébés en pouponnière, et 26% les laissaient dormir dans la même chambre que la mère ; 49% des hôpitaux donnaient le bébé à la mère dans la première heure, mais 18% ne le faisaient jamais (Khayat et Campbell 2000). Mes entretiens et observations corroborent ce fait. Certains hôpitaux donnent le choix aux parents. Juste après le peau à peau, les bébés sont pris et tous les parents doivent attendre pour voir leur bébé. L'attente va de 30 minutes à 2 heures au moins.
- (13) Aucun hôpital au Liban n'est « Ami des bébés », et le taux d'**allaitement** est en déclin malgré des efforts de l'UNICEF et du Ministère de la Santé pour la promotion de l'allaitement (Akiki et al. 2015), ce qui laisse présager que les pratiques post-partum sont de plus en plus médicalisées. Les groupes de défense et promotion de l'allaitement décrient la distribution automatique de lait infantile (*formula*) aux parents, alors que la loi l'interdit. Certaines mères pensent que le personnel hospitalier aurait nourri leur bébé au lait infantile à leur insu à l'hôpital.

b. Du point de vue des femmes

Les femmes qui m'ont fait part de leurs expériences ont chacune choisi d'insister sur un aspect différent.

Une femme m'a longuement parlé de son expérience avec l'allaitement, du plaisir qu'elle en a tiré, et de son expérience d'allaitement en tandem. En particulier, elle a mentionné l'importance de groupes de support sur Facebook, surtout après un démarrage difficile pour son premier bébé. Aujourd'hui, elle est très active sur ces groupes, où elle encourage d'autres femmes à résister aux injonctions de médecins à utiliser du lait infantile.

Une autre femme a surtout partagé son désarroi face à un monde professionnel discriminatoire. Elle a mal vécu le fait que son milieu de travail ait mal accommodé sa grossesse, son accouchement, et surtout, la période post-partum. Mis à part qu'au Liban le congé maternité soit de 70 jours seulement, elle a aussi relevé que dans son milieu professionnel, on ne reconnaissait pas l'impact d'une naissance sur le rythme de travail et qu'au final, ses collègues masculins, ayant été plus « productifs » cette année-là, ont obtenu des promotions avant elle.

Une troisième ayant eu une déchirure de 4^{ème} degré (qui mène à une fistule anale) parle surtout de sa colère de ne pas avoir été informée des risques de pousser sans respirer. Le médecin, au moment de la dernière poussée, l'encourage à pousser de toutes ses forces.

Trois femmes ayant donné naissance par césarienne ont surtout parlé de la froideur de la « pièce de repos » après sa césarienne : une pièce trop froide où on les laisse, sans leur bébé, attendre que l'anesthésie n'ait plus d'effet. L'une d'entre elle a aussi parlé de ses difficultés à tisser un lien d'attachement avec son bébé, principalement à cause de la douleur post-opératoire.

Une femme camerounaise construit son récit entier autour de la manière dont le personnel médical la traite. Lors de son premier accouchement au Liban, le personnel médical est respectueux et lui offre le support dont elle a besoin quand elle le demande. Lors de son deuxième accouchement, dans un autre hôpital, le personnel médical est méprisant et violent, au point qu'elle décide de partir le lendemain de sa césarienne, avant le moment recommandé.

De manière générale, et sans surprise, le support de l'entourage (ou des groupes virtuels) joue un grand rôle dans le confort de la femme. Une femme raconte avoir détesté l'allaitement avec son premier bébé, alors qu'au deuxième, sa sœur lui a « expliqué comment faire », et elle a adoré. Les femmes partagent entre elles, évidemment, leurs expériences d'accouchement dans leur recherche du médecin ou de l'hôpital qui leur convient. Surtout, elles partagent leurs mauvaises expériences et ce qu'il faut (ou qui) éviter.

