



Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois: une analyse féministe intersectionnelle

Mémoire

Marie-Pier Landry

Maîtrise en service social - avec mémoire
Maître en service social (M. Serv. soc.)

Québec, Canada

© Marie-Pier Landry, 2019

Résumé

Cette recherche qualitative a pour objectif de comprendre les expériences de violence obstétricales au Québec, à partir des témoignages de femmes ayant participé à un entretien. La violence obstétricale est une forme de violence systémique envers les femmes, vécue dans le cadre des soins entourant la grossesse et l'accouchement. Une analyse de contenu thématique des entretiens relève les principaux thèmes abordés, dont plusieurs se trouvent dans les écrits scientifiques : la déshumanisation et la violence psychologique, la violence physique et sexuelle, les relations avec le personnel soignant, la surmédicalisation de l'enfantement et les contraintes organisationnelles, le non-respect des droits et les répercussions de l'expérience difficile ou négative. Des participantes ont aussi exprimé certaines stratégies d'agentivité s'étant déployées durant leur grossesse et leur accouchement et certaines ont nommé des expériences positives s'étant produites parallèlement aux difficultés rencontrées.

L'analyse intersectionnelle des résultats suggère que les expériences de violence obstétricale prennent place sur les plans structurels, disciplinaires, hégémoniques, interpersonnels et expérientiels. Les formations sociales soulevées par les femmes rencontrées (orientation sexuelle, langue parlée, nationalité et origine socioculturelle) ont démontré que le fait de se trouver à l'intersection de plusieurs formes d'oppression rend les expériences uniques pour chaque femme ou groupe de femmes. Il paraît ainsi important de s'intéresser aux personnes pouvant se trouver dans toutes les intersections pouvant se juxtaposer à l'oppression de sexe dans l'étude de la violence obstétricale. L'évaluation de la prévalence de cette forme de violence et des pistes d'action devraient être envisagées rapidement par les différents acteurs concernés.

Abstract

The objective of this qualitative study is to understand experiences of obstetric violence in Quebec, through a series of first-hand accounts from women who participated in an interview process. Obstetric violence is a form of systemic violence against women, experienced in the context of healthcare services related to pregnancy and childbirth. An analysis of the thematic content of the interviews reveals the following primary themes, several of which also appear in scientific articles: dehumanization and psychological violence, physical and sexual violence, relationships to caregivers, the over-medicalization of childbirth and organizational constraints, lack of respect for individual rights and the difficult or negative effects of the experience. Some participants also expressed strategies used to gain agency during pregnancy and childbirth and some named positive experiences that occurred in parallel with the difficulties they encountered.

Intersectional analysis of the results suggests that experiences of obstetric violence take place on structural, disciplinary, hegemonic, interpersonal and experiential levels. The forms of socialization brought up by the women interviewed (sexual orientation, language, nationality and sociocultural background) showed that being at the intersection of several forms of oppression makes the experience unique for each woman or group of women. It therefore seems important, in studying obstetric violence, to take a specific interest in mothers who may find themselves at any intersection that may be juxtaposed with gendered oppression. Assessment of the prevalence of this type of violence and potential courses of action should be considered quickly by the different actors concerned.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES SIGLES.....	X
NOTES À L'INTENTION DES LECTRICES ET DES LECTEURS	XII
REMERCIEMENTS	XIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
1.1 MISE EN CONTEXTE	3
1.2 VIOLENCE OBSTÉTRICALE	8
1.2.1 <i>Émergence et évolution d'un concept.....</i>	<i>9</i>
1.2.3 <i>Fréquence, nombre de personnes touchées.....</i>	<i>13</i>
1.2.4 <i>Satisfaction et vécu des mères face à l'expérience des soins périnataux.....</i>	<i>13</i>
1.2.5 <i>Manifestations de violence obstétricale</i>	<i>16</i>
1.2.6 <i>Répercussions de la violence obstétricale</i>	<i>20</i>
1.3 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	23
1.4 PERTINENCE SCIENTIFIQUE, SOCIALE ET DISCIPLINAIRE DE LA RECHERCHE	24
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE	27
2.1 POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE	27
2.2 LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES : UN ENJEU FÉMINISTE	29
2.3 INTERSECTIONNALITÉ	30
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	37
3.1 NATURE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE PRIVILÉGIÉE.....	38
3.2 COLLECTE DES DONNÉES	39
3.2.1 <i>Recrutement, échantillonnage et prise de contact.....</i>	<i>39</i>
3.2.2 <i>Déroulement de l'entretien.....</i>	<i>42</i>
3.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	44

3.4 ANALYSE DE CONTENU	44
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	47
4.1 PROFIL DES PARTICIPANTES	47
4.2 RÉSULTATS ISSUS DE L'ANALYSE DE CONTENU THÉMATIQUE ET DISCUSSION	49
4.2.1 <i>Déshumanisation et violence psychologique</i>	49
4.2.2 <i>Violence physique et sexuelle</i>	58
4.2.3 <i>Relations avec le personnel soignant</i>	64
4.2.4 <i>Surmédicalisation de l'enfantement et contraintes organisationnelles</i>	71
4.2.5 <i>Non-respect des droits</i>	77
4.2.6 <i>Répercussions de l'expérience difficile ou négative</i>	82
4.2.7 <i>Stratégies d'agentivité et facteurs de protection</i>	86
4.2.8 <i>Expériences positives</i>	91
4.4 ANALYSE INTERSECTIONNELLE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	95
4.4.1 <i>Domaine structurel</i>	96
4.4.2 <i>Domaine disciplinaire</i>	98
4.4.3 <i>Domaine hégémonique</i>	99
4.4.4 <i>Domaine interpersonnel</i>	100
4.4.5 <i>Domaine expérientiel</i>	102
4.4.6 <i>Formations sociales</i>	105
CHAPITRE 5 : PISTES DE RECHERCHE ET DE SOLUTIONS	109
5.1 ÉLÉMENTS D'INTERSECTIONNALITÉ À APPROFONDIR	109
5.2 PISTES DE SOLUTIONS	112
5.2.1 <i>Évaluer la prévalence et documenter la problématique au Québec</i>	112
5.2.2 <i>Donner suite à la Politique de périnatalité 2008-2018</i>	113
5.2.3 <i>Améliorer la formation des soignant-e-s ainsi que leurs conditions de travail</i>	114
5.2.4 <i>Humaniser l'enfantement : un changement de paradigme</i>	115
5.2.5 <i>Résumé des pistes de solutions proposées</i>	115
CONCLUSION.....	117
BIBLIOGRAPHIE	120
ANNEXE I : LE RESPECT DANS LES SOINS DE MATERNITÉ	130
ANNEXE II : AFFICHETTE DE RECRUTEMENT.....	131
ANNEXE III : ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE (SCRIPT)	132

ANNEXE IV : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	133
ANNEXE IV :	137

Liste des figures

FIGURE 1 : TRAUMATISMES OBSTÉTRICAUX DANS LES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE AVEC EXTRACTION INSTRUMENTALE :	
DONNÉES DE L'OCDE	7
FIGURE 2 : FORMATIONS SOCIALES ABORDÉES DANS LES ENTRETIENS ET PARTICIPANTES ASSOCIÉES	108
FIGURE 3 : PROPOSITION VISUELLE POUR UNE ANALYSE INTERSECTIONNELLE DE LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE.....	111

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : DÉFINITION DE LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE	12
TABLEAU 2 : CATÉGORIES ET INDICATEURS DE VIOLENCE OBSTÉTRICALE (LABRECQUE, 2018)	18
TABLEAU 3 : DOMAINES DE POUVOIR POUR UNE ANALYSE INTERSECTIONNELLE DES EXPÉRIENCES DE VIOLENCE OBSTÉTRICALE	37
TABLEAU 4 : INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PARTICIPANTES	48
TABLEAU 5 : RÉSUMÉ DES PISTES DE SOLUTIONS PROPOSÉES POUR LA PRÉVENTION ET L'ÉRADICATION DE LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE	116

Liste des sigles

ACTS : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

ACSF : Association canadienne des sages-femmes

ACTS : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

ASPQ : Association pour la santé publique du Québec

CLSC : Centre local de services communautaires

CÉRUL : Comité d'Éthique de la recherche de l'Université Laval

CWEIA : Cree Women of Eeyou Istchee Association

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

EEM : Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité

FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics

HCE : Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République Française

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec

OTSTCFQ : Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

RNR : Regroupement Naissance-Renaissance

SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Épidurale soluté antibiotiques

Perfusions signes vitaux mécaniques

Et le corps médical penché sur le vagin de l'amour [...]

La lumière baigne dans le sang des attentes déçues [...]

Le corps se compose à soixante-dix pourcents de larmes

- Extrait du poème « Notre accouchement », de David Goudreault (2016)

Notes à l'intention des lectrices et des lecteurs

Rédaction inclusive, féminisée et épiciène :

Comme ce fut le cas pour et Négrié et Cascales (2016), il fut « difficile de trouver la façon de nommer de manière respectueuse et inclusive l'ensemble des *personnes porteuses d'un utérus* »(p.30). Les personnes qui portent et mettent au monde un (ou des) enfant(s) sont généralement considérées comme étant de sexe et de genre féminins. Cependant, dans une visée inclusive de rédaction scientifique, bien qu'aucune personne s'identifiant ouvertement comme trans ou intersexe n'ait participé à la présente étude, le terme « personne » sera employé en alternance avec le mot « femme » afin de désigner l'individu portant et donnant naissance à un enfant. Le terme « femme » sera tout de même majoritairement employé, afin de ne pas invisibiliser l'oppression¹ de genre, qui fait intrinsèquement partie de la violence obstétricale et qui est spécifiquement vécue par des femmes dans le cadre de cette recherche. La rédaction épiciène et la féminisation des termes généraux sont également employées, dans un souci de tendre vers l'égalité entre les femmes et les hommes.

Posture face à l'analyse intersectionnelle :

En tant que femme blanche éduquée occidentale, je ne peux pas incarner la pensée féministe noire ayant permis l'émergence du paradigme intersectionnel. Je ne prétends pas non plus avoir réalisé un processus complet de recherche intersectionnelle. Cependant, l'utilisation d'un cadre d'analyse intersectionnel contribuera peut-être à aborder certains aspects de la violence obstétricale qui auraient été passés sous silence avec une posture épistémologique traditionnelle occidentale. Ainsi, comme le résumait Lamoureux en préface de la traduction de Collins (2016), cette approche ne vise pas à « parler au nom de ni d'essayer de représenter les expériences qui ne sont pas [les miennes], mais de créer les conditions de leur audibilité » (p.12).

¹ Collins (2009) définit l'oppression comme « toute situation injuste dans laquelle, systématiquement et durant une longue période, un groupe dénie à un autre l'accès aux ressources sociales ». (p. 39)

Remerciements

Remerciements éternels à mes filles Éolie et Emma, qui m'ont permis de constater que la maternité est profondément politique et qu'il est possible d'être mère ET féministe. De leur vie d'enfants, elles n'auront connu qu'une mère en recherche perpétuelle d'équilibre entre les vies familiale, étudiante, professionnelle, amoureuse, sociale et militante. Bien que cela amène certains désavantages, j'espère que cette pluralité d'identités les inspirera et les encouragera à être pleinement elles-mêmes tout au long de leur vie, sans concession. Merci d'exister !

Merci à ma directrice initiale de recherche Katharine Larose-Hébert, qui a su m'accueillir ouvertement dès le départ, avec ma fougue de vouloir aborder la violence obstétricale de front et de tenir bon à l'utilisation d'une approche critique et féministe. Ta présence à l'Université Laval est comme une brise d'espoir.

À Emilie Raymond, directrice de recherche improvisée, qui a généreusement accepté de prendre le relais dans la direction de cette recherche en plein envol. Ta confiance en mes compétences, tes commentaires francs et tes encouragements ont permis à ce mémoire de se rendre à bon port.

Merci au RNR et particulièrement à Lorraine Fontaine, qui a suivi ce projet de recherche dès ses balbutiements et qui milite activement pour une humanisation des soins en périnatalité avec une approche intersectionnelle. Ton expertise de terrain et tes encouragements ont fait la différence !

Merci au groupe de chercheuses et militantes qui ont travaillé sur différents volets de la violence obstétricale en même temps que moi au Québec et qui ont accepté de participer à des tables rondes, d'échanger des informations et de nourrir une indignation commune qui mènera, espérons-le, à des changements concrets. Un merci spécial à Geneviève Desgagnés pour les moments de rédaction partagés, les dialogues constructifs incessant par messagerie et le plaisir inséré à travers la tâche titanesque de rédiger un mémoire de maîtrise (raquettes, cafés, etc.).

Merci au Collectif Les Accompagnantes de Québec, qui a aidé au recrutement, et particulièrement à Chrystiane Naud, qui s'attarde à avoir une vision féministe de l'enfantement.

À Annie-Pierre Bélanger, amie mère et féministe qui a accueilli mes découragements face à l'institutionnalisation du savoir, au sexisme universitaire ambiant et aux difficultés liées à l'inconciliation famille-études-travail-militance. Ton amitié, les projets politiques partagés et les danses improvisées m'aident à demeurer forte et debout. Merci profondément.

Merci à Jimmy Langlois pour tous les repas, l'exaspération et l'humour partagés durant cette maîtrise et au-delà. Côtoyer un autre parent et (surtout) un être humain critique et vif d'esprit dans ce courant incessant de boulot-dodo-études-pression-enfant est salutaire et inspirant !

Merci à Jacinthe et à Charline pour l'intérêt sincère porté à mon projet de recherche et pour les relectures et corrections effectuées dans une course à la montre invraisemblable. Merci aussi à Françoise pour la rétroaction linguistique et à Kyra pour l'efficacité de la traduction du résumé !

Merci à Julie-Anne LeBlanc, âme sœur trouvée aux hasards de la vie, comme un nid où déposer mon sourire et mes larmes. Tu fais de l'humanisation des soins un chemin de joie et de douceur. Tu es une grande âme. Une grande femme. Tu es un poème vivant. Merci d'être.

Merci à Simon, mon partenaire de vie, de cœur, de corps, de bifurcations, de doutes et de joies profondes. Merci de voguer à mes côtés dans l'aventure de la parentalité. Merci pour ton soutien, merci pour tes mains qui apaisent tout ce qui pèse en moi. Merci pour la douceur, la patience, la musique dans ma vie et l'amour véritable exprimé avec une sincérité toujours renouvelée. Je t'aime.

Merci à ma belle-famille (Sylvie, Alain, Edith, Sirius, Flore et Noé) pour les moments de grâce partagés à travers cette course effrénée des études et de la vie urbaine. Partager un bout de campagne avec vous et être en famille est toujours ressourçant !

Merci à mes parents, Diane et Marcel, qui m'ont toujours encouragée sans jugement dans mes choix de vie parfois surprenants. Votre amour inconditionnel est un phare et je n'y serais jamais arrivée sans votre soutien. Merci d'être là pour Éolie et Emma aussi, qui ont la chance de grandir en ayant une multiplicité de modèles inspirants. Merci également à mes grands-mamans, Jeanne et Annette, qui avaient compris que le pouvoir est dans le savoir. Elles savaient qu'apprendre est un privilège et m'ont toujours encouragée à faire des études.

Merci à mon frère Maxime, qui me force à créer de l'espace de célébration avec des bulles et qui m'accueille, avec Caroline, lors de mes escapades étudiantes, professionnelles ou militantes dans la métropole.

Merci au Fonds de recherche québécois pour la société et la culture (FRQSC), au Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), au Fonds Francine Ouellet de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval et à la Fondation Desjardins d'avoir souligné la pertinence d'un projet de recherche sur la violence obstétricale par l'offre de bourses d'études, que je n'ai malheureusement pas pu toutes acceptées. Bien que cette aide ait vraisemblablement soutenu mon projet de recherche, je dois souligner que je n'ai pu y avoir accès qu'à ma 4^e année d'études de deuxième cycle, étant exclues systématiquement de toutes ces bourses les 3 années précédentes. Le fait de cheminer à temps partiel pour tenter de concilier les obligations parentales et la vie étudiante est en effet un critère d'exclusion à de nombreuses possibilités permettant l'ascension en milieu universitaire (APÉtUL, 2017). Il est temps que le milieu universitaire devienne vraiment inclusif.

Merci donc aussi à l'équipe de feu de l'Association des parents-étudiants de l'Université Laval (APÉtUL), qui a été ma principale famille militante depuis 3 ans. Que nos revendications pour une meilleure conciliation famille-études(-travail) soient entendues, pour la fin des discriminations systémiques envers les parents-étudiants !

Finalement, **un IMMENSE MERCI aux femmes qui ont accepté de prendre parole** pour partager leur vécu d'enfantement, par téléphone ou lors des entretiens. Comme le mentionnait le slogan de la Semaine mondiale de l'accouchement respecté au Québec cette année, « Rompre le silence », espérons-le, amènera le changement !

Introduction

Dans le contexte périnatal, la question de la qualité des soins dans une perspective de respect des droits humains suscite un intérêt certain depuis les années 1980 et 1990. Les droits et la dignité des femmes en matière de santé reproductive y ont pris une importance croissante (Miller et Lalonde, 2015 ; Rivard, 2010). Malgré cette tendance, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que l'abus et le manque de respect dans les soins obstétricaux² est encore aujourd'hui un enjeu majeur à l'échelle internationale (2014).

