

Université de Montréal

**Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en
milieux hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales**

par Mariane Labrecque

**École de travail social
Faculté des arts et sciences**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.) en service social
option mémoire

Mai 2018

© Mariane Labrecque, 2018

Résumé

Cette recherche qualitative exploratoire a pour objectif de mieux comprendre l'expérience négative d'accouchement selon la perspective des femmes en analysant leurs descriptions des événements et d'examiner ensuite si des liens peuvent être établis avec le concept émergent des violences obstétricales (VO).

La recherche a été effectuée en menant des entretiens semi-dirigés auprès de huit femmes ayant vécu une expérience négative d'accouchement. Suite à la recension des écrits, une nouvelle définition des violences obstétricales a été élaborée et une tentative d'opérationnalisation de celles-ci a été entreprise. Les caractéristiques des VO se déclinent en trois catégories principales, soit la pathologisation de l'accouchement, la déshumanisation et l'absence de consentement, ainsi qu'en deux catégories transversales à celles-ci, soit les protocoles médicaux et la médecine non basée sur les meilleures pratiques ou données probantes.

Si les participantes n'utilisent pas le terme *violences obstétricales* en faisant référence à leur expérience négative d'accouchement, ce qu'elles décrivent est cohérent avec les principales caractéristiques et les indicateurs des VO utilisés dans cette recherche. Je recommande d'abord la poursuite de la recherche sur les violences obstétricales pour en connaître la prévalence et pour inclure une plus grande diversité d'expériences, et ensuite la mise en application des recommandations émises par l'initiative Hôpitaux amis des mères et des bébés afin de prévenir cette violence systémique. Enfin, un changement de paradigme devra avoir lieu afin de remettre les femmes et les personnes qui accouchent au cœur du processus décisionnel de l'accouchement.

Mots-clés :

Violences obstétricales, femme-violence envers, violence systémique, maltraitance médicale, accouchement, humanisation des naissances, médecine non basée sur les données probantes.

Abstract

The purpose of this qualitative exploratory research is to better understand negative experiences of childbirth from a women's perspective by analyzing their descriptions of events and to then explore whether a relationship can be made with the emerging concept of obstetric violence (OV).

In order to achieve this, I conducted semi-structured interviews with eight women who have had negative experiences of childbirth. Following a literature review, I developed a new definition of obstetric violence and proceeded with an attempt to operationalize the concept. The characteristics of this concept are divided into three main categories and two cross-cutting categories : pathologization of childbirth, dehumanization and lack of consent. The two cross-cutting categories are : medical protocols and medicine not based on evidence.

While I found that women participating in the study do not use the term "obstetric violence" in reference to their negative experiences of childbirth, what they describe is consistent with key characteristics and indicators of obstetric violence used in this research and resulting from the literature review on the subject. I recommend that research on obstetric violence be continued to ascertain its prevalence and also to include a greater diversity of experiences. I also recommend implementing the Mother and Baby Friendly Birth Facility (MBFBF) initiative as a tool to prevent this systemic violence. I conclude that a paradigm shift is needed to put women and birthing people at the heart of the decision-making process of childbirth.

Keywords :

obstetric violence, violence against women, gender violence, health care abuse, childbirth, humanized birth, non-evidence-based practice, systemic violence

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles	ix
Remerciements	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1.....	3
1. Problématique et recension des écrits	3
1.1 L'accouchement, un événement qui n'est pas anodin	3
1.2 Les impacts d'une expérience négative d'accouchement.....	6
1.3 Une dénonciation des pratiques entourant l'accouchement non respectueuses des femmes.....	10
Chapitre 2.....	19
2. Cadres conceptuel et théorique.....	19
2.1 Cadre conceptuel	19
2.1.1 Définition des violences obstétricales.....	27
2.1.2 Indicateurs des violences obstétricales	28
2.2 Cadre théorique	29
2.2.1 Posture épistémologique et théorie féministe intersectionnelle.....	29
Chapitre 3.....	34
3. Méthodologie	34
3.1 Posture de chercheuse	34
3.2 Approche retenue	35
3.3 Population à l'étude, techniques d'échantillonnage et recrutement	36

3.4 Collecte de données	37
3.4.1 Technique de collecte de données	37
3.4.2 Description de l'outil de collecte de données.....	38
3.4.3 Déroulement de la collecte de données.....	38
3.4.4 Journal de bord.....	39
3.4.5 Entretiens informels avec des chercheuses en périnatalité	39
3.5 Analyse des données	40
3.6 Considérations éthiques.....	41
3.7 Limites de l'étude.....	42
3.8 Caractéristiques des participantes.....	42
Chapitre 4.....	44
4. Présentation des résultats	44
4.1 Grossesse.....	44
4.1.1 Situation conjugale et grossesse planifiée ou non	44
4.1.2 Antécédents médicaux et problèmes de santé/complications durant la grossesse	45
4.1.3 Émotions pendant la grossesse	45
4.1.4 Suivis de grossesse.....	46
4.1.5 Obtention et durée des rendez-vous.....	47
4.1.6 Relation avec le médecin responsable du suivi de grossesse	47
4.2 Accouchement	49
4.2.1 Attentes concernant l'accouchement	49
4.2.2 Étapes de l'accouchement.....	52
4.2.3 Complications	53
4.2.4 Interventions médicales	53
4.3 Expériences négatives lors de l'accouchement.....	54
4.3.1 Organisation des soins	54

4.3.2 Attitudes du personnel	59
4.3.3 Protocoles médicaux.....	63
4.3.4 Erreurs médicales.....	65
4.3.5 Absence de consentement pour procédures médicales	67
4.4 Impacts négatifs	68
4.4.1 Impacts sur la santé physique et la santé mentale.....	69
4.4.2 Impacts sur le lien mère-enfant et sur l’allaitement.....	70
4.4.3 Impacts sur la relation avec le conjoint et sur la vie sexuelle.....	70
4.5 Expériences positives lors de l’accouchement.....	71
4.5.1 Information	71
4.5.2 Soutien/empathie	72
4.5.3 Écoute des besoins	73
4.5.4 Consentement	73
4.6 Stratégies d’empowerment/agentivité	74
4.6.1 Prise de parole.....	74
4.6.2 Refus d’obtempérer.....	75
4.6.3 Demande d’aide à une personne de l’entourage.....	76
4.6.4 Demande directe d’un service ou d’un soin	76
4.7 Macroanalyse de l’expérience négative d’accouchement	76
Chapitre 5.....	79
5. Analyse des données et opérationnalisation des violences obstétricales	79
5.1 L’expérience négative d’accouchement selon la perspective des participantes.....	81
5.1.1 Perte de contrôle/pouvoir.....	81
5.1.2 Les protocoles avant tout.....	82
5.1.3 Absence de consentement pour procédures médicales	82
5.1.4 L’attitude du personnel: des mots et des gestes qui blessent	83
5.1.5 Données émergentes : stratégies d’ <i>empowerment</i> /agentivité	84

5.1.6 Données émergentes : expériences positives.....	84
5.1.7 Réflexion générale des femmes sur l'expérience négative d'accouchement : événement isolé ou symptomatique d'un problème systémique ?.....	85
5.2 Lien entre l'expérience négative d'accouchement et les violences obstétricales	86
5.2.1 Analyse des entrevues selon les indicateurs des VO.....	86
5.2.2 Recommandations.....	90
6. Conclusion	94
Bibliographie.....	96
Annexe 1 – Grille d'entrevue	i
Annexe 2 – Formulaire de consentement.....	iv

Liste des tableaux

Tableau I.	Caractéristiques des participantes	43
Tableau II.	Indicateurs de la VO vécus par les participantes	85

Liste des figures

Figure 1. Les violences obstétricales	28
Figure 2. Nombre d'interventions médicales par participante	53
Figure 3. Nombre de participantes par intervention médicale.....	54

Liste des sigles

ASPQ : Association de la santé publique du Québec

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

CRI-VIFF : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes

DAFC : Disrespect and abuse in facility-based childbirth

EBM : Evidence based medicine

ESPT : État de stress post-traumatique

FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

ICM : International confederation of midwives (Confédération internationale des sages-femmes)

IFMSA : : International Federation Medical Students Associations

IHAB : Initiative des Hôpitaux amis des bébés

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

IPA : International Pediatric Association (Association internationale de pédiatrie)

LGBTQ: lesbien, gai, bisexuel, transgenre ou queer

MBFBF : Mother and Baby Friendly Birth Facility

OMS/WHO : Organisation mondiale de la santé/World Health Organization

RCOG : Royal College of Obstetricians et Gynaecologists

RNR : Regroupement Naissance-Renaissance

USAID : Agence des États-Unis pour le développement international

VO : Violences obstétricales

WGNRR : Women's Global Network for Reproductive Rights

WHO : World Health Organization/Organisation mondiale de la santé

WRA : White Ribbon Alliance

Remerciements

À François P.
Mon ange protecteur
Merci de m'avoir ramenée sur la berge

Merci à ma directrice Dominique Damant pour son soutien et sa patience.

Un énorme merci aux participantes qui ont accepté de partager cette expérience difficile et, surtout, de m'avoir fait confiance.

Stéphanie St-Amant est la première personne à m'avoir parlé du concept des violences obstétricales en 2010. Stéphanie était une amie et une chercheuse féministe brillante. J'aurais aimé qu'elle soit encore avec nous pour célébrer l'avancement de ses travaux.

Merci aussi à ma correctrice et amie/*wonderwoman* aux yeux de lynx, Wennita C.

Merci à mon *team* de rédaction de feu, Roxanne L. et Caroline L. qui m'ont tant de fois tendu la main pendant que je m'enlisais et sans qui je n'aurais définitivement pas terminé la rédaction de ce mémoire.

Nicole P. et Lorraine F., merci du travail que vous faites et de vos réflexions, toujours enrichissantes et pertinentes.

Mon amie et confidente Marie-Ève B, merci d'être toujours là, en toutes circonstances.

Merci à mon amie Ariane P. qui a volé à mon secours informatique à un moment critique de cette rédaction.

Mes chères amies

- Marie-Ève M., ton amour et ton soutien sont précieux
- Virginie P, merci pour ta douceur et ta sagesse... pis les sushis et les bulles;-)
- Kim P, pour la folie partagée, pour ta profondeur, ta richesse de cœur et ton empathie,
- Karine T. pour ton amitié et ta présence aux moments opportuns, et toutes mes amies des « cercles », merci pour vos encouragements. Vos tapes dans le dos, vos câlins, vos mots, vos textos, vos *brownies* et autres douceurs quand le découragement prenait le dessus ont fait toute la différence.

Et mes enfants-trésors, Louis-R et Héloïse, qui donnent du sens et me poussent à devenir une meilleure personne.

Je vous aime

Introduction

Je crois qu'il est primordial de participer à une réflexion générale sur les conditions dans lesquelles les femmes donnent naissance au Québec et, plus particulièrement, sur les pratiques en milieu hospitalier. Si toutes les femmes ne donnent pas naissance à un enfant, la naissance est néanmoins une expérience universelle. Les conditions dans lesquelles naissent les êtres humains devraient donc être une source de préoccupation pour toutes et tous. La politique de périnatalité du Québec postule que « [d]onner naissance est une expérience naturelle, un processus normal » (MSSS, 2008 : 9). Pourtant, le construit social autour de la grossesse et de l'accouchement en Amérique du Nord fait en sorte que la plupart des accouchements sont des événements aux antipodes d'une « expérience naturelle ». Je postule que le contexte social nord-américain de surmédicalisation des naissances expose les femmes à une violence systémique et de genre, autrement nommée *violence obstétricale* (Vadeboncœur, 2004 ; St-Amant 2013). « En Amérique du Nord, au 21^e siècle, des milliers de femmes témoignent chaque année de souffrances et d'effets de violence vécus lors d'accouchements » (Regroupement Naissance-Renaissance, 2010). Pour explorer cette question, j'ai effectué des entrevues avec huit femmes qui avaient accouché en milieu hospitalier dans la région de Montréal au début des années 2010 et qui décrivaient de façon subjective leur expérience d'accouchement comme *négative*. Ces expériences seront analysées à l'aide de la théorie féministe intersectionnelle supportée par les travaux de Sirma Bilge et de Patricia Collins. J'explorerai ensuite les liens possibles entre cette expérience négative et le concept des violences obstétricales.

Si je reconnais que des personnes non binaires et trans peuvent donner naissance, le présent mémoire étudie l'expérience de personnes qui s'identifient comme femmes cis. Le terme *femme* sera donc employé pour les désigner. Bien que les études sur lesquelles s'appuie ce mémoire font également référence à des femmes de partout à travers le monde, les réalités des femmes autochtones, handicapées, des personnes de la communauté LGBTQ et des personnes non binaires ne sont pas prises en considération. Je n'ai aucun doute que leurs expériences d'accouchements doivent être différentes et comporter des domaines d'oppressions spécifiques. D'autres recherches

seront donc nécessaires pour dresser un portrait plus complet des violences obstétricales et de la façon dont elles sont vécues de la part de toutes les personnes qui donnent naissance.

Dans le premier chapitre, j'aborderai l'importance que l'expérience d'accouchement représente pour les femmes, ainsi que les nombreux impacts négatifs et durables que peuvent avoir des expériences négatives d'accouchement. Ces expériences ont des conséquences sur plusieurs aspects de la vie des femmes, mais également des bébés et de leur famille. Je discuterai ensuite des dénonciations des pratiques non respectueuses qui sont responsables d'une partie de cette expérience négative.

Dans le deuxième chapitre, je présenterai mon cadre conceptuel, soit celui des violences obstétricales, en faisant une recension des écrits sur le concept. J'y présenterai également ma définition des violences obstétricales ainsi que son opérationnalisation. Je définirai ensuite mon cadre théorique dans la deuxième partie du chapitre.

Le troisième chapitre expliquera ma posture de chercheuse ainsi que ma démarche de recherche en déclinant les étapes que j'ai suivies.

Le quatrième chapitre présentera les résultats de mes entrevues avec les huit participantes selon les deux thèmes de mes entretiens, soit la grossesse et l'accouchement. Les résultats seront ensuite aussi regroupés sous différents autres thèmes ressortis de ces entretiens.

Le cinquième et dernier chapitre présentera l'analyse de ces résultats ainsi que la discussion de la recherche.

Chapitre 1

1. Problématique et recension des écrits

1.1 L'accouchement, un événement qui n'est pas anodin

Au Québec, une forte majorité de femmes, soit entre 84 % et 86 %, feront l'expérience de l'accouchement au cours de leur vie (Institut de la statistique du Québec, 2016 : 10). Malgré la prévalence de cette expérience, la façon dont est vécu l'accouchement par les femmes est l'objet de peu de préoccupation sociale ou politique de même que de peu de soucis de la part des institutions qui dispensent les soins de santé (Rivard, 2016). Pourtant, l'accouchement est un événement éminemment social : il s'agit ici de la reproduction de l'espèce humaine. Dans l'expérience de la naissance en Occident, l'importance est plutôt mise sur l'atteinte du « résultat », soit la « production » d'un bébé vivant, et ce, peu importe les moyens ou le prix à payer pour la mère (Vadeboncœur, 2004 ; Rivard, 2014 ; St-Amant, 2013). En conséquence, les impacts d'une expérience négative d'accouchement sont peu considérés par les différents acteurs sociaux, et les possibles violences subies par les femmes lors de cet événement ne sont pas encore perçues comme une problématique sociale. Les personnes qui ont vécu une expérience négative d'accouchement ou qui considèrent avoir subi de mauvais traitements lors de cet accouchement disposent de peu d'espace pour partager ce vécu, soigner les conséquences de cette violence et partager les sentiments qui y sont reliés (Déchalotte, 2017). Elles sont souvent invitées à se concentrer sur la santé de leur bébé, être reconnaissantes pour les soins reçus et faire abstraction de leur histoire personnelle (Lévesque et al., 2016).

Même au sein du mouvement féministe, l'accouchement semble être le parent pauvre des luttes pour la réappropriation du corps. Le droit à l'autodétermination des femmes sur leur corps est pourtant un des enjeux fondamentaux du mouvement féministe. En effet, si les *droits reproductifs*, comme le droit à la contraception, le droit à l'avortement, le droit à la libre disposition de son corps

et de sa sexualité sont des enjeux pour lesquels des luttes ont été réalisées, l'accouchement et les pratiques qui l'entourent demeurent l'objet de peu de préoccupations hors des cercles d'initiés et militants.

Ce que dit à ce propos Andrée Rivard, historienne de la naissance au Québec, est particulièrement éclairant :

« Ce qui laisse perplexe également est la place que lui accordent [à l'accouchement] les spécialistes du vigoureux champ de la sociohistoire du corps : sexualités, violences, soins de santé, sensations, sports, esthétique, perceptions, tout y passe dirait-on, sauf l'accouchement si ce n'est que pour illustrer le regard porté par la médecine sur la douleur... C'est précisément parce que l'accouchement est perçu comme allant de soi, tant sur le plan de la biologie que dans une perspective historique et politique, qu'on a négligé de s'interroger sur lui et de le soumettre à une analyse critique » (2016 : 5914).

Si l'accouchement, et surtout l'expérience qu'en font les femmes, est un sujet relativement peu étudié, un mouvement d'humanisation des naissances au Québec s'est néanmoins développé au courant des années 1970. Ce mouvement a véritablement pris son essor au cours des années 1980, en parallèle au mouvement féministe qui revendiquait la réappropriation du pouvoir des femmes sur leur corps et sur leur santé. Ce mouvement est issu d'une mobilisation sociale qui s'est intéressée aux droits des femmes et qui a étendu ses revendications jusqu'aux conditions dans lesquelles les femmes expérimentaient leurs accouchements. Un des moments marquants de cette mouvance est le colloque *Accoucher ou se faire accoucher*, qui a été organisé en 1981 par l'Association de la santé publique du Québec (ASPQ). Ce colloque a permis de mettre en lumière le fait que plusieurs femmes ne se sentaient pas respectées lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. Ces luttes pour des naissances plus « humaines » (au sens de moins axées sur les actes médicaux) ont remis en question la médicalisation de la naissance, ainsi que les relations de pouvoir inéquitables entre les femmes enceintes et les professionnels de la santé. Le mouvement d'humanisation des naissances a également permis la renaissance de la pratique sage-femme, pratique qui avait été éradiquée lors de la professionnalisation de la médecine (Rivard, 2014)

Par ailleurs, des recherches ont documenté le fait que l'accouchement est une expérience importante dans la vie d'une femme et que cette expérience peut avoir des impacts positifs et/ou négatifs durables selon la façon dont celui-ci est vécu. Ces études seront présentées dans les paragraphes suivants.

Débutons par l'étude longitudinale de Penny Simkin (1991) qui a effectué une recherche auprès de vingt mères. Ces femmes devaient remplir un questionnaire à propos de leur expérience d'accouchement à deux reprises à vingt ans d'intervalle. L'étude atteste que l'accouchement est une expérience importante et marquante dans la vie d'une femme, dont les impacts peuvent être durables dans le temps. Au moment du deuxième questionnaire, les mères avaient toujours de vifs souvenirs de leurs expériences ainsi que des émotions qui étaient associées à l'événement. Les femmes qui avaient été satisfaites de leur expérience d'accouchement avaient l'impression d'avoir accompli quelque chose d'important, d'avoir été en contrôle de la situation et que cette expérience avait contribué à augmenter leur confiance et leur estime d'elles-mêmes.

Le sentiment de contrôle ressenti par les mères lors de l'accouchement est également un élément essentiel de l'expérience positive d'accouchement selon les résultats de la revue de littérature de Jenny Parratt (2002). Cette revue de littérature avait comme sujet les facteurs qui peuvent influencer sur l'estime de soi des mères en rapport avec l'expérience de l'accouchement. Les résultats démontrent que le sentiment de contrôle pourrait même agir comme indicateur de la satisfaction ressentie face à l'expérience. Le lien de confiance établi avec les professionnels de la santé lors de l'accouchement est également essentiel pour une expérience positive. Tout comme Simkin, Parratt conclut que les recherches sur le sujet témoignent du lien entre une expérience positive d'accouchement et une meilleure estime de soi.

Dana Alban Schneider (2009) constate quant à elle que la naissance est un événement d'une grande signification pour une majorité de participantes de son étude qualitative auprès de 119 femmes. Les femmes devaient remplir un questionnaire sur Internet divisé en quatre sections. Après l'analyse de

ces données, Schneider soutient que les femmes voient l'accouchement comme une expérience transformatrice. Les changements positifs rapportés incluaient : un changement de perception de soi, de perspectives et de priorités, une nouvelle perception de l'image corporelle, une nouvelle identité, le sentiment d'être plus en contact avec sa « féminité », plus en contact avec les autres femmes et plus en lien avec sa spiritualité. Au contraire, les femmes qui ont eu le sentiment d'être impuissantes lors de l'accouchement se sont senties diminuées. Selon l'auteure, l'expérience de l'accouchement peut donc être « internalisée » comme quelque chose qui reflète la valeur personnelle de la femme.

À l'inverse, plusieurs recherches démontrent une perte d'estime de soi de la part des femmes qui ont vécu des accouchements où de nombreuses interventions médicales avaient été pratiquées (telles que l'utilisation des forceps) ou le fait d'avoir subi une césarienne (Cox et Smith, 1982 ; Gottlieb et Barrett, 1986 ; Trowell, 1986 ; Fisher, Astbury et Smith, 1997 ; Creedy, Shochet et Horsfall, 2000 dans Parratt, 2002).

Je peux donc en conclure que l'accouchement n'est pas une expérience anodine et qu'il y a des raisons sérieuses et importantes de s'intéresser aux impacts de celui-ci sur la vie des femmes.

1.2 Les impacts d'une expérience négative d'accouchement

L'expérience négative d'accouchement est subjective et de diverses natures. En effet, le personnel médical peut conclure qu'un accouchement s'est bien déroulé puisque la mère et le bébé sont en « parfaite santé » alors que, pour sa part, la mère a vécu une expérience difficile. Une personne peut bien vivre le fait d'avoir subi une césarienne, alors qu'une autre sera bouleversée de façon durable par une épisiotomie en l'absence de son consentement. Par contre, de nombreuses études témoignent des conséquences graves que peut avoir l'expérience négative. Peu importe la nature de celle-ci, les répercussions sont réelles et peuvent être permanentes. De plus, une expérience négative peut avoir des conséquences sur de multiples facettes de la vie (Callahan, 2009 ; Fisher,

Astbury et Smith, 1997 ; Gottvall et Waldenström, 2002).

Certaines études ont démontré que dans les accouchements très instrumentalisés, comme ceux où sont utilisés la ventouse, les forceps, l'épisiotomie et la césarienne, la période de convalescence est beaucoup plus longue que pour celle d'un accouchement dit physiologique. Ces interventions ont un impact concret sur la santé physique des femmes. Celles-ci peuvent ressentir de la douleur de façon ponctuelle ou souffrir de douleur chronique (Declercq, Cunningham, Johnson et Sakala, 2008). Cela peut également avoir l'effet de restreindre les femmes dans leur mobilité sur une plus ou moins longue période, comme c'est le cas des césariennes (Grivell et Dodd, 2011).

Les interventions très instrumentalisées peuvent aussi avoir des impacts négatifs sur la vie sexuelle des femmes : le risque de ressentir des douleurs lors des rapports sexuels est augmenté, douleurs qui peuvent être temporaires, mais qui deviennent parfois chroniques. De plus, certaines femmes ressentent de la honte vis-à-vis des séquelles physiques et des cicatrices laissées par les interventions médicales, ce qui modifie le rapport à leur corps et leur perception de celui-ci (Hicks, Goodall, Quattrone, Lydon-Rochelle, 2004).

Non seulement une expérience négative d'accouchement peut avoir un impact négatif sur la santé physique, sexuelle et sur l'estime de soi des femmes, mais elle peut également avoir un effet néfaste sur le lien d'attachement entre la mère et l'enfant tel que démontré par l'étude de Chabbert et Wendland (2016). Deux cents mères ont répondu à un questionnaire sociodémographique ainsi qu'à des questions sur leur expérience d'accouchement. Trois échelles ont été utilisées afin de recueillir les informations pour la recherche : la *Labor Agency Scale*, le *Postpartum Bonding Instrument* et la *Mother Infant Bonding Scale*. Les auteurs concluent que « Les mères ayant un vécu négatif de leur accouchement ont une moins bonne qualité de relations précoces mère-bébé et un sentiment de contrôle perçu lors du travail significativement plus faible. » Les recommandations des chercheurs suite à l'analyse de ces résultats sont de « prendre en charge de façon plus spécifique les vécus négatifs, voire traumatiques, de l'accouchement dans le post-partum afin de réduire leur impact potentiellement négatif sur les relations précoces mère-bébé. » (Chabbert et Wendland,

2016 : 200)

À partir de recensions des écrits sur l'impact des interventions obstétricales sur l'allaitement, le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) a mis sur pied une formation afin de sensibiliser les femmes, les familles et les intervenants en santé publique aux effets nuisibles des interventions obstétricales sur l'allaitement. On y apprend que de nombreuses interventions comme l'induction, les manœuvres instrumentales, la césarienne, la séparation mère-bébé ainsi que le stress généré par toutes ces interventions peuvent avoir un impact sur la production du lait de même que sur la durée de l'allaitement. Pour les femmes qui désirent allaiter, cette situation peut être fort mal vécue. L'impossibilité d'allaiter peut être perçue comme un échec, générant un sentiment de culpabilité et d'incompétence (Regroupement Naissance-Renaissance, 2011).

D'autres études démontrent également l'impact négatif de certaines pratiques hospitalières ainsi que de nombreuses interventions médicales sur l'allaitement. Dans une méta-analyse de 53 études (554 568 sujets dans 33 pays), un lien a été établi entre le fait de subir une césarienne et la réduction du taux de succès de l'allaitement. Le pourcentage de femmes qui allaitent était significativement plus faible suite à une césarienne faite avant le début du travail actif de la mère plutôt que suite à un accouchement vaginal (Prior, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi et Hyde, 2012).

Une expérience négative d'accouchement peut même mener à un état de stress post-traumatique (ESPT). Selon différentes études, l'ESPT en lien avec l'accouchement aurait une prévalence entre 1,3 % et 6 % (Denis et Callahan 2009). Dans une étude longitudinale auprès de 499 femmes menée quatre à six semaines après leur accouchement, Creedy, Shochet et Horsfall (2000) concluent que 33 % des femmes ont mentionné avoir vécu des événements « traumatisants » pendant leur accouchement. Ces femmes présentaient au moins trois symptômes du syndrome d'ESPT. Un total de 28 femmes sur 499, soit plus de 5,6 %, répondaient aux critères du DSM-IV pour l'obtention d'un diagnostic d'ESPT. Les variables anténatales n'ont pas été corrélées avec l'ESPT, mais le niveau d'interventions obstétricales pendant la naissance ainsi que la perception d'avoir reçu des soins

intrapartum inadéquats ont été associés avec l'ESPT.