c. Consentement et accès à l'information

Plusieurs des femmes qui ont partagé leurs récits n'accordaient pas beaucoup d'importance à l'accouchement lui-même. L'une d'entre elle m'a dit : « je ne pensais pas trop à l'accouchement, ce qui m'importait, c'était de savoir m'occuper de mon bébé une fois né ». Cette réflexion trouve des échos chez plusieurs femmes qui s'inquiètent plutôt de l'après naissance, de l'allaitement, du retour au travail après le congé maternité, etc. Pour ces femmes, les différents choix possibles pour l'accouchement ne se posent pas. Le médecin dit ce qu'il faut faire. Chez ces femmes qui ne posent pas de questions, j'ai ainsi écouté différents récits, par exemple :

- Un premier accouchement par césarienne en urgence, puis un deuxième par césarienne « automatique » sans qu'elle n'ait jamais entendu parler de la possibilité d'un AVAC. Ça ne la dérange pas, d'ailleurs, une césarienne l'arrange bien parce que c'est planifié et « plus facile » ;
- Une femme très en colère contre son médecin qui a compris rétrospectivement qu'être informée au sujet de l'accouchement lui aurait évité des complications dont elle vit les séquelles deux ans plus tard. Elle a d'ailleurs déposé une plainte contre son médecin ;
- Une femme, à qui on n'avait jamais expliqué les signes d'un travail actif, est allée trois fois à l'hôpital pour se faire dire que c'était trop tôt ;
- Une femme me confie que « l'accouchement, c'est la plus belle expérience au monde ». Elle écoute son corps, divague dans sa bulle, vit chaque contraction comme une vague

à surfer, malgré tous les dispositifs hospitaliers autour d'elle. La seule chose qui la dérange, c'est qu'on ait systématiquement refusé d'éteindre l'air climatisé, parce qu'elle avait froid ;

- Une femme qui connaît très bien son corps des accouchements précédents, sait à quel moment elle a besoin qu'on perce la poche des eaux, et le demande à l'aide-soignante présente. Son bébé naît 30 minutes plus tard.

Par contre, pour d'autres femmes, l'absence d'information est très mal vécue dès le début. La panoplie des tests effectués sans explications, le sentiment de culpabilité lorsqu'elle met en doute la prescription du médecin, l'absence de d'options proposées sont autant d'obstacles dans leur recherche d'une grossesse et un accouchement confortables. Une femme me confie : « Tu tâtonnes. Et tu fais tout toute seule ». Une autre me confie avoir envisagé d'explorer un AVAC après une première césarienne pour cause de placenta praevia, mais la mauvaise expérience de sa sœur l'en dissuade. En effet, sa sœur était préparée à un accouchement physiologique, avec une sage-femme qui lui avait promis de favoriser la physiologie. Après une rupture prématurée des membranes, sans contractions, la sage-femme lui fait la pression afin qu'elle accepte l'administration de *pitocin*, et cet accouchement s'est terminé en césarienne. L'expérience de sa sœur du fait perdre espoir dans son désir d'AVAC, elle décide de garder le même médecin qui ne donne pas son support pour un AVAC. Si après toutes ses recherches, sa sœur n'a pas pu avoir son accouchement rêvé, elle n'était pas encouragée à chercher le médecin idéal.

De manière générale, les interventions même les plus simples ne sont pas expliquées, et le consentement de la personne concernée n'est pas requise. On n'explique pas à la personne qui accouche pourquoi on fait une certaine intervention, sans même parler de demander son consentement ou expliquer les alternatives. Lors de l'un de mes accompagnements, la sage-femme insiste à parler en français à une femme syrienne qui ne le comprend pas, malgré des demandes répétées de parler en arabe¹. On ne lui laissait même pas le temps de demander des explications sur des interventions médicales expliquées en français. C'est ainsi que les échographies, les examens vaginaux, les intraveineuses (incluant l'ocytocine artificielle), les lavements intestinaux, le rasage du pubis, sont simplement, « administrés ». Dans les faits, ça se traduit en ordres donnés : « tourne toi », « ferme le poing », « je vais t'examiner ». Au-delà des interventions médicales elles-même et du respect (ou pas) de la physiologie de l'accouchement, c'est surtout là que se trouve la violence.