Le concept de violence obstétricale est étudié depuis les années 2000 et certains pays d'Amérique latine ont adopté une position nationale afin de faire face à cette forme de violence systémique envers les femmes. En Amérique du Nord, la violence obstétricale suscite maintenant l'intérêt de regroupements œuvrant à l'humanisation des naissances et de la communauté scientifique. Dans le but de mieux comprendre l'expérience des personnes ayant vécu de la violence dans les soins obstétricaux durant l'accouchement au Québec, la question de recherche est celle-ci : **qu'est-ce qui caractérise l'expérience de femmes ayant vécu de la violence obstétricale au Québec ?**

Afin de répondre à cette question, la problématique de recherche sera d'abord amenée au chapitre 1, construite à partir d'une recension des écrits. Une mise en contexte débutera cette section, puis une présentation de l'état des connaissances sur le concept de violence obstétricale y sera élaborée. La pertinence de la recherche sera expliquée, ainsi que les objectifs poursuivis. Le cadre théorique utilisé sera ensuite présenté au chapitre 2 et comportera la définition de la posture épistémologique adoptée, une réflexion sur la violence faite aux femmes comme enjeu féministe et une explication théorique et pratique de l'intersectionnalité. Le chapitre 3 précisera la méthodologie adoptée pour cette recherche concernant la nature de la recherche et l'approche privilégiée, les méthodes de collecte de données, les considérations éthiques et l'analyse de contenu. Les résultats de l'étude seront ensuite présentés et discutés au chapitre 4. Ils seront

² Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2017), « les soins obstétricaux englobent tous les soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi que les soins aux nouveau-nés. »

d'abord déclinés à partir d'une analyse de contenu thématique ayant permis une catégorisation des thèmes abordés par les participantes, puis ils seront analysés à l'aide d'un cadre intersectionnel. Des pistes de recherche et des recommandations seront finalement abordées au chapitre 5.

Chapitre 1 : Problématique

Après une mise en contexte concernant la médicalisation de l'enfantement et le mouvement d'humanisation des soins en périnatalité, le concept de violence obstétricale sera expliqué et décliné en six thèmes importants. Les objectifs de la recherche seront ensuite présentés, ainsi que sa pertinence scientifique, sociale et disciplinaire.

La problématique de recherche a été élaborée à partir d'une recension des écrits effectuée sur des bases de données en sciences sociales et en sciences de la santé (articles, périodiques, mémoires et thèses,) des sites officiels d'organisations et regroupements, des revues non scientifiques, des ouvrages théoriques et des médias d'informations. Les principaux mots-clés utilisés pour la recension des écrits ont été : « obstetric », « maternity care », « maternal health », « reproductive health », « reproductive rights », « perinatal », « accouchement » ou « childbirth », « consentement », « violence », « human rights », « women rights » et « violence obstétricale ». Ceux-ci ont été recherchés dans de nombreuses bases de données, dont les suivantes : « CAIRN », « Social services abstract », « Women's studies international », « Réseau Canadien pour la santé des femmes » et « PsychNet ».

1.1 Mise en contexte

La médicalisation de l'enfantement s'inscrit dans une médicalisation plus large de l'existence et de phénomènes biologiques et sociaux vécus par l'être humain. Moreau et Vinit (2007) décrivent la médicalisation comme le « processus par lequel des problèmes non médicaux sont traités par le filtre de la maladie ou du trouble[,qui] prend la forme d'un investissement toujours plus poussé du corps objet et d'un élargissement de la catégorie du pathologique » (p. 36). Les auteur·e·s ajoutent que les avancées techniques amènent la normalisation de l'intervention médicale. Rivard (2010) avance que l'objectification du corps est toujours centrale dans la pratique médicale contemporaine. Pour les femmes, ce mouvement historique de médicalisation est empreint d'un sexisme disciplinaire au sein duquel l'infériorité corporelle féminine est mise de l'avant, ce qui provoque notamment la pathologisation de l'enfantement (HCE, 2018; Lahaye, 2018; Rivard, 2010). La grossesse et l'accouchement n'ont pas échappé à

cette prise de contrôle des corps et du temps biologique. Négrié et Cascales (2016) expliquent que « l'androcentrisme de la médecine va jusqu'à poursuivre la dépossession des femmes de la grossesse et de l'accouchement pour les réduire à l'état d'instrument de mise au monde des enfants » (p.130). L'objectification -ou l'instrumentalisation- du corps des femmes fait ainsi partie intégrante de la médicalisation de l'enfantement. Comme « la fonction première des médecins réside dans la prise en charge de la pathologie » (Négrié et Cascales, 2016, p. 51), leur implication dans le champ de la maternité est venue avec ses corollaires : la gestion du risque et la pathologisation de l'enfantement (St-Amant, 2013).

Le courant d'humanisation des naissances a pris son essor au Québec dans les années 1970, en réponse à la médicalisation du phénomène d'abord physiologique et social qu'est l'enfantement. Il s'agit de « mouvements collectifs et individuels de contestation à l'égard d'une naissance de plus en plus industrialisée et de moins en moins humaine » (Rivard, 2010, p. 210). Dans les années 1980, ce courant féministe de la « fémeilité » (Descarries, 1998) a amené le gouvernement provincial à tenir une série de colloques sous le thème *Accoucher ou se faire accoucher*, au sein desquels les femmes ont pu remettre globalement en question les pratiques dans le domaine périnatal. Elles ont alors préparé le terrain à la professionnalisation de la pratique des sages-femmes, qui s'est concrétisée dans les années 1990 (MSSS³, 2008). La philosophie de « la pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes » (OSFQ⁴, 2019, parag. 1).

Dans sa Politique de périnatalité 2008-2018, le Gouvernement du Québec (MSSS, 2008) aborde la valeur de l'humanité, qui devrait s'exprimer par le respect du « caractère physiologique naturel de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et de l'allaitement »(p.13). Malheureusement, de nombreuses études rapportent que cette « humanité » n'est pas toujours présente dans les soins obstétricaux prodigués aux femmes en Amérique du Nord (Bowser et Hill, 2010;

³ MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux.

⁴ OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec.

Labrecque, 2018). Le Collectif Les Accompagnantes (2005) soutient que l'humanisation des naissances fait aujourd'hui « référence au fait de considérer la femme dans sa globalité, dans son unicité et dans le respect [de] ses choix et [de] ses droits en matière de périnatalité »(p.27). L'effet réel de ce mouvement social dans les pratiques obstétricales est toutefois remis en question par des chercheuses québécoises (Rivard, 2010; St-Amant, 2013), qui montrent que la médicalisation de la période périnatale a seulement été freinée dans la pratique de certains actes (p. ex. : diminution de la fréquence des épisiotomies⁵) sans que les fondements de la pratique soient réellement changés ou remis en question.

La surmédicalisation de l'enfantement est souvent justifiée par la prédominance du *risque* dans le discours hégémonique⁶ ; la grossesse est considérée comme naturellement dangereuse, tandis que les pratiques médicales sont instituées comme étant salvatrices. La grossesse est donc considérée comme pathologique, jusqu'à ce que la naissance ait eu lieu sans complication ; elle est considérée comme physiologique *a posteriori*, une fois les risques ne s'étant pas produits (St-Amant, 2013). Cette idée est particulièrement nourrie par l'argumentaire d'un taux effarant de morts maternelles au 18^e siècle. Selon certaines auteures, l'arrivée de l'aseptisation et l'amélioration des conditions sociosanitaires seraient principalement responsables de ce recul de mortalité (Lahaye, 2018 ; Négrié et Cascales, 2016; St-Amant, 2013), davantage que l'obstétrique en tant que telle. De Koninck (2015) résume quant à elle en quoi les avancées médicales incarnent un contrôle social, par l'arrivée de techniques entourant la grossesse et l'accouchement :

De nouvelles connaissances ont permis d'améliorer la survie des femmes au cours de grossesses et d'accouchements, de diminuer la mortalité des enfants et de leur éviter des problèmes de santé et des handicaps. Cependant, si ces avancées ont renforcé le caractère humain de la reproduction en valorisant la santé, elles ont aussi, guidées par une idéologie de contrôle, progressivement créé un déséquilibre entre l'expérience humaine et l'expérience technique. (paragr. 8)

C'est donc dans un « contexte de domination du discours médical techniciste et opérationnaliste [que] le XXI^e siècle a fait de la maternité un événement surmédicalisé »

⁵ Épisiotomie : Section chirurgicale du périnée à partir de la commissure postérieure de la vulve, destinée à agrandir l'orifice vulvaire et à faciliter la sortie du fœtus (Thésaurus du Gouvernement du Québec, 2016).

⁶ Selon Collins (2009), les idéologies hégémoniques sont « perçues comme naturelles, normales et inévitables » (p. 40).

(Montazeau, 2010, paragr. 2). L'OMS se dit préoccupée par cette médicalisation excessive de la naissance depuis 1985 (Sadler et coll., 2016). Aujourd'hui, la médicalisation des naissances à outrance fait en sorte que « le prestataire de soins contrôle le processus de mise au monde de l'enfant, ce qui expose encore les femmes enceintes à des interventions médicales inutiles, qui interfèrent avec le déroulement naturel de l'accouchement » (OMS, 2018, paragr. 12). Cette surmédicalisation sévit dans de nombreuses régions du monde occidental et s'exprime de différentes façons. Au Canada, l'ASPC⁷ (2009) rapporte, dans le résumé de son Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM), que beaucoup « d'interventions qui en l'état de la science sont recommandées *sur indication* mais non de façon systématique sont mentionnées avec une fréquence considérable » (s. p.) et parle d'une « utilisation abusive de ces procédures » (s. p.) dans les soins périnataux. Au Québec, le taux de césariennes (28,2 %) dépasse largement les recommandations de l'OMS (10 %) et est en constante augmentation (ICIS⁸, 2018). Cette surmédicalisation affecte davantage les femmes des Premières Nations, notamment les femmes criées, dont 32 % des naissances se font par césarienne chaque année (CWEIA, 2018).

La pratique d'interventions obstétricales semble influencée par la perspective managériale de l'hôpital, où l'accouchement doit se dérouler dans un court laps de temps, ce qui amène les professionnel·le·s de la santé à privilégier diverses méthodes de déclenchement ou d'accélération du travail (ASPC, 2009; Jacques, 2007; Rivard, 2010; St-Amant, 2013). Structurant les services sociaux et de santé de la plupart des pays anglo-saxons depuis les années 1980, le managérialisme promeut la productivité à tout prix et est justifié par une idéologie néolibérale. La Nouvelle gestion publique (NGP) qui en découle est axé sur une vision consumériste des services publics, en plus d'« atomiser les rapports des citoyens avec l'État, contribuant ainsi à fragmenter le collectif et à créer des inégalités parmi les groupes » (Fortier, 2010, par. 7). Les réformes mises en branle au Québec depuis 2003 dans le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) s'inspirent de la NGP et exigent l'efficacité des gestionnaires et des professionnel·le·s, ce qui affecte la qualité tant des services que des conditions de travail des agents publics. (Fortier, 2010). Les travailleuses et les travailleurs sociaux œuvrant pour le RSSS ont critiqué vivement ces

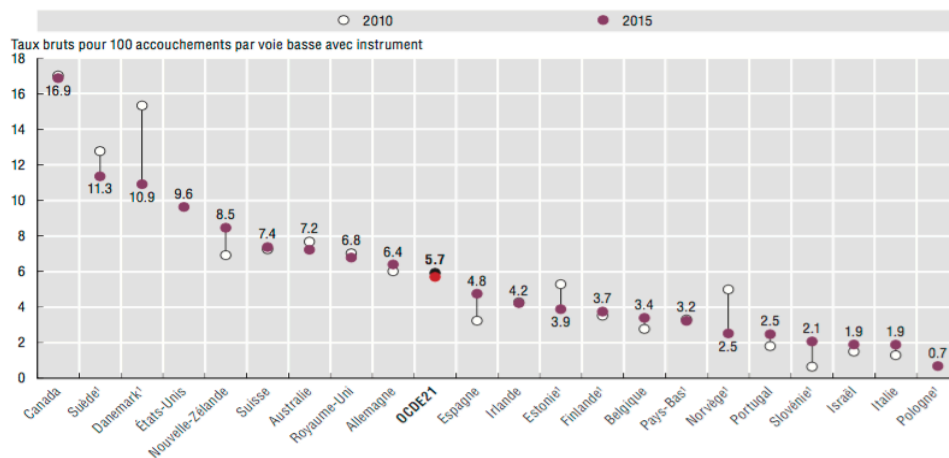
⁷ ASPC : Agence de santé publique du Canada.

⁸ ICIS : Institut canadien d'information sur la santé.

réformes, qui amènent des conflits de valeurs et de la détresse psychologique, en plus de porter atteinte à l'accessibilité des services (OTSTCF, 2018). Les personnes offrant des soins durant la période périnatale ne semblent pas échapper à ces réformes, se trouvant coincées dans une institution où le bien-être maternel et fœtal se calcule en chiffres.

Alors que les institutions de santé adoptent un discours de dangerosité dès qu'il est question d'enfantement, il est de plus en plus démontré que la sécurité des mères est souvent mise en danger par les pratiques ayant cours dans ces mêmes institutions. Par exemple, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2017) a choisi d'évaluer la sécurité des patientes en « examinant les cas potentiellement évitables de déchirures du périnée durant un accouchement par voie basse » (p.124). Les traumatismes obstétricaux (déchirure de 3^e ou 4^e degré) sont nettement plus élevés lors d'un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale. La figure qui suit (Figure 1) montre où se situe le Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE en ce qui a trait aux traumatismes physiques sexuels vécus par les mères.

Figure 1 : Traumatismes obstétricaux dans les accouchements par voie basse avec extraction instrumentale : données de l'OCDE



1. Taux basés sur des données de registre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Selon les données de l'OCDE, le Canada est donc champion des traumatismes obstétricaux, avec près de 17% de déchirures de 3^e ou 4^e degrés lors d'accouchements vaginaux opératoires. Le pays est même champion dans les déchirures lors d'accouchements par voie basse sans extraction instrumentale, ce qui est possiblement lié à d'autres pratiques médicales, comme la pratique de poussées dirigées en position de décubitus dorsal, soit allongée sur le dos (Paternotte, Potin, Diguisto, Neveu et Perrontin, 2012). Le taux de césarienne y est également assez élevé, plus du quart des naissances ayant eu lieu de cette façon en 2015. En guise de comparaison, la Finlande avait un taux de césarienne de 15.5 % la même année et environ 4 % des femmes y ont vécu un traumatisme obstétrical. Le gouvernement du Québec (MSSS, 2008) admet, dans sa Politique de périnatalité 2008-2018, que « la question de la médicalisation de la naissance [est] loin d'être résolue » (p.51), mais exprime la confiance que des changements sont possibles pour une humanisation des soins obstétricaux. Cependant, force est de constater que plusieurs des objectifs que le Québec s'était donné avec cette politique sont loin d'être atteints en 2018. Entre autres, la province souhaitait assurer l'offre de services sages-femmes dans toutes les régions du Québec afin qu'elles puissent offrir un suivi à 10 % des femmes enceintes. Or, seulement 4.2 % des naissances étaient accompagnées d'une sage-femme au Québec en 2016-2017 (ACSF⁹, 2018) ; c'est donc dire que presque la totalité des femmes enfantent toujours en milieu hospitalier, au sein d'un système où l'enfantement est considéré comme un événement dangereux et pathologique. Pourtant, près du quart d'entre elles souhaiterait donner naissance dans un autre lieu que l'hôpital (MSSS, 2008).

1.2 Violence obstétricale

L'émergence et l'évolution du concept de violence obstétricale seront expliquées et des informations concernant sa prévalence seront données. La satisfaction des mères face aux soins périnataux sera ensuite abordée et les manifestations et répercussions de cette forme de violence seront enfin présentées.

⁹ ACSF : Association canadienne des sages-femmes.

1.2.1 Émergence et évolution d'un concept

Le concept de violence obstétricale¹⁰ a émergé au début des années 2000 et a permis d'aborder la question des abus et du manque de respect envers les femmes en période périnatale¹¹. Selon de nombreuses chercheuses et dans plusieurs pays, la violence obstétricale est considérée comme une violence faite aux femmes. Pickles (2017) explique que « la violence obstétricale est une forme de violence de genre et prend place à des niveaux individuels et structurels » ([traduction libre], s.p.). Bien que certain·e·s soignant·e·s trouvent ce terme blessant ou choquant, l'utiliser signifie et a pour objectif de « prendre le point de vue et la perception des femmes » (Lahaye, 2018, p. 182). Cet aspect est essentiel afin de « reconnaître la valeur de l'expérience d'enfantement des femmes en tant que savoir *qui compte et devrait prévaloir à toute tentative de formalisation universalisante* » (St-Amant, 2013, p. 18).