Dans une revue de littérature menée par Denis et Callahan (2009), les résultats de 36 études traitant d'ESPT suite à un « accouchement classique » ont été analysés. L'objectif de l'étude était d'analyser les facteurs de risque ainsi que les types de traitements offerts aux femmes qui souffraient de ESPT suite à leur accouchement. Les auteurs ont constaté que

« les facteurs de risques généralement associés au ESPT recourent la perception du vécu de l'accouchement par la femme (douleur, contrôle et soutien social perçu), les caractéristiques psychologiques de la femme (antécédent de traumas ou de soins psychologiques) et les caractéristiques médicales (niveau de médicalisation vécu pendant la grossesse et l'accouchement) » (2009 : 116).

Enfin, une étude de Gottvall et Waldenström (2002) démontre qu'une expérience négative d'accouchement peut même avoir un impact sur la reproduction future. Les auteurs estiment que les femmes qui ont vécu une expérience négative d'accouchement avaient moins d'enfants que les femmes qui n'avaient pas vécu d'expérience négative et qu'il s'écoulait un laps de temps plus grand entre les différentes grossesses. Le statut de célibataire ou d'être plus âgée était évidemment associé avec une plus faible reproduction, mais l'expérience négative avait néanmoins un impact. Les auteurs ont également pris en considération un large éventail de variables, telles que le statut socioéconomique, le déroulement du travail et l'accouchement, les attentes au sujet de la naissance et de la parentalité, les attitudes relativement à la prise de décision et l'anxiété des mères. Les chercheurs concluent de la manière suivante : *« the study provides data that strongly suggests that women's experiences of the first birth has consequences for future reproductive behaviour. »* (2002 : 260) Les auteurs affirment donc qu'il faut tenir compte de l'expérience traumatique des femmes lors du suivi postnatal afin d'en diminuer l'impact sur la reproduction future.

Cette recension étaye le fait que l'accouchement est une expérience significative pour beaucoup de femmes. Le fait de vivre cet événement de façon négative peut avoir des conséquences préjudiciables aussi bien aux plans physiques, émotifs que relationnels. Plus récemment, on a pu

constater une augmentation du nombre d'organisations qui dénoncent ces expériences négatives et leurs impacts sur les femmes et leur famille (OMS, 2014 ; IFMSA, 2017 ; USAID, 2015 ; CIANE, 2017 ; RNR, 2014). Ces organisations qui interviennent à différents niveaux, que ce soit au niveau local, national ou international, prônent l'élaboration de politiques et de pratiques plus respectueuses des femmes lors de la période périnatale. Elles sont également à l'origine de nouvelles recherches sur le sujet. C'est ce qui sera présenté dans la section suivante.

1.3 Une dénonciation des pratiques entourant l'accouchement non respectueuses des femmes

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie une déclaration concernant les femmes et l'accouchement. Dans cette déclaration, l'OMS annonce que :

« Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. Cette déclaration se veut un appel à l'action, au dialogue, à la recherche et à la défense des droits relatifs à cette question importante de santé publique et de droits de la personne. » (OMS, 2014 : 1)

Cette déclaration est suivie de cinq recommandations qui visent à s'assurer que les femmes puissent vivre leur accouchement dans la dignité, dans le respect de leur intégrité et sans subir une violation de leurs droits fondamentaux. La question d'un accouchement respectueux et sécuritaire est ici abordée sous l'angle des droits de la personne, mais n'utilise pas le terme « violences obstétricales »

Alors, quand et comment les violences obstétricales (VO) sont-elles apparues dans la littérature et comment sont-elles définies? Répondre à cette question n'est pas une mince affaire, puisqu'il n'y a pas, pour l'instant, de consensus sur sa définition. Je ferai donc une recension des écrits sur l'historique de ce concept et des définitions utilisées pour en parler, alors que le chapitre sur le cadre conceptuel s'étendra

sur la comparaison de ces définitions et sur son opérationnalisation, avant d'arrêter mon choix sur une définition pour l'analyse de mes entretiens.

Le terme *violencia obstetricia* est d'abord apparu en Amérique latine au début des années 2000. Ce sont d'ailleurs les pays hispanophones qui ont été les premiers à légiférer en ce sens. La première loi jamais votée sur la VO le fut au Venezuela, en 2007, dans le contexte d'une loi nationale pour contrer la violence envers les femmes. Dans le cadre de cette loi, les violences obstétricales y sont définies comme :

« L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement déshumanisant, un abus de médication et une pathologisation de processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité, affectant négativement la qualité de vie des femmes. » (Pérez D'Gregorio, 2007)

En 2009, l'Argentine adopte également une loi pour protéger des femmes contre toutes formes de violence dans laquelle on définit la VO comme : « [...] celle exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus reproductifs des femmes, exprimées par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation de processus naturels. » (Ley de proteccion integral a las mujeres, 26.485 art. 6, e)

En dernier lieu, le Mexique adopte également en 2014 une loi sur les violences obstétricales dans le cadre de la loi « sur le droit des femmes à vivre une vie sans violence ». On y décrète que « Toute conduite, action, ou omission exercée par le personnel de santé, de façon directe ou indirecte, et qui affecte les femmes pendant le processus de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou des suites de l'accouchement. »

Un article d'une auteure brésilienne publié dans le journal *The Lancet* (Oliveira et al., 2002) intitulé *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem* fait état de la violence vécue par les femmes lors des soins périnataux et de l'accouchement. Pour l'auteure, il est

fort délicat et confrontant de parler de cette violence, puisque la convention sociale veut que la fonction du personnel hospitalier soit de soigner; il est donc difficile pour plusieurs personnes de concevoir que le personnel hospitalier puisse commettre des actes de violence. L'article démontre pourtant que la formation des médecins et des obstétriciens les encourage à abuser du pouvoir octroyé par leur expertise, et que cela contribue à perpétuer cette violence. Afin de contrer celle-ci, les auteurs recommandent de réviser la formation des professionnels de la santé et d'améliorer leurs conditions de travail.

Oliveira et Penna (2017) ont effectué une étude qualitative sur le concept des violences obstétricales en comparant le discours des mères et des professionnels de la santé sur le sujet. Pour ce faire, 36 femmes ont été interrogées ainsi que 24 professionnels de la santé, soit 10 sages-femmes et 14 obstétriciens. La définition des violences obstétricales utilisée dans cette étude est « toute intervention non nécessaire, dirigée vers la mère ou le nouveau-né, pratiquée sans le consentement de la mère et/ou ne respectant pas son autonomie, son intégrité physique ou psychologique et allant contre sa volonté » (traduction libre). Dans cette étude, on apprend qu'une Brésilienne sur quatre aurait souffert d'une forme ou d'une autre de violence durant l'accouchement (2017 :2). Les auteures concluent que les violences obstétricales sont considérablement prévalentes et qu'il y a une dichotomie dans le discours. D'une part, des professionnels de la santé nient la prévalence du phénomène et les perçoivent comme des actes isolés; d'autre part, des femmes participent à son maintien dans les pratiques en justifiant ou en minimisant les actes de violence dont elles sont victimes.

Des chercheuses québécoises se sont également penchées sur la façon de définir les violences obstétricales, tout en soulignant le peu de reconnaissance qui lui est accordée (Vadeboncœur, 2004 ; Rivard, 2010 ; St-Amant, 2013 ; Lévesque et al., 2016). Pour l'historienne Andrée Rivard,

« La violence obstétricale et la maltraitance institutionnelle sont de toute évidence des réalités vécues par les mères depuis longtemps et qui malheureusement persistent. Il s'agit d'un sujet tabou dont on ne parle de nos jours que du bout des lèvres tellement la question

est délicate et surtout difficile à documenter. » (Rivard, 2014, 389, note 54)

Hélène Vadeboncœur est l'auteure d'une thèse sur l'humanisation des naissances et une des pionnières de la recherche sur les VO au Québec. Elle définit ainsi la violence obstétricale comme l'addition de deux types de violences : la violence institutionnelle et les violences basées sur le genre (2004).

Stéphanie St-Amant est l'auteure d'une thèse en sémiologie sur le discours entourant la naissance. Dans le cadre de sa thèse, elle participe à une réflexion sur l'histoire et les fondements de la discipline obstétricale. Elle effectue également une analyse des pratiques obstétricales ainsi que de la violence qui y est associée. St-Amant aborde les VO sous l'angle des violences sexuelles, en s'inscrivant dans la lignée du mouvement américain d'humanisation des naissances qui revendique le terme « *Birth Rape* » (Kitzinger, 2006 ; Richland, 2008). Ce mouvement dresse un parallèle entre le viol et les violences obstétricales. St-Amant explique d'ailleurs :

« Au-delà de cette violence obstétricale spécifique (sous l'un de ses trois visages : individuelle, institutionnelle ou systémique), ce qui est très curieux à mon sens, c'est l'invisibilisation acquise du caractère sexuel de la scène natale, qui fait en sorte que le commun des praticiens-nes, même la plus sensible, considère comme asexués des gestes à la symbolique sexuelle explicite. » (St-Amant, 2013 : 348)

Pour la chercheuse, la violence obstétricale est donc indéniablement une forme de violence sexuelle. St-Amant participait également en 2010 à une recherche exploratoire du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) intitulée *L'accouchement en établissement est-il susceptible de donner lieu à de la maltraitance, de la négligence ou de la violence?* (Hivon, Fontaine, Rodriguez Del Barrio et St-Amant, 2010)

Dans cette étude, des récits de naissances, colligés entre 1991 et 2004, sont analysés. Suite à cette analyse, trois facteurs principaux sont nommés « comme étant générateurs de violence » :

1. L'organisation des soins

2. Les attitudes du personnel hospitalier

3. Les pratiques hospitalières

Le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) est d'ailleurs à l'origine d'une deuxième recherche qui s'intéresse à la perspective des intervenantes communautaires en périnatalité au sujet des expériences de détresse, de souffrance ou de violence lors de l'accouchement. Les intervenantes identifient « l'absence de consentement libre et éclairé et d'information complète, du manque de respect à l'égard des femmes et de la prise de pouvoir des professionnels de la santé sur les femmes » (2016 : 18) comme des éléments pouvant être associés à la VO. Ces éléments recourent les indicateurs identifiés dans les différentes lois latino-américaines sur les violences obstétricales (Lévesque et al., 2016).

Du côté de la France, la reconnaissance de la problématique des violences obstétricales a connu un essor considérable au cours des cinq dernières années. D'abord soulevée comme problématique dans les organisations pour la « naissance respectée » et les milieux militants, le concept des VO a pris de l'ampleur à travers les médias sociaux pour finalement rejoindre les médias de masse (*Figaro, Le Point, Libération, France Culture, France Inter*) et, enfin, les instances politiques.

Dans la foulée de documents produits sur la violence obstétricale en France, Nastassia Audibert (2016) a effectué une thèse en sociologie sur l'émergence du concept des « violences obstétricales » à travers l'étude du milieu militant français autour des « naissances respectées ». Cette recherche s'est faite en collaboration avec des intervenants du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), une organisation regroupant des associations françaises « concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie » (Ciane.net). Audibert nous fait part d'un débat qui a cours au sein de l'organisme entourant la définition des VO. Certaines personnes mentionnent que les violences obstétricales sont plutôt de l'ordre des violences interpersonnelles, plutôt que systémiques. Malgré ce débat sur la définition des violences obstétricales au sein de l'organisation, la présidente du CIANE « rappelle que la diffusion récente du terme n'a pas empêché les militantes de dénoncer des violences vécues durant l'accouchement

dès 2003 » (2016 : 82)

Du côté anglo-saxon, si l'on parle encore de « *disrespectful/abusive care during childbirth in facilities* », le terme « *obstetric violence* » est également de plus en plus répandu. La littérature sur la maltraitance en milieux hospitaliers en période périnatale est également relativement abondante aux États-Unis. La problématique est dénoncée depuis longtemps, avec le premier article reconnu sur le sujet, *Cruelty in Maternity Wards*, publié en 1958 dans le *Ladies Home Journal*. Plus récemment, des figures telles que le défunt Marsden Wagner, médecin en périnatalogie, chercheur et ancien directeur à l'OMS du département pour la promotion de la santé des femmes et des enfants, dénonçaient les pratiques violentes et abusives qui ont cours dans les maternités américaines, notamment dans un livre portant sur le sujet intitulé *Born in the USA : How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First* (2006).

En 2010, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) en collaboration avec la Harvard School of Public Health effectue une revue de littérature internationale concernant les abus subis par les femmes lors de l'accouchement afin de tenter d'en offrir une définition, d'identifier leur prévalence, d'identifier les facteurs qui contribuent à ces abus ainsi que leurs impacts. Bowser et Hill effectuent cette revue sous le thème du « *Disrespect and abuse in facility-based childbirth (DAFC)* ». En plus d'examiner la littérature grise, les auteures ont organisé un groupe de discussion dirigée ainsi que des entrevues individuelles avec des experts en matière de périnatalité. Bien que le terme de *violence obstétricale* ne soit pas utilisé dans ce rapport, les auteurs développent une typologie des abus subis par les femmes enceintes à travers le monde, typologie divisée en sept catégories, soit :

- 1) la violence corporelle
- 2) l'absence de consentement
- 3) l'absence de confidentialité
- 4) le manque de dignité
- 5) la discrimination sur la base d'un attribut particulier
- 6) l'abandon ou l'absence de soin

7) l'emprisonnement

Un article de Miller et Lalonde (2015) pour le compte de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) effectue une recension des articles sur le sujet des abus en obstétrique et fait état « d'une épidémie de mauvais traitements et de manque de respect » subie par les femmes lors de l'accouchement en milieu institutionnel. L'article explique que

« de récentes études démontrent que des actes “manquant de respect, abusifs et/ou coercitifs” commis par le personnel hospitalier ont pour résultat des soins inadéquats ou perçus comme tels, et sont directement et indirectement associés à des impacts négatifs pour les mères et les bébés. » (2015 : 49)

Les différentes catégories d'abus repris dans l'article sont ceux de Bowser et Hill (2010). Il est intéressant de noter que bien qu'il soit fait état des DACF, il n'y a pas d'analyse faite sur les causes de ces abus ou sur leur nature (systémique ou individuelle) et aucune mention du concept des violences obstétricales n'y paraît. Une recommandation est toutefois produite afin de mettre en place une stratégie pour assurer des soins exempts d'abus, soit la *Mother and Baby Friendly Birth Facility (MBFBF)*, c'est-à-dire l'initiative Hôpitaux amis des mères et des bébés.

Dans une discussion publiée dans le journal *Reproductive Health Matters An international journal on sexual and reproductive health and right*, Sadler et al. (2016) postulent qu'il est temps de « dépasser le concept de maltraitance ou d'abus pour aborder la dimension structurelle des violences obstétricales ». Les auteurs incluent dans leur analyse des VO l'interventionnisme médical ou la surmédicalisation de la période périnatale, une pratique médicale qui n'est pas basée sur les « meilleures pratiques », l'absence de consentement, l'absence de respect ainsi que d'autres pratiques abusives (*high intervention rates, non-consented care, disrespect and other abusive practices*). Pour dénoncer les pratiques médicales qui ne sont pas basées sur des données probantes, les auteurs donnent en exemple deux interventions de nature chirurgicale, soit l'épisiotomie et la césarienne. Ces deux interventions sont régulièrement menées sur des femmes en pleine santé, sans que cela soit médicalement nécessaire et, surtout, sans obtenir leur consentement. Les auteurs

croient que les violences obstétricales doivent avoir une analyse distincte des maltraitances médicales, puisque celles-ci sont de nature genrée et systémique. Ne pas tenir compte de la nature structurelle des violences obstétricales serait inutile et inefficace puisqu'on ne ferait que s'attarder aux symptômes de la problématique.

Toujours aux États-Unis, Diaz-Tello (2016) explore l'aspect légal des violences obstétricales. L'auteure est une avocate spécialisée en droit des femmes enceintes qui effectue des études de cas afin d'aborder les violences obstétricales du point de vue juridique. Pour Diaz-Tello, les violences obstétricales sont « un problème systémique de violence sexiste institutionnalisée » qui se doit d'être abordée autrement qu'au « cas par cas » (2016 : 62).

En terminant, mentionnons l'apport du *Women's Global Network for Reproductive Rights* (WGNRR), organisme qui se consacre à la défense des droits des femmes en matière de droits reproductifs, qui définit la VO comme « l'intersection entre une violence de genre et une violence institutionnelle » (2015).

En résumé, le manque de respect, les abus et les actes de violence commis envers les femmes qui accouchent en milieu hospitalier sont dénoncés depuis plusieurs années. Il semble également que de plus en plus de groupes de défense des droits des femmes au niveau national et international, d'organisations en santé publique et de chercheurs dans différentes disciplines s'intéressent à cette problématique. Les intervenants utilisent des termes comme *mauvais traitements*, *abus*, *violences* et *violences obstétricales* sans arriver à un consensus sur une définition pour englober cette situation. Ce n'est que dans la dernière décennie que le concept des violences obstétricales a fait son apparition comme terme spécifique pour nommer cette situation.

Néanmoins, ce terme n'étant pas encore intégré dans le discours concernant les expériences de naissances, je m'interroge à savoir comment les femmes québécoises qui ont vécu une expérience négative d'accouchement en milieu hospitalier décrivent leur expérience. Quels sont les éléments qui font en sorte qu'elles qualifient leur expérience de « négative »? Y a-t-il des points communs

entre les différentes expériences des femmes, même si elles sont qualifiées de « négatives » de manière subjective? De plus, les femmes voient-elles l'expérience négative comme une expérience individuelle ou comme quelque chose qui s'inscrit dans une dynamique systémique? Aussi, comment pourrions-nous définir le concept des violences obstétricales? En dernier lieu, est-ce que les expériences négatives décrites par les femmes peuvent être comprises et analysées comme des violences obstétricales?

Pour tenter de répondre à ces questions, je vais élaborer ma question de recherche de la façon suivante : **comment les femmes décrivent-elles leur expérience négative d'accouchement et en quoi cette expérience peut-elle être liée aux violences obstétricales?**

Le propos de ma recherche sera donc de documenter des expériences négatives d'accouchement de femmes en milieu hospitalier et d'en voir les liens possibles avec le concept des violences obstétricales. J'aurai comme objectifs spécifiques de :

1. Documenter l'expérience négative d'accouchement de femmes ayant accouché à l'hôpital;
2. Identifier les éléments des expériences négatives selon la perspective des femmes;
3. Déterminer les éléments dans ces expériences qui s'apparentent à de la violence obstétricale telle que définie dans la littérature;
4. Participer à l'opérationnalisation du concept de violence obstétricale.

Dans le prochain chapitre, je présenterai le cadre théorique ainsi que le cadre conceptuel utilisés pour cette recherche.

Chapitre 2

2. Cadres conceptuel et théorique

Dans le présent chapitre, je définirai le concept principal de ce mémoire, soit les violences obstétricales, ainsi que le cadre théorique utilisé pour l'analyse, soit le féminisme intersectionnel.

2.1 Cadre conceptuel

Comme vu dans le chapitre précédent, plusieurs auteurs ont tenté de définir les violences vécues au moment de l'accouchement. Récemment, Bohren et al. (2015) se sont penchés sur la question de la définition des violences spécifiques aux accouchements, soulevant que « malgré une reconnaissance de plus en plus grande de la négligence, des abus et des mauvais traitements subis par les femmes dans les maternités, il n'y a pas de consensus global sur comment les définir et comment les mesurer » (2015 : 1). Pour contribuer à l'avancement de cette définition, une revue systématique a été effectuée comportant 65 études issues de 34 pays. Les données étant trop « hétérogènes » pour effectuer une méta-analyse, les chercheurs ont procédé à « une revue de littérature systématique, à méthodologie mixte. » Les conclusions de cette étude sont que les violences vécues peuvent autant être « au niveau des interactions entre les femmes et les soignants qu'au niveau systémique, dans les structures hospitalières ». Les auteurs proposent une typologie afin de décrire le phénomène et contribuer au développement d'outils de mesure de cette violence. Ils divisent la maltraitance en sept catégories :

- 1) abus physique
- 2) abus sexuel
- 3) abus verbal
- 4) discrimination et humiliation
- 5) ne pas répondre aux meilleurs standards de pratique
- 6) mauvais rapport entre les femmes et les soignants

7) contraintes et restrictions organisationnelles

Si les travaux de Bohren et al. (2015) ont le mérite d'opérationnaliser ces pratiques, ils ne tiennent pas compte des dimensions genrées de celles-ci. Ce sont des chercheuses des pays d'Amérique latine qui sont les premières à définir et à utiliser le concept de violence obstétricale et qui l'ont replacé dans sa dimension *genrée*. Tous les chercheurs et toutes les organisations consultées, à l'exception des membres du Collectif interassociatif autour de la naissance qui que les VO doivent « ...à notre sens être considérée comme une perturbation de la relation de soins comprise dans sa globalité » (CIANE, 2017 : 3) et de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), s'entendent également pour dire que la violence obstétricale se situe à l'intersection des *violences systémiques* et de la *violence de genre*.

L'aspect du « contrôle » des fonctions reproductives féminines par le personnel médical revient également chez plusieurs auteurs (Lévesque, 2016 ; Sadler, 2016 ; St-Amant, 2013 ; Vadeboncoeur, 2004). On en parle en termes d'abus de pouvoir (Bohren et al., 2015), de domination (Bellon Sanchez, 2014) ou de « L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes » dans les législations du Mexique, de l'Argentine et du Venezuela.

Sadler et al. (2016) font référence aux travaux de Foucault et des philosophes des sciences sociales sur l'émergence du contrôle des corps des femmes par l'accouchement. Les auteurs mentionnent comment, en médecine, le corps des femmes a été « objectifié » et étudié selon la perspective de la déviance de la « norme masculine ». Les auteurs postulent que, de nos jours, la violence obstétricale en milieu hospitalier s'actualise en contrôlant la femme qui accouche, entre autres par le biais du « travail dirigé » et par un « coaching » de l'accouchement. Bohren et al. parlent quant à eux « de la balance des pouvoirs qui est en état de déséquilibre en milieu hospitalier ». Cette *inégalité* favorise les abus de pouvoir de la part de personnel médical puisque les femmes sont au bas de la hiérarchie du pouvoir en milieu médical. Dans cette hiérarchie, les besoins des femmes ainsi que leurs appréhensions sont souvent ignorés ou jugés sans importance par le personnel. Cela rejoint les propos de Bellon Sanchez (2014) qui mentionne que l'écart de pouvoir s'accroît de façon

substantielle dans les pays en voie de développement où, de par leur formation scientifique et le prestige qui y est associé, les docteurs et les infirmières sont placés dans une situation de privilèges incomparables face aux patientes.

St-Amant dit quant à elle que « [Les études féministes...] ont aussi démontré le **contrôle social** exercé sur les femmes justifié par la volonté de surveillance de leurs fonctions procréatrices et de leur sexualité. La médicalisation de l'accouchement a bien été reconnue comme l'une des modalités de ce contrôle » (2013 : 16)

Selon une majorité d'auteurs, les violences obstétricales, comme toutes les formes de violence, ont donc une fonction de « contrôle » et de « domination » sur les femmes qui accouchent, ce qui rejoint la définition générale du mot « violence » tel que décrit par le CRI-VIFF (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes), soit

« que la violence est un exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses propres désirs. Cette définition ne se limite pas aux conduites individuelles puisque la violence peut s'exercer par des systèmes plus larges » (2015).

Ce contrôle s'exercerait de trois manières différentes, selon les principales caractéristiques de la définition des VO dans les législations des pays latino-américains :

1. Pathologisation de processus naturels
2. Traitement déshumanisant
3. Abus de médication

La première caractéristique définie est la *pathologisation de processus naturels* qui consiste à altérer le processus naturel d'un accouchement à bas risque par une accélération du travail et par des

interventions non nécessaires médicalement (Pérez D'Gregorio, 2007).

La deuxième caractéristique est le *traitement déshumanisant* dont la définition selon le Larousse est « de faire perdre son caractère humain ». Il est également nommé par le Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR, 2017) comme étant une des caractéristiques principales des violences obstétricales et il se caractérise par des actes de violence physique, psychologique ou sexuelle.

L'*abus de médication* (Pérez D'Gregorio, 2007 ; *Ley de proteccion integral a las mujeres, Argentina 26.485 art. 6*), ou l'usage inutile de médicaments (WGNRR) est la troisième caractéristique de la violence obstétricale selon cette définition. L'abus de médication n'est toutefois pas défini de manière spécifique, ce qui rend difficile l'utilisation de cet indicateur. Utiliser l'*abus de médication* comme indicateur de violence obstétricale nécessiterait l'accès aux dossiers médicaux des femmes ainsi que des connaissances approfondies des différentes médications, de leur usage et de ce qui constitue un dosage approprié de la médication en question. Contrairement à certaines interventions médicales qui sont établies comme étant obsolètes et/ou nuisibles au déroulement d'un accouchement physiologique (monitoring fœtal, touchers vaginaux), comme étant utilisées de manière disproportionnée (péridurale, épisiotomie, césarienne) ou qui sont carrément dangereuses (manœuvre de Kristeller), l'administration de médication abusive est peut-être un phénomène réel, mais l'évaluation en demeure complexe et laborieuse. De plus, l'abus de médication me semble être un corollaire de la pathologisation de l'accouchement plutôt qu'une caractéristique en soi. L'abus de médication est à ne pas confondre avec la *surmédicalisation* ou l'*interventionnisme médical* qui consistent en des interventions médicales non nécessaires et abusives (Sadler et al., 2006).

Je constate que la **violence physique** est systématiquement nommée comme une des caractéristiques des VO dans la littérature. Différents indicateurs de cette violence physique sont décrits, selon les auteurs. Par exemple :

- L'utilisation de la force, de la contrainte, de la coercition (Vadeboncœur, 2013 ; WGNRR)

- La brutalité des gestes, ne pas prendre en compte la gestion de la douleur (CIANE, WGNRR)
- Le fait d'être restreinte dans ses mouvements, d'être attachée sur une table d'accouchement, le fait de subir une stérilisation forcée (Pickles, 2015)
- Le fait d'être poussée, frappée, battue (Pickles, 2015 ; Bohren et al., 2017)

Des études réalisées dans certains pays africains (Pickles, 2015 ; Bohren et al., 2017) font état d'agressions où des femmes sont frappées et battues pendant le déroulement de leur travail. L'intensité de cette violence physique ne semble pas avoir été répertoriée en Occident, du moins, de façon aussi systématique.

Tous les auteurs parlent également de **violence psychologique et verbale**, sous différentes formes.