Cette réalité n'est pas le résultat de la malfaisance du personnel médical et hospitalier. En fait, lorsque les personnes disent « je ne veux pas de péridurale », ou expriment leurs désirs d'un accouchement « naturel », les médecins, infirmières et sage-femme peuvent réagir positivement. Souvent, la surprise et l'incrédulité exprimée du personnel indiquent qu'on ne croit pas beaucoup en la capacité des femmes d'accoucher physiologiquement. Parfois, le

¹ Au Liban, certaines formations universitaires sont en français ou en anglais, ce pourquoi certaines personnes du corps médical utilisent du jargon médical en français ou en anglais. En Syrie, l'arabe est la langue utilisée exclusivement.

médecin est « agréablement surpris.e » de la demande. Si cela indique que le médecin n'est pas systématiquement fermé.e à l'accouchement physiologique, cela indique aussi et surtout que les médecins n'y pensent pas comme une option à moins que la personne enceinte, ayant fait ses propres recherches, le demandent elle-même. De manière générale, les médecins et le personnel hospitalier ont une attitude bienveillante. Cependant, ils et elles ne considèrent tout simplement pas que la personne concernée a son mot à dire sur les procédures.

Ce que ce travail m'apporte comme accompagnante

En recueillant les témoignages de ces femmes, et en assistant à des accouchements, il m'est apparu évident que ces récits apportent des questions qui touchent des questions plus larges que l'accouchement. La récurrence des violations du consentement, des questions liées au congé maternel, à la survie économique et aux angoisses liées à la parentalité. Il est important pour moi de lire ces résultats de recherche à travers la lunette de la justice reproductive.

a. Pourquoi la justice reproductive ?

La justice reproductive est à la fois un cadre d'analyse et un mouvement social. Le terme « justice reproductive » est né en 1994, lorsqu'en préparation à la conférence du Caire du UNDP, un groupe d'afroféministes étatsuniennes se réunissent à Chicago. Elles publient une déclaration ayant rassemblé plus de 800 signatures, en réponse au débat de l'époque pour ou contre l'avortement (Sister Song). Les signataires demandent « le droit de disposer de nos propres corps, le droit d'avoir des enfants, le droit de ne pas avoir d'enfants, et celui d'élever nos enfants dans des communautés sécuritaires et durables » (Sister Song). Elles demandent donc non seulement que l'avortement soit légal, mais également accessible, surtout aux femmes issues de milieux marginalisés, de classe ouvrière, noires, migrantes, ou autre. Elles demandent aussi le droit d'avoir le contrôle sur leurs propres corps, dans le contexte de stérilisations forcées des femmes noires aux États-Unis, le droit à l'accès aux soins de santé de qualité, mais aussi le droit d'élever leurs enfants loin de la violence policière, de la pauvreté, et du racisme. C'est une approche intersectionnelle à la santé reproductive, c'est à dire qu'elle reconnaît l'impact des discriminations multiples liées à la classe, au genre, la race, le handicap, et l'orientation sexuelle.

Aujourd'hui, la pertinence de cette déclaration n'est plus à prouver. Les exemples de discrimination médicale se multiplient dans les médias et les témoignages. Au Liban, Yasmine et Sukkar (2018) proposent de mettre ce cadre d'analyse en application au Liban. Bien qu'étant né dans un contexte historique et géographique particulier, la justice reproductive se transcrit très bien au Liban. L'article de Yasmine et Sukkar (2018) relève les différentes manières dont elle est pertinente dans ce contexte. Entre autres, les femmes Libanaises n'ont pas le droit de passer leur nationalité à leur enfants, les discriminations contre les réfugiées et les migrantes sont flagrantes, surtout en ce qui concerne leur droit d'avoir des enfants (par exemples, les femmes qui migrent pour devenir travailleuses domestiques n'ont pas le droit de tomber enceintes, faute de quoi leur permis de résidence devient invalide), et les femmes