C'est en Amérique latine que le concept s'est d'abord développé, « dans le cadre d'un questionnement sur la prise en charge de l'accouchement » (HCE, 2018, p. 48) issu d'un large mouvement de revendication pour l'humanisation des naissances, dans lequel les concepts de violence faite aux femmes (ou violence de genre) et de droits humains ont été particulièrement mobilisés (HCE, 2018). Le Venezuela (2008), l'Argentine (2009), une dizaine d'États du Mexique (2014) et l'État de Santa Catarina au Brésil (2017) ont adopté une position nationale face à ce phénomène. Des articles de loi y traitent clairement le problème de la violence obstétricale en tant que violence perpétrée envers les femmes (D'Gregorio, 2010 ; Molina, Patel, Scott, Schantz-Dunn et M. Nour, 2016; Vacaflor, 2016). Par exemple, l'article 6 de *l'Integral Law for the Sanction, Prevention and Eradication of Violence against Women* adoptée en Argentine en 2009 définit la violence obstétricale comme suit : « La violence obstétricale est celle exercée par le personnel de santé sur

¹⁰ Dans le cadre de ce projet de mémoire, les expressions « violence obstétricale », « manque de respect et mauvais traitements vécus par les femmes lors de l'accouchement » et « manque de respect et abus durant l'accouchement » seront utilisés comme synonymes.

¹¹ La période périnatale « s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant, ou dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an. » (MSSS, 2008). La période périnatale est reconnue comme étant un moment de vie empreint de vulnérabilité pour les femmes, tant en ce qui a trait aux dimensions biologiques que psychologiques, sociales ou cognitives (Hamelin-Brabant et coll., 2015). C'est durant cette période de vie demandant des efforts d'adaptation importants que les femmes sont susceptibles de vivre de la violence obstétricale.

le corps et les processus reproductifs des femmes, exprimée par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels »¹² (HCE, 2018, p.49). La définition légale adoptée au Venezuela deux ans plus tôt aborde les mêmes aspects, mais ajoute que la violence obstétricale a un impact négatif sur la qualité de vie des femmes en raison de la perte d'autonomie qu'elle engendre (D'Gregorio, 2010). Le code pénal du Chiapas, au Mexique, prévoit un emprisonnement de 2 à 3 ans pour toute personne qui utilise des techniques d'accélération du travail de la femme qui accouche sans son consentement libre et éclairé (HCE, 2018). De son côté, la loi votée contre la violence obstétricale au Brésil en 2017 présente une vingtaine d'infractions allant de l'attitude des soignant·e·s à l'absence de consentement libre et éclairé, en passant par les interventions non justifiées médicalement comme l'épisiotomie ou les touchers vaginaux en série. Il s'agit du seul article de loi qui aborde l'enfantement dans un environnement pénal et qui nomme explicitement que « garder les détenues menottées pendant le travail ou l'accouchement » est une violence obstétricale (HCE, 2018, p. 50). L'intérêt envers la violence obstétricale en Occident a émergé quelques années plus tard, soit vers 2014. En France, une prise de parole dans les réseaux sociaux a amené des thèmes directement liés aux violences obstétricales dans l'espace public, d'abord par des discussions en lien avec le « point du mari »¹³, dénoncé en tant que mutilation sexuelle par la chroniqueuse Isabelle Alonso. Le mouvement PayeTonUterus a ensuite suivi, amenant la publication de plus de 7 000 témoignages en moins de 24 heures, visant à dénoncer les comportements et les propos irrespectueux ou misogynes de professionnel·le·s de la santé, principalement des gynécologues. (HCE, 2018). Pickles (2017), dans une recherche postdoctorale portant sur l'aspect légal de la violence obstétricale au Royaume-Uni, explique que ce type de violence « est une violation des droits humains des femmes et de leur santé sexuelle et reproductive » ([traduction libre], s.p.). Au Québec, St-Amant (2013) a abordé la violence obstétricale dans sa thèse de doctorat en sémiologie et s'est attardée à démontrer l'« institutionnalisation de la violence envers le sexe et la sexualité féminines » (p.300) à travers la gynécologie et l'obstétrique. L'année suivante, le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR, 2018b) a mené des ateliers d'exploration et

¹² Traduction de l'espagnol proposée par le HCE.

¹³ La Fédération du Québec pour le planning des naissances (2014) définit le point du mari à partir de l'article d'Alonso : « Techniquement, il consiste, lors de la suture d'un périnée déchiré, ou d'une épisiotomie, à faire un dernier point supplémentaire pour resserrer l'entrée du vagin, et permettre, lors de l'intromission de Monsieur, un plaisir accentué. »

d'expression en lien avec les expériences de violence obstétricale et a publié un *zine*¹⁴ sur le sujet. Le regroupement a également participé aux réflexions entourant une recherche sur la violence obstétricale. Dans cette recherche, Lévesque, Bergeron, Fontaine, Beauchemin-Roy et Rousseau (2018) offrent une définition de la violence obstétricale, élaborée par une analyse conceptuelle à partir des écrits scientifiques. Les pratiques professionnelles et les gestes posés ou omis y sont abordés, ainsi que l'absence de consentement libre et éclairé. Les auteures mentionnent dans leur définition qu'il s'agit d'une « violence systémique [qui] crée et renforce les inégalités de pouvoir » (p. 230) et qui amène « de la souffrance et de la détresse chez les femmes » (p. 230). Il y est aussi expliqué que ce type de violence « entraîne une négation de leur agentivité reproductive, [qui] réfère aux capacités de réflexion, de planification et d'articulation des préférences et des choix des personnes quant à la grossesse et à l'accouchement, dans un contexte où sont présentes des relations de pouvoir ». (p. 225) L'Office québécois de la langue française a quant à lui intégré une fiche terminologique portant sur la « violence obstétricale » en 2018. Il y est spécifié qu'elle « porte atteinte à [la] dignité ou à [l']intégrité physique ou psychologique » des femmes qui la subissent. En France, le HCE (2018) propose cette définition :

Les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes » et qu'ils consistent en « des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant·e·s – de toutes spécialités – femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant·e·s (p.3).

Flynn, Damant, Bernard et Lessard (2016) rappellent elles aussi l'importance « de considérer la conséquence objective et non pas l'intention subjective derrière l'acte violent » (p.48) dans l'analyse des violences interpersonnelles et structurelles. À l'heure actuelle, des chercheuses s'attardent à étudier la violence obstétricale au Québec et certains travaux commencent à être publiés. Labrecque (2018), dans un mémoire de maîtrise en travail social visant à établir des liens entre des expériences négatives d'accouchement et la violence obstétricale, explique que « la

¹⁴ Il est possible de visualiser le *zine* à cette adresse :

<https://materniteetdignite.files.wordpress.com/2017/05/zine-maternite3a9-et-dignite3a9-pdf.pdf>

violence obstétricale est située à l'intersection d'une violence systémique et d'une violence de genre [et] 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 » (p.24). Dans sa définition, l'étudiante-chercheuse aborde différentes manifestations de la violence obstétricale, dont la pathologisation et la déshumanisation, mais aussi 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. Le tableau qui suit (Tableau 1) reflète une mise en commun des différents éléments se trouvant dans les définitions recensées dans les écrits.

Tableau 1 : Définition de la violence obstétricale

Résumé des DÉFINITIONS DE LA VIOLENCE OBSTÉRICALE à partir d'une recension des écrits	
Type de violence	La violence obstétricale est une forme de violence systémique perpétrée envers les femmes dans le cadre des soins obstétriques et exercée de façon intentionnelle ou non par les professionnel·le·s travaillant dans des institutions de santé, à travers un exercice abusif de pouvoir.
Manifestations et expression	La violence obstétricale s'exprime entre autres par une médicalisation abusive, par la pathologisation du processus physiologique et social de l'enfantement, par l'absence de consentement libre et éclairé et par la déshumanisation des personnes qui portent et mettent au monde un enfant.
Répercussions	La violence obstétricale a notamment un impact négatif sur la qualité de vie, l'autonomie, la santé sexuelle et l'agentivité reproductive des femmes. Elle porte atteinte à leurs droits humains et peut leur amener de la souffrance physique et psychologique.

1.2.3 Fréquence, nombre de personnes touchées

Selon Statistique Canada (2017), il y a près de 400 000 naissances au Canada chaque année (392 902 en 2015-2016). De ce nombre, bien que la profession de sage-femme soit légalisée depuis 1999 au Québec (OSFQ¹⁵, 2017), permettant des accouchements physiologiques à domicile ou en maison de naissances, la majorité des femmes (97,9 %) au Canada accouchent en milieu hospitalier ou en clinique médicale, selon l'ASPC (2009).

Concernant le phénomène de violence obstétricale en tant que tel, sa présence a été recensée dans de nombreux pays, mais pas la façon de la mesurer :

Même s'il existe des données scientifiques suggérant que le manque de respect et les mauvais traitements vécus par les femmes lors de l'accouchement en établissement de soins sont répandus, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus international sur la manière dont devraient être définis et mesurés ce manque de respect et ces mauvais traitements. Par conséquent, on ignore quelle est la prévalence de ceux-ci, leur impact sur la santé, sur le bien-être des femmes ou sur les choix qu'elles font. (OMS, 2014, p.2).

Au Québec, il n'existe aucune donnée explicite en ce qui a trait à la prévalence de la violence obstétricale. Les recherches connues ayant cours dans la province durant la rédaction de ce mémoire - de 2017 à 2019 - visent davantage à comprendre et à conceptualiser la violence obstétricale qu'à en établir la prévalence. Les dernières études et publications officielles sur la violence obstétricale au Québec et en France recommandent d'ailleurs la réalisation d'enquêtes de santé publique sur la satisfaction des femmes quant à leur suivi périnatal, afin d'établir la prévalence de la violence obstétricale (HCE, 2018; RNR, 2018a). L'importance d'une approche intersectionnelle pour guider cette démarche est soulignée par plusieurs autrices (Labrecque, 2018; Lahaye, 2018; RNR, 2018a).

1.2.4 Satisfaction et vécu des mères face à l'expérience des soins périnataux

Peu d'écrits s'intéressent quantitativement à la satisfaction des mères en regard de leur expérience des soins périnataux. L'étude la plus substantielle est l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM), réalisée par l'ASPC en 2009 auprès de 6421 femmes de 15

¹⁵ OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec.

ans ou plus. Elle aborde la satisfaction des répondantes à l'égard des soins périnataux au Canada. Celle-ci est globalement assez élevée : environ la moitié des femmes (53,8 %) ont signalé que leur expérience globale du travail et de l'accouchement était « très positive » et environ 7 % la qualifie d'« assez ou très négative ». Cela peut sembler peu, mais si on applique ce pourcentage aux 400 000 naissances annuelles du Canada, cela représente tout de même 28 000 personnes ayant une expérience négative de leur accouchement chaque année. S'attarder à comprendre les expériences difficiles ou négatives des femmes face aux soins périnataux permettrait de connaître les raisons de leur insatisfaction et développer des soins et services mieux adaptés à leurs besoins.

Les auteures de l'EEM (2009) mentionnent qu'il « est difficile de mesurer la satisfaction des femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement » (p.168), car ce dernier, même s'il est négativement vécu, est associé à un événement heureux - la naissance d'un enfant - ce qui amènerait les mères à « évaluer leur expérience de la grossesse et de l'accouchement, quelle qu'elle ait été, comme positive » (p.168). Le nombre réel de femmes étant insatisfaites de leur expérience pourrait donc être plus élevé. Bowser et Hill (2010) mentionnent quant à eux que les sondages de satisfaction ne peuvent pas arriver à mettre en relief les violences vécues lors de l'accouchement, parce que celles-ci sont souvent normalisées par une méconnaissance des participantes de leurs droits fondamentaux et par la culture médicale et les représentations sociales entourant la naissance. Le HCE (2018) rapporte aussi que « les femmes méconnaissent leurs droits » (p.5) en ce qui a trait au suivi gynécologique et obstétrical.

L'échantillonnage de l'EEM est également limité. En effet, il exclut les mères âgées de moins de 15 ans, vivant dans une réserve des Premières nations ou dans un établissement institutionnel qui ont donné naissance à plusieurs enfants (p. ex. : jumeaux) ou dont le nouveau-né est décédé, ainsi que celles ne vivant plus avec leur bébé. Il aurait pourtant été fort pertinent de connaître l'expérience de ces femmes, dont plusieurs sont reconnues comme étant les plus vulnérables face à la violence « non conjugale » (Statistique Canada, 2013). Les femmes des Premières nations sont souvent mises de côté dans les enquêtes nationales et dans les recherches universitaires, non seulement parce qu'elles sont difficiles à rejoindre, mais surtout parce que ces

institutions sont loin d'être décolonisées¹⁶. Elles nécessiteraient pourtant une attention particulière, étant donné les spécificités de leur expérience. En effet, elles sont souvent évacuées pour accoucher dans des centres urbains éloignés de leur milieu de vie, d'une façon coercitive et colonialiste, ce qui marginalise les savoirs expérientiels et ancestraux essentiels aux communautés (CWEIA¹⁷, 2018; Lawford, 2011). Transporter les mères hors de leurs territoires pour les faire accoucher selon les normes occidentales équivaut, selon Lawford, à coloniser les peuples autochtones dès la naissance :

The evacuation policy is thus more than physically transporting a woman with an occupied uterus. It represents the continued efforts to assimilate First Nations into "acceptable" semblances of a Euro-Canadian citizen, beginning with their first breath, which is taken on land that is not – or at least no longer, their own (2011, p.82)

Les femmes crie de la communauté de Eeyou Istchee vont dans le même sens que Lawford dans leur rapport publié en 2018 et déposé à la commission Viens (commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics), dans lequel elles dénoncent les expériences d'« ashtemhaagaanawao », qui signifie le mépris ou le manque de respect envers la vie. Elles y expliquent que le déni du caractère sacré de la naissance et l'évacuation systématique des mères pour les faire accoucher en milieu hospitalier loin de chez elles peut réactiver le traumatisme collectif intergénérationnel lié aux écoles résidentielles, en plus de continuer à perturber la formation d'une identité culturelle et d'empêcher la transmission de connaissances et de traditions. La stérilisation forcée de femmes autochtones au Canada et dénoncée depuis quelques années est un autre exemple de la particularité de la violence entourant la reproduction pour ces femmes. À ce sujet, une lettre ouverte a été écrite par plusieurs expert·e·s en 2019 et publiée par Radio-Canada. En voici un extrait :

Des centaines, voire des milliers, de femmes autochtones au Canada ont fait l'objet de stérilisations forcées et [...] ces pratiques mises en place dans certaines provinces et territoires canadiens [...] avaient pour but précis de contrôler le corps, la santé reproductive et le nombre d'Autochtones pour des raisons idéologiques [...] et économiques [...]. (Basil et coll., 2019, s.p.)

¹⁶ La décolonisation réfère à un « processus qui vise à déconstruire le pouvoir colonial dans les institutions, la culture, le langage et les perceptions » (traduction libre de Smith, 1999, p. 98).

¹⁷ CWEIA : Cree Women of Eeyou Istchee Association.

Dans l'organisation actuelle des soins périnataux s'adressant aux femmes autochtones, leur expérience d'enfantement apparaît donc teintée de colonialisme et mal adaptée aux besoins de leur communauté.

De leur côté, les femmes migrantes à statut précaire (c'est-à-dire nées dans un autre pays et ayant un statut migratoire qui n'est ni permanent ni garant ou n'ayant pas de statut régularisé) « ne sont pas couvertes ni par le régime fédéral, ni par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) [et] doivent souvent payer des coûts exorbitants et arbitraires pour les mêmes soins périnataux que reçoivent les femmes couvertes » (Clinique Internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde Canada, 2015, p.8). Les femmes ayant le statut « d'étudiants étrangers » ou étant conjointe d'un « étudiant étranger » ont aussi ce statut précaire limitant de façon importante leur accès aux soins de santé entourant la grossesse et l'accouchement au Québec (APÉtUL, 2017). Les coûts engendrés par un suivi de grossesse et d'accouchement peuvent aller jusqu'à 20 000 \$ et constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé. Cette injustice n'est pourtant abordée ni dans les recherches académiques, ni par les autorités gouvernementales concernées et consiste une atteinte importante aux droits humains tels que reconnus internationalement. (Clinique Internationale de défense des droits humains de l'Université du Québec à Montréal et Médecins du Monde Canada, 2015)

Ces quelques exemples démontrent que les femmes ne sont pas toutes égales face à la surveillance et à la prise en charge de l'accouchement et de la maternité et qu'il est donc pertinent de réfléchir au croisement des discriminations dans l'étude de la violence obstétricale.

1.2.5 Manifestations de violence obstétricale

Plusieurs recherches se sont attardées aux manifestations de violence obstétricale à travers le monde. Dans un article de 2002, D'Oliveira, Diniz et Schraiber présentent les violences dans le domaine de la santé reproductive et les catégorisent en quatre types : la négligence, la violence verbale, la violence physique et la violence sexuelle. Ces éléments peuvent être vécus durant toute la vie reproductive d'une femme, ce qui inclut la période périnatale. Bowser et Hill (2010) se sont quant à eux intéressés au manque de respect et à l'abus durant l'accouchement et

présentent, dans leur recherche, sept catégories pouvant agir simultanément et dans un continuum ([traduction libre], s.p.) :

1. abus physique;
2. soins sans consentement;
3. soins non-confidentiels;
4. soins sans dignité;
5. discrimination basée sur les caractéristiques de la patiente;
6. abandon de soins;
7. détention en établissement.