Ceci peut se manifester par, notamment :

- Des mots déplacés, l'infantilisation de la femme (Lahaye, 2016)
- La menace de force, l'intimidation, le dénigrement, l'hostilité (Vadeboncoeur, 2004)
- L'humiliation verbale (Bohren et al., 2015 ; WGNRR)
- Les abus verbaux (Oliveira et al., 2017)
- Le manque de respect (Lévesque et al., 2015 ; Lahaye, 2016 ; Pickles, 2017)
- L'absence de dignité. Par exemple, le manque d'intimité (USAID, 2010)
- L'absence de confidentialité (USAID, 2010)

Enfin, certains auteurs ajoutent que les VO sont des violences qui peuvent être associées aux **violences sexuelles**. Par exemple, Lahaye explique que lorsque des actes sont commis sans consentement et que cela touche les organes reproductifs de la femme, on peut parler d'agression : « Quand cette atteinte est faite au sexe, il s'agit même d'une agression sexuelle, voire d'un viol. » (Lahaye 2013) Pour St-Amant, l'acte d'accoucher, tant par sa nature et par le fait que les organes génitaux soient impliqués, fait en sorte que les actes de violence commis dans ce contexte particulier se doivent d'être considérés comme des agressions sexuelles (2013). Elle est rejointe dans cette analyse par le Regroupement Naissance-Renaissance pour qui non seulement les violences

obstétricales sont une forme de violence sexuelle, mais, qui plus est, les conséquences des VO sur les victimes sont similaires à celles des survivantes d'abus.

Bohren et al. (2015) ainsi que D'Oliveira et al. font plutôt état d'*abus sexuels* qui sont commis *dans le cadre d'accouchement*, tels que des viols ou des attouchements sexuels, mais ces auteurs ne considèrent pas les violences obstétricales comme une forme de violence sexuelle à proprement parler.

À ces caractéristiques « agies », certains auteurs tels que Marie-Hélène Lahaye, une juriste et une militante belge pour l'humanisation des naissances, ajoutent que les violences obstétricales se définissent aussi par **l'omission de gestes**. Elle est rejointe dans ce constat par Vadeboncœur qui nomme une intervention ou **son absence** (2004) comme faisant partie des VO. Dans un autre registre, on nomme l'abandon ou l'absence de soin (Bohren et al., 2015) ce qui rejoint la négligence d'Oliveira et al. (2017). On mentionne également le refus de traitement (WGNRR, 2017) comme une violence obstétricale.

Lahaye, une pionnière dans la lutte pour la reconnaissance des violences obstétricales, offre la définition ainsi que les explications suivantes :

« Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente.

« Cette définition contient quatre éléments constitutifs :

« 1. ***tout comportement, acte, omission ou abstention*** : cette énumération couvre l'ensemble des événements qui peuvent se produire dans une maternité ou lors d'une consultation. Il ne s'agit pas uniquement d'actes posés, mais aussi de l'attitude du personnel soignant, les mots déplacés qu'il utilise, le manque de respect, l'infantilisation de la femme,

la violence psychologique en général. S'ajoutent l'omission et l'abstention qui visent l'absence de réaction ou d'acte face à une demande de la parturiente, la négation de son ressenti, la non-prise en compte de sa douleur ou de ses besoins ou souhaits particuliers.

« 2. ***commis par le personnel de santé*** : ces termes visent l'ensemble du personnel, donc pas seulement les obstétriciens, mais également les sages-femmes, médecins, infirmiers, pédiatres, anesthésistes, aides-soignants, etc.

« 3. ***pas justifié médicalement*** : il s'agit d'une référence à l'*evidence based medicine* (EBM), la médecine basée sur les données probantes, c'est-à-dire l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Ces données proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites. L'EBM est relativement récente dans notre médecine puisqu'elle date de la fin des années 90. Néanmoins, après plus de quinze ans d'existence, il est urgent qu'elle soit intégrée dans toutes les disciplines médicales, y compris en obstétrique. Cette référence à l'EBM permet donc de considérer que tout acte justifié non pas par des données scientifiques, mais par des propos de type « c'est ce qu'on m'a appris pendant mes études », « c'est le protocole », « c'est pour faciliter l'organisation du service », « ça permet au gynécologue d'être plus confortablement installé, mieux voir ou mieux contrôler la situation », « ici, on ne prend aucun risque » tombe dans la définition de la violence obstétricale.

« 4. ***le consentement libre et éclairé de la parturiente*** : ces mots renvoient à la loi Kouchner. Toute atteinte au corps sans le consentement de la personne est une violence. Quand cette atteinte est faite au sexe, il s'agit même d'une agression sexuelle, voire d'un viol. Les termes « libre et éclairé » impliquent une information préalable de la part du professionnel, un dialogue entre le médecin et la future mère, un échange d'information pour que la parturiente puisse donner son consentement de façon lucide, et l'absence de

toute pression, menace et autre procédé afin que le consentement soit libre. » (Lahaye, 2016)

La pratique d'une médecine qui n'est **pas basée sur des « données probantes »** est également mentionnée dans de nombreuses études comme un indicateur possible de violences obstétricales. Pour de nombreux auteurs, les pratiques en obstétrique ne semblent pas suivre ce qui est prescrit par les autorités médicales elles-mêmes comme étant « les meilleures pratiques ». L'obstétrique appliquerait plutôt des routines ou des protocoles préalablement établis, qui font partie de la culture organisationnelle, même si ces pratiques vont même à l'encontre des recommandations gouvernementales et des recherches les plus récentes (Bohren et al., 2015 ; Lahaye, 2016 ; Pickles, 2017 ; Sadler et al., 2016 ; Lévesque et al., 2016 ; St-Amant, 2013 ; Vadeboncœur, 2004).

Lévesque et al. (2016), Bohren et al. (2015) et Pickles (2015) nomment également les **contraintes organisationnelles** comme un indicateur possible de violences obstétricales. Par contraintes organisationnelles, on entend une pénurie de ressources matérielles ou de ressources humaines, ou des contraintes liées à l'organisation du travail.

Les auteurs consultés sont unanimes pour déclarer qu'une des caractéristiques fondamentales des violences obstétricales est l'**absence de consentement libre et éclairé**.

Certains auteurs parlent aussi de la réalité des femmes qui vivent des accouchements dans des milieux carcéraux et dont les droits sont bafoués comme de la violence obstétricale. Certaines femmes vivent également l'emprisonnement suite à une incapacité de payer les frais reliés à l'accouchement. Des femmes peuvent également vivre du chantage ou de l'extorsion pour des raisons financières suite à leur accouchement (USAID, 2010 ; WGNRR, 2017 ; WHO, 2014).

Pour certains auteurs, les violences obstétricales ne se résument pas à des gestes commis lors de l'accouchement, mais peuvent également avoir lieu en période prénatale, postnatale et dans le cadre de consultation en gynécologie, dans le contexte d'un avortement, etc. (Oliveira et al., 2017 ;

Lahaye, 2016 ; Pickles, 2015 ; RNR, 2015 ; WGRNN, 2017).

En résumé, la grande majorité des auteurs s'entendent pour dire que les violences obstétricales sont une forme de violence systémique dirigée contre les femmes, qui s'exprime par une prise de pouvoir par le personnel médical et qui se manifeste par une violence physique, psychologique ou sexuelle, par l'omission de geste et par l'absence de consentement libre et éclairé.

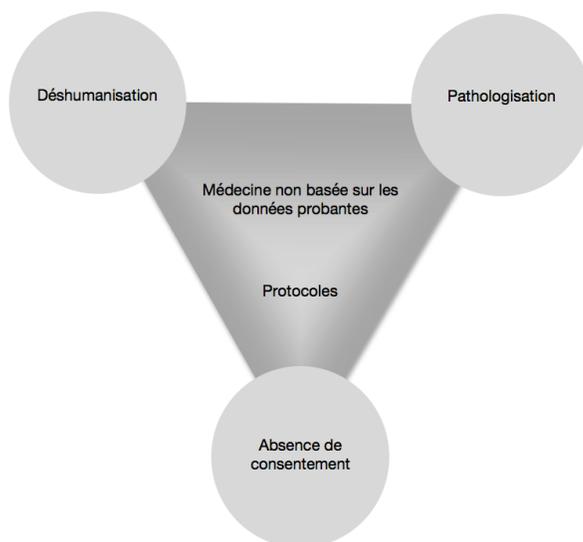
2.1.1 Définition des violences obstétricales

Suite à la recension des écrits sur le concept des violences obstétricales, je souhaiterais proposer une nouvelle définition. En effet, la définition que je trouve la plus complète est celle de la législation vénézuélienne. Toutefois, celle-ci manque d'indicateurs concernant l'application d'une éventuelle analyse des VO à des cas précis. Aussi, si la définition la plus récente élaborée au Québec est celle de l'étude Lévesque et al. (2016), elle laisse toutefois de côté les caractéristiques importantes que sont la pathologisation de l'accouchement et la déshumanisation des femmes lors de l'accouchement. En conséquence, la définition de la violence obstétricale qui sera utilisée dans le présent mémoire est celle-ci :

La violence obstétricale est située à l'intersection d'une violence systémique et d'une violence de genre, qui se caractérise par une prise de pouvoir et par l'exercice d'un contrôle sur le corps des femmes, de la part de personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, lors de la période périnatale. Cette prise de pouvoir et ce contrôle se manifestent par une pathologisation de processus naturels, dont celui de l'accouchement, par une déshumanisation des femmes et par l'absence de consentement. La pathologisation se caractérise par l'accouchement dans un environnement non propice à la physiologie, la gestion active du travail, des techniques de déclenchement et d'accélération du travail et par l'abus de médication. La déshumanisation se caractérise par de la violence physique, psychologique ou sexuelle. L'application de routines et de protocoles sans égard aux

besoins particuliers des femmes, le non-respect de la dyade/mère-enfant et l'application d'actes médicaux non basés sur les données probantes sont transversales à ces deux caractéristiques.

Figure 1. Les violences obstétricales



2.1.2 Indicateurs c

Afin d'opérationnaliser les violences obstétricales, j'utiliserai donc les trois catégories suivantes, soit la pathologisation de l'accouchement, la déshumanisation des femmes et l'absence de consentement, avec aussi des indicateurs précis détaillés pour chacune des catégories.

1. Pathologisation de l'accouchement : Altérer le processus naturel d'accouchement par l'exécution d'interventions médicales non nécessaires.

Indicateurs :

- 1.1 Accouchement dans un environnement non favorable à l'accouchement physiologique
- 1.2 Utilisation systématique de techniques de déclenchement et d'accélération du travail
- 1.3 Gestion active du travail
- 1.4 Abus de médication

2. Déshumanisation : Traitement cruel, déshonorant, disqualifiant, humiliant ou menaçant.

Indicateurs :

2.1 Violences physiques

2.2. Violences psychologiques

3. Absence de consentement

Indicateur :

3.1 Effectuer des interventions médicales sans le consentement libre et éclairé de la femme

Les protocoles, routines et pratiques hospitalières ainsi que la médecine non basée sur des données probantes sont transversales à ces trois caractéristiques.

Dans la prochaine partie de ce chapitre, je traiterai du cadre théorique utilisé pour analyser mes données, soit le féminisme intersectionnel.

2.2 Cadre théorique

Cette recherche aura pour cadre théorique le féminisme intersectionnel, appuyé principalement par les travaux de Patricia Collins (2009, 2016), Silma Birge (2016) et Sandra Harding (1991). J'expliquerai en quoi ces outils d'analyse sont pertinents pour comprendre l'expérience négative d'accouchement en lien avec le concept des violences obstétricales. Le féminisme est un cadre théorique qui s'inscrit dans le paradigme constructiviste. Le constructivisme étant l'idée que la réalité est socialement construite, l'intersectionnalité se situe dans cette perspective épistémologique (Gauthier et al., 2017).

2.2.1 Posture épistémologique et théorie féministe intersectionnelle

Tout d'abord, un mot sur l'épistémologie féministe : celle-ci remet en question « l'objectivité » des connaissances (Harding, 1991). Ceci me semble particulièrement pertinent dans le cas qui nous occupe puisqu'il s'agit de contester la construction sociale de « l'expertise médicale » entourant la

naissance dans le contexte des expériences vécues par les femmes en milieu hospitalier. Pour les féministes, l'histoire des recherches scientifiques n'en est certainement pas une d'objectivité. Selon des auteures féministes, les recherches « scientifiques » ont d'abord et avant tout été développées à partir du point de vue de l'homme blanc, tout en se prétendant universelles (Campbell et Wasco, 2000). C'est donc cette perspective, celles des hommes blancs d'une certaine classe sociale, qui a été adoptée comme étant « neutre » et « objective ». Pour les tenants de la théorie féministe, nul n'est exempt de subjectivité et il est impossible d'avoir une vision « purement objective » d'une « réalité » (Harding, 1991). Le féminisme remet donc en question la prétention selon laquelle un chercheur peut s'extraire de ses propres a priori. Cette théorie peut épistémologiquement être décrite comme le développement de la théorie du « *standpoint* » (Cooper, 2016 : 388).

Au point de vue épistémologique, Patricia Collins parle du féminisme noir comme d'un « savoir assujéti ». En effet, comme les institutions sociales de validations du savoir (médias, universités, États, etc.) sont dominées par les hommes blancs, proposer une nouvelle vision des événements sociaux signifie donc se battre contre « les interprétations du monde proposées par les hommes blancs » (Collins, 2016 : 384).

Voici comment Collins explique l'épistémologie féministe noire ou ce qu'elle nomme parfois comme une épistémologie « alternative ». L'auteure divise l'épistémologie féministe noire en quatre points fondamentaux.

Premièrement, Collins parle du « **vécu comme critère de signification** », soit que « l'expérience vécue » possède une véritable valeur dans la création d'un savoir légitime. Pour elle, les sujets qui subissent les conséquences sociales d'une situation sont parfaitement bien placés pour sélectionner les sujets d'investigations et les méthodologies afin d'étudier cette même réalité. Dans le cas de ma recherche, les huit femmes que j'ai interviewées sont les détentrices d'un savoir sur l'accouchement en milieu hospitalier par l'expérience qu'elles en ont vécu. Dans l'épistémologie positiviste, ce savoir serait dévalorisé ou carrément nié, ce qui est la posture inverse de celle adoptée par l'épistémologie féministe noire.

En deuxième lieu, Collins postule que la recherche doit émerger d'un **dialogue**. Elle explique que le savoir n'est pas distinct de l'expérience et qu'il émerge plutôt d'un dialogue entre deux sujets. Cette notion confronte l'épistémologie positiviste qui sépare l'objet de recherche du chercheur et propose plutôt de favoriser un lien entre les deux. Comme le dit Collins en citant Bell Hook : « Le dialogue implique la parole entre deux sujets, pas le discours d'un sujet sur un objet » (Collins, 2016: 397). Le dialogue constitue donc un mode d'évaluation des savoirs qui se caractérise par l'importance de « la relation » à l'autre. La communauté possède une importance primordiale dans la création et la validation des savoirs. En effet, un savoir sera en quelque sorte *confronté* et *validé* par le dialogue à l'intérieur d'une communauté en particulier, plutôt que de passer par un processus de validation dans les institutions telles que les universités néo-libérales. Je suis consciente de faire partie de cette institution ainsi que la recherche que je mène. J'ai toutefois tenté d'établir un dialogue avec les femmes interviewées. Je ne me suis pas posée en tant qu'« experte » du sujet, mais plutôt comme une interlocutrice en lien avec un sujet détenteur d'un savoir préexistant, ce qui est, je crois, une richesse pour l'approfondissement de la recherche.

En troisième lieu, l'épistémologie féministe noire est construite autour d'une éthique de **compassion ou du care**. Cette éthique valorise l'unicité individuelle par l'intermédiaire des émotions. En effet, celle-ci ne requiert pas la séparation du chercheur de son expérience, ce qui est au demeurant impossible, selon Collins. L'épistémologie ne requiert pas non plus la séparation entre les pensées et les émotions du chercheur. Pour Collins, la présence d'émotions valide l'argument puisque l'émotion indique que l'individu croit en la validité de celui-ci. Cela implique « que l'expressivité personnelle, les émotions et l'empathie soient au cœur du processus de validation du savoir » (Collins, 2016 : 400). Collins qualifie donc cette épistémologie d'« holistique » puisqu'elle tient autant en compte le chercheur que l'« objet » de recherche. J'ai appliqué cette valeur en étant dans une posture de compassion face au discours des femmes qui ont participé à l'étude. Le sujet était douloureux pour la majorité d'entre elles et plusieurs ont vécu des moments d'émotion intense en se remémorant les événements.

En dernier lieu, l'épistémologie féministe noire parle de l'importance de l'**éthique de la responsabilité personnelle**. Pour expliquer ce fondement, Collins décrit l'épistémologie positiviste comme postulant qu'une « vérité » existe en dehors de tout observateur. L'épistémologie féministe noire soutient au contraire que l'information et *la* vérité se trouvent dans un corpus de savoir et dans un système *préexistant* qui doit être cru par l'individu afin d'arriver à *une* vérité. La première posture exige donc une séparation entre la responsabilité du chercheur et « le savoir » puisque l'on suppose que celui-ci existe en tant qu'entité distincte. Dans la seconde perspective, l'individu est indissociable du savoir ; ils ne forment qu'un. Dans l'épistémologie féministe noire, les valeurs mêmes de l'individu sont considérées dans l'évaluation du savoir créé : « Les Afro-américains considèrent essentiel que les individus prennent clairement position sur les enjeux et assument pleinement la responsabilité de défendre leur validité » (Kochman, 1981 ; Collins, 2016 : 403). Comme je l'explicitai plus loin dans ma posture, je suis consciente que mon expérience personnelle comme militante de l'humanisation des naissances colore ma perspective d'expérience négative d'accouchement. Mais mon expérience militante est également la raison pour laquelle ce sujet m'intéresse et il est de ma responsabilité personnelle d'être sensible à l'impact de ce « savoir préexistant ». C'est la perspective épistémologique à laquelle j'adhère et qui me semble le plus appropriée pour l'accomplissement de cette recherche.

Mon souhait était également de pouvoir utiliser la théorie du féminisme intersectionnel pour l'analyse des données afin de mettre en lumière l'impact des différents statuts (classe, race, genre, orientation sexuelle, handicaps, etc) sur les expériences négatives d'accouchements. Comme nous le verrons plus loin, je n'ai pu mobiliser cette théorie pour l'analyse des résultats et j'en expliquerai les raisons au chapitre 5.

Le féminisme intersectionnel se veut également une réponse à un féminisme blanc et universaliste qui, malgré sa remise en question de la perspective masculine et blanche, offrait une vision tout aussi réductrice de la réalité. Par exemple, selon Crenshaw (1989), le féminisme blanc ne représentait pas adéquatement la réalité vécue par les femmes noires et les autres femmes racisées, d'orientation sexuelle différente de l'hétérosexualité, des femmes issues de classes défavorisées ou

des femmes handicapées. L'intersectionnalité conteste le postulat selon lequel le genre est l'assurance d'une oppression uniforme et égale pour toutes les femmes. Cette théorie met en lumière les multiples axes de discrimination et dénonce l'analyse de « l'axe singulier du genre » qui « invisibilise » l'expérience des femmes noires et d'autres catégories de personnes. La perspective adoptée par l'intersectionnalité est qu'il existe plusieurs systèmes d'oppression qui s'enchevêtrent pour créer des dynamiques d'oppression qui sont variables selon l'âge, la classe sociale, la « race », l'orientation sexuelle, etc. (Crenshaw, 1989 ; Collins, 2000 ; Yuval-Davis, 2006 ; Bilge et Collins, 2016). L'oppression ainsi vécue n'est pas uniquement la somme de toutes les discriminations, mais bien une toute nouvelle dynamique d'oppression, qui est plus grande que la somme de toutes les oppressions prises individuellement (Crenshaw, 1989). Pour Bilge et Collins (2016), la notion de *pouvoir* se doit d'être analysée à travers les différentes intersections ainsi qu'à travers les *relations* entre toutes ces dimensions. En effet, pour les auteures, le pouvoir ne peut être étudié et compris adéquatement qu'à travers le prisme de la « coconstruction » et selon une perspective relationnelle. Ce sont les interactions de ces systèmes d'oppressions et leurs relations qu'il est important d'analyser afin de dresser un portrait plus complet de la « matrice de la domination » qui est au cœur de cette dynamique.

Les différents statuts (femme immigrante, femme racisée, femme handicapée, pauvre ou malade) portés par les femmes qui accouchent peuvent augmenter les oppressions dont elles sont victimes. Le genre est toutefois à l'avant-plan dans les VO puisque ce sont par leurs fonctions reproductives que les femmes sont spécifiquement victimes d'oppression dans le cas de l'accouchement. Je reconnais que ces oppressions seront vécues différemment ou amplifiées selon la position et les statuts de la personne qui les subit. Je postule qu'une femme handicapée, noire, pauvre ou une femme qui combine plusieurs de ces statuts pourrait subir encore plus d'oppression dans un contexte d'accouchement, et que cela créerait une tout autre expérience pour elle que l'expérience vécue par une femme blanche.

De plus, la façon dont les différents domaines de pouvoir fonctionnent et interagissent entre eux permet de mettre en lumière les dynamiques d'un phénomène social plus large tel que celui des

violences obstétricales. Je trouve en ce sens l'épistémologie féministe noire, telle que définie par Collins, particulièrement intéressante pour mon projet de recherche puisqu'elle cherche à mettre en lumière la multiplicité de ces expériences.

L'intersectionnalité est un cadre d'analyse pertinent pour le concept des violences obstétricales puisqu'il s'agit à la fois d'un outil de critique sociale, mais aussi d'un outil pour promouvoir l'*empowerment* des personnes marginalisées. Cette théorie n'est pas uniquement un cadre d'analyse des inégalités sociales, mais une théorie qui vise à favoriser l'émergence de la justice sociale par l'*empowerment* (Collins, 2016 : 24). Dans cette perspective, les femmes sont vues comme des actrices qui élaborent des stratégies pour lutter et résister à l'oppression et à la marginalisation. Il sera possible dans l'analyse des résultats de recherche de voir si les femmes rencontrées ont développé ou tenté de développer des stratégies afin de contourner les oppressions ; je tenterai de mettre en dialogue deux composantes du pouvoir, soit celle de l'assujettissement et celle de l'agentivité. Si je m'intéresse au concept de violence obstétricale et au vécu des femmes, c'est définitivement dans un espoir de *justice sociale*. Cette justice se manifesterait par l'amélioration de l'expérience d'accouchement en milieu hospitalier pour toutes les femmes, peu importe les statuts qu'elles portent. L'épistémologie féministe noire et l'intersectionnalité sont donc tout à fait indiquées pour le type de recherche que je souhaite mener. C'est avec cette posture et ce cadre théorique que j'entend aborder l'analyse des données de recherche. Dans le prochain chapitre, je présenterai ma démarche méthodologique ainsi que ma posture en tant que chercheuse.

Chapitre 3

3. Méthodologie

3.1 Posture de chercheuse

Mon intérêt pour le sujet de la présente recherche est issu de mon expérience de vie et de mon expérience de militante pour l'humanisation des naissances. Bien que je n'aie pas eu moi-même

d'expérience négative d'accouchement, je suis une femme blanche, mère de deux enfants qui se définit comme une féministe s'intéressant aux droits reproductifs. Il est pour moi indéniable que ce statut et ces expériences ont un impact sur mon analyse de la situation. En tant que femme blanche, mes présupposés féministes se centrent sur mon expérience comme membre ethnique d'un groupe majoritaire. Même s'il est impossible pour moi de m'extraire de ce statut et des préjugés eurocentriques qui viennent avec cette expérience de vie, je vais tenter d'utiliser les postulats de l'épistémologie féministe noire développés par Collins pour mon analyse, puisque c'est cette épistémologie qui m'apparaît comme pertinente pour mon projet de recherche.

En effet, la posture épistémologique à laquelle j'adhère postule que mon expérience de vie et la reconnaissance de mon statut sont des atouts pour la recherche, et non l'inverse. Collins (2009) estime que les personnes qui tentent d'accéder à la connaissance et à la création de savoirs par une tentative de séparation entre le vécu du chercheur et la recherche se leurrent. Au contraire, Collins dit que les chercheurs qui privilégient la connexion entre le vécu et la recherche ajoutent de la profondeur à l'analyse. Comme vu au chapitre précédent, l'épistémologie noire postule en effet que la personnalité de chaque individu enrichit la compréhension du groupe (Collins, 2016). Je crois fermement que c'est le cas dans la recherche qui nous occupe. Je terminerai en citant « [...] que l'aventure de la compréhension ne peut être neutre, impersonnelle et statique » (Paillé, 66).

3.2 Approche retenue

Comme mon sujet de recherche se concentre sur le vécu de femmes et sur la façon dont elles décrivent leur expérience négative d'accouchement, j'ai choisi d'effectuer une démarche de recherche d'approche qualitative de type exploratoire. La recherche qualitative regroupe plusieurs techniques de recherche qui sont particulièrement indiquées dans le cas où le chercheur s'intéresse à la description d'une situation du point de vue des protagonistes et à leur interprétation d'une situation ou d'événements (Denzin et Lincoln, 2018 ; Poupart et al., 1998 ; Paillé et Mucchielli, 2016 ; Gauthier et al., 1992). Le chercheur qui utilise les outils de recherches qualitatives travaille donc souvent avec des « données qui sont difficilement quantifiables ». En effet, « l'analyse

qualitative vise en fait à construire des descriptions et des interprétations. Elle est au service de la quête du sens des actions et des expériences humaines. » (Paillé et Mucchielli, 2016). De plus, contrairement à la recherche empirique, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à des recherches qui ont pour objet d'analyse un plus petit corpus de données.

Aussi, comme le concept des violences obstétricales est une problématique émergente, le caractère exploratoire de la démarche semblait être approprié pour cette recherche. En effet, la recherche exploratoire

« [...] vise à faire ressortir ou à explorer les divers enjeux que font apparaître les situations nouvelles ou les problématiques inédites et les changements ou les transformations qui touchent les individus et les groupes. Elle est souvent justifiée pour approfondir la complexité d'une situation ou d'un processus ou découvrir l'émergence d'une réalité sociale nouvelle [...] » (Poupart et al., 1998 : 33).

3.3 Population à l'étude, techniques d'échantillonnage et recrutement

Population à l'étude

Les critères d'inclusion pour une participation à la recherche étaient d'être :

- 1) Femme entre 18 ans et 40 ans
- 2) Parlant le français
- 3) Ayant accouché en milieu hospitalier à Montréal il y a moins de 5 ans
- 4) Ayant eu une expérience d'accouchement qu'elle qualifie de négative
- 5) Que le bébé soit en bonne santé

L'échantillonnage

L'échantillonnage utilisé est de type « multicas » ou l'échantillonnage « par cas multiples ». Ce type d'échantillonnage est caractéristique des recherches qualitatives qui font appel aux entrevues comme mode de collecte des données. Cette méthode est guidée par deux critères, soit par le

principe de diversification, diversification interne dans mon cas, et par le principe de saturation empirique ou théorique (Pires, 1997 dans Poupart et al., 1998). Dans cette recherche, il s'agit d'un échantillon de participants volontaires.