se voient souvent prendre la garde de leur enfants lors du divorce, même lorsqu'elles allaitent encore. Au niveau de la santé reproductive en particulier, l'avortement est illégal, bien que largement pratiqué par les médecins qui en profitent pour demander des sommes considérables en échange, les grossesses sont prises en charge par des gynécologues-obstétriciens en majorité, et les sages-femmes sont en pratique reléguées à être des assistantes aux médecins bien qu'en réalité la loi leur donne le droit de travailler indépendamment et même de prescrire des médicaments.

Les récits que j'ai recueillis mettent en lumière l'importance d'une approche de l'accompagnement qui prenne en considération le contexte collectif de la grossesse et de l'accouchement. J'utilise ici les exemples de l'allaitement et l'accouchement à domicile pour mieux expliquer.

L'exemple de l'allaitement

L'allaitement a de nombreux bénéfices, tant sur la santé du bébé, que sur le lien entre bébé et ses parents. Cependant, on ne peut pas parler des bénéfices de l'allaitement sans prendre en considération le fait que les femmes n'obtiennent que 70 jours de congé de maternité et que souvent, elles sont obligées de retourner travailler parce que leur famille a besoin de leur salaire. Les contraintes sont donc nombreuses, même pour celles qui ont le désir d'allaiter. Aujourd'hui, avec la disparition du lait infantile du marché, les femmes sont sous pression de devoir allaiter puisque « c'est gratuit »². Tout d'abord, cette injonction vient après des décennies de promotion du lait infantile et la perte de la connaissance populaire des femmes sur le sujet. Beaucoup de femmes au Liban pensent que c'est normal et commun de « ne pas avoir de lait », et la promotion de l'allaitement doit être accompagnée d'outils concrets. Ensuite, comme l'ont fait remarquer certaines économistes féministes, le lait maternel n'est gratuit que si l'on pense que le temps et le travail des femmes n'a pas de valeur. Cette affirmation est d'autant plus poignante dans le contexte d'une crise économique : que faire si les deux choix qu'on a, perdre le seul emploi de la famille, ou dépenser toutes ses économies sur le lait infantile, s'ajoute à toutes ces questions ? Le mouvement de la justice reproductive dirait : la justice sociale est une condition indispensable pour l'élucidation de ce problème. Des salaires justes, du lait infantile accessible, un congé maternité suffisant, et une reconnaissance du travail gratuit des femmes et des mères permettront aux personnes concernées de prendre des décisions éclairées au sujet de l'allaitement et de leurs propres corps.

L'exemple de l'accouchement à domicile/l'accouchement physiologique

À premier abord, il semble facile de dire que l'accouchement à domicile la maison et/ou l'accouchement physiologique convient parfaitement à une population en temps de crise économique. Après tout, l'établissement de l'ambiance et des ressources nécessaire à une naissance physiologique (incluant la présence d'une accompagnante) contribuerait à une

² En juin 2021, un politicien écrit sur son compte Facebook que « les femmes n'ont qu'à allaiter, si elles ne trouvent pas de lait infantile pour leurs bébé ». Pendant ce temps, sur les groupes Facebook, les membres demandent « combien de temps le lait pompé peut durer au frigo sans électricité? ».

baisse de l'utilisation de péridurale, de *pitocin* et de césariennes, toutes des interventions se faisant de plus en plus chères et inaccessibles.