Ces catégories sont utilisées par l'Alliance du Ruban blanc, une organisation promouvant les droits de la femme enceinte à l'international (voir Annexe I). Forcer la femme à accoucher en position dorsale les jambes levées, modifier le processus naturel d'un accouchement en utilisant des techniques d'accélération du travail, procéder à une césarienne lorsqu'une naissance naturelle est possible, sans le consentement volontaire et éclairé de la femme, sont d'autres indicateurs de violence obstétricale se trouvant dans les écrits scientifiques (Bowser et Hill, 2010; Sadler et coll., 2016). Au Québec, Labrecque (2018) a travaillé à l'opérationnalisation de la violence obstétricale à partir d'une recherche qualitative portant sur des expériences négatives d'accouchement et propose les catégories et les indicateurs se trouvant dans le tableau se trouvant à la page suivante (Tableau 2).

Tableau 2 : Catégories et indicateurs de violence obstétricale (Labrecque, 2018)

CATÉGORIES		INDICATEURS
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	Violence physique	Gestes brusques/douloureux non nécessaires Ne pas combler un besoin physique (manger, boire, bouger) Ne pas soulager la douleur Restriction des mouvements
	Violence psychologique	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
	Médecine non basée sur les meilleures pratiques	Monitoring en continu Touchers vaginaux répétés Position d'accouchement imposée Séparation mère/bébé

La majorité des éléments rapportés par Labrecque, comme la violence physique et psychologique ou l'absence de consentement, se trouvent dans d'autres écrits (Bowser et Hill, 2010; HCE, 2018; Sadler et coll., 2016). Cependant, le phénomène d'invisibilisation qu'elle rapporte comme indicateur de violence psychologique n'est pas souvent abordé. Il fait écho à la notion de

négarion de l'autre faisant intrinsèquement partie de la violence institutionnelle selon Vidal (2004) :

Il s'agit d'une violence par absence de réponse, par ignorance de l'autre : rester sourd – ou aveugle – aux signaux de l'autre, ne rien voir, ne rien entendre, faire comme s'il n'existait pas, lui qui s'épuise à faire signe dans un désert de sens. Peut-être peut-on parler de cécité, ou de surdité psychique à l'autre. Dans des termes plus actifs, il s'agit d'une authentique entreprise de négation, ou de néantisation de l'autre, lorsque celui-ci subit la destitution de son statut de sujet parlant. (p. 3)

Cette invisibilisation s'exprime aussi par le peu de considération accordé à la parole des femmes, entre autres lorsqu'elles expriment de la douleur liée à des actes pratiqués durant le suivi obstétrique (HCE, 2018).

Le HCE (2018, p. 4) identifie, dans son récent rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, 6 types d'actes [...], dont certains relèvent des violences :

1. Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation;
2. Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes;
3. Injures sexistes;
4. Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente;
5. Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement;
6. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Les auteures expliquent en outre que ces actes prennent des formes variées et qu'ils « s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes » (HCE, 2018, p.3). Le caractère sexiste de la discipline médicale est central dans leur analyse de l'expérience des femmes.

Les actes exercés sans recueillir le consentement de la patiente sont relevés dans le document cité ci-haut, tout comme dans de nombreuses autres études (Bowser et Hill, 2010; Labrecque, 2018). La notion de consentement face à des actes médicaux intimement liés à la sexualité de la patiente - gynécologie et obstétrique - apparaît centrale dans l'étude de la violence obstétricale (HCE, 2018; Quéré, 2016). Au Québec, cet aspect est exploré par des chercheuses en ce qui concerne les touchers vaginaux pratiqués lors du travail et de l'accouchement et pour la pratique

de nombreuses interventions médicales, comme le déclenchement du travail et l'épisiotomie¹⁸ (Lévesque, Bergeron, Fontaine, Beauchemin-Roy et Rousseau, 2016; Rivard, 2010; St-Amant, 2013). L'absence de consentement est aussi nommée en ce qui concerne l'utilisation de l'anesthésie péridurale (Jacques, 2007). En outre, l'absence de consentement libre et éclairé est rapportée dans de nombreuses études ayant été menées dans des pays industrialisés (France : Quéré, 2016 et Jacques, 2007; Québec : Lévesque, Bergeron, Fontaine, Beauchemin-Roy et Rousseau, 2016; Royaume-Uni : Menage, 1993), alors que le consentement est censé être légalement nécessaire à toute intervention médicale. En effet, selon le Ministère de la justice du Québec, « des soins médicaux ne peuvent être donnés à une personne que si elle, ou une personne habilitée à agir en son nom, y a consenti » (2017, paragr.3). Il semble donc y avoir « un écart marqué entre les pratiques médicales, la loi et les droits humains des personnes portant et mettant au monde un enfant » ([traduction libre] Pickles, 2017, s.p.). Dans sa thèse doctorale traitant du consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois, Cadorette (2006) explique que « la femme qui accouche, fatiguée et en douleur, n'est certainement pas placée devant une situation où elle peut négocier à armes égales avec un médecin possédant la connaissance médicale » (p. 127). L'auteure liste les nombreux aspects pouvant mener à l'altération ou à l'absence du consentement des femmes qui accouchent. Ces aspects vont de la pression venant du personnel soignant qui manipule l'information, à la vulnérabilité de la patiente dû au contexte, le tout prenant place dans des relations de pouvoir influencées par une hiérarchisation des savoirs.

1.2.6 Répercussions de la violence obstétricale

L'OMS (2014) mentionne que l'accouchement est un moment de vulnérabilité durant lequel peuvent se produire un manque de respect ou des mauvais traitements envers les femmes, dont les impacts négatifs sont ressentis tant par la mère que par le bébé. Les abus et les mauvais traitements dans les systèmes de santé sont des facteurs pouvant dissuader les femmes d'utiliser les services de santé obstétricaux (Bowser et Hill, 2010; Kujawski et coll., 2015; Vacaflor, 2016) et même les inciter à choisir d'avoir un accouchement à domicile non-assisté (Freeze, 2008). Au Québec, une recherche qualitative et exploratoire publiée en 2016 (Lévesque, Bergeron,

¹⁸ Épisiotomie : Section chirurgicale du périnée à partir de la commissure postérieure de la vulve, destinée à agrandir l'orifice vulvaire et à faciliter la sortie du fœtus (Thésaurus du Gouvernement du Québec, 2016).

Fontaine, Beauchemin-Roy et Rousseau) a permis d'identifier des répercussions de la violence obstétricale sur des femmes en ayant fait l'expérience, à partir des observations d'intervenantes œuvrant dans le milieu communautaire en périnatalité. Ces répercussions étaient notamment : un sentiment de détresse et d'isolement, un état de stress post-traumatique, une atteinte à l'estime de soi et au sentiment de compétence, des difficultés à s'attacher à l'enfant, l'évitement d'autres grossesses pour ne pas revivre de la violence obstétricale, le désir de revivre une autre grossesse pour réparer le trauma, l'évitement du système de santé et la perte de confiance envers les professionnel·le·s de la santé.

Une recherche effectuée auprès de femmes vivant au Royaume-Uni rapporte que 30 % d'entre elles qualifient leur expérience d'accouchement comme traumatique et la même proportion présente partiellement les symptômes d'un trouble d'état de stress post-traumatique (TESP¹⁹) en lien avec leur accouchement (Ford, 2008). Un accouchement vaginal opératoire²⁰ et une césarienne d'urgence sont rapportés par Söderquist, Wijma et Wijma (2002) comme des facteurs de risque importants dans le développement d'un TESP relié à l'accouchement. Comparativement aux femmes ayant vécu un accouchement vaginal naturel, celles ayant eu un accouchement vaginal opératoire ont 6,3 fois plus de risques de vivre un TESP, alors que celles ayant eu une césarienne d'urgence, 4,8 fois plus.

Bien que moins récente, l'étude de Menage (1993) présente 30 femmes ayant un TESP lié à un accouchement, dont près de la moitié des troubles, soit 14, sont associés exclusivement à l'expérience obstétricale. Les propos rapportés dans cette recherche abordent l'expérience subjective des femmes. En effet, les participantes parlent d'expériences « dégradantes et pénibles » ou « déshumanisantes et douloureuses ». La chercheuse explique que les mots employés par les femmes interrogées semblent faire référence à une expérience d'agression

¹⁹ Le terme Trouble État de Stress post-traumatique (DSM-IV) sera utilisé indistinctement des termes employés par les divers auteurs, afin d'avoir une cohérence dans la section abordant cette réalité.

²⁰ La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2004) explique que l'accouchement vaginal opératoire « fait référence à l'accouchement assisté par forceps ou ventouse obstétricale ».

sexuelle : « It felt undeniably like rape » (p.223), « I came away hurting and feeling violated »²¹ (p.226). Ce lien entre les mauvais traitements vécus pendant l'accouchement et la violence sexuelle a aussi été exposé par St-Amant (2013) dans sa thèse de doctorat, particulièrement en ce qui a trait à certaines interventions mutilantes comme l'épisiotomie et les points resserrés qui peuvent suivre, représentant l'« appropriation sadique du corps maternel et de l'acte procréateur » (p.342) par le corps médical. Le RNR (Séguin, Pino et Fontaine, 2017) a quant à lui dénoncé la violence sexuelle en lien avec les soins obstétricaux dans une lettre ouverte intitulée « Quand la culture du viol s'imisce dans la salle d'accouchement » lors de la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté. La violence sexuelle dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement semble liée à « l'insuffisante prise en compte du caractère particulièrement intime » (HCE, 2018, p.4) des consultations obstétricales, durant lesquelles des gestes sont directement pratiqués sur des parties sensibles du corps des femmes (pénétration vaginale par les doigts d'un·e professionnel·le de santé ou des instruments, toucher des seins, etc.) et dans un contexte de vulnérabilité (sexe exposé à la vue, nudité, etc.) (HCE, 2018). Mais pourquoi le sexe des femmes devient-il donc asexué lorsqu'il s'agit de mettre au monde un enfant? Pourquoi ce « refoulement du sexuel de la naissance » (St-Amant, 2013, p. 4344) ? Rouillier (2015) rapporte dans son mémoire en anthropologie que la médecine moderne aborde le corps en le morcelant et en évacuant sa dimension socio-affective et qu'un aspect souvent mis de côté est que « le sexe et la naissance sont inextricablement liés » (p.16), la naissance représentant le « moment culminant de la sexualité » (p. 16). St-Amant (2013) s'étonne quant à elle de « l'invisibilisation acquise du caractère sexuel de la scène natale, qui fait en sorte que le commun des praticien·ne·s, même la plus sensible, considère comme asexués des gestes à la symbolique sexuelle explicite » (p.348). La chercheuse explique aussi le morcèlement abordé par Rouillier, détaillant les dispositifs physiques permettant aux professionnel·le·s de la santé de faire comme si le sexe palpé, touché ou examiné n'appartenait à personne (mise en place d'un drapé cachant le reste du corps de la femme, cadrage photos dans les manuels de formation, etc.), afin d'éliminer toute disposition pouvant connoter sexuellement la situation. St-Amant (2013) explique dans sa thèse que la reconnaissance de la dimension sexuelle de l'enfantement est nécessaire à l'humanisation réelle de l'accouchement et qu'elle contribuerait à la prévention de l'accouchement traumatique.

²¹ « Je me suis réellement sentie violée », « J'en suis sortie blessée, avec le sentiment d'avoir été violée ». (traduction libre de l'auteure)

Les conséquences de la violence obstétricale dans la vie des personnes qui portent et mettent au monde un ou des enfants sont graves et nombreuses. Heureusement, l’OMS souligne dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002) qu’il « est possible de prévenir la violence et que la santé publique a un rôle essentiel à jouer dans les mesures qui seront prises pour s’attaquer à ses causes et remédier à ses conséquences » (p.ix). La violence obstétricale n’est donc pas une fatalité et il est possible d’y remédier.

1.3 Objectifs de la recherche

Il semble y avoir un consensus dans les écrits scientifiques en ce qui a trait au caractère systémique, sexiste et interpersonnel de la violence obstétricale, qui a été définie dans plusieurs pays. Les regroupements et les chercheur·e·s utilisant ce concept l’inscrivent dans un contexte historique de médicalisation et de pathologisation de la naissance. Les manifestations de la violence obstétricale sont variées, bien que certains éléments semblent revenir plus souvent dans la recension des écrits, dont l’absence de consentement libre et éclairé, le manque de respect, l’intrusion dans l’intimité et la médicalisation abusive. Les répercussions de ce phénomène sont par contre faiblement documentées et sa prévalence ne l’est pas du tout.

La violence obstétricale a jusqu’à maintenant été abordée surtout comme une violence exercée par les professionnel·le·s de la santé. Au-delà des définitions proposées par certains cadres légaux, les aspects systémiques, symboliques et institutionnels sont peu approfondis dans les écrits consultés. La façon dont la violence obstétricale se met en place et est incarnée par les institutions de santé elles-mêmes est peu étayée dans les écrits, bien que quelques chercheuses et militantes abordent cet aspect (Labrecque, 2018; Lahaye, 2018). Un cadre d’analyse féministe intersectionnel permettra de s’attarder aux différentes dynamiques de pouvoir entrant en jeu dans la salle d’accouchement, ce qui dépassera le simple aspect interpersonnel des relations avec les soignant·e·s pour l’intégrer dans une analyse plus large.

Ainsi, l'objectif principal de recherche est de *comprendre les expériences de violence obstétricale vécues en milieu hospitalier au Québec à l'aide d'une analyse intersectionnelle*. Les sous-objectifs sont de :

- Comprendre l'expérience telle que vécue par les participantes (perception des événements, émotions ressenties, répercussions dans leur vie);
- Connaître les manifestations de violence obstétricale vécues par les participantes (émergentes ou en lien avec les indicateurs existant déjà dans les écrits);
- Comprendre les rapports de pouvoir prenant place dans les expériences d'accouchement.

La recherche vise ainsi à contribuer à l'avancement des connaissances en documentant des expériences de violence obstétricale, telles que vécues dans le contexte québécois actuel, par une mise en valeur de la parole des principales personnes concernées (expertes de vécu) : les femmes qui mettent au monde un ou des enfants.

1.4 Pertinence scientifique, sociale et disciplinaire de la recherche

La recension des écrits a permis de constater que la violence obstétricale est peu étudiée au Canada, mais attire l'attention de plusieurs organismes et regroupements à l'échelle internationale (RNR, White Ribbon Alliance, etc.). L'OMS (2014) affirme qu'« un travail important de recherche est nécessaire afin de mieux définir, mesurer et comprendre le manque de respect et les mauvais traitements contre les femmes durant l'accouchement, en vue de les prévenir et les éliminer » (p.2). La France a contribué récemment à cet effort en 2018. En effet, le HCE a publié un rapport étoffé sur le sexisme en gynécologie et en obstétrique qui recommande que « la recherche académique sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » (HCE, 2018, p.11) soit encouragée et financée par l'État.

Les écrits scientifiques traitent principalement de la périnatalité d'un angle médical (santé sexuelle et génésique), mais très peu d'un point de vue social (droits humains, expérience vécue, etc.). Les recherches féministes occidentales ont quant à elles abondamment abordé la santé reproductive des femmes (contraception, avortement, etc.), mais se sont peu intéressées à la gynécologie et à l'obstétrique jusqu'à maintenant (Négrié et Cascales, 2016; Quéré, 2016). Pourtant, l'histoire de

la médecine gynécologique et obstétricale « témoigne d'une volonté conjointe de l'Église, de l'État et d'un pouvoir masculin d'affirmer leur autorité sur un aspect du corps des femmes qu'ils ne contrôlent pas : l'accouchement » (HCE, 2018, p. 80). Depuis quelques années, comme le démontrent les nombreuses initiatives internationales de recherche et d'action envers la violence obstétricale, la politisation de l'espace privé tend cependant à vouloir traverser la porte du cabinet médical gynécologique et obstétrique (Bowser et Hill, 2010; FIGO²² et coll., 2015; HCE, 2018). La violence obstétricale apparaît de plus en plus en tant qu'enjeu social dans l'espace public en Europe et en Amérique du Nord, tant dans les médias populaires et alternatifs (AJ+,2018; Beauchamp, Leroux et Basaïh, 2018; Lahalle, 2018; St-Yves, 2018) que dans des publications étoffées de militantes offrant une analyse critique de l'enfantement contemporain (Lahaye, 2018; Négrié et Cascales, 2016). L'autonomie des femmes, leur autodétermination et leur pouvoir d'agir (agentivité) sont affectés par la violence obstétricale (Lévesque, Bergeron, Fontaine, Beauchemin-Roy et Rousseau, 2018; Vacafior, 2016). Il s'agit de valeurs fondamentales dans l'exercice du travail social (OTSTCFQ²³, 2017). Celles-ci sont reconnues par l'OMS (2018b) comme étant essentielles et devant être intégrées dans les systèmes de santé en ce qui a trait à l'accouchement.

Bowser et Hill (2010) et Pickles (2017) reconnaissent que les principes de droits humains sont à la base de soins respectueux et non abusifs en périnatalité et relèvent que les initiatives politiques et légales visant à protéger ces droits en regard de la maternité sont absentes dans de nombreux pays, ou encore faiblement appliquées. L'OMS (2014) mentionne que « les mauvais traitements, la négligence ou le manque de respect, lors d'un accouchement, peuvent équivaloir à une violation des droits civils fondamentaux des femmes, tels que définis dans les standards et les principes des traités internationaux relatifs aux droits de la personne » (p.1-2). Il est ainsi nécessaire que le domaine du travail social s'attarde à la défense des droits des femmes en ce qui concerne l'enfantement, puisque « les droits de la personne et la justice sociale sont les fondements de l'exercice du travail social » (ACTS²⁴, 2017, parag. 2). C'est pourquoi cette

²² FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics.