Recrutement

Le recrutement s'est effectué par un appel sur les réseaux sociaux ainsi que par le biais d'un organisme en périnatalité, le Groupe d'entraide maternelle de La Petite-Patrie (GEM). Une affiche a été produite expliquant les caractéristiques recherchées des participantes et les moyens de communiquer avec la chercheuse (par téléphone ou par courriel). Cette affiche a été imprimée et apposée au babillard de l'organisme. L'affiche a ensuite été mise en ligne sur le compte d'un réseau social et elle a été partagée par 57 personnes et organismes, dont les organismes Alternative-Naissance, le Groupe MAMAN, le Groupe d'entraide maternelle (GEM), Nourri-Source et le Regroupement Naissance-Renaissance.

Lorsque les femmes intéressées avaient manifesté leur intérêt en me laissant leurs coordonnées par message téléphonique ou par courriel, je prenais contact avec elles par téléphone. Une préentrevue était alors effectuée pour s'assurer que les participantes respectaient les critères de sélection ainsi que pour les informer sur la nature de la participation recherchée. Elles avaient ensuite la possibilité de poser des questions concernant le déroulement de l'entrevue et sur la recherche en général. Comme plus de personnes que nécessaires ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche, toutes les personnes ont été contactées par ordre chronologique. Une fois toutes les participantes recrutées, les autres femmes qui avaient laissé leurs coordonnées ont été contactées afin de les remercier de leur intérêt et de leur offrir des références en soutien psychologique si elles en avaient besoin.

3.4 Collecte de données

3.4.1 Technique de collecte de données

Entretien semi-dirigé

La technique de l'entretien semi-dirigé m'est apparue comme la plus adéquate pour mon sujet de recherche. Comme je voulais connaître la perspective des femmes sur leurs expériences, il était important de laisser la possibilité aux participantes de « se raconter » en laissant la porte ouverte à l'émergence de données qui seraient restées inconnues dans le cadre d'une entrevue dirigée. En effet,

« [c]aractérisée par une certaine fluidité, la technique de l'entretien semi-dirigé est suffisamment structurée pour répondre à des dimensions spécifiques de la question de recherche tout en offrant l'espace nécessaire d'accueillir une nouvelle interprétation du sujet d'étude de la part des participants. » (Galleta, 2013 : 2) (traduction libre)

3.4.2 Description de l'outil de collecte de données

La grille d'entrevue (*voir annexe 1*) était divisée en deux grands thèmes principaux, soit la grossesse et l'accouchement. Elle était conçue de façon à laisser les femmes se raconter. Il y avait toutefois des questions de précision prévues si jamais les femmes n'abordaient pas ces thèmes d'emblée. L'entrevue n'avait pas de durée prédéterminée. Les entretiens ont été d'une durée variant de 45 minutes pour la plus courte d'entre elles à 90 minutes pour la plus longue, avec une moyenne d'environ une heure par entretien.

3.4.3 Déroulement de la collecte de données

Le contact et la confiance

Lors du premier contact téléphonique, j'ai constaté que la plupart des femmes étaient vraiment enthousiastes à l'idée de parler de leur expérience d'accouchement. Toutefois, plusieurs avaient des questions par rapport à la définition du mot *néгатif*. Plusieurs ont dû être rassurées sur la subjectivité de l'expérience négative. En effet, plusieurs manifestaient des craintes à savoir si leur expérience pouvait être qualifiée de négative selon des critères externes et si leur expérience était « assez » négative pour être considérée dans la recherche. Je devais expliquer que c'était à elles de définir ce qu'elles avaient vécu comme étant négatif et que cela pouvait varier d'une personne à l'autre. Certaines femmes avaient des questions par rapport à la confidentialité des entrevues.

J'expliquais alors le processus d'anonymisation des données et assurais que leur identité ne serait dévoilée à aucun moment. Une fois leur admissibilité établie, un rendez-vous était fixé dans un lieu de leur choix. Cinq des rencontres ont eu lieu au domicile des participantes et trois des rencontres ont eu lieu dans un lieu public. Nous débutions par la lecture du formulaire de consentement (*voir annexe 2*). Je m'assurais de la compréhension du processus et de ses implications et je réitérais que les femmes pouvaient poser toutes les questions requises à tout moment. Il était possible de changer d'avis durant le processus ou de ne pas répondre à une question si cela les mettait inconfortables. Suite à la lecture du formulaire, nous procédions à la signature et une copie était remise à chacune des participantes. Comme la participation était sur une base volontaire, je sentais un désir de témoigner de leur expérience et, selon moi, un climat de confiance s'est rapidement établi.

3.4.4 Journal de bord

Tout au long du processus de recherche, j'ai tenu un journal de bord afin de consigner par écrit les questionnements et les réflexions liés au processus de recherche. Ce journal contient principalement des « notes théoriques » concernant des liens faits entre différentes lectures, mais il contient également des réflexions personnelles et des émotions reliées au sujet de recherche. Il permet de nourrir la réflexivité et d'approfondir la réflexion concernant la problématique de recherche. Cet outil a été utilisé dans

« le but [...] de se souvenir des événements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste et qui permet [...] au chercheur de se regarder soi-même comme un autre. Cette instrumentation est essentielle pour assurer à la fois la validité interne et la validité externe du processus de recherche. »

(Baribeau, 2005 :112)

3.4.5 Entretiens informels avec des chercheuses en périnatalité

Trois entretiens ont été réalisés avec des chercheuses qui ont travaillé sur des sujets de recherche reliés à la périnatalité : un entretien a eu lieu par téléphone et deux entretiens se sont déroulés en personne. Bien qu'informelles, ces conversations ont aidé à clarifier et à nourrir les réflexions pour

la présente recherche. Une des intervenantes-clés est l'auteure d'une recherche concernant l'humanisation des naissances. Les deux autres intervenantes sont des membres d'un organisme œuvrant en périnatalité qui ont participé à des recherches sur le sujet.

3.5 Analyse des données

Comme je l'expliquerai plus loin, la théorie féministe intersectionnelle, malgré mon souhait d'utiliser ce cadre théorique dans l'analyse des données, n'a pu être complètement mobilisée pour cette recherche. Si cela avait été possible, ce cadre d'analyse aurait eu l'avantage de mettre en lumière les impacts de l'enchevêtrement des systèmes d'oppressions et les différents niveaux de discrimination. Par exemple, une jeune mère reçoit-elle plus de pression de la part du personnel médical ? Vérifie-t-on autant le consentement chez les personnes handicapées ? Il aurait été intéressant de se pencher sur ces différentes expériences afin d'être plus représentatif des différentes réalités vécues.

Une analyse thématique me semblait la plus pertinente dans le cadre de ma recherche puisqu'il s'agit d'une méthode servant au relevé et la synthèse des thèmes présents dans un corpus (Paillé et Mucchielli, 2016). Cette méthode a donc été utilisée comme processus de réduction des données. Les principales étapes décrites dans l'ouvrage de Paillé et Mucchielli ont été suivies pour l'analyse des entrevues. La première étape de l'analyse a d'abord été la préparation du matériel, soit de transcrire textuellement les enregistrements audios qui ont été immédiatement anonymisés. J'ai ensuite procédé à une préanalyse, soit une lecture flottante préliminaire, afin de m'approprier les entrevues et de commencer à dégager un sens général du corpus de données. En troisième lieu, une analyse verticale des entrevues a été effectuée. J'ai procédé à une codification dans chacune des deux grandes parties de la grille d'entrevue, soit la grossesse et l'accouchement. Cette thématization a eu lieu à l'aide d'un code de couleur avec mode d'inscription en marge. La quatrième étape, l'analyse horizontale, a été effectuée afin de dégager des similitudes entre les entretiens et afin de laisser émerger des thèmes de manière inductive. Lors de cette dernière lecture, j'ai effectivement pu constater l'émergence de certaines catégories, soit celle des expériences positives lors de

l'accouchement et celle des stratégies d'*empowerment* utilisées par les femmes lors des événements négatifs. En dernier lieu, j'ai effectué une fiche synthèse de chacune des huit entrevues pour le thème spécifique des expériences négatives afin d'effectuer des recoupements de thèmes entre les différentes expériences. La thématisation s'est ainsi faite de façon continue (Paillé et Mucchielli, 2016). Il était initialement prévu d'utiliser le féminisme pour si les données pouvaient être comprises donc de voir si les exp négativ en fonction des différentes formes d'oppression (oppression) et il sera ultérieurement.

3.6 Considérations éthiques

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CERAS). Une attention particulière a été accordée au consentement libre et éclairé lors du recrutement des participantes. Chacune d'entre elles a signé un formulaire de consentement dans lequel lui étaient présentés les objectifs de la recherche, la nature de la participation recherchée, l'utilisation qui serait faite des données recueillies et les mesures prises pour assurer la confidentialité (*voir annexe 2*). La lecture du formulaire était effectuée à voix haute par la chercheuse. En outre, un moment pour procéder à une relecture si désirée et la possibilité de poser des questions à tout moment ont été offerts.

De plus, étant donnée la nature vraiment intime du sujet de l'entrevue, ce sont les participantes qui choisissaient le lieu où avait lieu l'entrevue, la majorité d'entre elles ayant choisi leur domicile. Deux participantes ont été particulièrement émues pendant le récit de leur expérience d'accouchement et je me suis assurée qu'elles puissent ventiler leurs émotions et qu'elles puissent avoir des références pour du soutien, si le besoin s'en faisait sentir. Les participantes étaient également en possession de mes coordonnées et avaient la possibilité de me contacter pour toutes questions concernant l'entretien ou sur la recherche elle-même. Lors de l'analyse des entrevues, un chiffre de 1 à 8 a été attribué à chacune des participantes et les citations utilisées ont été anonymisées. Tout le matériel lié à la participation incluant les formulaires de consentement, les grilles d'observation, les transcriptions et le matériel sera conservé jusqu'en 2020.

3.7 Limites de l'étude

En premier lieu, la grande homogénéité des participantes ne permet pas de prendre en considération les différentes réalités auxquelles font face des femmes qui vivent une expérience négative d'accouchement. En effet, mon échantillon ne contenait pas de femmes célibataires, autochtones, allophones, homosexuelles, handicapées ou encore de personnes trans ou non binaires. Je postule que ces personnes doivent faire face à des obstacles systémiques d'autant plus grands. Des recherches subséquentes seront nécessaires afin de rendre compte de leurs réalités.

En deuxième lieu, l'échantillon réduit ne permet pas de tirer des conclusions générales sur l'expérience négative d'accouchement en milieu hospitalier en lien avec les violences obstétricales. Une étude de plus grande envergure sera nécessaire que les résultats soient en mesure d'être généralisés.

3.8 Caractéristiques des participantes

Tel qu'on peut l'observer dans le tableau des caractéristiques des participantes à la page suivante, l'échantillon est composé de huit femmes de la région montréalaise âgées de 32 à 40 ans. Cinq des participantes sont nées au Québec, deux sont d'origine française et une femme est d'origine ivoirienne. Elles étaient toutes en couple hétérosexuel. Pour toutes les femmes sauf une des participantes, le milieu hospitalier était leur premier lieu de choix pour donner naissance. Cinq des femmes ont pris contact avec moi par Internet, deux par téléphone et une des femmes a manifesté son intention de participer à la recherche en personne. Toutes les femmes étaient primipares au moment où elles ont vécu leur expérience négative d'accouchement.

Tableau I. Caractéristiques des participantes

	Âge	Origine ethnique	Lieu de naissance	Langue maternelle	Langues parlées	État civil	Emploi	Âge des enfants	Religion
E1	33	Québécoise	Montréal	Français	Français	Couple hétérosexuel	Non	21 mois	Athée
E2	34	Caucasienne	Montréal	Français	Français	Couple hétérosexuel	Oui	2 ans 4 ans	Athée
E3	32	Pure laine/ québécoise	Canada	Français	Français	Couple hétérosexuel	Oui	4 mois	Aucune
E4	34	Caucasienne	France	Français	Français	Couple hétérosexuel	Non	5 mois	Aucune
E5	36	Occidentale	France	Français	Français	Couple hétérosexuel	Oui	18 mois 5 ans	Karma
E6	35	Noire	Côte-d'Ivoire	Anglais	Français/ Anglais	Couple hétérosexuel	Oui	3 ans	Musulmane
E7	33	Caucasienne	St-Hubert	Français	Français	Couple hétérosexuel	Oui	2 ans	Athée
E8	39	Québécoise	Québec	Français	Français	Couple hétérosexuel	Oui	3 ans 5 ans	Athée

Chapitre 4

4. Présentation des résultats

Dans ce chapitre, je présenterai d'abord les résultats de l'analyse des entrevues avec les participantes selon les deux thématiques abordées en entrevue, soit la grossesse et l'accouchement.

Dans un deuxième temps, les résultats seront analysés sous différents angles. Mon premier angle sera celui des expériences négatives vécues pendant ces accouchements. Je présenterai ensuite une section sur les impacts négatifs de ces expériences négatives. Je poursuivrai avec deux sections sur les données émergentes, soit les expériences positives et les stratégies d'*empowerment*.

À la toute fin du présent chapitre, je présenterai une section qui regroupe l'analyse globale des femmes sur leur expérience.

4.1 Grossesse

4.1.1 Situation conjugale et grossesse planifiée ou non

Toutes les participantes étaient en couple hétérosexuel. À une exception près, toutes les femmes et leur conjoint désiraient un enfant. En effet, la grossesse a été une surprise pour une des participantes puisqu'elle se croyait infertile. Cette femme était en relation avec son partenaire depuis trois mois et la venue d'un enfant n'était pas planifiée. À l'inverse, deux

des couples ont fait face à des problèmes de fertilité et ont eu recours à des traitements de fertilisation *in vitro* pour la conception de leurs enfants.

4.1.2 Antécédents médicaux et problèmes de santé/complications durant la grossesse

Les femmes étaient toutes en bonne santé au moment où la grossesse est survenue. Toutefois, deux d'entre elles avaient des antécédents médicaux qui avaient le potentiel d'affecter le déroulement de leur grossesse. Une de ces femmes a effectivement développé des problèmes de santé au cours de sa grossesse. Deux autres des participantes avaient également des problèmes liés à l'infertilité. Elles ont toutes les deux eu recours à la fertilisation *in vitro* pour concevoir leur enfant. Le mari d'une troisième participante avait des antécédents médicaux qui n'affectaient pas personnellement la femme, mais cela la plaçait par association dans la catégorie des grossesses à risque.

4.1.3 Émotions pendant la grossesse

Toutes les grossesses, à l'exception de celle de la participante d'origine africaine, ont été sous le signe de l'anxiété, du stress et de la peur de l'accouchement.

« Tout ce que je lis sur Internet, ça me fait peur... pis je comprends que c'est vraiment pas la majorité, mais ça a été assez pour me faire peur. » (E3)

« Niveau travail, ça a super bien été, mais j'ai pas arrêté d'avoir des peurs. » (E8)

« J'ai eu peur de laisser passer 41 semaines et qu'il y ait un problème... eh ! qu'on te fait tellement peur de tout, là... ouf... » (E4)

Le stress est une autre émotion qui a été nommée par deux participantes. Une participante le vivait particulièrement en raison de son travail en milieu hospitalier : elle voulait obtenir un retrait préventif qui a été difficile à obtenir (E8).

« Mais, moi, j'ai un tempérament anxieux, c'était une grossesse stressée. Puis, il y a eu plein de facteurs de stress durant ma grossesse. » (E5)

Une participante a nommé vivre de l'isolement suite aux problèmes de santé qui l'ont confinée à l'intérieur de son domicile. (E1)

Enfin, deux femmes sur huit avaient également des craintes par rapport à la santé de leur bébé. (E3, E7)

4.1.4 Suivis de grossesse

Pour la plupart des femmes, l'obtention de services reliés à la grossesse s'est faite facilement. Elles ont pu obtenir un suivi et un rendez-vous rapidement. Comme dit précédemment, deux des femmes ont eu des suivis de grossesses à risques élevés (GARE), ce qui implique un nombre plus élevé de rendez-vous, de tests et de procédures médicales. Trois participantes étaient suivies par des gynécologues et trois par des médecins généralistes. Deux des participantes avaient un double suivi, c'est-à-dire par un médecin et par un gynécologue. Deux d'entre elles auraient voulu accoucher avec des sages-femmes, mais ou pour des raisons de santé ou par insécurité relativement à cette option, elles ont choisi de ne pas opter pour ce type de suivi.

4.1.5 Obtention et durée des rendez-vous

Quatre femmes parlent du service expéditif reçu. Elles mentionnent la rapidité avec laquelle les médecins effectuaient leurs rendez-vous de suivi. Deux des participantes ont pour leur part eu des suivis dans lesquels elles ne se sentaient pas du tout brusquées par le temps. Une de ces participantes était suivie par une gynécologue amie de la famille, qui prenait son temps lors des rendez-vous et qui lui laissait le temps de poser toutes les questions voulues.

4.1.6 Relation avec le médecin responsable du suivi de grossesse

Pour ce qui est de la relation avec les médecins responsables du suivi, la moitié des participantes ont eu des suivis tout à fait satisfaisants tout au long de la grossesse. Une des femmes a eu des échanges fort enrichissants sur le fait que son enfant était en siège et elle appréciait les références scientifiques offertes par sa médecin:

« Les discussions étaient rendues vraiment cool à la fin, pis j'ai aimé ça qu'elle m'écrive toutes les... toutes les... les articles scientifiques, pis qu'on lise là-dessus, pis qu'on parle pis qu'on discute des risques, faque euh... c'était vraiment un bel échange. » (E3)

« Elle [la gynécologue] était tellement « hot », tsé, elle prenait vraiment le temps, là... pis... peut-être aussi parce qu'elle l'a vécue, parce que son fils était comme en siège aussi, ça a vraiment changé sa perspective, pis mes rendez-vous au lieu d'être cinq minutes avec elle qui me dit: "T'as pas d'autres questions? T'as pas d'autres questions? T'as pas d'autres questions?" Tsé, c'est devenu genre, elle prenait le temps. » (E3)

La deuxième parle en des termes tout à fait élogieux de sa gynécologue :

« Elle a été d'une douceur, d'une ouverture, d'une compréhension. Moi, elle me disait toujours : “ X, moi, ces histoires de plan de grossesse, c'est du n'importe quoi... Le bébé, il sort, c'est tout. Toi, tu dois avoir la force et le courage de lui permettre de sortir. Moi, je suis là que pour vous aider, tous les deux. ” » (E6)

Une femme avait un double suivi, un premier avec une gynécologue et un second avec différents médecins de la clinique GARE. Elle n'appréciait pas de changer de professionnel à chaque rendez-vous. Elle mentionne tout de même être satisfaite du suivi avec sa gynécologue :

« J'étais à l'aise avec ma gynécologue. Mais même, y'a beaucoup de personnes qui l'aiment pas parce qu'ils la trouvent bête, c'est bizarre. Mais, moi, ce que j'aimais, c'est que je lui disais... je lui posais une question, mais elle passait pas par des détours, j'avais la réponse ! » (E1)

À l'inverse, la moitié des participantes ont senti un désintérêt ou, pire, un manque de considération de la part du médecin ou du gynécologue.

« J'ai fait comme on avait dit, un plan de naissance et tout, avec ce que j'avais, ce que je pouvais... euh... c'est ça, j'ai tendu ça au gynécologue qui m'a pouffé de rire, vraiment euh... qui m'a dit, euh... mais non, mais non, il m'a rendu ça : “ Mais oui, tout sera naturel, ne t'inquiète pas. À l'hôpital, on fait rien de pas naturel. ” » (E4)

Une participante mentionne que la mauvaise relation a même été un facteur de stress :

« Je suis allée le voir. Il était franchement hyper désagréable... “ j'en ai rien à foutre ”... comme beaucoup de gynécologues. Puis, pour une première grossesse, ça a été un facteur de stress. Moi, j'avais quand même des questions. J'étais motivée, emballée par ma grossesse quand même. Lui, il l'était absolument pas. » (E5)

Deux des participantes ont été suivies par plusieurs médecins différents lors de leur suivi de grossesse. La première avait un double suivi, soit un suivi avec un médecin généraliste et une gynécologue. La seconde avait un suivi dans un hôpital universitaire et elle avait signé un formulaire consentant à un suivi avec de multiples médecins. Les deux femmes qui ont vécu ce type de suivi ont mentionné avoir trouvé difficile de ne pas avoir de *continuité* dans le cadre du suivi de grossesse.

Une autre participante était satisfaite de sa relation avec la gynécologue qui assurait son suivi, mais comme cette dernière ne serait pas présente à son accouchement, elle était déçue de cet aspect. La participante dit à ce sujet : « Faque ça, y a une composante un peu... qui était un peu... plate, dans un sens où je savais que j'allais arriver pis ça allait être une personne, un inconnu, là, finalement. » (E1)

4.2 Accouchement

4.2.1 Attentes concernant l'accouchement

Les participantes peuvent être divisées en deux grandes catégories : les tenantes d'une perspective plus naturelle de l'accouchement, qui étaient moins à l'aise avec les interventions médicales (E1, E4, E5, E7), et le deuxième groupe, qui était à l'aise en milieu hospitalier en général et avec de possibles interventions (E2, E3, E6, E8). Compte tenu de ces deux perspectives, leurs attentes concernant l'accouchement et les interventions médicales étaient différentes.

4.2.1.1 Attentes concernant le déroulement de l'accouchement

Les quatre femmes qui avaient une perspective dite plus naturelle de l'accouchement avaient des attentes liées à « l'absence d'interventions », c'est-à-dire la possibilité d'accoucher à l'hôpital, mais sans que le personnel médical n'intervienne.

« Donc, c'est pour ça que là, moi, je me disais, moi, je vais arriver [à l'hôpital] et je vais faire un petit coucou ». (E4)

« Quand je lis des choses qui disent que les femmes ont le, la capacité pis le pouvoir d'accoucher par elles-mêmes, tsé...Je, j'adhérais à ce principe-là, pis c'était comme ça que j'imaginai mon accouchement, tsé... » (E7)

Deux participantes de la perspective moins interventionniste de l'accouchement (E4, E5) parlaient de la crainte de ne pas être respectées dans leurs choix :

« Mon plan de naissance, c'était l'armée. Donc, ça aussi maintenant avec le recul... Mon plan de naissance, c'était ma barrière de sécurité, c'était ma protection. Pour moi, j'arrivais avec ça, " Regarde c'est ça que je veux, vous avez plutôt intérêt à m'écouter. C'est ça que je veux. " C'était ma façon de me protéger, je pense... En fait, on s'est entourés parce que moi je voyais le milieu hospitalier comme un anxiogène, comme facteur de stress, comme un environnement dans lequel j'avais pas mon mot à dire, que j'avais pas ma place, pas ma responsabilité de femme pour accoucher. » (E5)

Ensuite, une seule de toutes les participantes était dans le lâcher-prise complet :

« Je n'ai pris aucun cours, je veux dire, j'ai rien lu, aucun livre... j'ai vraiment... je me suis dit... c'est ce que j'ai en commun avec une vache et avec une chatte. » (E6)

Les trois dernières participantes n'ont pas mentionné d'attentes particulières face à l'accouchement.

4.2.1.2 Attentes concernant les interventions médicales

Les attentes face aux interventions médicales variaient beaucoup et le niveau de confort devant la possibilité de subir celles-ci était également très variable. Si certaines femmes avaient choisi le milieu hospitalier comme lieu pour donner naissance, certaines d'entre elles ressentaient

néanmoins des craintes face à la perspective des interventions médicales. À l'inverse, bien que certaines femmes manifestaient le désir d'accoucher naturellement, elles se sentaient sécurisées de pouvoir bénéficier d'interventions médicales rapidement, si le besoin se présentait lors de l'accouchement (E1, E2, E8). Les deux tendances parmi les femmes interviewées, soit la tendance à préférer limiter les interventions ou la tendance à être à l'aise avec la possibilité d'interventions, sont liées aux attentes envers l'accouchement.

Quatre participantes voulaient le moins d'interventions possible :

« Je veux un accouchement le plus naturel possible. Je veux pas, je veux pas d'épidurale, je veux pas, euh... tsé, qu'on provoque si ça prend du temps. Tsé, c'était un peu cette espèce de, de, de... pis, moi, je me disais : " Non, je veux pas voir mal, je veux le sentir sortir, mon bébé ". » (E7)

L'une d'entre elles désirait d'emblée avoir l'épidurale, mais ne désirait pas d'autres interventions médicales (E1).

Certaines avaient des plans de naissance fort détaillés :

« Je voulais un accouchement naturel. Ne pas m'harcéler avec les interventions médicales. Ne pas mettre d'intraveineuses inutiles pour prévenir qu'éventuellement je vais vouloir la péridurale. Ne pas insister pour que j'aie la péridurale parce que je ferai la demande si je le veux. Peau à peau... clampage du cordon retardé... » (E5)

Pour ce qui est de la deuxième moitié des participantes, elles étaient à l'aise avec l'idée des interventions médicales. (E2, E3, E6, E8)

Une participante mentionnait être en confiance et être à l'aise avec toutes les interventions, sauf le fait d'avoir des forceps, qu'elle trouvait « médiéval ». Elle ne souhaitait également pas qu'il y ait de résidents présents lors de l'accouchement. (E2)

Deux participantes étaient à l'aise avec l'idée de la césarienne (E2, E3), dont une qui devait subir une césarienne planifiée. (E3)

Une autre mentionnait qu'elle n'avait « pas de contrôle » là-dessus (le déroulement de son accouchement), mais elle avait quand même peur des complications. En conséquence, elle désirait que son accouchement ait lieu en milieu hospitalier : « Je voulais avoir mon bébé à l'hôpital. » (E8)

Une seule participante n'avait aucune attente particulière concernant les interventions médicales, mais elle était entièrement à l'aise avec le milieu hospitalier. (E6)

4.2.1.3 Attentes concernant le postaccouchement

Deux participantes ont mentionné avoir des attentes particulières concernant le postaccouchement.

La première a mentionné un besoin de proximité avec le nouveau-né :

« La partie que j'aurais aimée, c'est l'avoir plein de liquide amniotique, mettons dans mes bras, pis tsé, pouvoir le tenir tout de suite, tsé j'avais hâte de le tenir. » (E3)

La seconde a mentionné le besoin d'intimité :

« Oui, la seule attente que j'avais, c'était après l'accouchement. Je me voyais vraiment en cocon avec ma fille dans ma chambre, avec mon chum. Pis c'était comme magique et romantique. C'était pas l'accouchement en tant que tel à laquelle je m'attachais. C'est vraiment le après. » (E1)

4.2.2 Étapes de l'accouchement

En ce qui concerne les étapes de l'accouchement, j'ai pris trois phases en considération : le déclenchement du travail, le travail actif et la naissance du bébé. Sur les huit participantes de l'étude, quatre femmes ont débuté le travail naturellement (E2, E4, E5, E7) et quatre se sont fait induire mécaniquement ou chimiquement à l'hôpital (E1, E3, E6, E8). Les inductions se sont faites soit par un stripping, soit par la crevaisson de la poche des eaux, soit par l'injection de médication. Deux femmes

ont eu des césariennes (E1, E3), dont une césarienne planifiée, et six femmes ont vécu des accouchements vaginaux (E2, E4, E5, E6, E7, E8).