Dans les faits, c'est plus compliqué que ça. L'étude de Yasmine et Moughalian (2018) montre que la plupart des accouchements à domicile que les femmes rapportent se passent à la maison à défaut d'autre chose. Les femmes ne choisissent pas d'accoucher à la maison, mais le font par manque de moyens financiers ou parce qu'elles n'ont pas le temps de se rendre à l'hôpital, sans le support qu'elles auraient voulu. Également, certaines migrantes et réfugiées sans papier hésitent à se déplacer par peur des contrôles policiers, et finissent par ainsi accoucher à la maison. De plus, le choix de l'accouchement à domicile demande l'accès à l'information, la possibilité logistique d'un transfert, et d'autres besoins logistiques et financiers qui finissent par n'être accessible qu'aux plus éduquées et fortunées. On voit donc qu'aujourd'hui, les barrières à l'accouchement à domicile sont nombreuses, et ce qui arrive le plus souvent, c'est que le « triage » se fait pour les mauvaises raisons. On risque de voir une augmentation des accouchements à domicile pour celles qui auraient peut-être besoin d'une césarienne, et une continuation des césariennes inutiles pour celles qui auraient pu avoir un accouchement physiologique. Dans un système injuste, les ressources continuent à être mal distribuées. Le mouvement de la justice reproductive dirait : il faut distribuer les ressources de manière juste. Toute personne qui aurait besoin d'une césarienne devrait pouvoir y accéder sans rapport avec son statut légal, sa nationalité, et sa capacité de payer. D'un autre côté, toute personne enceinte devrait avoir accès à l'information complète s'agissant de ses options, et devrait pouvoir choisir d'accoucher à domicile/dans le respect de sa physiologie en pleine conscience et en pleine sécurité.

Il serait possible de développer d'autres exemples, et de chercher des solutions pour chacun d'entre eux. L'important, c'est que le cadre de la justice reproductive nous permet de situer l'accompagnement à la naissance dans son contexte social, économique et politique.

b. Que faire ?

Jouer le rôle de l'accompagnante, simplement

Comprendre que les décisions éclairées sont contraintes par des limites : parfois, on a le choix entre deux possibilités imparfaites, ou même non-désirées. Le rôle de l'accompagnante est d'offrir son support pour que la personne puisse faire ces choix en pleine conscience. Plus le contexte est difficile, plus il est important pour moi en tant qu'accompagnante de mettre de côté mon opinion et d'offrir le support dont mes accompagnés.e.s ont besoin.

Utiliser ma liste de références

La justice reproductive ne s'achèvera qu'à travers des luttes collectives. C'est pourquoi, à travers ce travail de recherche, j'ai construit une liste de références non seulement de sages-femmes, ostéopathes, et acuponcteurs, mais aussi d'organisations qui offrent du support matériel et moral aux personnes marginalisées qui en ont besoin, et qui organisent des groupes de parole ou de support pour celles qui en ont besoin. Toutes les initiatives collectives, incluant les cours de yoga prénatal, sont utiles pour créer des liens et commencer

à percevoir ces questions comme étant non seulement personnelles, mais aussi politiques. Il est important d'activer et d'offrir les ressources, le plus possible, à des initiatives collective et leur permettre de naître.

Ne pas commencer de zéro

En plus des organismes de référence mentionnés ci-dessus, les réseaux de solidarité dont on a besoin existent déjà. Les groupes Facebook sont des lieux très animés de support et d'échange, mais aussi, l'information circule beaucoup entre groupes d'amies. Plusieurs des femmes interviewées et accompagnées s'appuient sur leur réseau social afin d'avoir accès à l'information et le support dont elles ont besoin. Pourquoi ne pas « imiter » ces réseaux en organisant des groupes de parole consacrées spécifiquement aux sujets de la santé reproductive ? Ces groupes peuvent être organisés en collaboration avec des organisations existantes pour avoir une portée plus large.