²³ Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

²⁴ ACTS : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.

recherche vise à développer les connaissances sur la violence obstétricale en adoptant une approche de recherche en cohérence avec ces valeurs.

Rendre accessibles des récits traitant d'expériences concrètes vécues par des femmes vise à mieux comprendre cette forme de violence, ce qui pourra contribuer à la prévenir et à l'éliminer. Puisqu'« une expérience positive de l'accouchement peut améliorer l'adaptation au rôle parental [et] influencer sur l'autogestion positive de la santé » (ASPC, 2009, p. 168), travailler à l'humanisation des soins entourant l'enfantement aura un effet non seulement sur le bien-être des mères, mais aussi sur toute leur famille. Cette recherche permettra en outre de mieux cibler les besoins des personnes qui portent et mettent au monde un ou des enfant·s, ce qui pourra éventuellement mener à la création de services adaptés. Des services d'intervention psychosociale (p. ex. : groupe de soutien) pourraient notamment être développés pour les femmes ayant vécu une expérience de violence obstétricale. Des mesures de prévention seraient également pertinentes à mettre en place, tels que des ateliers de conscientisation auprès des futur·e·s professionnel·le·s de la santé.

Chapitre 2 : Cadre théorique

La perspective théorique choisie pour cerner le problème de la violence obstétricale est de nature féministe, ce qui permet d'analyser ce phénomène en tant que violence perpétrée envers les femmes, à l'instar de la perspective adoptée dans les pays latino-américains ayant mis en place des lois à ce sujet (D'Gregorio, 2010; HCE, 2018; Molina et coll., 2016; Vacaflor, 2016). Ce chapitre présente l'épistémologie féministe et intersectionnelle, qui aborde le savoir de façon critique et remet les expériences des femmes au cœur des démarches de recherche. L'idée que la violence obstétricale est un enjeu féministe intimement lié à la pertinence d'une approche intersectionnelle est aussi développée.

2.1 Posture épistémologique

Collins explique que les choix épistémologiques ne sont pas secondaires en recherche, puisqu'ils concernent « qui croire, que croire et pourquoi une chose s'avère » (2016, p. 385). Cela amène certaines vérités à être considérées comme étant davantage valables que d'autres et ces choix sont liés à une prise de position ainsi qu'à un certain point de vue. L'épistémologie, soit la théorie globale du savoir, est ainsi loin d'être apolitique.

La remise en question méthodologique et épistémologique est centrale dans le développement des théories féministes depuis le XIXe siècle ; le savoir dominant et la prétendue objectivité de la science y sont fortement confrontés (Dorlin, 2008). Ainsi, les chercheuses féministes ont depuis quelques décennies construit la légitimité de leur approche sur des postures épistémologiques réarticulant « le rapport entre objet d'étude et sujet de connaissance autour d'une praxis intégrant le projet politique féministe au projet scientifique » (Charron et Auclair, 2016, p. 1). L'épistémologie du point de vue (*standpoint theories*) démontre l'importance fondamentale « d'être à l'écoute des savoirs produits en dehors des savoirs consacrés, [expliquant qu'] il faut réfléchir à partir de vies marginalisées ; c'est-à-dire exiger des sciences une ouverture constante aux positions/visions minoritaires » (Clair, 2006, paragr. 15). De son côté, la pensée féministe noire a été développée par des femmes afroaméricaines, en réaction au féminisme « blanc » mettant trop souvent de côté les réalités des femmes racisées (Collins, 2016). Pour les

féministes de ce courant, le développement d'une pensée intellectuelle et critique est davantage associé à une « lutte consciente et constante » (Collins, 2016, p.55) des femmes qu'au travail universitaire. Cette posture nécessite de considérer la voix de femmes de multiples horizons ; de femmes qui « ne sont pas uniquement des sources de témoignages pour la recherche, mais [...] capables de réflexivité sur leur situation et d'agentivité dans des circonstances extrêmement difficiles » (Lamoureux dans Collins, 2016, p.13). L'approche intersectionnelle accorde une place centrale au sujet - à la personne concernée - et l'expérience vécue y est perçue « comme critère de crédibilité » (Collins, 2016, p. 393). Concrètement, l'épistémologie féministe noire présentée par Collins (2016, p.392-404) comprend quatre dimensions :

1. Le vécu comme critère de signification (avoir vécu une situation amène davantage de crédibilité qu'y avoir seulement réfléchi);
2. L'utilisation du dialogue dans l'évaluation du savoir (les liens et les échanges entre personnes de la communauté permettent de valider le savoir);
3. L'éthique du *care* (la validation du savoir est permise par l'expressivité et l'unicité des individus, les émotions exprimées donnant de la validité aux propos tout comme la capacité d'empathie);
4. L'éthique de la responsabilité personnelle (l'histoire de vie et l'intégrité de la personne produisant du savoir est un critère de sens).

L'engagement de la personne produisant du savoir est ainsi central dans l'épistémologie féministe intersectionnelle, que ce soit par le fait de vivre concrètement une situation ou par l'engagement dans des luttes pour le changement. Cet aspect politique de la posture féministe en recherche est abordé par de nombreuses auteures. En effet, la caractéristique première de la théorisation féministe « est d'être ancrée dans le mouvement féministe, [...] puisqu'elle est une émanation plus ou moins directe, selon les lieux et les époques, de ce mouvement social » (Clair, 2016, paragr. 6). Ainsi, approcher l'objet de recherche avec un angle d'analyse féministe implique une « orientation thématique (étude de thèmes féminins), [une] orientation idéologique (hypothèse de domination de la femme), et [une] orientation politique (désir d'égalité et lutte pour le changement) » (Mayer et Ouellet, 2000, p.311). Positionner un travail de recherche selon cet angle nécessite la reconnaissance et la revendication d'un fondement nécessairement associé aux luttes politiques (Clair, 2006). Dans un souci de transparence et d'expression de ma subjectivité de chercheuse comme élément de validation du savoir, je dois partager la source de ce processus de recherche portant sur la violence obstétricale. En effet, ce projet d'études fait suite à mon expérience de l'enfantement et à mes implications politiques bénévoles pour l'humanisation des naissances depuis une dizaine d'années (représentation citoyenne pour l'accès aux services sages-

femmes, accompagnements à la naissance, implication pour la Semaine mondiale de l'accouchement respecté, etc.). J'ai été témoin, dans ce parcours, de nombreuses démonstrations concrètes de violence envers les femmes en milieu hospitalier (épisiotomies sans consentement, infantilisation, invisibilisation, etc.) et l'indignation face à cette violence, conjuguée à la culture du silence qui l'entoure, m'a donné l'élan pour mener cette recherche. Celle-ci est donc élaborée/ conduite *en tant que lutte*, dans le but de contribuer au changement des pratiques et de l'organisation sociale favorisant la domination des femmes en contexte périnatal.

2.2 La violence faite aux femmes : un enjeu féministe

Les mouvements féministes ont rendu visibles les violences envers les femmes et en ont politisé les enjeux, entre autres avec le slogan « Le privé est politique », dans les années 1960-1970 (Dorlin, 2008). La conscientisation collective face à l'enjeu majeur et jusque-là tabou de la violence envers les femmes, entre autres dans la sphère domestique, a amené la communauté internationale à adopter une déclaration officielle dans les années 1990 (Roca i Escoda, Delage et Chetcuti-Orovitz, 2018). Ainsi, l'Organisation des Nations Unies (ONU, 1993) explique dans cette déclaration que la violence à l'égard des femmes concerne « tous [les] actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (p. 343). Les femmes peuvent vivre différents types de violence pendant la période périnatale ; la violence conjugale vécue par les femmes enceintes est d'ailleurs bien documentée (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor et Cantin, 2000). Mais au-delà de la dimension domestique, la perspective féministe amène à penser les violences envers les femmes « dans l'ensemble des rapports de domination et d'inégalité entre hommes et femmes [qui] constituent alors des violences structurelles » (Roca i Escoda, Delage et Chetcuti-Orovitz, 2018, paragr. 8).

Sur le plan du droit, deux perceptions sont en tension en lien avec la violence de genre. D'une part, les structures étatiques et juridiques peuvent renforcer et reproduire les logiques de domination masculines par leur inaction et leur prétendue neutralité. D'autre part, ces mêmes structures peuvent être mobilisées pour défendre l'égalité et pénaliser les violences envers les

femmes et donc permettre certaines avancées sociales (Roca i Escoda, Delage et Chetcuti-Orovitz, 2018), comme ce fut le cas spécifiquement pour la violence obstétricale dans plusieurs pays d'Amérique latine depuis les années 2000 (voir section « Violence obstétricale : émergence et évolution d'un concept »).

En ce qui a trait à la violence envers les femmes, force est de constater que « les femmes ne sont pas égales devant la violence » et que des facteurs de vulnérabilité autres que le sexe ont une incidence sur ces expériences (Rinfret-Raynor et Lesieux, 2014, p.3). Afin d'aborder les oppressions imbriquées que peuvent vivre les femmes, la juriste américaine Kimberlé Crenshaw a proposé de cartographier les marges dans lesquelles elles peuvent se retrouver (Crenshaw et Bonis, 2005). Elle a développé un cadre d'analyse visant à comprendre le phénomène de violence conjugale tel que vécu par des femmes racisées aux États-Unis (Bilge, 2009) et s'est inscrite dans un large mouvement visant à faire reconnaître les intersections possibles entre les oppressions. Il s'agit d'un exemple d'application du concept d'« intersectionnalité », utilisé pour la première fois en 1978 dans le manifeste du Combahee River Collective. Ce collectif de Féministes Noires y déclarait que « toutes les formes d'oppression sont liées et ne peuvent être séparées ou hiérarchisées » (Breines, 2006, parag. 65).

2.3 Intersectionnalité

Comme le résume Bilge (2015), « il n'y a pas de définition de taille unique (*one-size-fits-all*) de l'intersectionnalité ni [de son] application – une telle attente universaliste va contre l'esprit de l'intersectionnalité » (parag. 15), qui se redéfinit perpétuellement en fonction de ses champs d'application. Collins, théoricienne phare du féminisme noir et de l'intersectionnalité (Bilge, 2009), ajoute que la définition de ce concept est loin d'être claire, bien qu'il existe un « consensus général selon lequel l'intersectionnalité fait référence à l'idée que la race, la classe, le genre, la sexualité, l'ethnicité, la nationalité, les capacités et l'âge n'opèrent pas de façon unilatérale et en tant qu'entités exclusives, mais agissent plutôt de façon imbriquée » ([traduction libre] Collins, 2015, p.2), ce qui contribue à façonner un système complexe d'inégalités sociales. Selon Carbado, Crenshaw, Mays et Tomlinson (2013), le terme « intersectionnalité » réfère à la fois à une posture, à une méthode de recherche et à un outil d'analyse et de découvertes scientifiques. L'analyse

intersectionnelle est balisée par les théories postcoloniales, postmodernes, poststructuralistes, antiracistes et *queer* (Bilge, 2009; Maillé, 2014). Pour Bilge (2015), il s'agit avant tout d'une « analytique du pouvoir » (p. 15).

Il est généralement admis que l'intersectionnalité est issue du mouvement féministe noir (*black feminism*) aux États-Unis (Bilge, 2009; Harper, 2012), bien que la pensée intersectionnelle tire ses origines de résistances exprimées par des femmes de diverses origines dès le XIXe siècle (Collins, 2016). Au début des années 1980, l'ethnocentrisme et l'hégémonie du féminisme dit « de deuxième vague²⁵ » a été fortement critiqué ; Angela Davis et bell hooks ont été des figures marquantes de ce mouvement de contestation. Pour ces militantes, comme pour la philosophe Judith Butler, il apparaît inconcevable de hiérarchiser les oppressions et de concevoir le genre comme seul élément central de l'identité (Baril, 2007). Butler (2005), figure marquante du féminisme dit « de 3^e vague », explique dans *Trouble dans le genre* - un des textes fondateurs des théories *queer* - que « le genre est partie prenante de dynamiques raciales, de classe, ethniques, sexuelles et régionales où se constituent discursivement les identités [et que] par conséquent, il devient impossible de dissocier le genre des interstices politiques et culturels où il est constamment produit et reproduit ». Un féminisme inclusif a alors été revendiqué : un féminisme qui tiendrait compte de tous les rapports de domination, tant par rapport au système colonialiste et capitaliste qu'à l'hétéronormativité ambiante (Butler, 2005; Corbeil et Marchand, 2006). Afin de tenir compte de l'imbrication de ces oppressions dans les milieux académiques, des théoriciennes ont proposé des modèles de mise en application de l'intersectionnalité. Patricia Collins, notamment, a introduit l'idée de « matrice des oppressions » en 1990 (Corbeil et Marchand, 2006). Kimberlé Crenshaw, de son côté, a employé l'intersectionnalité comme

²⁵ L'histoire du féminisme est souvent résumée en la succession de trois vagues importantes. La première vague a eu lieu dans un contexte de féminisme matérialiste et réfère au « mouvement qui [visait] à l'élargissement de la sphère publique des femmes à partir d'une reconstruction des valeurs et qualités alors associées au genre féminin », dont l'obtention du droit de vote (Cohen et Villeneuve, 2013, p. 1). La deuxième vague est marquée par une volonté de rupture (Lamoureux, 2006) ; elle a permis de « développer de nouveaux enjeux politiques et est parvenu à « politiser » certains enjeux déjà présents, quoique sous un mode mineur, dans le féminisme de la première vague, comme le corps et la sexualité » (Lamoureux, 2006, p. 60). La troisième vague du féminisme inclut les théories intersectionnelles et *queer* et revendique « la possibilité d'une radicalisation du féminisme » en réaction à une part du féminisme s'étant institutionnalisé au cours de la deuxième vague (Lamoureux, 2006, p. 70). Penser l'histoire du féminisme en termes de vagues peut cependant être réducteur et occulter les différentes initiatives et les mouvements féministes variés ayant traversé le temps (Blais, Fortin-Pellerin, Lampron et Pagé, 2007).

concept d'appoint faisant le pont entre les politiques contemporaines et la théorie postmoderne (Bilge, 2009). La parution de son texte « Mapping the margins : Intersectionality, Identity, Politics, and Violence against Women of color » marque l'intégration des réflexions sur les oppressions imbriquées par le milieu universitaire (Collins, 2015). Selon Bilge (2009), Collins présente quant à elle l'intersectionnalité comme un « paradigme alternatif à l'antagonisme épistémologique positivisme/modernisme qui fait partie des dichotomies structurant l'épistémologie occidentale » (p.48-49).

En émergence aux États-Unis dans les années 1980, l'analyse intersectionnelle comme paradigme n'est cependant apparue que vers les années 2000 dans les pays occidentaux francophones (Maillé, 2014). L'utilisation de l'intersectionnalité pour analyser les violences vécues par des groupes sociaux minorisés est maintenant de plus en plus populaire en recherche (Corbeil et Marchand, 2006). Aujourd'hui, la perspective intersectionnelle « donne l'occasion de déceler de nouvelles formes d'oppression » (Anthias, 2014, p.58), en analysant tant l'aspect identitaire des individus se retrouvant à l'intersection de divers statuts que les aspects structurels des systèmes d'oppressions imbriquées (Anthias, 2014). Ainsi, la discrimination basée sur le sexe est aujourd'hui étudiée en relation avec les discriminations ou les oppressions vécues à d'autres égards et non plus en silo comme c'était le cas auparavant (Harper, 2012).

En recherche, le défi d'une approche intersectionnelle consiste à procéder à une analyse portant tant sur les niveaux microsocial que macrosocial, sans en approfondir un au détriment de l'autre. D'un point de vue microsocial, il s'agit de tenir compte des catégories sociales et de la façon dont elles se croisent et créent des configurations uniques. Avec une vision macrosociale, on doit plutôt interroger « les manières dont les systèmes de pouvoir sont impliqués dans la production, l'organisation et le maintien des inégalités » (Bilge, 2009, p. 73).

L'intersectionnalité permet d'étudier la violence envers les femmes, entre autres grâce à l'analyse de l'organisation du pouvoir dans la société, telle qu'abordée par Patricia Hill Collins. L'autrice s'est en effet intéressée à cet aspect en élaborant le concept de matrice de la domination, qu'elle

définit comme « l'organisation générale des relations de pouvoir hiérarchique dans une société » (Harper, 2012, p.7), et celui d'intersectionnalité, qui désigne pour elle « les formes particulières que prennent les oppressions imbriquées dans l'expérience vécue des individus » (Bilge, 2009, p. 73). Au-delà de ces deux concepts, elle préconise l'intégration de quatre domaines de pouvoir interreliés, dans lesquels prennent place ces systèmes d'oppression. Il s'agit des domaines des pouvoirs structurel, disciplinaire, interpersonnel et hégémonique. À partir du livre *La pensée féministe noire* de Collins (2016) et d'un texte de Harper (2012) qui résume ces domaines, ces derniers sont présentés et une première mise en relation avec le concept de violence obstétricale est formulée.