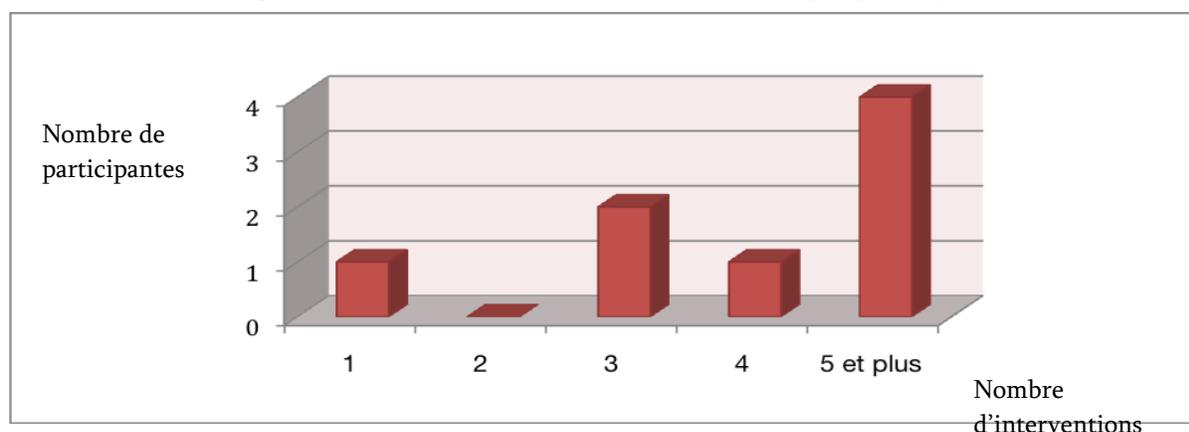
4.2.3 Complications

Trois femmes sur huit ont vécu des complications pendant le travail ou l'accouchement, ce qui a influencé le déroulement de l'événement. Une des participantes a accouché prématurément à 33 semaines (E7). Une autre avait des signes de prééclampsie. Elle s'est donc présentée à l'hôpital en urgence, puisqu'elle ne se sentait pas bien (E1). Une autre des participantes a dû subir l'extraction par forceps de son enfant puisque celui-ci était « coincé » dans le canal vaginal (E2).

4.2.4 Interventions médicales

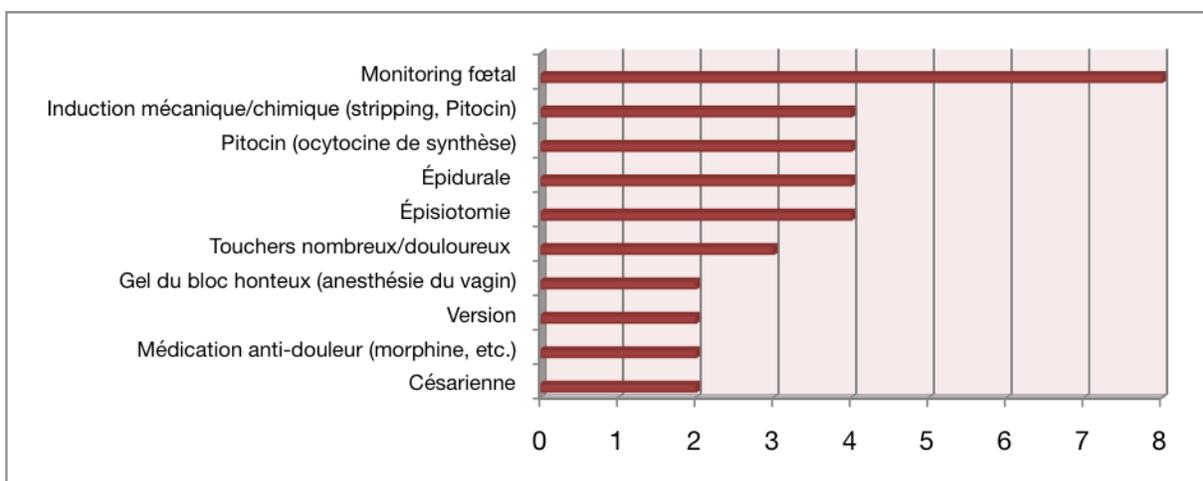
À l'exception d'une participante qui a passé très peu de temps à l'hôpital, toutes les participantes ont subi de nombreuses interventions médicales (*voir figure 1*). Cinq participantes sur huit ont eu plus de cinq interventions médicales.

Figure 2. Nombre d'interventions médicales par participante



L'intervention médicale la plus courante étant le monitoring fœtal comme on peut l'observer dans la figure 2, suivie *ex aequo* par l'induction, l'injection d'hormone de synthèse, l'épidurale et l'épisiotomie.

Figure 3. Nombre de participantes par intervention médicale



4.3 Expériences négatives lors de l'accouchement

Les expériences négatives visent spécifiquement le moment de l'accouchement et le post-partum immédiat. Elles ont été classées en cinq grandes catégories, soit l'organisation des soins, les attitudes du personnel, les protocoles médicaux, les erreurs médicales et l'absence de consentement pour les procédures médicales.

4.3.1 Organisation des soins

Cette première catégorie regroupe quatre sous-catégories, soit le manque d'intimité, le roulement de personnel, les besoins physiques de base non respectés (faim, soif, bouger, soulagement de la douleur) ainsi que la séparation mère/bébé et/ou le fait d'être laissée seule après l'accouchement.

4.3.1.1 Manque d'intimité

Dans l'analyse des expériences négatives, une expérience qui a été soulevée par toutes les participantes est celle du manque d'intimité. Toutes les femmes ont vécu difficilement le fait d'avoir de nombreux intervenants, la plupart du temps inconnus, qui étaient présents lors de ce moment marquant de leur vie, alors que plusieurs d'entre elles se sentaient dans un état d'extrême vulnérabilité. Plusieurs ont parlé de se sentir humiliées ou même déshumanisées par le fait d'être observées pendant qu'elles accouchaient. (E1, E4, E6, E8)

« J'avais dit oui à une personne, pis là, tout d'un coup, le prof rentrait, comme ça, voici tout le monde, telle patiente, qui est en train d'accoucher, qui fait une préclampsie, patati, patata... [je me sentais comme] un rat de laboratoire, encore là, vraiment, vraiment, comme un rat de laboratoire. Tsé, j'ai envie de lui dire: " Yo, je suis ici, je suis un humain, je vous entends! " »
(E1)

Une autre, parlant de l'humiliation subie :

« J'avais eu vraiment une honte d'être à quatre pattes, dans cette position, si vulnérable, à quatre pattes, à moitié nue... avec le truc qui dégoulinait, en hurlant... entourée de... au total, j'avais huit personnes, tu vois... » (E4)

« Il y a toute son équipe derrière... ils mettent des lumières. Elle enseigne, dont 'y a quand même cinq résidents derrière elle, pis en même temps, dans ma tête, je me dis, mais je dis : " Qu'est-ce qui se passe? Y a un match de foot entre mes cuisses? Why is everybody looking at my situation? " »
(E6)

« Ils ont sorti les forceps... et tous les résidents en médecine » (E2) Cette femme avait spécifié dans son plan de naissance l'importance de pouvoir conserver son intimité et qu'elle ne voulait pas avoir de résidents présents lors de l'accouchement.

« Faque là, finalement, on est arrivés dans la salle d'opération. Là, il y avait ÉNORMÉMENT de monde, j'aurais jamais cru ça... Il y avait un chirurgien, y avait mon obstétricienne, une infirmière... de... de... euh... une infirmière de... de... chirurgie dans le fond, il y avait Héma-Québec qui était là pour le sang de cordon, parce que j'avais rempli mes affaires de don, y avait deux personnes d'Héma Québec, y avait le résident en anesthésie plus son patron, l'anesthésiste, il y avait l'inhalothérapeute, y avait mon infirmière à moi qui me tenait la main dans le fond, pis là, y avait mon chum, faque c'est *full house... full house!* T'arrives là, pis tout le monde est super occupé, ils font plein d'affaires, pis là, c'est le genre de chose qui se produisait, tsé, c'est que j'étais comme assise, pis là, on me parlait plus... pis tout le monde faisait leurs affaires tsé, c'est une salle d'opération, faque c'est comme un milieu super... euh... non humain... » (E3)

4.3.1.2 Roulement de personnel

Le roulement de personnel a été soulevé par trois femmes comme quelque chose de perturbant dans leur expérience d'accouchement. Lorsqu'elles arrivent à développer un lien de confiance avec un des membres du personnel, il peut être insécurisant de voir la personne qui nous rassure quitter les lieux, alors qu'on se sent vulnérable ou en détresse.

Par exemple, une des femmes avait développé un bon lien de confiance avec une des infirmières en poste. Celle-ci lui offrait des massages sous forme d'acupression qui soulageait beaucoup ses douleurs de contraction. Cette participante a vécu un moment de détresse et d'insécurité lorsque l'infirmière est partie : « Elle [l'infirmière] me dit : “Tsé, moi, mon *shift* finit à minuit ”. Tsé, j'étais en train de pousser, j'étais comme : “NOOOOOOOOOON ” » (E8)

4.3.1.1 Besoins physiques de base non respectés

Le fait de ne pas respecter les besoins physiques de base (manger, boire, bouger, soulager la douleur) est une part importante de l'expérience négative des femmes rencontrées. Sept femmes sur huit l'ont expérimenté.

« Bon moi, j'avais très chaud, tu vois ils s'en fichent de savoir que tu aies chaud, de savoir que tu es mal, tsé, ils s'occupent pas de ça. » (E4)

« Je voulais bouger, je voulais marcher, là, je pouvais pas vraiment... mais y a du monde qui m'ont dit que euh... y pouvaient avec un moniteur, mais moi j'étais vraiment attachée à une grosse machine, tsé. » (E8)

« Faque là, y allait me chercher de la glace [le conjoint], je pouvais pas vraiment boire d'eau non plus, tsé, selon leurs... leurs règles. » (E8)

« J'ai faim, mais je vomis. Pis ils veulent pas me donner de nourriture parce que je vomis, parce que, tsé, des fois, tu as mal au cœur. » (E3)

« J'étais en train de négocier avec l'infirmière qui me suivait : “ Laisse-moi sortir, je sens mes jambes, regarde, regarde, je veux juste me lever. À l'idée de manger des glaçons et du jus de pommes, j'ai faim. Je peux manger? ” J'avais faim. » (E6)

La participante suivante s'était fait mettre un tampon pour déclencher son travail, mais elle ressentait énormément de douleur causée par cette induction. Toutefois, il n'était pas possible de lui offrir de la médication pour la soulager.

« Pis ce que ça fait, c'est que les toutes premières heures, ça allait bien. Les toutes premières heures, j'avais des contractions, mais ça allait, tsé... Les quatre autres, je commençais à attendre le curé, pis les deux dernières, sérieusement, là, c'était dégueulasse. Vraiment, là. Pis juste avant que... ça... j'avais demandé quelque chose pour me soulager, mais même si c'était

des Advil... t'as pas le droit. » (E1)

Deux participantes ont également décrit avoir subi des interventions médicales particulièrement douloureuses sans soulagement de la douleur alors qu'elles l'auraient souhaité. (E6, E8)

« Dr X est en train de nettoyer mon utérus avec sa main, malaxer, tout ça... pis elle est en train de recoudre tout de suite, et elle me gèle... J'ai tout senti... Tout ce temps, ma fille est sur moi, je dis à [le conjoint] : " Attrape-la, je ne peux pas " ... J'ai tellement mal, je sens chaque aiguille... Une heure de couture. Pas une heure, trente minutes de couture, donc tout, entre l'accouchement. La première heure de vie de ma fille, je m'en rappelle pas, je sais juste qu'elle était là et on me cousait... » (E6)

« J'étais pas gelé, faque ils m'ont fait des points de suture pendant une heure et quart, peux-tu croire ça? À froid, tsé. Dans le fond, il essaye... mais moi, je sentais, je sentais, je sentais l'aiguille qui rentrait, le fil qui... je te jure... (E8) »

4.3.1.1 Être séparée de son bébé et/ou être laissée seule après l'accouchement

Trois femmes ont vécu la séparation d'avec leur bébé ou ont été laissées seules après l'accouchement. (E1, E3, E7)

« Pis je dis : " Bon, c'est correct ", pis je me dis : " Ça va pas, ma fille! " ... Moi, chu dans ma chambre, elle est dans une pouponnière, pis j'ai pas le droit de bouger avant le lendemain matin, là. Je supplie mon chum d'aller la voir, pis tout ça, faque mon chum, il revient, pis il dit " C'est donc ben bizarre " ... Tsé, tu perds, tu perds le contrôle. » (E1)

« Tsé, tout ce que j'avais lu, de genre, tu vas le prendre sur ta poitrine tout de suite quand il sort. Moi, j'ai même pas vécu ça, là, tsé. Ils m'ont dit : " Est-ce que tu étais au courant que

c'était un petit garçon?" Oui, je le savais déjà. Après ça : "Donnes-y un bec". Je me souviens que, je donne un bec, pis euh, pis qu'y s'en va... (pleurs) » (E7)

« Une des raisons pour lesquelles je voulais une accompagnante à la naissance, c'est que je voulais pas me retrouver toute seule, dans une salle d'accouchement, pis c'est exactement ce qui s'est produit. Mais mon chum était hyper déchiré, il m'a dit: "Qu'est ce que je fais? Est-ce que je reste avec toi ou je suis le bébé?" pis j'ai dit : "Ben... suis le bébé." ... » (E3)

4.3.2 Attitudes du personnel

La deuxième catégorie comprend deux sous-catégories, soit l'invisibilité et les propos dénigrants/brusques. Toutes les participantes ont rapporté avoir vécu une forme ou une autre d'expérience négative en lien avec l'attitude du personnel.

4.3.2.1 Invisibilisation

Par invisibilisation, j'entends le fait de se comporter comme si la personne présente n'était pas là, comme si elle était invisible. Par exemple, le fait de parler devant une personne de choses qui la concerne en ne l'incluant pas dans la conversation ou le fait de parler de la personne elle-même comme si elle n'était pas présente dans la pièce. Toutes les participantes considèrent que des membres du personnel médical les ont invisibilisées.

Une des participantes soulevait le fait qu'elle n'était pas informée des processus ou des procédures qui avaient cours pendant son accouchement. Une césarienne avait été planifiée, mais elle se sentait laissée à elle-même pendant le processus. Elle décrit son expérience ainsi :

« T'as comme cinq corps de métier, là. T'as l'anesthésiste, t'as la chirurgienne qui se prépare, t'as l'infirmière qui est là pour moi, t'as l'autre qui tchèque telle affaire, pis là, gérer tout ce monde-là, pis la place, ça vient comme le bordel. Pis y a pas personne qui te dit : "Bonjour, prenez vos manteaux, installez-les là, la sacoche on va la garder ici, allonge-

toi, il va se passer ci, ci, ça ”, tsé, personne fait ça. Tu fais juste être là, comme mettons... euh... je sais pas, comme un poulet, genre, qui s'en va à l'abattoir, qui est juste comme déplacé d'une place à l'autre... Tsé vraiment... je trouve que... c'est le feeling que j'ai eu. » (E3)

Plus tard, le bébé de cette même femme a dû subir une intervention d'urgence. Elle déplore le fait que, pendant plus de sept minutes, elle n'était nullement au courant de l'état de santé de son bébé, de la situation, des procédures qui étaient en cours, bref, que personne n'est venu l'informer de ce qui se passait : « Ils nous disaient rien, ils nous ont rien, rien, rien, rien dit. C'est drôle parce que j'ai l'impression que ça a duré peut-être une minute et demie ce moment-là, pis finalement, ils l'ont ventilé pendant 8 minutes, faque je ne sais pas où est-ce que j'étais, mais ça a pris genre, ça a pris genre sept minutes avant que je dise : “ Pourquoi il crie pas? ” » (E3)

« Pendant qu'on est en train de me recoudre, je suis toute seule, faque on s'entend que j'ai juste ça à faire, écouter le personnel médical, pis j'entend des conversations vraiment pas agréables (rires)... comme : “ Ouais, à matin, là, y a fallu que je rappelle l'équipe de nettoyage pour nettoyer le bloc opératoire parce que c'était sale en sacrement, pis je pense que telle patiente dans telle chambre, y risque de pogner des bactéries parce que c'était pas ben ben nettoyé. ” C'est comme... tsé, toi, tu es là, tu es couchée, tu es attachée de même, pis t'entends ça, tu fais comme... euh... Je vais-tu avoir besoin d'un vaccin contre le tétanos? (rires)... ou je vais-tu avoir besoin de... tsé, je vais-tu pogner la bactérie mangeuse de chair? (rires)... tsé comme... euh... (rires)... tsé, j'entends vraiment toute ça, là. » (E1)

« Pis, euh... c'est ça, l'infirmière... euh, dans le fond, qu'est-ce qu'elle disait c'est que c'est inacceptable, qu'on pouvait pas faire l'opé... tsé... la césarienne aujourd'hui, qu'elle, elle avait des affaires à regarder... mais sans jamais me parler, sans jamais me regarder. Elle m'a jamais dit : “ Bonjour ”. » (E3)

« Tu vois... pffffff... elle s'en allait... Ça fait 15 ans qu'elle travaille de nuit, elle en a marre

et... Mais, donc, elle supportait pas... elle voulait pas que je la touche, donc moi, j'avais besoin de serrer la main, je tenais juste des mains, j'avais juste besoin qu'on me tienne la main et euh... et tout ce qu'elle savait faire c'est me foutre ce moniteur entre deux contractions qui me faisaient super mal. » (E4)

« Pis, la gynécologue de garde est venue finalement et c'est là que ça été un petit peu *too much* pour moi, là. Elle m'a jamais adressé la parole. Elle ne parlait qu'en anglais. Elle ne s'est jamais adressée directement à moi sauf après l'accouchement, et je vais t'en parler tantôt. Elle était d'un manque de respect envers l'équipe qui m'a choquée profondément. » (E5)

« Moi, je me souviens, tout le monde faisait : “ On la traite! On la traite! On la traite! ” Là, il tire le, le, le petit bout sur la chaise, là, pis là, ils te mettent les pieds dans les étriers, pis là, c'est là, là, tsé, l'antithèse de tout ce que j'avais lu, pis de tout ce que j'anticipais... On te demande pas pantoute comment tu veux te placer. On te demande pas pantoute si tu es bien. On te demande rien pantoute. » (E7)

4.3.2.2 Propos brusques ou dénigrants

Six femmes sur huit se sont fait parler brusquement ou se sont fait tenir des propos dénigrants :

« Tout ça, ça va... Bon, y'a eu l'anesthésiste qui a été... c'est parce que j'essaie de penser... euh... l'anesthésiste a été bête comme ses pieds... pis vraiment pas euh... compréhensif, je te dirais. » (E2)

« Elle a poussé. Y'a l'infirmière qui pousse avec moi en me poussant sur le ventre. Je me souviens d'avoir fait un bruit genre “ argghhhhh ” quelconque. Ça fait mal en sale, épidurale ou pas. Ça fait mal, j'ai jamais eu mal de même de toute ma vie puis elle s'est retournée, puis elle s'est retournée, pis elle m'a dit : “ Mommy, no noise ”. »(E2)

« Faque, finalement, je finis par hurler de douleur et... Y a une infirmière qui entre et qui dit : “ C’est-tu toi qui hurles de même? ” Je dis : “ Oui. ” Elle dit : “ C’est parce que tsé, un moment donné, t’es pas la première. ” » (E1)

« Fait que, finalement, le problème c’est que, ça je l’ai su après, dans le corridor évidemment elle parlait de nous à tout le monde. Elle n’a pas été professionnelle du tout à ce niveau-là. Tu sais, c’est plate de savoir ça. Tout le monde pense que tu es une grosse salope qui traite mal les gynécologues. En l’occurrence, je trouve que c’est elle qui n’avait pas la bonne attitude... Elle a dit à tout le monde qu’on était des êtres immondes pis, bla, bla, bla. Pis, elle a attendu que mon chum sorte pour faire les papiers pour venir me voir. Pis là, elle m’a adressé la parole en anglais en même temps que je n’étais pas une bonne personne. » (E5)

« Pis l’infirmière qui dit... avec des yeux... : “ Tsé, une chance que c’est pas mon travail de te réparer! ”... J’en reviens pas, qu’elle ait dit ça, je peux pas croire... Pis, pis, elle qui t’encourage pas... qui t’encourage pas pantoute. Ça, c’était un manque de tact absolu, complètement, là, tsé, faque euh... pis dans le fond, là, mes déchirures étaient pas si pires. » (E8)

« Faque arrive là l’anesthésiste était “ *pissed* ”. C’était comme une résidente, elle était vraiment pas contente que mes affaires étaient pas rentrées, qu’elle avait pas rien tchéqué, faque a comme fait une genre de petite crisette je ne sais pas trop, mais, finalement, c’est comme un autre résident qui est venu faire mon anesthésie. » (E3)

Le manque d’information peut également être vécu comme un manque de considération lorsque les informations transmises ne sont pas claires et qu’il y a une absence de validation sur la compréhension des informations de la part du professionnel de la santé qui tente de transmettre l’information.

« Pis les informations que les infirmières me donnaient, c’était tellement pas clair. Pis je me

souviens qu'une fois elle est venue [l'accompagnante], pis... J'ai posé des questions à l'infirmière, pis elle était à côté de moi, elle a entendu la réponse. L'infirmière est partie plus loin, pis [l'accompagnante] m'a dit : " Est-ce que pour toi, c'est plus clair, ce qu'elle vient de te dire l'infirmière, est-ce que t'as... tu as l'impression que t'as une réponse à ta question, tsé? " Pis là, ben, je me suis mise à pleurer, pis j'ai dit : " Non ", tsé, " Je ne comprends pas ce qu'elle m'explique, pis je me sens tellement niaiseuse ". Pis tsé, elle m'a dit : " Ben, moi non plus, j'ai pas compris sa réponse, tsé ". » (E7)

4.3.3 Protocoles médicaux

Cette troisième catégorie comporte trois sous-catégories : les touchers vaginaux douloureux/nombreux, l'imposition d'une position d'accouchement et se faire dire d'attendre pour la poussée.

4.3.3.1 Touchers nombreux ou douloureux

Trois femmes sur huit ont dit avoir trouvé difficile de subir des examens vaginaux à de multiples reprises ou que ces examens ont été une cause de douleur supplémentaire lors de l'accouchement. (E4, E5, E8)

« Mais, en même temps, ils m'ont dit: " Il faut qu'on voie à combien tu es dilatée. " (soupir)
Comment on peut faire ça aux femmes? Excusez-moi, mais j'étais à quatre pattes, je hurlais et il a fallu que je me retourne sur le dos, qui est face à l'examen médical, et ça m'a fait une douleur, mais j'ai... j'ai pas assez mal comme ça? » (E4)

« Pis dans le fond, c'est parce que, tsé, fallait qu'elle aille chercher un médecin, pour venir vérifier, ouais... Ça, j'ai trouvé ça dur, tsé, tout le temps... Ils viennent faire des touchers, voir où t'es rendue, là... tsé. » (E8)

« Puis, y'a eu un résident à un moment donné qui est rentré puis, il était vraiment très insistant avec la péridurale, vraiment très insistant. Fait que là, ce résident-là, après avoir demandé, non, non, non... il m'a fait un toucher. Il l'a fait tellement violemment que j'en ai hurlé de douleur. C'était pas pendant une contraction, là. C'était un toucher. Je considère ce toucher comme de la violence psychologique qu'on m'a fait. » (E5)

4.3.3.2 Position d'accouchement imposée

Quatre femmes ont mentionné qu'elles se sont fait imposer une position d'accouchement, soit la position dite gynécologique, alors qu'elles souhaitaient accoucher dans une autre position. (E4, E6, E7, E8)

« Ben, en fait... il a fallu que pousse dans la position que j'avais appris qui n'était pas la meilleure, là, allongée... » (E4)

« [...] tu pousses, pis la fameuse position où t'as les... tsé, les jambes... pis tsé, le coccyx toute... c'est ça, là... pis c'est exactement ce que l'infirmière a dit : " Si t'as une contraction, tu prends une grande respiration, pis tu pousses toute vers le bas. " Moi, ce que j'avais lu, qui était comme, c'est la position idéale pour euh... descente de vessie, pour çi, pour ça, pour... tsé. » (E7)

« Mais quand le médecin est arrivé, ça c'est une autre chose que j'ai pas aimée, parce que j'avais, tsé, je voulais pas accoucher, tsé, couchée sur le dos, mais là, tsé, elle m'a demandé, tsé, de me tourner. » (E8)

4.3.3.3 Poussée retardée

Deux femmes sur huit se font faites sommer d'attendre avant de pousser, afin que le médecin soit présent. (E1, E8)

« Pis, là, je suis à 10 cm, pis y a une infirmière qui arrive pis qui me dit : “ Ah, tu es ouvert à 10 cm ”. Je suis comme : “ Ben oui ”. Elle me dit : “ As-tu le goût de pousser? ”. “ À c't'heure que tu en parles, oui ”. Là, elle me dit : “ Ouais, mais tu pourrais pas attendre? Parce que la gynécologue est partie diner ”. » (E1)

« Pis la chose que j'ai... que j'ai pas aimée, parce que, j'avais lu que tsé, quand t'as envie de pousser, c'est tsé, c'est... faut que t'écoutes ton corps, pis tout ça... moi, l'infirmière, a m'a dit : “ Ah non, pousse pas tout de suite ”. » (E8)

4.3.4 Erreurs médicales

Trois participantes ont mentionné spécifiquement qu'elles croyaient avoir été victimes d'erreurs médicales. (E2, E3, E6)

Une des participantes a subi une césarienne planifiée. Toutefois, elle n'a pas été consultée sur le type d'incision qui allait être pratiquée sur son corps. Les choix possibles sont soit une incision plus large qui permet une sortie plus rapide du bébé, mais qui en contrepartie laisse une cicatrice plus visible, soit une plus petite incision qui rend l'extraction du bébé plus difficile, mais qui est esthétiquement moins apparente.