RÉFÉRENCES

- Akik, Chaza, Hala Ghattas, and Fadi El-Jardali. 2015. *K2P Briefing Note: Protecting Breastfeeding in Lebanon*.
- Choices and Challenges in Changing Childbirth Research Network. 2005. "Routines in Facility-Based Maternity Care: Evidence from the Arab World." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112 (9): 1270–76.
- DeJong, Jocelyn, Chaza Akik, Faysal El Kak, Hibah Osman, and Fadi El-Jardali. 2010. "The Safety and Quality of Childbirth in the Context of Health Systems: Mapping Maternal Health Provision in Lebanon." *Midwifery* 26 (5–2): 549–57.
- Khayat, Rita, and Oona Campbell. 2000. "Hospital Practices in Maternity Wards in Lebanon." *Health Policy and Planning* 15 (3): 270–78.
- Yasmine, Rola, and Batoul Sukkar. 2018. "In the Pursuit of Reproductive Justice in Lebanon" *Kohl* 4 (2).
- Yasmine, Rola, and Catherine Moughalian. 2016. "Systemic violence against Syrian refugee women and the myth of effective intrapersonal interventions." *Reproductive Health Matters*.
- Yasmine, Rola, and Catherine Moughalian. 2018. *Consultation on Female Patients' Perception of Quality and Accessibility of Delivery Services, Beirut, Lebanon*. Report.

DES INSPIRATIONS

(POUR ALLER PLUS LOIN SUR LE CONSENTEMENT ET LA JUSTICE REPRODUCTIVE)

[SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective](#), Collectif formé par certaines femmes ayant lancé le terme de justice reproductive en 1994

Feminist Midwife, une sage-femme pratiquant aux États-Unis qui travaille beaucoup sur le [consentement](#), et a produit plusieurs vidéos et scripts, entre autres, sur [les examens cervicaux douloureux lors de l'accouchement](#), et sur [comment faire un examen gynécologique sans étriers](#).

[Zones à défendre](#), un manuel d'autodéfense gynécologique produit et publié par plusieurs groupes féministes de Belgique.

ANNEXE

Questionnaire aux personnes interviewées

(S'il y a plus d'un enfant, recommencer pour chaque enfant)

Name:

Name of child:

Date of birth of your child:

Name of hospital of the child:

Name of doctor:

Pre-partum

Tell me a bit about your experience with the medical system/your doctor during your pregnancy

How did you choose the doctor? Did you meet with several ones before you chose?

Number of doctor's appointments:

Number of tests/echographies you underwent:

Was the doctor explaining the reason for the appointment? for the test(s)?

Did you receive information on how labor and delivery would happen?

Were there pre-natal classes offered at the hospital or by the doctor? if yes, what did they explain?

did you feel it was useful? did you feel you wanted to learn more about a particular subject?

What did you think of the attitude of the doctor in general?

Labor and delivery

Tell me a bit about your experience of labor and delivery. How did it go for you?

When did you decide to go to the hospital?

Medical interventions:

What interventions did you receive?

Did the nurse or doctor explain to you what you were receiving?

For every medical intervention, ask: did you ask for it, or was it proposed?

To probe her: did you get an IV? Were you shaved? Did you receive an enema? Did you receive intramuscular analgesic? Was the baby continuously monitored? Did you get an epidural?

Comfort and freedom

Did you have the freedom to move? During labor? During delivery?

Were you moved rooms between labor and delivery?

Were you allowed to drink or eat?

Were you allowed to have anyone with you in the room? during labor? during delivery? if yes, how many?

if yes, did you chose to have someone with you? who?

General

final question: was the delivery similar to what you were expecting? was there anything you had asked for that you didn't receive? was anything surprising?

Immediate/short term post partum (at the hospital)

Tell me a bit about your experience right after giving birth. How did you feel?

When did they cut the chord?

Did you do skin to skin?

Did they give a bath to the baby?

Were you offered support in case you had the intention of breastfeeding?

Were you offered support and explanations on your body post-partum?

Was the baby kept in your room or outside?

How did you deliver the placenta? Were you expecting it?

Post-partum (at home)

How was the first month after delivering?

How long later did you leave the hospital? Did you feel it was too early, or too late?

Did you want to breastfeed? If no, why? If yes, were you able to? Were you encouraged to?

Did you have a follow-up appointment with the doctor?

How long later did you return to work?