Collins applique ce modèle à l'analyse de situations vécues par les femmes afroaméricaines et tient donc particulièrement compte des aspects sexués et racialisés présents dans les situations. Dans le cadre de cette recherche, les participantes, bien que partageant toutes une forme d'oppression liée au sexe, ont des profils variés. Il apparaît donc nécessaire de tenir compte d'autres formes d'oppressions pouvant également se présenter et s'enchevêtrer, que ce soit en lien avec la couleur de peau, l'orientation sexuelle, la nationalité, la langue parlée, l'âge, le handicap ou tout autre facteur pouvant être vécu concrètement par un individu ou un groupe de personnes. La prise en compte de l'intersection entre les formes d'oppression selon ces différentes formations sociales (terme employé par Bilge, 2015) permet de prendre en considération la vulnérabilité accrue de certaines femmes face à la violence en milieu de soins. En effet, la violence obstétricale est encore plus fréquente et représente une expérience plus complexe chez les femmes vivant des oppressions imbriquées (Bowser et Hill, 2010; RNR, 2015;). Les formations sociales abordées par les participantes seront donc prises en compte dans l'analyse de façon transversale.

Le domaine de pouvoir structurel réfère « à la manière dont les systèmes et les institutions travaillent ensemble, de par leurs procédures et politiques, pour maintenir l'inégalité et exclure les populations marginalisée » (Harper, 2012, p.7). Il inclut notamment les médias d'information, les institutions, les politiques sociales et le système légal (Collins, 2009). Le domaine structurel, appliqué à la violence obstétricale, permet de se demander si les politiques publiques et les

institutions de santé collaborent à la subordination des femmes. Le système légal entourant les actes obstétricaux peut également être étudié dans ce domaine de pouvoir, puisque que les actes obstétricaux ont la spécificité de se dérouler dans un cadre médical, tout en étant effectués dans l'intimité des femmes, ce qui leur confère un caractère sexuel (Rouillier, 2015; St-Amant, 2013). La violence obstétricale semble donc faire partie d'un continuum de violences sexuelles (RNR, 2018a).

Le domaine de pouvoir disciplinaire est celui qui « gère les rapports de pouvoir » (Collins, 2009, p. 424). Il réfère aux relations de pouvoir prenant place dans « la structure et le fonctionnement des organisations et institutions » (Harper, 2012, p.7) et forçant le personnel et les usagers à se soumettre à des procédures bureaucratiques et à des « techniques de surveillance pour [les] discipliner » (p.7). Collins (2009) explique que la discipline en vient à maintenir les femmes en position de dominée et les amène même à se surveiller mutuellement. En regard de la violence obstétricale, le domaine de pouvoir disciplinaire s'observe dans la façon dont le corps des femmes est objectifié et pris en charge par l'institution. Collins explique que le domaine de pouvoir disciplinaire est difficile à renverser, puisque « l'idéologie marchande affecte de plus en plus tous les aspects de l'existence » (2009, p. 427) et empêche l'actualisation de changements radicaux dans les institutions. La surveillance médicale des femmes qui enfantent est aussi encouragée par la perspective managériale de l'hôpital, qui pousse le personnel à adopter une posture interventionniste face à l'accouchement (Jacques, 2007 et St-Amant, 2013; RNR, 2015). L'évaluation des risques entourant la grossesse et l'accouchement amène le système de santé à déterminer « le niveau de surveillance dont [la femme] doit faire l'objet » (DeKoninck, 2015, p.88), ce qui nourrit la représentation selon laquelle le corps de la femme est défaillant ou incapable. Cette surveillance semble exercée grâce aux techniques et aux protocoles et s'incarne dans les actes et les attitudes du personnel soignant. Le domaine de pouvoir disciplinaire semble donc en partie imbriqué avec le domaine de pouvoir interpersonnel en ce qui a trait à la violence obstétricale.

Le domaine de pouvoir interpersonnel réfère en effet « aux pratiques discriminatoires de même qu'aux actions et attitudes traversant les relations interpersonnelles, qui contribuent à la

subordination de l'autre » (Harper, 2012, p.15). Il s'inscrit dans le quotidien, voire dans la banalité des interactions ayant lieu couramment. Les personnes qui mettent au monde un ou des enfants entrent en relation avec le personnel soignant, mais comme ces relations sont nécessairement teintées du contexte et de l'environnement dans lequel elles prennent place - généralement l'hôpital -, elles se trouvent à la fois dans le domaine disciplinaire. On peut aussi noter l'expression de ce domaine de pouvoir dans l'attitude de certain·e·s proches durant le processus d'enfantement. Certaines réactions de l'autre parent durant l'accouchement, par exemple, peuvent soutenir le pouvoir d'agir des femmes ou encore encourager leur subordination devant l'autorité médicale.

Le domaine de pouvoir hégémonique « agit comme lien entre les institutions sociales (le domaine structurel), leurs pratiques organisationnelles (le domaine disciplinaire) et le niveau des interactions sociales quotidiennes (domaine interpersonnel) » (Collins, 2016, p. 428). Il agit sur le plan de la culture et des idées généralement admises en société. Selon Collins, développer le pouvoir d'agir (*empowerment*) dans ce contexte devient possible par l'acquisition d'une conscience critique par les groupes opprimés et par la construction de nouveaux savoirs. En réfléchissant à la violence obstétricale sous l'angle du pouvoir hégémonique, on peut se demander si les procédures de soins sont banalisées par des représentations sociales (idéologies) de l'enfantement légitimant la surmédicalisation de la naissance (Rivard, 2010; St-Amant, 2013). Les discours centrés sur les risques entourant la naissance et laissant peu de place à l'expérience des femmes contribuent à la propagation de l'idée que l'enfantement doit nécessairement être pris en charge par l'institution médicale. Comme l'hégémonie n'a pas de sexe, il apparaît « important de rappeler que les femmes peuvent incarner la masculinité hégémonique » (Anthias, 2014, p.60) et que les actes de violence obstétricale ne sont pas nécessairement posés par des hommes, l'idéologie dominante pouvant être incarnée par des personnes de n'importe quel sexe.

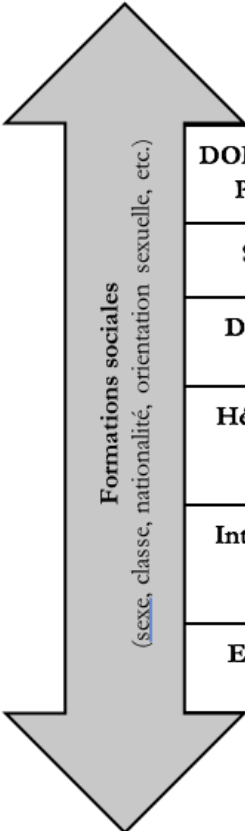
Bilge (2015) propose l'ajout d'un cinquième domaine de pouvoir, soit le domaine « psychique et incorporé », qui fait référence à l'affect, à la corporéité et à l'expérience vécue (influence phénoménologique). Au sujet de la corporéité, l'auteure explique qu'un angle analytique peut être de s'intéresser à « la manière dont le corps internalise les rapports de domination imbriqués

ou y résiste » (2015, p. 17). Cet aspect semble intéressant pour l'étude de la violence obstétricale, qui est vécue par les femmes directement sur et dans leur corps et qui leur fait également vivre une expérience tant sur les plans émotifs et psychologiques. Dans le cadre de cette recherche, un domaine inspiré de la proposition de Bilge (2009) sera donc ajouté aux domaines de pouvoir initialement proposés par Collins, soit le domaine expérientiel. Il inclura notamment l'aspect de la corporéité telle que vécue par les participantes dans leurs expériences d'enfantement ainsi que les émotions ou sensations soulevées face aux rapports de pouvoir en place.

En somme, le modèle des domaines de pouvoir de Collins s'applique bien à l'étude de la violence obstétricale parce qu'il permet d'aborder les aspects systémiques, structurels et culturels, tout en abordant les notions plus interpersonnelles du phénomène. Le domaine expérientiel y est ajouté afin de tenter de minimiser le « blanchiment »²⁶ de la recherche et d'assurer la possibilité d'analyser les expériences telle qu'elles ont été vécues, en tenant compte des commentaires liées aux questions raciales. Pour conclure ce chapitre, le tableau se trouvant à la page suivante (Tableau 3) résume chacun des domaines de pouvoir sélectionnés pour approcher les expériences de violence obstétricale. Il servira de cadre pour analyser les résultats de cette recherche, après avoir dégager les thèmes abordés par les participantes.

²⁶ Terme employé par Bilge (2015) pour désigner les pratiques et les discours entretenus par le féminisme académique, « qui évacuent la pensée critique raciale de l'appareillage actuel de l'intersectionnalité » (p. 9).

Tableau 3 : Domaines de pouvoir pour une analyse intersectionnelle des expériences de violence obstétricale



DOMAINES DE POUVOIR	DÉFINITIONS RÉSUMÉES
Structurel	Maintien des inégalités par les systèmes et les institutions sociales.
Disciplinaire	Mode de régulation reposant sur les hiérarchies bureaucratiques et les techniques de surveillance.
Hégémonique	Maintien des idéologies dominantes par la modélisation des consciences et la manipulation des idées, des images et des symboles.
Interpersonnel	Pratiques discriminatoires, actions et attitudes se produisant dans les relations interpersonnelles et contribuant à la subordination de l'autre.
Expérientiel	Expérience subjective de la personne concernée, sur le plan émotif, de la corporéité et des répercussions vécues.

Chapitre 3 : Méthodologie

Les aspects méthodologiques choisis pour mener la recherche seront expliqués dans ce chapitre. La nature de la recherche et l'approche privilégiée seront d'abord amenées. La population à l'étude, l'échantillonnage retenu ainsi que les méthodes de recrutement seront ensuite présentés. Puis, le mode de collecte de données sera élaboré, les considérations éthiques seront définies et l'approche choisie pour l'analyse de données sera expliquée.

3.1 Nature de la recherche et approche privilégiée

Comme l'étude de la violence obstétricale attire l'attention des chercheurs depuis seulement quelques années, il s'agit d'une recherche de nature exploratoire. En effet, la question de recherche est ouverte et porte sur un thème peu connu (Gauthier, 2003). Aussi, comme le mentionne l'OMS (2014), la compréhension du phénomène est actuellement limitée. Il semble donc approprié d'employer une approche exploratoire, puisque le problème (violence obstétricale) a été identifié, mais que notre compréhension de celui-ci est assez limitée (Yedigis, 2006).

La nature exploratoire et l'aspect « difficilement quantifiable » de l'objet d'étude l'amènent à être d'abord analysé avec une perspective qualitative (Turcotte, 2000). Cette approche a également été choisie dans le but d'approfondir la compréhension du phénomène à l'étude à partir du point de vue des acteurs concernés (Paillé, 2007; Turcotte, 2000). Comme le mentionne Pires (1997, p.62), « il s'agit alors de connaître [leur] point de vue sur le déroulement des faits ou le fonctionnement d'une institution ou de le saisir à travers [leur] propre expérience; de rendre compte de [leurs] sentiments et perceptions sur une expérience vécue ». Ce choix méthodologique est également en cohérence avec la posture de recherche féministe énoncée plus tôt, celle-ci étant considérée comme un « mode d'analyse de la recherche qualitative en travail social » (Mayer et Ouellet, 2000, p.17).

3.2 Collecte des données

Puisque la recherche qualitative a pour objectif de s'intéresser aux points de vue des acteurs sociaux concernés (Paillé, 2007), l'entrevue individuelle semi-structurée semblait indiquée pour cette recherche. Elle a permis l'émergence des récits de femmes ayant vécu le phénomène étudié, tout en encadrant minimalement le contenu de l'entrevue. De plus, « ce type d'entrevue se prête bien à l'étude de la réaction des individus à une situation dont on a précisé certains aspects » (Saint-Jacques et Mayer, 2000, p.119), dans ce cas-ci la violence obstétricale. Comme « il existe une relation entre le degré de liberté laissé à l'enquêté et le niveau de profondeur des informations qu'il peut fournir » (Michelat, 1975, p.231), l'entrevue semi-structurée a été privilégiée, afin de laisser un maximum de liberté aux participantes, malgré l'introduction de certains thèmes par des questions générales et ouvertes. La recherche qualitative permet également la mise en valeur du savoir expérientiel des femmes étant directement concernées par la problématique étudiée, ce qui est essentiel dans la construction d'un savoir intersectionnel (Collins, 2016).

3.2.1 Recrutement, échantillonnage et prise de contact

Une méthode d'« échantillonnage par cas multiples » (Pires, 1997) a été utilisée, conjointement à un « échantillonnage théorique » (Draucker, Martsolf, Ross et Rusk, 2007). Un échantillon de huit femmes ayant vécu une expérience difficile ou négative des soins obstétricaux durant un accouchement au Québec a ultimement été composé. Comme la très grande majorité des personnes accouche en milieu hospitalier (ASPC, 2009), ce sont celles ayant vécu une expérience négative des soins obstétricaux dans ce contexte qui ont été ciblées comme population à l'étude. Elles ne devaient pas obligatoirement nommer la notion de violence obstétricale en évoquant leur expérience difficile ou négative; il s'agissait davantage d'un concept servant de cadre d'analyse et qui leur était expliqué à la fin de l'entretien, afin de ne pas teinter leur discours. Afin de cerner la réalité actuelle, elles devaient avoir vécu cette expérience dans les dix dernières années. Comme certaines femmes ayant des réalités spécifiques (femmes racisées ou handicapées, par exemple) sont plus susceptibles de vivre de la violence obstétricale (Bowser et Hill, 2010; RNR, 2018a), un effort de diversification interne de l'échantillon a été fait afin de tendre vers une saturation empirique, qui survient lorsque cessent d'émerger de nouvelles informations permettant d'enrichir l'étude effectuée (Pires, 1997). Celle-ci n'est cependant jamais complètement atteignable, puisque chaque vie est unique et qu'il y aura toujours de nouvelles

choses à découvrir (O'Reilly, 2012). Dans une perspective intersectionnelle, l'effort de « décentrement » est essentiel, afin d'éviter un « blanchiment » de la recherche (Bilge, 2015) et de tenir compte du « croisement des discriminations » (Fédération des femmes du Québec, 2007, p.2). Les participantes sélectionnées font office de « représentantes » des personnes vivant leur réalité (ex : femme immigrante), ce qui sert l'aspect de généralisation analytique recherché dans une approche qualitative : « L'étude de cas représente à maints égards d'autres cas, et le chercheur ou le lecteur peuvent généraliser en ce sens qu'ils peuvent retenir dans un esprit critique une série de clés susceptibles de les aider à comprendre ce qui se passe ailleurs » (Pires, 1997, p.60).

L'affiche de recrutement (voir Annexe II) n'a été publiée qu'une seule fois sur les réseaux sociaux par le Collectif Les Accompagnantes, un organisme communautaire en périnatalité de la ville de Québec. Elle a ensuite été relayée par l'étudiante-chercheuse et par divers internautes. La première prise de contact avec les participantes potentielles s'est ensuite faite par courriel. Une quarantaine de femmes se sont portées volontaires pour participer à la recherche, desquelles 35 ont été appelées pour l'entrevue de présélection (Annexe III). Afin de ne pas orienter le discours, l'objectif de la recherche a été présenté sans utiliser le terme « violence obstétricale », qui est un concept servant plutôt à l'analyse des données. L'expression ayant servi au recrutement fut plutôt « expérience difficile ou négative des soins reçus durant un accouchement », dans le but de permettre aux participantes d'aborder leur expérience d'enfantement dans sa globalité et selon leurs propres perceptions. Lors de l'entrevue de présélection, il a tout de même été demandé aux femmes d'expliquer brièvement en quoi leur expérience d'accouchement a été difficile ou négative, afin de s'assurer que l'expérience abordée était réellement liée aux soins reçus ou à d'autres dimensions de la violence obstétricale. Des questions d'ordre sociodémographique ont aussi été posées (âge, lieux d'accouchement et de domicile, appartenance à un groupe socioculturel), afin de s'assurer de l'admissibilité des personnes et de mieux connaître leur profil. La brièveté de ces échanges a généralement été difficile à assurer, car raconter en quoi une expérience des soins reçus pendant un accouchement fut difficile ou négative demande une mise en contexte détaillée et suscite souvent des émotions vives. Les entrevues de pré-sélection ont donc duré de 10 minutes à 30 minutes, selon les personnes. Les principes de l'échantillonnage théorique utilisés en théorisation ancrée (*grounded theory*) ont été appliqués au recrutement. L'échantillonnage théorique consiste à effectuer un recrutement initial sélectif, puis à le transférer

vers un échantillon théorique par la suite. Il s'agit ainsi de collecter une petite quantité de données et de les analyser afin de déterminer quelles seront les prochaines personnes à rencontrer afin de développer une théorie. (Draucker, Martsof, Ross et Rusk, 2007) Trois participantes ont d'abord été sélectionnées, soit parce qu'elles avaient employé le terme « violence obstétricale » d'elles-mêmes dans leur récit lors de l'entretien téléphonique, soit parce que leur profil permettait de diversifier l'échantillon de façon importante. Ces entretiens ont été retranscrits et pré-analysés, afin d'identifier les prochaines participantes à rejoindre, dans le souci de faire en sorte que les récits et les profils soient complémentaires et couvrent le maximum de situations possibles. La pré-analyse des entretiens a permis de remarquer une homogénéité dans les profils et les discours de deux participantes (« blanches », scolarisées et ouvertement féministes). La représentation de femmes aux profils variés (approche intersectionnelle) et la diversification des éléments rapportés par les mères pour les trois entretiens suivants ont été pris en compte, afin de couvrir notamment :

- ⇒ l'expérience de femmes pouvant vivre des oppressions imbriquées ou un croisement des discriminations (en lien avec l'appartenance socioculturelle, le handicap, l'âge, la classe sociale, l'orientation sexuelle, etc.) ;
- ⇒ un maximum de dimensions et de manifestations de la violence obstétricale, relevées dans la recension des écrits ou émergeant des propos des femmes ;
- ⇒ une diversité d'expériences d'enfantement (par césarienne, par voie basse ou par un accouchement vaginal opératoire).