Comme la médecin qui a effectué la chirurgie était très fatiguée, la participante soupçonne celle-ci d'avoir eu de la difficulté à sortir son bébé qui, finalement, a respiré du liquide amniotique. Elle croit que cela aurait pu être évité si la médecin avait choisi de faire la procédure avec la plus grande incision.

« Parce que c'est beaucoup plus facile d'aller chercher le bébé comme ça... Parce que lui, s'il avait été sorti d'un coup, les chances qu'il aurait respiré le liquide amniotique auraient été beaucoup plus faibles. Pis la cicatrice qu'elle m'a fait, elle est minuscule, pis elle était vraiment bonne la médecin là-dessus, a m'a fait des super beaux points, elle m'a fait une super belle cicatrice, mais elle... Ça a été dur d'aller le chercher, pis ça a été long, pis tsé, il a été « gossé » et c'est pour ça qu'il a respiré. Il a pris son respire encore dans mon ventre... ». La participante explique : « Dans le fond, elle a pris mon accouchement à la fin de sa garde. Je ne sais pas c'était une garde de combien de temps, mais je sais que, le mercredi, elle passe sa journée à la clinique, elle est en garde la nuit, pis moi elle m'accouchait le jeudi matin. Faque je pense qu'elle faisait probablement un 16 h de travail d'affilé ou quelque chose comme ça... Pis je savais qu'elle allait passer une nuit blanche. Pis quand je l'ai vue le matin, je savais qu'elle avait passé la nuit blanche. » (E3)

Cela était vraiment insécurisant pour cette femme qui se questionne sur l'impact que la fatigue a pu avoir sur la suite des événements et sur la possibilité d'erreur médicale liée à l'épuisement de la médecin.

Une deuxième participante mentionne que les médecins ont attendu trop longtemps avant de sortir son bébé qui était alors « coincé » dans le canal vaginal, ce qui lui a valu l'utilisation des forceps. Elle considère le fait d'avoir attendu comme une erreur médicale. La participante mentionne qu'elle était préparée à l'idée d'avoir une césarienne, qu'elle n'avait aucun problème avec cette option, elle avait seulement mentionné qu'elle ne voulait pas de forceps. Finalement, c'est ce qui s'est produit, mais ils ont été mal installés.

« Suite à l'accouchement, la moitié de son visage [au bébé] était tuméfié... Le forceps a été mal installé... Faque, il avait l'air d'un boxer qui avait reçu... Il a eu un œil au beurre noir solide, là... Son œil gauche, attends, non, euh... oui, son œil gauche n'ouvrait plus... Faque la moitié de son visage était comme... comme... un boxer qui a reçu un méchant coup... hum... Faque ça, c'est suite à ça... Après ça, on a su que son... euh... il y a eu un caillot de

sang qui s'est formé et qui est descendu dans son scoma... dans son nanananmastoïdien, là... le, le, le... le muscle de torticolis, pis ça, ça s'est cristallisé... Faque il avait une boule de sang qui s'est cristallisée dans un de ses muscles de cou, Faque il grandissait juste d'un côté... Faque il a été suivi un an en physio et en ostéo pour « repasser » ça, remettre droit. » (E2)

Une autre participante a été examinée par une résidente qui lui a donné une mauvaise information sur la progression du travail. Lorsqu'un second médecin l'a examinée de nouveau, il a corrigé l'information en disant que la progression de son travail était beaucoup moins avancée que ce qui avait été dit initialement :

« Il y a un médecin qui est venu quand j'étais à 12 heures de travail et il me dit : "Ah, vous avez presque fini ! Vous êtes à 8 doigts." Victoire, il me reste deux doigts ! Même l'infirmière, elle me dit : "Ah super ! Vous allez accoucher avant que mon shift de nuit finisse. Il finit à minuit..." Ma médecin arrive, elle me touche, elle sort, elle dit à l'infirmière : "Viens." Je l'entends demander : "Quel médecin est venu voir ma patiente ? Cette médecin-là, elle ne rentre plus chez moi." La médecin prend ma main et elle me regarde et elle dit : "I'm sorry, but were not even half way there." Cette mauvaise information lui a occasionné énormément de découragement : « Pis après ça, c'est fini... une fois que j'ai eu ce faux... y a eu mon médecin, faque elle a pris ma main, dès qu'elle m'a dit ça, j'ai commencé à pleurer... "Dr X, planifiez la césarienne" ». (E6)

4.3.5 Absence de consentement pour procédures médicales

Quatre participantes sur huit ont spécifiquement mentionné ne pas avoir donné leur consentement à une intervention médicale. (E1, E2, E4, E8)

« Je recommence à filer mal. Je le dis à l'infirmier. L'infirmier regarde voir comment ça a été, il appelle le médecin. Pis il me dit : " Ah, on va te donner une injection de quoi de plus fort. »

Pis je dis : “ Ah, c’est pas de la morphine? ” Il dit : “ Non ” et je n’entends pas le nom, pis il me pique. Je m’attends à avoir quelque chose d’autre, n’importe quoi. Mais non. Il revient encore avec une autre injection, pis il me la refait. Pis j’ai aucune idée c’est quoi. Aucune. Là, là, on est rendu 7 heures le matin, ça fait trois injections qu’on me donne que je sais pas c’est quoi... je *feel* vraiment pas, là » (E1)

« Les contractions arrêtent. Fait que là, y mettent de l’ocytocine. Mais sur le coup, je ne suis pas vraiment informée. J’ai comme su après, en posant des questions. Je sais pas exactement quand dans le processus c’est arrivé, mais c’est pendant la poussée » (E2)

« Pour finir par rapport à l’hôpital, c’est que... ils ont... ils m’ont fait une intervention chirurgicale sans rien demander à personne... En fait, on leur avait dit non. Il y avait même trois personnes autour de moi, en état d’alerte, sans hormones, sans... sans... normaux, qui étaient là, n’ont pas eu le temps de comprendre qu’il y a une infirmière qui dit à la gynécologue : “ Ah le cœur s’emballe ” TACK! » (E4)

« Pis, j’ai eu une épisiotomie, pis ça, ça, ça non plus... Ça a fait partie du bout difficile parce que j’en voulais pas, évidemment, tsé, dans mon plan de naissance, tsé, c’était aucune intervention... Moi, j’ai pas... j’ai pas donné mon consentement à l’épisiotomie, pis j’étais fâchée après parce que je me disais “ Elle m’a pas demandé, tsé ”. » (E8)

4.4 Impacts négatifs

Lors des entrevues, toutes les participantes ont parlé d’impacts négatifs que l’expérience négative d’accouchement a eus sur différents aspects de leur vie. J’ai regroupé ces impacts en trois catégories, c’est-à-dire les impacts sur la santé physique et mentale, sur le lien mère-enfant et sur l’allaitement ainsi que sur la relation avec le conjoint et sur la vie sexuelle.

4.4.1 Impacts sur la santé physique et la santé mentale

Une participante a mentionné avoir des séquelles physiques suite à l'accouchement, soit une compression du nerf fémoral qui serait possiblement due à l'insertion des forceps longs. Cela a fait en sorte qu'elle a été incapable de se mouvoir de façon autonome pendant plusieurs semaines. Elle a également dû recevoir des traitements de physiothérapie. (E2)

Quatre participantes ont mentionné un impact négatif sur leur santé mentale qui se manifestait soit par de la tristesse, de la colère ou des symptômes dépressifs. (E1, E2, E3, E5)

« Oui, j'ai eu un post-partum, pis je dirais que la chose qui m'a le plus surprise pis qui m'a réconforté, ça été euh... que la gynécologue, me dise, deux mois exactement après avoir accouché. Je me suis surprise à dire : " Ah, j'ai pas accouché naturellement " ... pis être triste. Pis de me rappeler tout d'un coup... pis tsé, j'accordais vraiment pas d'importance à ça, pis tout d'un coup, d'avoir vraiment... pis d'être triste » (E1)

« Pis finalement, tsé, comme la pédiatre, elle était là, pis moi, j'étais en baby-blues. Tsé, ça arrive, après un accouchement, pis toute ce que j'ai vécu. Je pleurais, pis je m'excusais du petit, de la césarienne. » (E3)

« Mais ça a pas d'allure ce qu'y ont fait !!! Pis là, je pleurais tout le temps! La minute que je parlais de l'accouchement de X, ce qui m'était pas arrivé. Pendant, deux ans et demi... je pleurais pas, moé... Là, peut-être les hormones d'après la deuxième grossesse, mais je pleurais tout le temps la minute que j'en parlais à ma mère. Mais j'en parlais, j'en parlais juste à elle, j'en parlais pas beaucoup. Je pleurais, je pleurais, je pleurais, je pleurais, je pleurais... J'me disais, ça a pas d'allure... Je disais : " Maman, ça a pas d'allure ". Pis elle me disait : " Non, [E2], ça a pas d'allure... Non, ça a pas d'allure ". Mais, j'en rêvais la nuit... je... Ça me revenait tout le temps... comme un mini choc post-traumatique. » (E2)

« Le vécu, ça a tellement d'impact sur ton psychologique que c'est normal que ton accouchement, avec le recul, soit relié aussi à comment tu perçois ta maternité, ton bébé, parce que les émotions sont reliées. C'est le même, c'est la continuité de l'expérience. S'il y a une partie où ça a " bogué ", c'est difficile, je trouve, de partir du bon pied en quelque sorte. Pis quand tu dois jongler avec tout ce vécu-là. Cinq ans après, là, je suis encore marquée et je suis incapable de faire un processus de plainte, là. Pourquoi? Je ne le sais pas. Mais, j'ai encore envie d'en pleurer, pis j'ai encore du regret. Pis j'ai encore envie de juste aller « pitcher » des œufs sur la porte de cette femme-là. Ça a eu un impact sur ma santé mentale, vraiment. Je suis certaine que ça a un lien, y'en a d'autres, là. » (E5)

Enfin, trois participantes ont dit avoir été affectées négativement dans leur confiance en elles-mêmes et en leur capacité d'accoucher suite à leur expérience d'accouchement (E1, E4, E5).

4.4.2 Impacts sur le lien mère-enfant et sur l'allaitement

Une participante indique que son expérience a eu un impact négatif sur le lien avec son enfant :

« J'ai un peu de difficulté parce que cet accouchement-là, c'est un peu ce qui a déterminé ma maternité, ma parentalité et ma relation difficile que j'ai avec mon bébé. Ça a eu un impact sur mon bébé. » (E5)

Trois participantes, quant à elles, ont mentionné que leur expérience négative d'accouchement en milieu hospitalier avait eu un impact négatif sur leur expérience d'allaitement. (E1, E2, E6)

4.4.3 Impacts sur la relation avec le conjoint et sur la vie sexuelle

Une participante mentionnait que son conjoint a dû se transformer en aidant naturel et que cela avait été difficile pour lui :

« Lui, il est découragé. De un, y a vu des forceps sur sa blonde, y a vu une femme crier, y a vu un bébé qui est à moitié amoché, y a pas dormi de la nuit, il fait juste pleurer... Mon chum que j'ai jamais vu pleurer de ma vie, il fait juste ça... » (E2)

Deux participantes ont spécifiquement nommé que leur expérience négative d'accouchement avait eu un impact défavorable sur leur vie sexuelle. Ces impacts étaient reliés au fait d'avoir subi une épisiotomie donnant lieu à des douleurs reliées à cette chirurgie ou à des problèmes concernant la cicatrice. (E2, E8)

4.5 Expériences positives lors de l'accouchement

Dans le cadre des entrevues, j'ai constaté que malgré leur expérience négative d'accouchement en milieu hospitalier et les impacts qu'elle avait pu avoir, des expériences positives ont tout de même émergé de l'événement. J'ai classé ces expériences en quatre catégories qui recourent certaines de celles des expériences négatives : information, soutien/empathie, écoute des besoins et consentement.

4.5.1 Information

Quatre des femmes ont exprimé qu'elles ont été informées adéquatement par un ou des membres du personnel hospitalier.

« Je voyais mon médecin aux quatre heures. Chaque fois qu'elle avait une pause dans un accouchement, elle venait me voir... Cette femme est extraordinaire, et moi j'ai eu ça... Et peut-être que ça a joué dans le fait que j'avais très confiance. Moi, on m'expliquait tout, on m'a rien caché en plus... » (E6)

Une des participantes était également reconnaissante d'avoir des informations et de l'aide sur l'allaitement pendant son séjour à l'hôpital. (E4)

4.5.2 Soutien/empathie

Toutes les participantes ont rapporté avoir obtenu soit du soutien ou des marques d'empathie de la part d'un membre du personnel hospitalier, parfois même par plusieurs intervenants différents. La majorité des intervenants qui ont manifesté de l'empathie était de genre féminin, à l'exception d'un anesthésiste.

« Pis elle [la gynécologue] me dit : “ Faites-vous-en pas madame, ça va bien aller. ” Là, elle dit euh... elle me tient la main. Là, elle dit : “ On va essayer de faire ça, le mieux pis le plus beau possible ”. » (E1)

« Pis là est arrivé l'anesthésiste qui est plus vieux, dans le fond, pis qui s'est mis à me parler, qui était super cool, vraiment super cool. Le bonhomme était comme sur le bord de sa retraite, pis il a vu un peu ma face. Tsé, quand je suis anxieuse, moi, tsé, je me contiens, mais ça paraît dans mes yeux que je suis pas bien. Tsé, il s'est mis à me jaser. » (E3)

« La stagiaire de jour et la sage-femme étaient extraordinaires, vraiment d'une gentillesse incroyable, d'un soutien incroyable. Puis on faisait vraiment équipe avec elles. Ça allait bien avec elles. » (E5)

« Les infirmières sont adorables, j'ai plein de résidents qui viennent me voir... Ah! Elle [gynécologue] m'a dit : “ Tu es capable. On n'est pas encore là, le bébé va très bien. Tu es forte, tu vas réussir. Je suis désolée que tu as eu la mauvaise information, mais y a plus personne qui va rentrer. C'est moi qui va te dire où il sera, d'accord? Essaie de te reposer. ” Elle dit à ma mère : “ On va lui donner la péridurale, ça va la calmer. ” “ Est-ce que tu es confortable? Ne pense pas comme ça... Tu es une championne ”... Vraiment super, tout ce

qu'on avait besoin d'entendre. » (E6)

4.5.3 Écoute des besoins

Trois des participantes ont exprimé que leurs besoins explicites ont été écoutés par un des membres du personnel hospitalier à au moins une reprise durant leur accouchement. (E4, E6, E8)

« Pis une autre chose, c'est vrai, pendant, à chaque fois que je disais que j'avais quelque chose, tsé, là, j'avais mal dans le bas du dos. Un moment donné, plus tôt, là, pendant la poussée, là, plus tôt, pis elle [l'infirmière] est allée me chercher une espèce de grosse bouillotte, tsé, immense, j'avais jamais vu, tsé, que tu mets dans le bas du dos. Pis ça, ça m'avait vraiment fait du bien, faque... Ça, ça, j'avais aimé ça. » (E8)

« Fais que c'est arrivé. Elle [la gynécologue] est restée vraiment en retrait. Elle n'a pas touché à mon bébé. Pis, l'infirmière m'a dit comme elle n'était pas là, je pourrais faire peau à peau avec mon bébé. J'étais même pas sûr qu'elle accepte à la base. Ils ont retardé le clampage du cordon. J'ai eu tout ce que je voulais. » (E5)

« Et euh... enfin sur le dos, et que je pousse, mais bon, j'avoue que j'avais un peu... Ils m'ont quand un peu essayé... Ils m'ont quand même laissé pousser dans d'autres positions quand même. Et puis, à un moment, c'est ça qui s'est passé. Il faut que je sois quand même juste, ils m'ont laissé pousser avec l'accompagnante dans d'autres positions, mais j'y arrivais pas très bien. Je pense que j'étais très préparée aux contractions, mais pas à la poussée. » (E4)

4.5.4 Consentement

Deux femmes interviewées ont mentionné qu'un médecin avait cherché à obtenir leur consentement avant une des interventions médicales. (E6, E8)

« Ils m'avaient offert un « bloc honteux », pis euh... tu sais c'est quoi, là? Ouais, c'est ça... Ben, c'est qu'ils gèlent là, ouais, c'est ça... pis euh... J'avais hésité un petit peu, sur le coup, parce que je savais pas trop, tsé, c'était quoi, pis ils me l'ont expliqué... Ils m'avaient comme pas du tout poussée. » (E8)

Une personne a mentionné qu'après avoir exprimé qu'elle ne voulait pas qu'on lui fasse le gel du bloc honteux, sa demande a été respectée. (E7)

4.6 Stratégies d'empowerment/agentivité

Malgré les expériences négatives vécues, j'ai constaté que certaines femmes développaient des stratégies afin de reprendre du pouvoir sur la situation. J'ai dégagé quatre types de stratégies : la prise de parole, le refus d'obtempérer, la demande d'aide à l'entourage et la demande d'un service ou d'un soin directement au personnel.

4.6.1 Prise de parole

Cinq participantes ont pris la parole afin de signifier un désaccord pendant le déroulement des événements ou après l'accouchement. (E1, E3, E5, E6, E7)

Une des participantes a pris la parole à deux reprises pour signifier son désaccord : une première fois, en réponse à une infirmière qui lui demandait d'attendre que le médecin finisse son dîner pour pousser:

« Pis, je te dirais que c'est la seule fois que j'ai comme réalisé que ça marchait pas cette histoire-là. Je l'ai regardée, pis j'ai dit : “ Tu peux-tu dire à la gynécologue que je m'excuse VRAIMENT, mais VRAIMENT qu'elle avale son dîner de travers pis qu'elle va peut-être être obligée de le réchauffer, mais comprends-tu que ça pousse? Pis je vais pas... ” Tsé... (rires)... Il arrivera, ce qui arrivera... (rires) » (E1)

Plus tard, alors qu'elle se faisait « recoudre » après sa césarienne, le personnel avait une conversation sur l'insalubrité d'un bloc opératoire, ce qui était vraiment inquiétant pour elle. Comme elle n'aimait pas cette conversation, elle a pris la parole :

« J'entends tout ça, pis je finis par dire : “ Pouvez parler de ce que vous avez dîné? ” Pis j'entends quelqu'un partir à rire pis faire comme : “ Ah! S'cusez, on oublie souvent que l'autre côté de la couverte, que, vous êtes encore consciente. ” (Rires) Ouain. » (E1)

Une participante a exigé que la gynécologue, dont elle trouvait le comportement inacceptable, sorte de la pièce :

« Donc, finalement, à un moment donné, je lui ai dit : « *Get out* ». J'ai essayé de lui expliquer, dans mon espèce d'anglais de fille que ça fait genre 12 heures qu'elle est en train d'accoucher, que je voulais qu'elle sorte parce que mon travail stoppait [quand elle était là] et qu'on l'appellerait si on avait besoin d'elle. » (E5)

4.6.2 Refus d'obtempérer

Trois participantes ont refusé d'obéir à un protocole, une procédure ou un règlement qui leur était imposé pendant leur séjour à l'hôpital. (E1, E3, E6)

Une des participantes a décidé d'essayer d'allaiter, même quand on lui suggérait de donner du lait maternisé à son enfant qui faisait de l'hypoglycémie. (E1)

Alors qu'on disait à une femme qu'elle ne pouvait aller voir son bébé tant qu'elle avait une sonde urinaire, elle a décidé de s'y rendre nonobstant. (E3)

Une troisième patiente désirait se lever pendant le travail et elle en a informé sa médecin. « Elle a dit que “ le protocole ne le permet pas », mais j’ai dit : “ Je m’en fous, je me lève ”... Je leur ai dit : “ Je m’en fous ! ” À un moment donné, je me suis levée et puis l’infirmière me dit : “ Hé, hé ”. J’ai dit : “ Appelez la police... JE ME LÈVE ”. » (E6)

4.6.3 Demande d’aide à une personne de l’entourage

Une des participantes a spécifiquement fait un appel à son conjoint, alors qu’elle se sentait dans un état de vulnérabilité, pour qu’il la « défende » et la soutienne. Alors qu’il était parti se reposer à la maison à sa demande à elle, la participante recevait de la médication qui altérait son jugement. Elle ne se sentait plus capable de prendre des décisions éclairées. Elle a téléphoné, avec beaucoup de difficulté, à son conjoint pour lui demander de revenir rapidement. (E1)

4.6.4 Demande directe d’un service ou d’un soin

Deux des femmes ont mentionné qu’elles ont initié une prise de décision par rapport aux soins qu’elles recevaient (E1, E6). Par exemple, après une première version qui n’avait pas fonctionné, une participante en a exigé une deuxième afin d’éviter une césarienne (E1) Une autre participante a insisté pour pouvoir se laver après l’accouchement. (E6)

4.7 Macroanalyse de l’expérience négative d’accouchement

Sept femmes sur huit ont d’elles-mêmes effectué une analyse plus globale de l’expérience qu’elles ont vécue. J’ai regroupé ces extraits dans la section macroanalyse de l’expérience. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8)

Même si les participantes ont unanimement dénoncé des gestes, des paroles et/ou des attitudes blessantes de la part de certains membres du personnel médical, elles parlent d’actions qui s’insèrent dans un système qui dépasse les événements qu’elles ont vécus personnellement.

« Pourquoi qu'il y a tant de protocoles que ça?... Tsé, je veux dire... L'humanité, là, c'est pas né d'hier... c'est... Pourquoi? Tsé, je dis pas que je suis contre 100 % des protocoles, y a peut-être vraiment des choses qu'on a besoin, qu'une femme a besoin, d'un questionnaire, oui, parfait. Mais à la base, on as-tu vraiment besoin de ça? Vraiment? » (E1)

« Regarde bien ce que ça va faire à long terme. Les femmes vont perdre confiance en elles, pis elles vont tellement se vautrer dans les protocoles du gouvernement pis des infirmières qui disent que “ c'est de telle façon que tu vas allaiter ”, elles vont perdre confiance... » (E1)

« Je pense que... Les femmes qui accouchent aujourd'hui en milieu hospitalier... je crois que... ce n'est pas qu'elles n'ont pas la place pour le dire, c'est qu'elles ne croient pas qu'elles peuvent le dire... euh... Je pense sincèrement qu'avoir été mieux outillée et peut-être un peu moins de lâcher-prise... ça aurait peut-être été différent... Je pense que si j'avais eu une accompagnante, ça aurait peut-être été différent... »(E2)

« Et ça, c'est l'hôpital, c'est vraiment complètement désincarné de l'humain. On est juste... Tsé, moi, je suis ingénieure, je travaille dans une usine. Je le sais ce que c'est regarder des chiffres, tsé, je veux dire... je produis, mettons, là, je travaille chez [compagnie pharmaceutique], pis on produisait, mettons, des médicaments. Ben, je m'intéresse à la longueur, au millimètre près de la pilule, pis à la statistique. Je ne m'intéresse pas si elles sont belles et bonnes, je m'en fous. Mais, c'est même chose, les médecins de l'hôpital avec leurs patients. Ils ne s'intéressent pas comment on se sent, ou *whatever*, c'est uniquement des chiffres, pis *that's it*. » (E3)

« Ils sont dans leur protocole, ils sont dans leur mentalité. Ils sont dans leur expérience et dans leur toute-puissance... Déjà, en commençant par ça, en formant les gynécologues, ils pourraient déjà changer les choses. Vous ne mettez pas au monde des bébés ; *les femmes* mettent au monde des bébés. En gros, c'est ça... Mais, l'accouchement et la façon dont on vit

notre accouchement, ça a tellement d'importance. Pis je pense que le corps médical n'en est pas vraiment conscient. » (E5)

« De un, dès le départ, on m'a pas écouté... ou le protocole est tel que... Les gens ont tellement peur de perdre un bébé, ou ont tellement peur qu'on les accuse de... qu'ils n'écoutent pas les femmes... Ça a été ça, qui a été difficile. Tu te rends compte qu'on t'écoutes pas, et tu as l'impression que cette infirmière-là te marginalise, t'infantilise. Elles, elles sont des infirmières et elles oublient qu'elles sont des femmes et tu es une femme aussi. Comme si ton vécu, ton expérience, de ce que tu vis dans ton corps ne compte pas. Elle, elle a son protocole, entre sa cigarette et sa foutue pause-café, et c'est ça qui compte. Pourtant, j'ai eu des infirmières quand même qui étaient très douces avec moi. J'ai des amies qui ont été agressées émotionnellement, quasiment, par leurs infirmières. Moi, c'était pas le cas. Mais, si y a un autre bébé, de un, j'appelle personne. Le bébé sortira quand il sortira... La grossesse, l'accouchement, ce n'est pas une maladie, ce n'est pas une procédure... ce n'est pas une procédure chirurgicale. J'ai été contrainte à un processus que j'hais, qui est contre mes valeurs, qui est contre tout... J'ai trouvé ça très difficile... » (E6)

En résumé, les femmes font travail réflexif sur leur expérience négative d'accouchement en tenant en compte de l'aspect systémique des événements. Elles parlent de rapports inégaux, du fait qu'elles ne se sont pas senties respectées dans leur intégrité physique et psychologique. Dans le prochain chapitre, j'approfondirai les liens entre leur expérience négative et les violences obstétricales, en répondant à ma question de recherche.

Chapitre 5

5. Analyse des données et opérationnalisation des violences obstétricales

Dans ce chapitre, j'effectuerai une analyse des résultats obtenus lors de ma collecte de données. Mon analyse se divisera en deux parties. La première se concentre sur la description de l'expérience négative d'accouchement selon la perspective des femmes participant à l'étude. La seconde partie s'attarde sur les liens entre cette expérience négative et le concept des violences obstétricales, selon la définition élaborée suite à ma recension des écrits.

En débutant, j'aimerais mentionner deux points essentiels par rapport à l'analyse de données. En premier lieu, je n'ai malheureusement pas été en mesure d'utiliser le cadre théorique de l'intersectionnalité, tel que souhaité. J'aurai souhaité faire un comparatif entre les différents statuts portés par les participantes (classe sociale, race, handicaps, orientation sexuelle, etc) et analyser les possibles impacts de ceux-ci sur les expériences négatives d'accouchements. Le faible échantillon de mon étude combiné à son homogénéité n'a pu permettre une telle analyse, même si certaines études étayaient que ces statuts ont un impact sur le déroulement des évènements.