Suite à la préanalyse de ces entretiens, les questions de l'objectification du corps, de contrôle disciplinaire et d'invalidation du propos des femmes sont apparues comme des pistes analytiques intéressantes. Deux participantes ayant spécifiquement abordé ces sujets lors de l'entretien de pré-sélection ont ainsi été sélectionnées pour la suite de la recherche. Différentes manifestations et dimensions de la violence obstétricale ont effectivement été abordées, ainsi qu'une diversité d'expériences d'enfantement. Cependant, les profils des participantes rencontrées demeurent plutôt homogènes et ne couvrent pas suffisamment les oppressions imbriquées qui peuvent être vécues par les personnes qui enfantent. En effet, bien qu'une trentaine de femmes aient été jointes par téléphone pour un pré-entretien et que des affiches aient été disposées dans des endroits clés (organismes communautaires s'adressant à des jeunes mères et à des femmes immigrantes), les participantes sont majoritairement francophones, trentenaires, hétérosexuelles

et d'origine québécoise. La faible taille de l'échantillon relié au court laps de temps octroyé pour réaliser un mémoire de maîtrise en travail social, ainsi que les réseaux et les méthodes empruntés pour le recrutement n'ont donc pas permis d'intégrer pleinement une approche intersectionnelle en ce qui a trait au recrutement.

Les personnes retenues ont toutes participé à un entretien individuel semi-structuré d'une durée approximative d'une heure et trente minutes qui a été enregistré sur support audio et retranscrit intégralement sur un document informatisé. L'échantillon final comprend une diversité de femmes ayant vécu une expérience difficile ou négative des soins reçus pendant un accouchement au Québec et ayant accepté que leur témoignage soit analysé à l'aide du concept de la violence obstétricale.

3.2.2 Déroulement de l'entretien

L'entretien a été mené à partir d'une grille d'entrevue (Annexe V) abordant divers aspects. Des questions de nature sociodémographique ont d'abord été posées aux participantes, afin de faire connaissance et de créer une relation de confiance. Cette étape a également permis de relever certains aspects pouvant servir à l'analyse des données en ce qui a trait aux « formations sociales », comme le sexe ou la classe (Bilge, 2009). L'âge de la personne au moment du ou des accouchement(s) ciblé(s) a été explicitement demandé, ainsi que l'année ou les années associée(s) à cette ou à ces expériences. Il a ensuite été demandé à la personne de décrire brièvement sa situation personnelle et familiale afin de mieux connaître son profil.

Une question ouverte a ensuite été posée, en regard de l'objet d'étude : « Vous avez été sélectionnée comme participante parce que vous avez vécu une expérience négative ou difficile des soins reçus lors d'un accouchement, pouvez-vous me parler de votre expérience ? ». Les éléments provenant de la recension des écrits n'ont quant à eux pas été amenés d'emblée dans l'entretien, mais ont plutôt été relevés s'ils émergeaient d'eux-mêmes. Par exemple, si la femme abordait une manifestation de violence obstétricale sans élaborer, le propos était repris pour lui demander de détailler (parfois en répétant simplement un mot clé pour relancer la participante). Les sous-dimensions qui pouvaient ainsi être relevées pour relancer la participante étaient : les

rapports ou domaines de pouvoir dans la salle d'accouchement, les manifestations de violence obstétricale, l'expérience vécue et ses répercussions. Certaines participantes ont posé des questions en lien avec leurs droits ou avec leur expérience d'enfantement. La question leur a généralement été retournée afin de comprendre leurs réflexions et questionnements, mais des réponses ont été données à certaines questions afin de créer un climat convivial où le partage de savoirs avait sa place. Refuser de répondre à une question directe aurait été incompatible avec une posture de recherche fondée sur le partage des savoirs. Des informations ont ainsi été données à certaines participantes durant les entretiens, particulièrement lorsqu'il s'agissait de les informer sur leurs droits (une femme se questionnait par exemple sur la possibilité ou non de refuser une intervention médicale comme l'induction du travail). Ces informations ont toujours été données en lien avec les écrits scientifiques (par exemple en citant les lignes directrices de la SOGC²⁷ ou les recommandations de l'OMS) et non à partir de l'opinion de l'étudiante-chercheuse.

Les femmes ont toutes exprimé des émotions en racontant leur histoire et certaines ont pleuré durant l'entretien ; les aptitudes d'écoute empathique ont alors été très utiles pour accueillir ces émotions. Les femmes repartaient cependant en verbalisant le fait d'avoir apprécié leur participation et d'être enthousiastes face à leur contribution à l'humanisation des naissances au Québec.

Des informations au sujet de ressources pertinentes dans le domaine de la périnatalité et de la défense de droits ont été remises aux participantes (brochures de groupes de soutien en lien avec des expériences d'accouchement difficiles et du Centre d'aide et d'accompagnement aux plaintes de la région concernée). En raison du caractère délicat du thème discuté, elles ont ainsi reçu de l'information leur permettant d'obtenir du soutien si l'entretien affectait leur état psychologique.

²⁷ SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

3.3 Considérations éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CÉRUL) a approuvé ce projet de recherche qualitative. Lors des entretiens, le formulaire de consentement (Annexe IV) a d'abord été lu et présenté à la participante, qui pouvait poser toutes les questions nécessaires à sa compréhension et ainsi prendre une décision libre et éclairée quant à sa participation à la recherche. Les rencontres se déroulaient au lieu choisi par la femme (local d'université, café ou domicile), le choix le plus fréquent étant le domicile. Les données confidentielles issues de cette recherche ont été enregistrées dans des sessions d'ordinateurs codées et la directrice de recherche a vérifié l'anonymisation des extraits d'entretiens mis en valeur dans le présent mémoire.

À la fin de l'entretien, il a été expliqué aux participantes que les expériences négatives ou difficiles des soins reçus pendant un accouchement sont déjà étudiées dans le monde et que des pays ont même inclus dans leur loi contre la violence faite aux femmes le concept de violence obstétricale. Une définition et des exemples de violence obstétricale ont été donnés et il a été expliqué aux participantes que ce concept serait utilisé pour analyser les expériences partagées (voir Annexe IV). Un tableau élaboré par l'Alliance du Ruban Blanc et mettant en lien des dimensions de violence obstétricale et les droits y étant compromis leur a été remis (voir Annexe I). Le consentement des femmes à participer à l'étude à la lumière de ces nouvelles informations a ensuite été redemandé. Les participantes ont toutes consenti à nouveau suite à cette partie de l'entretien et certaines ont même exprimé de l'enthousiasme face à l'utilisation du concept présenté. Il a été observé que cela donnait aux entretiens une perspective conscientisante et participative pertinente, les femmes pouvant alors s'exprimer sur le concept de violence obstétrical en lien avec leur expérience.

3.4 Analyse de contenu

En recherche qualitative, il est nécessaire de s'attarder à dégager le sens émanant des données et d'aller au-delà de ce qu'elles disent de prime abord (Blais et Martineau, 2006). L'approche inductive générale d'analyse de données qualitatives telle que proposée par Thomas (2006) a été employée pour procéder à l'analyse de contenu recueilli dans le cadre de cette

recherche. Cette méthode est particulièrement indiquée en ce qui a trait au caractère exploratoire de la recherche. Blais et Martineau (2006) expliquent que l'analyse inductive générale réfère à « un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant guidées par les objectifs de recherche » (p.3). Ces auteurs présentent les quatre étapes du processus comme suit :

1. « préparer les données brutes » : les entretiens ont été enregistrés sur support audio, retranscrits intégralement à l'ordinateur et imprimés;
2. « procéder à une lecture attentive et approfondie » : les entretiens ont été lus, en portant une attention particulière aux thèmes soulevés par les participantes;
3. « procéder à l'identification et à la description des premières catégories » : les entretiens ont été relus et annotés en marge afin de dégager les thèmes récurrents et ceux approfondis;
4. « poursuivre la révision et le raffinement des catégories » : les thèmes soulevés ont été inscrits dans un document résumant chacun des entretiens et ont été mis en relation afin de développer les principales catégories couvrant l'ensemble des propos. Les entretiens ont ensuite été parcourus de nouveau afin d'associer les extraits les plus éloquents avec des codes de couleur représentant chacune des huit catégories s'étant dégagées des thèmes abordés.

Ces étapes ont permis de développer des catégories « à partir des données brutes pour les intégrer dans un cadre de référence ou un modèle » (Blais et Martineau, 2006, p.5). Il s'agit d'une approche inductive amenant les données à parler d'elles-mêmes, sans être déjà rangées ou confinées dans un cadre d'analyse et permettant l'émergence de nouveaux thèmes ne se trouvant pas dans la recension des écrits. Il est conseillé de dégager de cinq à huit catégories entre lesquelles il est possible de tisser des liens. Les catégories ne sont donc pas nécessairement abordées en silo et sont mises en relation les unes avec les autres lors de l'analyse et de l'interprétation des résultats (Thomas, 2006). Cette interrelation entre les catégories est tout à fait cohérente avec le cadre théorique intersectionnel, dans lequel les relations imbriquées entre divers domaines de pouvoir sont importantes à analyser.

L'analyse de contenu a été effectuée de façon hybride ou abductive pour cette recherche. Des catégories ont d'abord été dégagées à partir des entretiens effectués, selon une approche inductive visant à comprendre les éléments centraux dans l'expérience des femmes quant à la violence obstétricale, telles qu'elles l'exprimaient et la concevaient. Puis, les données ont été examinées de façon plus déductive avec un cadre d'analyse féministe intersectionnel, afin de catégoriser les résultats en fonction des domaines de pouvoir semblant avoir contribué à créer

et à renforcer la violence obstétricale dans les expériences rapportées par les femmes. Cette emploi hybride n'a pas créé de tension particulière, les participantes relevant elles-mêmes certains éléments s'intégrant aisément à une analyse des dynamiques de pouvoir prenant place en contexte d'accouchement. Suite à ces analyses, un codage parallèle à l'aveugle a été fait par la directrice de recherche. Cette méthode consiste à demander à un·e second·e chercheur·e d'effectuer une catégorisation à partir d'une partie des données brutes et avec l'arbre de codes élaboré par la chercheuse principale. L'objectif est de valider si les extraits d'entretien se retrouvent dans les mêmes catégories et d'identifier un possible manque de clarté dans la catégorisation proposée (Blais et Martineau, 2006).

Les données qualitatives ont été traitées qualitativement à la main et sans l'aide de logiciel d'analyse, puisqu'elles sont « à ce point multidimensionnelle[s] que seul l'esprit humain peut espérer en extraire le plus de sens » (Paillé, 2011, paragr. 15). Ce sens est d'ailleurs évidemment extrait des propos recueillis dans les entretiens, mais la présence et le travail d'esprit de la chercheuse sont nécessaires à leur interprétation et à leur mise en relation. C'est aussi dans une optique de travail « artisanal » (Paillé, 2011) que les données ont été analysées.

L'adaptation des méthodes d'analyse est fréquente et « les courants de la sociologie comme l'ethnométhodologie, le féminisme, l'économie politique et le post-modernisme influencent les modes d'analyse » (Voynnet et Fourboul, 2012, p.76) depuis de nombreuses années. L'analyse intersectionnelle proposée dans cette recherche est quant à elle intimement liée à une posture féministe et militante, car pour que les connaissances développées servent socialement, elles doivent être mobilisables par les différents acteurs sociaux susceptibles d'utiliser les connaissances produites (santé publique, organismes communautaires, femmes qui enfantent, etc.). Le cadre intersectionnel amené dans ce mémoire est une méthode d'analyse créée à partir des travaux de Collins (2016) et de Bilge (2010) et un effort a été déployé pour que les résultats issus de cette analyse de contenu puissent ouvrir une réflexion sur l'aspect systémique et multifactoriel de la violence obstétricale.

Chapitre 4 : Présentation des résultats et discussion

La section des résultats a pour objectif de répondre à la question de recherche, soit : qu'est-ce qui caractérise l'expérience de femmes ayant vécu de la violence obstétricale au Québec ? Après avoir présenté le profil des participantes et afin de répondre à cette question, les résultats d'une analyse de contenu thématique seront présentés. Les grandes catégories composant les résultats et rendant compte de l'expérience des femmes rencontrées en matière de violence obstétricale seront expliquées, puis détaillées grâce à des extraits issus des entretiens et mises en relation avec les écrits²⁸. Une analyse intersectionnelle sera ensuite proposée et discutée, à partir d'un cadre d'analyse inspiré des approches de Collins (2016) et de Bilge (2010).

4.1 Profil des participantes

Neuf femmes ayant eu une expérience difficile ou négative des soins reçus lors de la grossesse et de l'accouchement ont été rencontrées. Les participantes étaient toutes en couple. Une d'entre elles est la conjointe d'une femme ayant accouché, qui souhaitait témoigner de son expérience en tant qu'autre parent de sexe féminin. Les femmes rencontrées avaient entre 26 et 39 ans lorsqu'elles ont vécu l'expérience qu'elles souhaitaient partager. Bien que les récits des mères aient été principalement centrés sur un accouchement à l'hôpital et les soins obstétricaux dans ce contexte, la majorité des participantes ont également abordé les soins prénataux et postnataux. Trois accouchements se sont déroulés dans des hôpitaux de Montréal et cinq ont eu lieu dans des hôpitaux de la ville de Québec. Trois femmes ont aussi confié des expériences négatives en lien avec leur suivi postnatal avec une sage-femme. Toutes ces expériences ont eu lieu entre 2011 et 2018. Deux participantes sont immigrantes (Maroc et Brésil) et ont expliqué en quoi cela avait affecté leur expérience d'enfantement au Québec. Les participantes avaient généralement un niveau de scolarité assez élevé et plusieurs détenaient un diplôme universitaire. Toutefois, trois d'entre elles ont partagé avoir vécu l'arrivée d'un enfant dans un contexte de défavorisation socioéconomique ponctuel, notamment dû à un contexte d'immigration récente : « J'étais enceinte, j'avais pas de travail, mon mari non plus, parce qu'on venait d'arriver. [...] On

²⁸ Le pseudonyme associé à chacune des participantes se trouve entre parenthèse à la suite de chacun des extraits. Les propos sont rapportés de la façon la plus fidèle possible, tout en étant minimalement révisés selon les règles du français écrit.

n'avait vraiment rien. J'étais vraiment désespérée. » (Mariana) Sur neuf expériences difficiles ou négatives racontées, la majorité des femmes (cinq) étaient primipares et trois types d'accouchements ont été rapportés, soit deux accouchements vaginaux sans anesthésie et deux avec péridurale, deux accouchements opératoires avec ventouse et deux avec forceps et deux césariennes non planifiées. Quatre participantes ont aussi abordé leurs autres expériences d'enfantement durant les entretiens, dont elles avaient eu une expérience plus positive pour diverses raisons (voir la section « Expériences positives »). Le tableau qui suit (Tableau 4) résume les informations sociodémographiques des participantes :

Tableau 4 : Informations sociodémographiques sur les participantes

#	Pseudonyme associé à la participante	Langue maternelle	Accouchement abordé	Année de l'expérience	Âge au moment de l'accouchement	Type d'accouchement	Spécificité
1	Sophie	Français	1 ^{er}	2014	34	Accouchement vaginal avec péridurale	
2	Jade	Français	1 ^{er}	2013	32	Césarienne non planifiée	
3	Marie-Hélène	Français	2 ^e	2018	39	Accouchement vaginal sans anesthésie	Couple de même sexe
4	Nathalie	Français	1 ^{er}	2018	N.D.	N.A.	Couple de même sexe
5	Layla	Français	1 ^{er} et 2 ^e	2014 et 2016	29 et 31	Accouchements vaginaux opératoires (ventouse) avec péridurale	Immigrante (Maroc)
6	Audrey	Français	1 ^{er}	2016	26	Accouchement vaginal opératoire (ventouse) sans anesthésie	
7	Mariana	Portugais	2 ^e	2011	36	Accouchement vaginal opératoire (forceps) après césarienne (AVAC)	Immigrante (Brésil)
8	Claudia	Français	4 ^e	2018	35	Accouchement vaginal sans anesthésie	
9	Laurie	Français	1 ^{er}	2018	N.D.	Césarienne non planifiée	

4.2 Résultats issus de l'analyse de contenu thématique et discussion

Afin de répondre à la question de recherche, les entretiens effectués ont été analysés et les thèmes récurrents ont été regroupés en huit catégories principales. Celles-ci seront rapportées dans la section qui suit et détaillées selon les différents aspects abordés par les participantes. Étant donné l'aspect systémique et multifactoriel de la violence obstétricale, certains éléments se retrouvent dans plusieurs catégories à la fois ; la catégorie prédominante dans le discours de la femme a alors été priorisée dans l'analyse des données. Bien que la question de recherche ait été centrée sur les expériences de violence obstétricale, les participantes n'ont pas seulement abordé les manifestations de cette violence et les effets vécus. Elles ont aussi relevé certaines stratégies d'agentivité déployées pour faire face à la violence obstétricale, ainsi que soulevé certaines expériences positives en matière de soins périnataux.