En effet, même si plusieurs études démontrent que la classe sociale a une incidence sur l'évaluation subjective de l'expérience d'accouchement et même sur l'accouchement lui-même (Zadoroznyj, 1999, citant Martin, 1992 ; Nelson, 1983 ; Brown et Lumley, 1993, 1994 ; Fisher et al., 1995 ainsi que Hurst et Summey, 1984) et que d'autres recherches attestent également de l'impact de la « race » sur l'expérience d'accouchement : aux États-Unis, les femmes noires ont un taux de mortalité lié à l'accouchement trois à quatre fois plus élevé que les femmes blanches (Centers for Disease Control and Prevention-CDC, 2017). Je n'ai pas été en mesure de constater de différences concernant ces facteurs dans ma propre recherche. En effet, les femmes que j'ai interrogées sont

toutes hétérosexuelles, en couple, plus scolarisées que la moyenne québécoise, en santé et une seule des participantes est racisée. Toutefois, cette femme d'origine ivoirienne est issue d'un milieu socioéconomique significativement plus élevé que la moyenne, elle est très éduquée et elle possédait un emploi avec de bonnes conditions de travail et de bonnes conditions salariales. De plus, elle connaissait depuis longtemps la médecin responsable de son suivi et elle jouissait d'une excellente relation avec cette professionnelle de la santé. En conséquence, cet échantillon n'était pas assez diversifié pour permettre de faire des comparaisons selon les différents enchevêtrements d'oppressions. Ceci fait en sorte que l'intersectionnalité n'a pu être mobilisé comme prévu.

En deuxième lieu, malgré l'évidence que ma recherche se concentre ouvertement sur l'expérience négative, quelques femmes avaient une insécurité à nommer leur expérience comme étant « négative », même si elles décrivaient des actes violents ou de manque de respect. En effet, trois femmes ont fait des commentaires en disant qu'elles ne « voulai[ent] pas dire du mal du milieu médical ». Cette réticence à parler de maltraitance médicale est un phénomène répertorié dans la recherche de Brüggemann et al. (2012). Cette étude, qui s'attarde à la maltraitance dans les milieux hospitaliers, énonce que dans 60 % des cas, les patientes gardent le silence sur les événements abusifs. Bien que ce ne soit manifestement pas le cas pour les participantes de l'étude, j'ai trouvé surprenant que des femmes qui participent de manière anonyme et sur une base volontaire à une étude sur l'expérience négative d'accouchement soient aussi craintives à assumer le terme *négatif*. La crainte de dénoncer les maltraitements médicaux est donc un phénomène bien réel. J'émettrais également trois autres hypothèses pour expliquer ce phénomène :

1. L'expérience négative d'accouchement est une problématique sociale peu reconnue et l'expérience des femmes n'est pas jugée « importante »
2. La possible difficulté à réconcilier le paradoxe entre un professionnel de la santé, dont le rôle social est de soigner, et l'expérience d'un professionnel aux gestes abusifs (Oliveira, 2002)
3. La difficulté de s'étiqueter comme une « victime de violence » en préférant s'identifier comme ayant vécu « une mauvaise expérience »

5.1 L'expérience négative d'accouchement selon la perspective des participantes

5.1.1 Perte de contrôle/pouvoir

Les termes *contrôle* et *pouvoir* sont ici utilisés comme synonyme, puisque dans la littérature ces deux mots sont utilisés pour décrire la possibilité pour les femmes de prendre des décisions concernant le déroulement de leur accouchement (Bohren et al., 2015 ; Cook et al., 1998 ; Lavender et al., 1998 ; Goodman et al., 2004 ; Vadeboncœur, 2004 ; Waldenstrom et al., 1996 ; Lévesque et al., 2016 ; Sadler et al., 2016). Si l'expérience négative d'accouchement est de nature subjective, j'ai pu constater que les propos des femmes se rejoignent dans l'expression d'un fort sentiment de ne pas avoir été respectées et de ne pas avoir eu de « contrôle » sur les événements. En effet, les éléments qui font en sorte qu'elles qualifient leur expérience de « négative » soulignent l'impression de ne pas avoir été écoutées ou même carrément d'avoir été ignorées dans l'expression de leurs besoins et de leurs sentiments. Cette dynamique s'est manifestée de façon concrète par une perte d'autonomie, de contrôle/pouvoir par les femmes sur le déroulement de leur accouchement et du post-partum immédiat. Ces résultats sont conséquents avec les études de Baker et al. (2005) et Cohen Shabot (2016) qui démontrent que les femmes qui n'ont pas eu de contrôle ou de pouvoir sur la situation sont laissées avec un sentiment de colère, de déception, d'impuissance, de détresse et de culpabilité, ce qui est le cas des participantes à l'étude. Parratt (2002) nous parlait également de l'importance du « sentiment de contrôle ressenti par les mères lors de l'accouchement » comme un élément essentiel de l'expérience positive d'accouchement, ce qui est corroboré par le fait que les femmes qui ont vécu une expérience négative expriment un sentiment d'impuissance. Les femmes décrivaient ne pas sentir avoir un pouvoir décisionnel dans le déroulement des événements, mais également qu'on ne les considérait pas comme ayant les capacités pour prendre une décision. Cela rejoint l'étude de Cook et Cusack sur les stéréotypes de genre dans le milieu de la santé : les femmes sont considérées par le personnel médical comme des « *incompetent decision*

makers » ce qui nécessite, du point de vue du personnel, une prise en charge de la part d'experts (2009 : 50).

5.1.2 Les protocoles avant tout

La préséance des protocoles et des pratiques hospitalières sur les besoins des femmes est un des points majeurs d'insatisfaction (Baker et al., 2005 ; Lévesque et al., 2016). Ceux-ci se retrouvent dans le discours d'une majorité des participantes de l'étude. Le fait de se faire imposer le déroulement de l'événement pour des considérations de « pratiques organisationnelles » a pour conséquence l'invalidation des besoins des femmes, selon leurs expériences. Le fait de ne pas pouvoir choisir sa position d'accouchement, de ne pouvoir pousser quand elles en ressentaient l'envie, le fait d'être contraintes à l'immobilité, le fait de ne pas pouvoir manger ou boire alors qu'elles en ressentaient le besoin a été une grande source d'inconfort, de frustration et même de détresse pour chacune des participantes.

5.1.3 Absence de consentement pour procédures médicales

Un des corollaires de la perte de pouvoir/contrôle et de la préséance des protocoles est l'absence de consentement concernant les procédures médicales. Quatre des participantes ont subi des interventions médicales (injection de médicament, déclenchement du travail, épisiotomie) sans l'obtention de leur consentement. Toutefois, je ne tiens pas compte du consentement obtenu de manière coercitive ou avec une pression induite. Par exemple, une des participantes qui refusait l'épidurale s'est fait dire : « L'anesthésiste s'en va. Si vous voulez l'épidurale, c'est maintenant, sinon, vous ne pourrez pas l'avoir plus tard. » Dans sa thèse sur la notion de consentement éclairé en contexte d'accouchement, Marlène Cadorette explique que pour qu'un consentement soit libre et éclairé, on ne doit exercer aucune pression sur la patiente. L'obtention d'un consentement dans ce contexte est alors factice ou ce qu'elle appelle un « consentement vicié » puisque celui-ci est

obtenu avec pression induite (Cadorette, 2005 :106). Je n'ai donc pas considéré les interventions médicales présentées comme étant d'emblée nécessaires pour des raisons organisationnelles ou sous peine de conséquence grave (pour la femme ou pour le bébé) dans la notion de consentement, mais uniquement celles qui ont été effectuées sans même essayer de l'obtenir.

5.1.4 L'attitude du personnel: des mots et des gestes qui blessent

Dans la description de leur expérience négative d'accouchement, une part importante était en lien avec l'attitude du personnel hospitalier. Toutes les participantes ont mentionné que des membres du personnel avaient eu des propos brusques, dénigrants, menaçants ou insultants lors de l'accouchement. Cinq femmes se sont fait parler de manière brusque ou dénigrante, et deux femmes se sont carrément fait dire de « se taire » pendant le déroulement de leur travail. Pourtant, la communication avec le personnel médical est reconnue comme un des facteurs essentiels pour vivre une expérience positive d'accouchement (Baker, 2005 ; Kersnick, 2000 ; Parratt, 2002 ; Todd et al., 2016)

L'invisibilisation des femmes de la part du personnel soignant est également une attitude qui a été nommée comme source de détresse. Toutes les femmes se sont senties ignorées à un moment ou à un autre de l'accouchement, alors qu'elles auraient eu besoin d'information, de soins ou d'empathie. Des études démontrent d'ailleurs le fait qu'une femme en travail a besoin d'établir une relation de confiance avec les soignants et de ressentir de l'empathie de leur part afin de vivre l'accouchement de façon positive (Parratt, 2002 ; Todd et al., 2016). En parlant du récit d'accouchement d'une femme qui témoigne de l'importance qu'une personne ait fait preuve d'empathie à son égard, Rivard nous dit : « Son récit permet de saisir l'ampleur du rôle attendu des soignants, un rôle qui dépasse les besoins biologiques et s'oriente vers la *relation*. » (2014 : 316)

5.1.5 Données émergentes : stratégies d'*empowerment*/agentivité

Lors de l'analyse des entrevues, il est apparu que les femmes n'ont pas uniquement *subi* les expériences ou les situations qu'elles jugeaient négatives, mais que plusieurs d'entre elles ont fait preuve d'agentivité en développant des stratégies pour reprendre du pouvoir sur la situation. Que ce soit par une prise de parole, par le refus d'obtempérer, par une demande d'aide à l'entourage et la demande d'un service ou d'un soin directement au personnel, quatre femmes ont mentionné avoir tenté de reprendre du pouvoir sur la situation.

Une donnée intéressante concernant l'*empowerment* : toutes les participantes de l'étude étaient primipares lors de l'expérience négative d'accouchement. Trois des participantes ont vécu subséquemment un deuxième accouchement. Même si ce n'était pas l'objet de l'étude, deux femmes ayant accouché une deuxième fois ont mentionné que l'accouchement suivant avait été « très différent » et qu'elles avaient développé des stratégies d'*empowerment* afin de ne pas revivre une expérience négative. Une hypothèse serait que les primipares sont plus vulnérables aux violences obstétricales, car elles ont moins d'expérience et qu'elles ont moins confiance en elle. Ceci est conséquent avec l'étude de Zadoroznyj (1999) qui décrit l'ajout de « compétences » (*upskilling*) chez les multipares.

5.1.6 Données émergentes : expériences positives

La recherche a également permis de mettre en lumière un fait important : toutes les participantes ont vécu des expériences positives sur le plan interpersonnel avec un ou des membres du personnel hospitalier. Les huit participantes ont mentionné qu'au moins un des membres du personnel avait été bienveillant ou avait démontré de la compassion à leur égard. Ces propos peuvent sembler paradoxaux venant de la part de personnes qui ont vécu une expérience négative d'accouchement en milieu hospitalier et qui dénoncent l'attitude du personnel. Cependant, pour Paillé et Mucchielli, « ces résultats qui semblent contradictoires [dans les faits, dans les interprétations] ne sont absolument pas absurdes, mais caractéristiques de la nature humaine » (2016 : 42). Toute

réalité est complexe et multifacettes. Même dans un contexte où les participantes ne se sont pas senties respectées, certains membres du personnel hospitalier ont fait preuve d'empathie, ont démontré de la compassion et ont eu des gestes réconfortants, ce dont elles ont témoigné avec reconnaissance.

5.1.7 Réflexion générale des femmes sur l'expérience négative d'accouchement : événement isolé ou symptomatique d'un problème systémique ?

Je me pencherai maintenant sur la question de la perception des femmes de leur expérience négative d'accouchement : les participantes voient-elles cet événement comme isolé ou comme un événement qui s'inscrit dans une dynamique systémique ?

En ce qui concerne l'analyse systémique des événements qu'elles ont vécus, j'ai constaté qu'aucune des femmes n'utilise spontanément le terme *violence obstétricale*. Toutefois, lorsqu'elles s'expriment sur l'événement, la majorité d'entre elles associent une part de leur expérience à leur genre. En effet, cinq femmes ont mentionné croire que leur statut de *femme* dans le milieu médical avait influencé de façon négative le déroulement des événements. Elles mentionnent que les femmes « n'ont pas leur place », « ne sont pas écoutés », etc. Cette donnée rejoint les nombreux écrits féministes sur la discrimination systémique que vivent les femmes dans le milieu hospitalier (Cahill, 2008 ; Cook et Cusak, 2009 ; McKenna et Larkin, 2002 ; Sherwin, 1994).

En deuxième lieu, les participantes parlent de la préséance des protocoles médicaux sur leurs propres besoins. Six des femmes ont parlé *spécifiquement* des protocoles ou du système hospitalier comme ayant plus d'importance que leur expérience ou que leur vécu. Elles nomment le « protocole », le « processus », le « corps médical », le « milieu hospitalier » et l'identifient comme source principale de l'expérience négative d'accouchement. En ce sens, elles s'estiment « flouées »

par l'institution médicale plus que par des individus en particulier. En ce sens, elles font une analyse systémique des événements.

5.2 Lien entre l'expérience négative d'accouchement et les violences obstétricales

Avant de répondre à la question sur les liens entre l'expérience négative d'accouchement et les violences obstétricales, revoyons ma définition des violences obstétricales :

La violence obstétricale est située à l'intersection d'une violence systémique et d'une violence de genre, qui se caractérise par une prise de pouvoir et par l'exercice d'un contrôle sur le corps des femmes, de la part de personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, lors de la période périnatale. Cette prise de pouvoir et ce contrôle se manifestent par une pathologisation de processus naturels, dont celui de l'accouchement, par une déshumanisation des femmes et par l'absence de consentement. La pathologisation se caractérise par l'accouchement dans un environnement non propice à la physiologie, la gestion active du travail, des techniques de déclenchement et d'accélération du travail et par l'abus de médication. La déshumanisation se caractérise par de la violence physique, psychologique ou sexuelle. L'application de routines et de protocoles sans égard aux besoins particuliers des femmes, le non-respect de la dyade/mère-enfant et l'application d'actes médicaux non basés sur les données probantes sont transversales à ces deux caractéristiques.

5.2.1 Analyse des entrevues selon les indicateurs des VO

Selon ma définition des violences obstétricales, et en utilisant les indicateurs nommés précédemment, *toutes* les participantes de l'étude ont expérimenté *un ou plusieurs des indicateurs* dans au moins *deux des trois catégories* des violences obstétricales, soit la pathologisation, la déshumanisation et l'absence de consentement. (*Voir tableau II à la page 86*).

La pathologisation de l'accouchement est présente dans tous les cas, avec pour point de départ un environnement non favorable à l'accouchement pour toutes les participantes. La pathologisation par une gestion stricte de la « temporalité » est également très prévalente : on déclenche le travail, on l'accélère et on le « gère » activement (mesure répétée de la dilatation, poussée dirigée). Sept femmes sur huit ont eu une « gestion active » de leur travail. Pour le dernier indicateur, sauf dans un cas où une participante a nommé spécifiquement avoir été « trop droguée » et avoir reçu de la médication sans son consentement, il n'a pas été possible d'analyser s'il y avait eu « abus de médication ».

Toutes les participantes ont été déshumanisées dans le cadre de leur accouchement en vivant soit de la violence physique et/ou psychologique. Toutes ont vécu une forme ou une autre de violence physique par des gestes brusques et douloureux, le fait d'être restreintes dans leurs mouvements ou de ne pouvoir satisfaire un besoin physique de base tel que la faim ou la soif.

Toutes ont également vécu de la violence psychologique par l'atteinte à leur dignité, qui comprend le manque d'intimité, ce qui a été mentionné de façon unanime par les participantes comme un aspect négatif. Elles ont également subi de l'hostilité, du dénigrement ou elles ont été négligées ou invisibilisées. L'absence de consentement pour des interventions médicales a été vécue par quatre des participantes.

De plus, toutes les femmes ont été soumises à des protocoles et des routines hospitalières, nonobstant leurs besoins, envies ou sentiments. Toutes les participantes ont également été soumises à des interventions non basées sur les meilleures pratiques, telles que le monitoring en continu et les touchers vaginaux répétés de la part de plusieurs intervenants. Ces pratiques *ne sont pas conformes* aux meilleures pratiques selon les données probantes tel qu'étayé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2012), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2007) et des recherches sur les pratiques obstétricales (Downe, Gyte, Dahlen et Singata, 2013).

Tableau II. Indicateurs de la VO vécus par les participantes

Catégories		Indicateurs	Participant								
			E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	
Pathologisation		Abus de médication									
		Environnement non favorable à l'accouchement physiologique									
		Gestion active du travail									
		Techniques de déclenchement du travail									
		Techniques d'accélération du travail									
Déshumanisation	<i>Violence physique</i>	Gestes brusques/douloureux non nécessaires									
		Ne pas combler un besoin physique (manger, boire, bouger)									
		Ne pas soulager la douleur									
		Restriction des mouvements									
	<i>Violence psychologique</i>	Abandon, absence de soin, négligence									
		Atteinte à la dignité									
		Hostilité									
		Insultes									
		Invisibilisation									
Absence de consentement		Épisiotomie									
		Injection de médicament									
		Injection d'ocytocine									
		Point du mari (Recoudre l'ouverture du vagin plus serré qu'avant)									
Préséance des protocoles sur les besoins de la femme		Roulement de personnel									
		Demande de procédures administratives pendant l'accouchement									
		Impossibilité de prendre un bain									
	<i>Médecine non basée sur les meilleures pratiques</i>	Monitoring en continu									
		Touchers vaginaux répétés									
		Position d'accouchement imposée									
		Séparation mère/bébé									

En analysant ces données à l'aide de la définition des violences obstétricales et des indicateurs exposés dans cette recherche, l'expérience des participantes me semblent donc confirmer l'existence des violences obstétricales.

Je suis consciente que cette analyse peut confronter les adhérents au modèle technocratique/biomédical de la naissance. Par exemple, dans son livre sur la sociologie de l'accouchement, Béatrice Jacques dénonce le fait que

« [...] la littérature sur la naissance ne propose que des approches limitées et souvent militantes du phénomène. On assiste à une approche très critique de l'obstétrique actuelle, le plus souvent à travers les écrits historiques, féministes et sociologiques. La médicalisation des couches n'est vue qu'à travers ses effets pervers et est la plus souvent analysée par une sociologie des genres, comme l'arrivée d'un pouvoir masculin pour maîtriser le sexe féminin. L'expérience des femmes n'est présentée que sous un versant négatif. La femme serait dépossédée, aliénée par la toute puissance médicale, par les technologies, et ne pourrait plus vivre sa grossesse dans un sens désiré et maîtrisé par elle » (Jacques, 2007).

Elle dresse un portrait détaillé de la médicalisation de l'accouchement tout en soutenant que les femmes se sont approprié cette médicalisation. Toutefois, cette analyse critique n'explique pas la prévalence d'insatisfactions et même de traumatismes dont témoignent plusieurs femmes suite à leur expérience d'accouchement. Cette analyse n'explique pas non plus que les pratiques en obstétrique ne suivent pas ce qui est reconnu comme étant *les meilleures pratiques* non seulement selon la recherche, mais aussi selon les politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux et de nombreuses associations d'obstétriciens gynécologues. Suite à cette recherche, je conclus donc que l'existence des violences obstétricales est malheureusement un phénomène réel et, de plus, mesurable. À cet effet, je me permets de transmettre quelques recommandations pour conclure ce mémoire.

5.2.2 Recommandations

Les participantes à la recherche qui ont témoigné de leur expérience négative d'accouchement semblent confirmer l'existence des violences obstétricales. Ce concept devrait avoir donc davantage à être intégré dans l'expérience de la maternité. Leurs préoccupations font également écho aux recommandations émises par plusieurs chercheuses, organisations nationales et internationales en matière de droits reproductifs des femmes. Au Canada, le sondage *Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings* (2015) démontre que les femmes veulent prendre part activement aux décisions concernant le déroulement de leur accouchement et qu'elles désirent avoir un sentiment de « contrôle » sur les événements. Selon le sondage, ce sentiment peut être obtenu par le soutien de partenaires et de soignants bienveillants, par le partage de l'information et par le fait d'être incluse dans les décisions.

La White Ribbon Alliance (WRA), une organisation internationale vouée à la défense des droits des femmes en matière de santé et de droits reproductifs, a élaboré une charte des droits universels des femmes lors de la période périnatale. Inspirée de cette charte et des travaux de la WRA, l'initiative Hôpitaux amis des mères et des bébés (Mother-baby friendly birthing facilities, MBFBF), différente de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), est née en 2014 de la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO), de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), de l'International Confederation of Midwives (ICM) et de l'Association internationale de pédiatrie (IPA).

Les dix recommandations de cette initiative sont :

1. Positions libres, possibilité de boire et de manger
2. Pas de discrimination (VIH, planification familiale, jeunes)
3. Intimité
4. Choix de l'accompagnant
5. *Culturally competent care*
6. Pas de maltraitance physique, verbale, émotionnelle

7. Coûts (accessibilité, gratuité)
8. Pas de pratiques de routine
9. Soulagement non-pharmacologique et pharmacologique de la douleur
10. Soins peau à peau, allaitement

Les recommandations émis plus haut sont un moyen efficace de contrer le phénomène des violences obstétricales puisqu'elles remettent les femmes au cœur de l'expérience de l'accouchement. Ces mesures gagneraient à être mise en application de façon immédiate dans les milieux hospitaliers.

Dans le domaine politique, il serait pertinent que les praticiens des centres hospitaliers suivent les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en matière de pratiques obstétricales. En effet, bien que l'on puisse lire dans la *Politique de périnatalité 2008-2018* que « l'accouchement est un événement physiologique naturel qui n'implique pas, a priori, d'interventions médicales » (2008 : 44), il est laissé à la discrétion de « chaque département d'obstétrique d'évaluer de façon objective l'écart entre la pratique attendue [...] et la pratique observée » (2008 : 44). Cette situation pose plusieurs problèmes éthiques. Premièrement, les départements d'obstétrique ne sont tenus à aucune obligation en terme d'évaluation selon les meilleures pratiques, ce qui porte à croire qu'il y a des lacunes sur les plans de la qualité et de l'uniformisation des soins dans les différents centres hospitaliers du Québec. Deuxièmement, il y a possiblement un conflit d'intérêts pour l'évaluation des pratiques en l'absence d'évaluateurs externes. Cette situation ne favorise pas l'imputabilité en cas de non-respect des meilleures pratiques.

En terme de recommandations concernant les interventions psychosociales, les femmes qui ont subi des expériences d'accouchements négatives subissent des impacts délétères sur plusieurs sphères de leur vie. Il est bien sûr souhaitable de prévenir des traumatismes survenus à la suite de possibles violences obstétricales, mais dans le cas où ceux-ci n'ont malheureusement pas été évités, des services psychosociaux devraient être offerts d'emblée aux femmes qui en ressentent le besoin.

Étant donné les impacts majeurs qu'un traumatisme postaccouchement peut avoir sur la vie familiale, tel que vu précédemment et confirmé dans la présente recherche, il est impératif que cela soit traité comme un enjeu de santé publique important. Un dépistage postaccouchement pourrait être mis en place par la voie d'un questionnaire, par exemple, rempli au moment jugé le plus opportun selon les dernières recherches. En effet, la littérature mentionne que la période à laquelle est rempli un questionnaire relié à la satisfaction au sujet des soins reçus est cruciale dans le dépistage des traumatismes.

Dans le domaine de la recherche, il faudra en premier lieu établir la prévalence des femmes et des personnes qui vivent des violences obstétricales afin de dresser un portrait plus complet de la situation. Ceci devra être fait dans le respect de l'intersectionnalité, en incluant toutes les personnes qui accouchent, et ce, dans l'objectif de mieux cerner leurs besoins et leurs réalités. Dans un autre ordre d'idée, il serait intéressant de valider l'hypothèse de la primiparité comme facteur de vulnérabilité aux violences obstétricales.

Enfin, cette recherche est une des premières à avoir tenté d'opérationnaliser la violence obstétricale. Des recherches subséquentes seront nécessaires afin de poursuivre le travail d'opérationnalisation des VO qui est amorcé dans ce mémoire.

Une dernière recommandation serait que les accouchements hors milieu hospitalier soient davantage valorisés. Bien que les violences obstétricales ne soient pas l'apanage des milieux hospitaliers, ces institutions, par leur structure organisationnelle, leur mode de fonctionnement et leur fonction sociale ne favorise pas une prise de pouvoir des femmes et des personnes qui accouchent. Pour contrer la pathologisation et la surmédicalisation de l'accouchement, il faudrait débiter par dissocier l'enfantement de l'institution qui offre des soins aux malades. Ceci impliquerait une augmentation des suivis sages-femmes, l'ouverture de nouvelles maisons de naissances (tel que prévu dans la politique de périnatalité québécoise) et la valorisation de l'accouchement à domicile.

6. Conclusion

Cette recherche avait pour objectif de comprendre l'expérience négative d'accouchement selon la perspective des femmes et d'examiner si des liens pouvaient être établis avec le concept émergeant des violences obstétricales.

J'ai donc effectué une recension des écrits qui m'a permis d'élaborer une définition des violences obstétricales qui incorpore les écrits de mères, de militantes et de chercheuses partout à travers le monde.

Huit femmes primipares ont été rencontrées et ont fait part de leur expérience négative lors de l'accouchement. Si j'ai pu constater que les femmes participantes à l'étude ne nomment pas spécifiquement le terme *violences obstétricales* en faisant référence à leur expérience négative d'accouchement, ce qu'elles décrivent est cohérent avec les principales caractéristiques et les indicateurs des violences obstétricales nommés dans cette recherche et issus de la recension des écrits sur le sujet.

Malgré le fait que les violences obstétricales soient nommées et reconnues depuis plusieurs années dans les communautés, chez les groupes militants, à travers les réseaux sociaux et dans certains corps de métiers (tel que les accompagnantes à la naissance), les violences obstétricales sont maintenant en processus de reconnaissance formelle par ce que Collins nomme « les institutions de légitimation du savoir » telles que les universités, les organisations gouvernementales et les organisations de droits humains et de défense des droits reproductifs. Une fois cette problématique reconnue, des actions doivent être prises afin que cette violence systémique disparaisse.

Si nous concevons le fait que de nombreuses femmes se sentent « rassurées » par l'option d'accoucher en milieu hospitalier, c'est tout d'abord parce qu'elles adhèrent à l'hégémonie de la dangerosité de l'accouchement. En conséquence, la médicalisation peut être perçue comme

salvatrice. Il y a toutefois une nuance entre le désir d'être rassurée devant la peur de l'inconnu ou encore le désir d'avoir une épidurale pour ne pas « avoir mal » et le fait de subir des procédures qui sont inutiles, voire nuisibles au déroulement de l'accouchement et qui présentent des risques pour la santé de la mère et du bébé. Bien sûr, les femmes peuvent souhaiter un « soutien technologique » lors de leur accouchement. Toutefois, lorsque le système mis en place impose des procédures qui ont des impacts délétères nombreux, répertoriés et prouvés par la recherche, il y a là pour moi la preuve indéniable de la présence d'une violence systémique qui ne peut être réduite à de la « maltraitance médicale individuelle ». Cette situation ne doit pas être cautionnée sous prétexte que certaines femmes adhèrent à la conception hégémonique de la dangerosité de l'accouchement. De plus, la responsabilité n'incombe pas à chaque femme de « faire valoir ses droits » dans un contexte où les rapports de pouvoir sont en sa défaveur.

En effet, même si les femmes font preuve d'agentivité, il est indéniable qu'une violence systémique telle que les violences obstétricales est impossible à changer de façon individuelle. Comme le dit Collins, « si l'*empowerment* individuel est primordial, seule l'action collective peut produire le changement institutionnel durable nécessaire à la justice sociale » (Collins : 437). Si les femmes et les personnes qui accouchent réclament plus d'autonomie dans leur expérience d'accouchement, il faudrait maintenant que leurs voix soient entendues afin que l'expérience de la naissance revienne aux premières concernées.

Bibliographie

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (2010). Colloque enfanter le monde, «Un autre regard entourant les bonnes pratiques». Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), Québec, 45 p.

Albers L.L., Sedler K.D., Bedrick E.J., Teaf D et Peralta P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*; 33(2):94-99.

Anadón, M. (2013). La recherche sociale et l'engagement du chercheur qualitatif : défis du présent. *Recherches qualitatives, Hors-série, 14*, 5-14.

Audibert, N. (2016). « Violence obstétricale » Émergence d'un problème public en France. Mémoire de maîtrise à Paris School of International Affairs (PSIA) Repéré à <http://www.academia.edu/29049665>

Baker, S.R., Precilla Y.L., Choi, C.A. et Henshaw, Tree, J. (2005). "I Felt as Though I'd Been in Jail": Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum. *Feminism & Psychology* 15, n° 3: 315-42.

Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives – Hors Série – numéro 2 Actes du colloque L'instrumentation dans la collecte de données.*

Bastian, H. (1992). Confined, managed and delivered: the language of obstetrics. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 99: 92-93.

Beauregard, M. et De Konick, M. (1991). Savoir occulté, soins ignorés, institutions à redéfinir : un programme de recherches féministes en santé des femmes. *Recherches féministes*, 4(1), 1- 10.

Beck, Tatano, C. (2004). Birth trauma : in the eye of the beholder. *Nursing Research*, Vol 53, no 1, p.28-25

Bellon Sanchez, S. (2014). Obstetric violence: Medicalization, Authority Abuse and Sexism within Spanish Obstetric Assistance. A New Name for Old Issues? Master thesis, Utrecht University, <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>.

Block, J. (2007). *Pushed: The Painful Truth about Childbirth and Modern Maternity Care*. Da Capo Press, 336 pages.

Boudou, M., Séjourné, N., Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatale comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 35 1136-1142.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A., Tunçalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., et Gulmezoglu, A.M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847

Bowser, D. et Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID.

Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J., et Parmar, D. (2016). Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Social Science & Medicine*, 169, 157-170.

Bramadat, I.J. et Driedger, M. (1993). Satisfaction with Childbirth: Theories and Methods of Measurement. *Birth* 20, n° 1, 22-29.

Brown S. et Lumley J. (1998). Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* Vol. 105, pp. 143-155

Brüggemann, J. (2012). Toward an Understanding of Abuse in Health Care : A Female Patient Perspective. Doctoral thesis. Linköping: Linköping University Electronic Press, 73 p.

Cadorette, M. (2006). « Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois: l'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie ». Thèse de Doctorat, Université Laval. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/17461>

Cahill, H. A. (2001). Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: An Historical Analysis . *Journal of Advanced Nursing* 33, n° 3, 334-342.

Campbell, R. and Wasco, S. M. (2000), Feminist Approaches to Social Science: Epistemological and Methodological Tenets. *American Journal of Community Psychology*, 28: 773-791.

Carquillat, P., Boulvain, M. et Guittier, M.J.(2016). How Does Delivery Method Influence Factors That Contribute to Women's Childbirth Experiences?. *Midwifery* 43, 21-28.

Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). (2017). Dossier de presse : Violences obstétricales : Comprendre, Prévenir, Réparer. Repéré à <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention-CDC (2017) Pregnancy Mortality Surveillance System, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pmss.html>

- Cesbron, P. (2001). Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale: de la « sécurité au « bien-être ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 14, n° 6, 341-46.
- Chabbert, M. et Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *Revue de Médecine Périnatale* 8, n° 4 : 199-206.
- Chalmers, B. E. et Dzakpasu, S. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 33, n° 4:374-87.
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine” : A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies* 39, n° 2: 231-47.
- Collins, P. H. (2016). La pensée féministe noire : savoir, conscience et politique de l'empowerment, Les Éditions du Remue-Ménage, 480 p.
- Collins, P et Bilge, S.(2017). Intersectionality. Polity Press, Cambridge, 249 p.
- Cook, K. et Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158–168.
- Coxon, K., Sandall, J. et Fulop, N J. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society* ; 16 (1): 51
- Cox, B. and Smith, E. (1982) The mother's self-esteem after a caesarean delivery. *Maternal and Child Nursing Journal*. 7 (September/October) 309-314
- Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," *University of Chicago Legal Forum*: Vol. 1989 , Article 8. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Cusack, S. et Cook R.J. (2010). Stereotyping Women in the Health Sector: Lessons from CEDAW. *Journal of Civil Rights and Social Justice*. 16(1): 47–78.
- Dalpe, J. (2015). La Résistance à la médicalisation des naissances / Andrée Rivard, Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne, Montréal, Remue-Ménage, 2014, 450 pages. *Les Cahiers de lecture de L'Action nationale* 10, n° 1: 3-38.
- Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie : maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérez la parole des femmes*. Éditions First, 488 p.

Declercq, E., Cunningham, D. K., Johnson, C. et Sakala, C. (2008). Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. *Birth*, 35: 16–24

Delpech, C., Dussans, E. et Gendre, A (dir). (2012). Quel impact les lésions périnéales, qu'elles soient d'étiologies spontanées, traumatiques, ou induites par les modalités d'accouchement, ont-elles sur la reprise et le vécu de la sexualité dans la première année qui suit l'accouchement ? Mémoire, *Haute École De Santé Genève*, <https://core.ac.uk/download/pdf/20659812.pdf>

Denis, A., Callahan, S. (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 19, n° 4 116-19.

Denzin N.K et Lincoln, Y.C. (2018) The SAGE handbook of qualitative research. SAGE publications, 4th Edition.

Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters* 24, n° 47, 56-64.

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DSPQ), (2010). Cahier d'information prénatale pour les intervenants en périnatalité. *DSPQ* Québec, p.69

DiMatteo M.R., Kahn K.L. et Berry S.H.(1993). Narratives of birth and the postpartum: Analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth* 4, 204–211.

Downe S., Gyte GML., Dahlen HG. et Singata M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 7. Art.

Dupont, G. (2017). Accouchement : la parole des femmes sur les « violences obstétricales » se libère ». *Le Monde.fr*, http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/08/30/la-violence-de-l-accouchement-en-question_5178270_1651302.html.

Farmer PE., Nizeye B., Stulac S. et Keshavjee S. (2006). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLOS Med*, octobre p.1686-1691

Fenech, G., et Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, Fear of childbirth and post-traumatic stress disorder, 30, n° 2 : 185-193.

Fisher, J., Astbury, J. et Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 31 (5) 728-38.

Fleissig A. (1993). Are women given enough information by staff during labour and delivery? *Midwifery* 9, 70–75.

Floris, L.O.I. et Courvoisier, D. (2017). Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: a prospective longitudinal study. *Psychology, Health & Medicine*, 22, 8, (969)

Ford, E., Ayers, S. et Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, vol 24, p. 353-9

Fowles, E.R. (1998). Labor concerns of women two months after delivery. *Birth* 25, 235–240.

Freedman, L. P., et Kruk. M. E. (2014). Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: Challenging the Global Quality and Accountability Agendas. *The Lancet* 384, n° 9948 e42 44.

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwigwa, C., Warren, C.E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., et Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization* 92, n° 12 : 915-17.

Galleta, A. (2013). Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication. *Qualitative Studies in Psychology*, NYU Press, 284 p.

Gauthier, B. (1992). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. 2^e Éditions, Éditions Presses de l'Université du Québec, Québec, 584 p.

Giardino, A. P. (2007). Born in the USA: How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First. *Medscape General Medicine* 9, n°: 61.

Goer, H. (1995). *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Greenwood Publishing Group. 385 p.

Gottlieb, S. and Barrett, D. (1986) Effects of unanticipated caesarean section on mothers, infants and their interaction in the first month of life. *Journal of Developmental and Behavioural Paediatrics*. 7 180-187.

Gonçalves da Silva, M., Carreira Marcelino, M., Pinheiro Rodrigues, L.S., Carcaman Toro, R. et Keiko Kakuda Shimo, A. (2014). Obstetric Violence According to Obstetric Nurses. *Northeast Network Nursing Journal* 15, n° 4, 720-28

Goodman, P., Mackey, M. C. and Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46: 212-219.

Gottvall, K. and Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109: 254–260.

Goulet, Denis. (2004). Professionnalisation et monopolisation des soins : le Collège des médecins du Québec 1847-1940. *Ruptures*, 10,1 p. 39-51

Grant, R. (2017). Doctors who ignore consent are traumatizing women during childbirth. *Quartz* (blog). Consulté le 7 décembre 2017. <https://qz.com/1146836/doctors-who-ignore-consent-are-traumatizing-women-during-childbirth/>.

Green, J., Coupland, V. and Kitzinger, J. (1990). "Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women". *Birth*, 17(1), 15-24.

Green, J. M. (1993). Expectations and Experiences of Pain in Labor: Findings from a Large Prospective Study. *Birth* 20, n° 2 : 65-72.

Grivell, R. M., et Dodd, J.M. (2011). Short-and long-term outcomes after cesarean sectionhort- and Long-term Outcomes after Cesarean Section. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 6, n° 2: 205–215.

Gupta JK., Hofmeyr GJ et Smyth R. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. p.2

Harding, S. (1991). *Whose science ? Whose Knowledge ? Thinking from women's lives*. Cornell University Press, 323 p.

Harris, R. et Ayers, S. (2012). What Makes Labour and Birth Traumatic? A Survey of Intrapartum "Hotspots". *Psychology & Health* 27, n° 10 : 1166-77.

Hicks, L. T., Goodall, S.F., Quattrone, E. M. et Lydon-Rochelle, M.T. (2004). Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 5, : 430–436.

Hodges, S. (2009). Abuse in Hospital-Based Birth Settings?. *The Journal of Perinatal Education* 18, n° 4 : 8 -11

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2012). Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. Avis préparé par Michel Rossignol, Faiza Bouhrassa et Jean-Marie Moutquin. *ETMIS*;8(14):1-134

Jacques, B. (2007). La sociologie de l'accouchement. Les Éditions Presses Universitaires de France, 208 p.

Jewkes, R. et Loveday P-K. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Medicine* 12, n° 6

Keating, A., Fleming, V.E., (2009). Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Journal of Midwifery* 25, 518–527

Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N. (2016). International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health and Human Rights*, 18(2), 131–143.

Kitzinger, S. (2006). Birth as Rape: There Must Be an End to 'just in Case' Obstetrics. *British Journal of Midwifery* 14, n° 9 : 544-45.

Kitzinger, S., Green, JM., Chalmers, B., Keirse, M., Lindstrom, K. et Hemminki, E. (2006). Why Do Women Go Along with This Stuff? *Birth* 33, n° 2: 154-58.

Lahaye, MH. (2013, 02 Octobre) La mère et la putain dans la salle d'accouchement (billet de blogue). repéré à <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2013/10/02/la-mere-et-la-putain-dans-la-salle-daccouchement/>

Lahaye, MH. (2016, 09 mars) Qu'est ce que la violence obstétricale ? (billet de blogue). repéré à <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>

Langer, B, Caneva, M-P, Schlaeder, G, (1999). Routine prenatal care in Europe: the comparative experience of nine departments of gynaecology and obstetrics in eight different countries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 85 :191–198.

Larsson, P-G., Platz-Christensen, J-J., Bergman, B., et Wallsterrson, G. (1991) Advantage or Disadvantage of Episiotomy Compared with Spontaneous Perineal Laceration, *Gynecologic and Obstetric Investigation* 31, n° 4: 213-16.

Laurendeau, F. (1983). La médicalisation de l'accouchement *Recherches sociographiques*, 24(2), 235–243.

Lavender, T., Walkinshaw, S.A. et Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 15, n° 1: 40–46.

Lemay, C. (2007). « Être là »: étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980. Programme en Sciences Humaines Appliquées Faculté des études supérieures, Université de Montréal, <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/17221>

Levesque, S., Bergeron M., Fontaine, L. et Rousseau C. (2016). Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance, Département de sexologie et Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal., https://www.researchgate.net/publication/311846908_Detresse_souffrance_ou_violence_obstetricale_lors_de_l'accouchement_perspectives_des_intervenantes_communautaires_membres_du_Regroupement_Naissance-Renaissance

Lobel, M., et DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science and Medicine*, 64(11), 2272–2284.

LoCicero, A K. (1993). Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Social Science & Medicine*, Special Issue Caesarean Section Births in the U.S., 37, n° 10: 1261-69.

Martin, S. (2011). Le désenfantement du monde. Utérus artificiel et effacement du corps maternel, Montréal, Liber, 220 p.

McKenna M.J et Larkin, J. (2002) Violence against women new canadian perspectives. Inanna Publications and Education Inc, Canada, 504 p.

K., Ayers S., Ford E., Horsch A., Jomeen J., Sawyer A., Stramrood C., Thomson G., Slade P. (2015). Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth: An Update of Current Issues and Recommendations for Future. Research *Journal of reproductive and infant psychology* 33, n° 3

Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, United Kingdom, 11:4, 221-228 p.

Miller, S, et Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother- baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 131, n° S1

Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec, 173 p.

Mold, W. J. et Stein, F. H. (1986). The cascade effect in the clinical care of patients. *The New England Journal of Medicine*, Feb 20, p. 512-514

Montesanti, SR. et Thurston, WE. (2015). Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Womens Health*. 15(1): Nov 11; 100-10

Morris, T et McInerney, K. (2010). Media Representations of Pregnancy and Childbirth: An Analysis of Reality Television Programs in the United States. *BIRTH*: 37 : 134-140,

Montagne, M. (2008). The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays *American Journal of Pharmaceutical Education* 72, n° 5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630149/>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

Oliveira, AFP.L, Diniz, SG. et Schraiber, LB. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 359, n° 9318 1681–1685

Oliveira, VJ. et Penna, CM. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto - Enfermagem* 26, n° 2.

OMS | La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins ». WHO. Consulté le 10 novembre 2017. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/.

Odent, M. (2004). Le fermier et l'accoucheur. Éditions Médécis, Paris, 203 p.

Organisation Mondiale de la Santé. La prévention des anomalies dans la durée du travail, Le Partogramme Partie II Manuel de l'utilisateur. Genève, Programme de la maternité sans risques, 1993, 48 p.

Edited by Dish, L. et Hawkesworth, M.(2016). The Oxford Handbook of Feminist Theory. Oxford Handbook. 1088 p.

Paillé P. et Mucchielli A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4^e ed.). France. Armand Colin.

Parratt, JA. (2002). The Impact Of Childbirth Experiences On Women's Sense Of Self: A Review Of The Literature. *Australian Journal of Midwifery*, 15 (4) ;10-16

Parratt, JA (2000). Trusting enough to be out of control the impact of childbirth experiences on women's sense of self. Mémoire de University of Southern Queensland, Toowoomba, Qld.

Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111: 201-202.

Pickles, C. (2015). Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *South African Crime Quarterly* 54, n° 1: 5-16. <https://doi.org/10.4314/sacq.v54i1.1>.

Poupart, J. (1998). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Eds.) : *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113 à 169), Boucherville : Gaetan Morin.

Peltier, J. W., Cochran, CR. et Schibrowsky, JA. (2001). The role physicians play throughout the birthing process. *Marketing health services* 21, (2) (Summer): 12-9, <https://search.proquest.com/docview/232360329?accountid=12543> (accessed April 22, 2018).

Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, LH., Modi, N. et Hyde. MJ. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, ajcn-030254.

Quéniart, A. (1989). Prévention des risques et contrôle social : l'exemple de la maternité. *Déviance et société*. Vol. 13 - N°4. pp. 327-337;

Richland, S. (2008). Birth rape: Another midwife's story. *Midwifery Today*, 85, 42-43.

RIVARD, A. (2016) « L'accouchement : une histoire nécessaire », *Histoire engagée*, <http://histoireengagee.ca/?p=5914>

RIVARD, A. (2014). Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne. Montréal, Éditions du Remue-ménage, 450 p.

Romito, P. (2006). Un silence de mortes: la violence masculine occultée, Édition Syllepse, 298 p.

Rosewood, R. (2013). *Cut, Stapled, and Mended: When One Woman Reclaimed Her Body and Gave Birth on Her Own Terms After Cesarean*. 1 édition. Ashland, Oregon: Confluence Books.

Santé Canada. Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Section de la santé maternelle et infantile. *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. En ligne. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 234 p. <<http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php>> Consulté le 5 décembre 2013

Sadler, M., Santos, M JDS., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. et Clausen, JA. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence ». *Reproductive Health Matters* 24, n° 47 :47 55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.

Sartwelle, T. P., Johnston, Jc et Arda, B. (2017). A half century of electronic fetal monitoring and bioethics: silence speaks louder than words. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology* 3: 21

Schneider, DA.(2009). Beyond the Baby: Women's Narratives of Childbirth, Change and Power. Thèse de doctorat. Northampton (Mass.) : Smith College School for Social Work.

Shaw, D., et Faúndes, A. (2006). What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Women's Sexual and Reproductive Rights, 20, n° 3 : 299-309.

Sherwin, S, (1998).The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy. Feminist Health Care Ethics Research Network Temple University Press.

Sherwin, S. (1994). Women in Clinical Studies: A Feminist View. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3(4), 533-538.

Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Adanu, R. M., Baldé, M. D., ... On behalf of the WHO Research Group on the Treatment of Women During Childbirth. (2015). How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative research study protocol. *Reproductive Health*, 12, 60.

Simkin, P (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *BIRTH*, 18:4, p.203-210

Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part II: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experience. *Birth*, 19(2), 64-81.

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma during Childbirth. *Birth*, 30, 36-46.

St-Amant, Stéphanie (2015). Naît-on encore? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement. *Recherches familiales*, n° 12 : 9, 25.

St-Amant, Stéphanie (2013). Déconstruire l'accouchement. Épistémologie de la naissance : entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale Thèse de doctorat en sémiologie, Université du Québec à Montréal, <https://archipel.uqam.ca/6134/>

Swahnberg, K, Suruchi T-b, et Berterö, C. (2007). Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28, n° 3, 161-67

Tremblay, J-M. (Dir) Saillant, F. et O'Neill, M. (2005). ACCOUCHEUR AUTREMENT. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec.

http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/accoucher_autrement/accoucher_autrement.html.

Trowel[, J. (1982) Possible effects of emergency caesarean section on the mother-child relationship. *Earty Human Devetopment*. 7 41-51.

Trowel[, J. (1986) Emotional effects of a caesarean. *Nursing Times*. 82 64-65.

Todd, A.L., Ampt A. J. et Roberts, C. L. (2017). “Very Good” Ratings in a Survey of Maternity Care: Kindness and Understanding Matter to Australian Women. *Birth*, 44, 1, 48-57

Vadeboncoeur, H. (2004). La naissance au Québec à l’aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?. Thèse en Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, <http://www.academia.edu/10133252/>

Vacaflor, CH. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24:47, 65-73,

Vacaflor, H et Alejandro, C. (2015) . Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/70430>.

Wagner, M. (2006). Born in the USA : How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Mothers and Infants First. Berkeley, Los Angeles et Londres : University of California Press, 295 p.

Wagner, M. (2001). Fish can’t see water : the need to humanize birth. *International Journal* ;75, 25-37.

Weeks F., Pantoja L., Ortiz J., Foster J., Cavada G. et Binfa L. (2016). Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62 (2), 96-203.

Wija, K., Söderquist, M.A. et Wijma, B. (1997) Post-traumatic Stress disorder After Childbirth : A cross sectional Study. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 11 no 6, pp. 587-597

World Health Organization (WHO) (2017).Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda ». WHO. Consulté le 27 novembre 2017. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-137869/en/>.

Wittmann-Price R. A. (2004). Emancipation in decision-making in women’s health care. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 437–445

Wolman, WL., Chalmers, B., Hofmeyr, GJ. et Nikodem, VC. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: A randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, no 5 ;1388 -93.

Yaya, HS.(Dir) (2009). Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 424 p.

Yuval-Davis, N. (2006) Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, SAGE Publications (UK and US), 13 (3), pp.193-209

Zadoroznyj, M. (1999). Social Class, Social Selves and Social Control in Childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 21: 267-289.

Annexe 1 – Grille d'entrevue

Projet : Comment les femmes décrivent-elles leur expérience négative d'accouchement et en quoi cette expérience peut-elles être associée aux violences obstétricales ?

Introduction

Remerciement : Merci d'accepter de partager votre expérience d'accouchement avec moi aujourd'hui. L'accouchement peut être un événement très significatif pour une femme et j'apprécie la confiance que vous me portez en acceptant cette entrevue. Nous allons aujourd'hui parler de votre grossesse et, plus spécifiquement, de votre accouchement qui fut pour vous un événement difficile. Je vous remercie d'avance de votre participation.

Avant de débiter, nous allons lire ensemble le formulaire de consentement écrit et, si vous acceptez de participer à la recherche, vous pourrez ensuite le signer.

Préférez-vous que je vous vouvoie ou vous tutoie ?

Déroulement de l'entrevue : Nous allons aborder deux grands thèmes aujourd'hui, votre grossesse et votre accouchement. À la fin de l'entrevue, je vous poserai quelques questions d'ordre démographique : votre âge, votre scolarité, etc.

Est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des questions avant de débiter ?

Thèmes

Thème 1 : La grossesse

Pouvez-vous me parler de votre grossesse ?

Thèmes à aborder si la répondante ne les aborde pas spontanément : planification de la grossesse ; déroulement de la grossesse ; choix d'accoucher en milieu hospitalier ; plan de naissance (attentes particulières)

Objectifs :

1. Comprendre le contexte dans lequel s'est déroulée la grossesse

2. Définir les attentes de la femme face à son accouchement

Thème 2 : l'accouchement

Pouvez-vous me parler de votre accouchement ?

Thèmes à aborder si la répondante ne les aborde pas spontanément : déroulement de l'accouchement ; similitudes et différences avec le plan de naissance ; ce qui lui fait dire que l'accouchement a été difficile (problèmes médicaux, émotions vécues, relation avec le personnel médical) ; ses réactions face aux difficultés vécues.

Objectifs :

1. Identifier les éléments qui ont fait en sorte que l'accouchement a été qualifié d'expérience « négative » par la femme
2. Comprendre comment la femme a vécu ces événements
3. Déterminer si la femme perçoit certains de ces éléments vécus comme de la violence
4. Dégager des impacts possibles de cet événement dans sa vie
5. Déterminer les moyens utilisés par la femme pour reprendre du pouvoir dans la situation

Données sociodémographiques

- Quel est votre lieu de naissance ?
- Quelle est la première langue que vous avez parlée à l'enfance ?
- Comment vous vous définissez en termes d'origine ethnique ?
- Comment décririez-vous votre pratique ou croyance spirituelle ?
- Êtes-vous dans une relation de couple actuellement ?
- Combien d'enfants avez-vous et quel âge ont-ils ?

Conclusion

Avant de terminer, souhaitez-vous ajouter quelque chose à notre discussion ?

Je vous remercie sincèrement pour cet entretien et je vous réitère que ce que vous avez partagé avec moi aujourd'hui demeurera confidentiel.

Annexe 2 – Formulaire de consentement

Projet « Expériences négatives d'accouchement »
Marianne Labrecque

Formulaire d'information et de consentement
01/01/2016



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À LA RECHERCHE

Comment les femmes décrivent-elles leur expériences négatives d'accouchement et en quoi ces expériences peuvent-elles être associées à de la violence systémique ?

Cette recherche est réalisée par Marianne Labrecque, étudiante à la maîtrise en service social (Université de Montréal) sous la supervision de Dominique Darnaut (Université de Montréal)

Il m'a été expliqué que :

1. Le projet de recherche vise à comprendre la réalité de femmes qui ont vécues une expérience d'accouchement difficile en milieu hospitalier.
2. Ma participation à la recherche consiste à participer à une entrevue individuelle d'environ une heure trente.
3. Les entrevues individuelles seront enregistrées sur enregistreur numérique et des questions seront posées sur :
 - Ma grossesse
 - Mon accouchement
 - Mes sentiments face à ces événements
 - Je peux choisir de ne pas répondre à certaines questions qui me seront posées.
4. Il est possible que le fait de participer à l'entrevue suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. On m'a données des références pour obtenir du soutien psychologique, si j'en ressens le besoin suite à ma participation à l'entrevue.
5. Je peux me retirer de cette recherche en tout temps sans avoir à fournir quelque raison que ce soit ou à subir de conséquences négatives.
6. La confidentialité de mes réponses sera préservée de la façon suivante:
 - mon nom n'apparaîtra pas sur les enregistrements numériques ni dans le rapport de recherche ou dans toute autre activité de diffusion des résultats (ex. : publications dans des revues scientifiques ou présentations dans des congrès);
 - aucune participante ne pourra être identifiée ou reconnue ; le nom des participantes et tous les noms cités durant l'entretien qui pourraient permettre éventuellement d'identifier les participantes seront remplacés par des pseudonymes.
 - un code sera utilisé sur les divers documents de la recherche et seule l'étudiante et sa directrice auront accès à la liste des codes;
 - tout le matériel sera gardé sous clé à l'Université de Montréal seule l'étudiante et sa directrice y auront accès.
 - tout le matériel lié à ma participation, incluant les formulaires de consentement, les grilles d'observation, les enregistrements, et les transcriptions, sera conservé jusqu'en

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal. Projet no CERAS-2014-15-209-D

Page 1 sur 5

2021. Considérant les énergies investies dans ce projet, les données anonymisées pourront permettre de réaliser des analyses dans le cadre d'autres projets menés par l'équipe de recherche et leurs étudiants des cycles supérieurs. Tout le matériel et toutes les données seront détruits par la suite puisqu'elles ne seront pas conservées pour une utilisation ultérieure.

- en aucun cas, d'autres personnes n'auront accès aux entretiens.

7. Une fois la recherche terminée, une copie du rapport de recherche sera remise à l'Université. Je pourrai la consulter librement en faisant la demande auprès l'étudiante à la maîtrise.

8. Si j'ai des questions à propos de la recherche, je peux contacter Marianne Labrecque, étudiante à l'École de service social de l'Université de Montréal au [] ou à l'adresse courriel suivante, marianne.labrecque@umontreal.ca

CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui ___ Non ___

Nom : _____ Prénom : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Projet « Expérience négative d'accolement »
Marianne Labrecque

Formulaire d'information et de consentement
01/01/2016

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____
(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences par courriel à l'adresse ceras@umontreal.ca ou par téléphone au _____ ou encore consulter le site Web <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone _____ ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