4.2.1 Déshumanisation et violence psychologique

L'aspect déshumanisant des soins reçus entourant la grossesse et l'accouchement a été très souvent abordé par les participantes, ce qui concorde avec l'état des lieux rapporté par le Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes (2018) en ce qui concerne les actes sexistes dans les suivis obstétricaux. Comme le relève Labrecque (2018) lorsqu'elle évoque les indicateurs de violence obstétricale, plusieurs des femmes rencontrées ont dit avoir été invisibilisées durant leur accouchement en milieu hospitalier, par différentes façons d'agir ou d'interagir de la part du personnel soignant. Certaines participantes (Sophie, Jade et Claudia) se sont questionnées sur l'aptitude des soignant·e·s à tenir compte du vécu des patientes: « Elle n'était pas avec une humaine ; elle était sur un protocole. [...] Elle faisait l'action, mais comme si j'existais pas. » (Sophie) Une femme francophone ayant accouché dans un hôpital anglophone a confié que les soignant·e·s s'adressaient à elle en anglais, à la 3^e personne (« she »), sans entrer en contact direct avec elle. Pour d'autres mères, les professionnel.le.s de la santé se sont adressé.e.s à l'autre parent plutôt qu'à elles. La conjointe d'une participante résume : « Ils lui parlaient pas à elle. [...] Quand ils expliquaient les choses, ils la regardaient jamais. » (Nathalie) En plus d'avoir été invisibilisées, plusieurs femmes se sont senties objectifiées lors de la mise au monde de leur enfant. Elles ont employé différents termes pour exprimer le fait qu'elles étaient abordées par le milieu hospitalier comme un objet de mise au monde davantage que comme un être humain au centre de l'expérience d'enfantement. Par exemple, une mère dit avoir eu l'impression que l'équipe

soignante agissait avec elle comme si elle était une « marchandise » (Claudia). Deux autres femmes expriment ne pas s'être senties respectées dans cette façon d'être traitées :

C'est pas *me* respecter en tant que personne, me prendre comme... c'est quoi j'suis pas une personne, j'suis une *patente* [...] T'sais, t'as une *maman* devant toi là, qui est en train d'*accoucher*. [...] Je ne me suis pas sentie respectée dans mon intégrité physique. (Sophie)

Je me suis sentie bousculée. Je me suis sentie vraiment comme un animal ; je me souviens, je l'ai nommé à mon chum « Ben là on dirait que je viens de *véler*, comme une vache » ; j'me suis sentie comme ça. Puis c'est pas par des mots ; c'est vraiment par des gestes, des façons de faire qui étaient pas appropriées. (Jade)

Les mots employés par les participantes (marchandise, patente, animal) illustrent à quel point elles ont senti que les façons de faire étaient intrinsèquement déshumanisées. L'une d'entre elles raconte s'être sentie réduite à ses organes génitaux seulement, lors de touchers vaginaux vécus à répétitions et effectués par différent·e·s professionnel·le·s de la santé manquant clairement de délicatesse : « T'sais t'es le 6^e vagin dans la ligne d'hôpital là... » (Sophie) L'importance accordée aux protocoles médicaux a souvent pris le dessus sur celle accordée aux femmes elles-mêmes, particulièrement lorsqu'il s'agissait de grossesses catégorisées « à risques ». Cette particularité semble avoir enlevé toute possibilité d'autodétermination aux mères rencontrées, qui se sont fait totalement prendre en charge par le corps médical. Leurs tentatives pour prendre part aux décisions devenaient alors invalidées par un discours axé sur le risque, tandis que les outils pouvant généralement permettre aux femmes de s'exprimer étaient carrément mis de côté : « Le plan de naissance euh...non ! Grossesse à risques : *fuck* le plan de naissance ! » (Jade) Cette participante rapporte que son plan de naissance n'a pas été consulté par les soignant·e·s, comme si le fait de vivre une « grossesse à risque » l'empêchait d'avoir des préférences ou de pouvoir effectuer des choix éclairés quant à son accouchement. Les choix des femmes en ce qui a trait à la gestion de la douleur ont aussi été particulièrement confrontés par le personnel soignant, qui s'est permis d'émettre des opinions ou de faire des recommandations non désirées. Au final, les femmes concernées ne semblaient jamais effectuer un choix approprié ; soit les soignant.e.s insistaient pour qu'une femme prenne la péridurale alors qu'elle souhaitait un accouchement physiologique, soit elles et ils refusaient de la donner alors que la femme était en souffrance. Une participante raconte que même si elle avait clairement écrit dans son plan de naissance qu'elle ne voulait pas prendre la péridurale, son désir de ne pas aborder cette possibilité n'a pas été respecté :

L'infirmière est venue me parler de la péridurale, l'anesthésie. J'ai dit : « jamais, je veux pas ça ». Elle dit (autoritaire) : « ah non, mais je dois vous expliquer quand même ». Ça faisait vraiment mal... Elle est revenue et elle m'a dit « l'anesthésiste est là parce que la madame à côté veut l'anesthésie. Si tu la prends pas tout de suite, peut-être qu'il va plus pouvoir te la donner, parce qu'il va partir. » (Mariana)

Cette femme s'est donc retrouvée à devoir faire un choix précipité et a finalement cédé à la pression de l'infirmière, par peur de ne plus avoir accès au service d'anesthésie si elle attendait et n'arrivait plus à gérer la douleur avec ses propres moyens. Elle s'est par la suite sentie très déçue de ce déroulement. Layla a quant à elle raconté qu'au moment où elle vivait des douleurs insoutenables reliées à des contractions engendrées par des hormones de synthèse lors d'un déclenchement, elle a dû négocier l'obtention d'une péridurale avec une soignante, cette dernière prétendant que cela ralentirait son travail. Le choix de la femme d'avoir recours à la péridurale était pourtant éclairé et affirmé depuis son suivi de grossesse. Une participante avait elle aussi inscrit plusieurs éléments à son plan de naissance et aucun n'a été respecté. Elle avait entre autres indiqué qu'elle souhaitait éviter à tout prix l'utilisation de forceps, puisqu'elle avait elle-même un traumatisme physique permanent suite à l'utilisation de cet outil lors de sa naissance. Cette femme a donc exprimé par écrit qu'elle préférait vivre une césarienne si des complications survenaient. Elle raconte comment la soignante a contourné son refus en dramatisant la situation, alors que son dossier médical lui a appris par la suite que ni le bébé ni elle ne présentait de détresse et qu'il n'y avait en fait aucun danger au moment où la décision d'utiliser les forceps lui a été imposée :

La gynécologue est entrée dans la chambre et elle m'a dit « je dois utiliser les forceps sinon ton bébé va mourir ». Je te jure. Elle m'a pas dit bonjour, elle m'a pas dit rien. [...] Pour vrai, aujourd'hui, je pense qu'elle était vraiment pressée, ou qu'elle était vraiment proche de sortir. J pense qu'elle a dit « j'vais finir avec ça », ça faisait quand même 2 heures que je poussais, et elle savait que je voudrais pas les forceps. [...] C'est ça qui me fâche, c'est pas la déchirure même. Si ça avait été vraiment nécessaire, j'aurais accepté mieux. (Mariana)

Cette mère s'est sentie trahie par le système médical et par la soignante qui a abusé de sa vulnérabilité pour la soumettre à sa préférence d'utiliser les forceps. Une autre participante souhaitait quant à elle éviter que son accouchement soit déclenché artificiellement. Or, sa grossesse s'est prolongée jusqu'à plus de 41 semaines et l'équipe médicale a débuté des procédures de déclenchement (pose de ballonnet, etc.) sans l'en informer de façon claire et sans obtenir son autorisation. Son accouchement entier s'est passé sans qu'elle soit réellement

consultée par le personnel soignant, dans une escalade d'interventions qu'elle souhaitait pourtant éviter :

« On est obligés de procéder maintenant. » [...] Si j'avais décidé d'aller me faire déclencher, ç'a aurait été ma décision à moi. Là, on ne m'a pas demandé vraiment mon avis. Je me suis retrouvée là puis à un moment donné je comprenais qu'il y allait se passer ça, je comprenais qu'il y allait se passer ça... Fait que j'ai pas pris de décision. Puis quand ils ont dit « là on va en césarienne, on n'a pas le choix » [...], tu dis : ok, mais j'ai pas vraiment eu le choix. C'est pas vrai que j'avais le choix. (Laurie)

Les termes employés par les professionnel·le·s de la santé (« on est obligés », « on n'a pas le choix ») ne laissent pas l'occasion à la femme d'être impliquée dans la prise de décision. Elle sent alors qu'elle subit ce qui se passe et qu'aucune place n'est laissée à son autodétermination. Cette prise en charge totale de l'enfantement par le personnel soignant est vécue comme une violence par la femme, qui sent qu'elle a été contrainte de vivre un tel type d'accouchement. La non prise en compte de la capacité d'autodétermination des femmes et la banalisation de leurs propos a aussi été évoquée en lien avec la douleur provoquée par les diverses techniques de déclenchement. Les termes employés par l'équipe médicale ont minimisé l'effet possible d'un déclenchement pour les femmes : « Au début c'était correct. Là ils ont posé le ballonnet, ils m'ont dit : *Vous allez voir c'est inconfortable*. Euh, c'est pas inconfortable là, c'est extrêmement douloureux cette affaire-là ! Ça fait vraiment mal. » (Sophie) Plusieurs femmes ont ainsi rapporté la souffrance vécue lors d'un déclenchement, spécifiant ne pas avoir été préparée au préalable à la douleur que cela allait amener :

L'ocytocine [de synthèse] commençait à faire vraiment, vraiment mal. Parce qu'on part de zéro douleur à *douleur extrêmement intense*. Mais on n'a pas le temps, le corps n'a pas le temps de s'y habituer. [...] Et on ne nous explique pas un peu le processus. On fait juste nous dire « ok », on nous augmente la dose à chaque fois, puis à chaque fois... J'avais l'impression qu'on me mettait des couteaux dans le bas du dos ; c'était vraiment extrême. [...] Je voulais mourir tellement la douleur était intense. (Layla)

La douleur associée au déclenchement par hormones de synthèse amène ici une souffrance psychologique. Une autre participante (Mariana) souhaitait quant à elle vivre un accouchement vaginal après césarienne (AVAC), mais le médecin qui la suivait n'était pas d'accord. Ayant vécu une césarienne imposée au Brésil, elle pensait avoir le soutien du système de santé québécois pour vivre un accouchement plus physiologique et elle a été déçue de ce peu d'ouverture.

Pourtant, si ses droits avaient été respectés, elle aurait dû être appuyée et accompagnée dans cette décision, selon l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ, 2011).

L'allaitement est un autre aspect de la maternité entourant l'accouchement dans le cadre duquel les soignant·e·s ont porté atteinte à l'autodétermination des femmes rencontrées. Une des participantes avait décidé d'effectuer un allaitement mixte. Bien qu'il s'agissait d'un choix réfléchi et éclairé, il n'a pas été reconnu par les infirmières du Centre local de services sociaux (CLSC) effectuant le suivi postnatal, qui ont tenté à plusieurs reprises de la faire changer d'avis, prétextant que « le lait qu'on vend dans les pharmacies, c'est du lait de vache. Le lait de vache c'est pour les veaux, c'est pas pour les bébés humains » (Layla). Une autre infirmière effectuant le suivi postnatal auprès de cette femme a même expliqué à la femme que les préparations commerciales pour nourrissons coûtaient cher, pour la persuader de renoncer à sa décision. Les interventions des infirmières auprès de cette mère ont dépassé largement le fait de donner de l'information visant à permettre à la femme de faire un choix éclairé. De plus, cette participante savait déjà tout ça et s'est donc sentie infantilisée et jugée dans son choix d'allaitement mixte. Au contraire, Claudia souhaitait allaiter exclusivement son enfant né légèrement prématurément et elle a subi des pressions de l'équipe soignante, qui souhaitait donner des suppléments à l'enfant et imposer un allaitement strict aux deux heures. Cette mère de quatre enfants savait pourtant que son bébé buvait suffisamment, de par sa longue expérience d'allaitement. Elle a trouvé l'insistance du personnel soignant inapproprié et a senti que sa compétence comme mère à prendre soin de son enfant et à le nourrir n'était pas reconnue. Dans les deux cas, ces mères ont subi des pressions allant à l'encontre de ce qu'elles désiraient concernant l'allaitement. Les soignant·e·s se sont aussi parfois ingéré·e·s dans les décisions liées aux soins au nouveau-né. Alors qu'un enfant et sa mère tentaient tant bien que mal de se remettre d'un accouchement vaginal opératoire particulièrement brusque (forceps ayant provoqué une déchirure importante), une médecin souhaitait faire taire le bébé :

La médecin me disait « je dois t'examiner et fermer, mais tu restes avec ton bébé. »
Après elle me dit (ton agaçé) « ton bébé arrête pas de pleurer, on n'a pas une suce ?? » J'ai dit : j'ai pas de suce ! Je veux pas de suce ! (Mariana)

Souhaitant allaiter exclusivement son enfant, cette mère ne voulait en aucun cas lui offrir une suce et était découragée de l'entêtement de l'équipe soignante à vouloir utiliser un tel objet malgré son refus clair.

La douleur ressentie par une mère ayant eu une déchirure de 4^e degré suite à l'utilisation de forceps a aussi été banalisée par plusieurs soignant·e·s. Celle-ci explique que le seul médicament qui lui a été offert a été de l'acétaminophène. Son infirmière lui a simplement dit « ça va aller, c'est parce que tu es fatiguée » (Mariana), alors que sa situation provoquait une souffrance physique et psychologique importante. Deux mois plus tard, cette femme a exprimé sa souffrance au médecin, qui l'a examinée et n'a pas observé d'infection. Voici un extrait de leur dialogue, rapporté par la mère :

Médecin : « Ah non, c'est correct. C'est parce que c'était grave; c'était quand même une grosse déchirure, mais ce n'est pas infecté, tes points vont tomber avec le temps ».

- Quand ?! Ça fait 2 mois !

« Non, c'est proche. C'est correct ».

- Mais j'ai de la douleur, je me sens mal.

« Mais, il n'y a rien qui dit que tu as mal ».

Il a appelé mon mari dans l'autre petite salle et il a dit à mon mari : « elle fait la dépression postpartum, c'est pour ça qu'elle a si mal ; c'est pas physique. Je vais te prescrire l'antidépresseur, elle doit le prendre pendant 1 an et tout va bien aller. »

On a sorti du médecin, je pleurais... (Mariana)

La souffrance physique de cette femme a été totalement discréditée par un discours médico-centriste, alors qu'elle était extrême et affectait gravement son fonctionnement quotidien. Une autre femme sentait quant à elle que ses membranes étaient rompues car elle avait observé une perte de liquide, mais le personnel médical se fiait uniquement au test à la nitrazine effectué sur une bandelette, sans tenir compte du savoir expérientiel de la femme. Le test affichant un résultat négatif, le personnel a renvoyé la femme chez elle, avec un ton banalisant ses inquiétudes:

J'étais certaine d'avoir perdu mes eaux. [...] J'arrive à l'hôpital, on me garde environ 3h, puis à la fin on me dit : « Ben non, écoutez, c'est une fuite urinaire, rentrez chez vous, c'est absolument pas ça, vous ne perdez pas vos eaux, ça n'a rien à voir ». (Layla)

Le lendemain, sa médecin l'a examinée et touchait les cheveux du bébé ! Elle avait effectivement rompu les eaux. Dans ce cas-ci, la non reconnaissance du vécu de la patiente a retardé les soins offerts au bébé à naître et à la mère. De son côté, Mariana a quant à elle senti le réflexe de poussée bien qu'elle ait été sous péridurale, mais n'a pas été crue par la soignante présente. Une autre femme a compris que son bébé naîtrait rapidement et a demandé à être examinée, connaissant son historique d'accouchements rapides et reconnaissant les sensations liées à la poussée :

Le résident est venu me voir. J'étais rendue avec des contractions fortes, aux 2 minutes, douloureuses, et je dis : « faudrait m'examiner, parce que là ça commence à pousser, puis la sensation est partie d'en arrière puis elle est en train de migrer vers l'avant. Donc, d'après moi, d'ici une demi-heure elle va être née. » Je m'installe, il m'examine et il me dit, sur son ton le plus paternaliste : « ben non... vous êtes juste à 6 centimètres, c'est sûr qu'elle sera pas là d'ici une demi-heure ». Je dis : « ben là, c'est parce que je suis passée de 4 à 10 cm en 1 contraction à un de mes accouchements, puis la dernière fois, en 8 minutes je suis passée de 8 centimètres à *j'ai un bébé dans les bras...* Je le sais très bien : d'ici une demi-heure elle va être née. Si tu t'en vas, tu ne seras pas là. » Il ne m'a pas cru puis il s'est en allé. Évidemment, l'infirmière a fait de même. Ils m'ont laissée toute seule. [...] Ma fille est née [...] 20 minutes après que je lui ai dit qu'elle serait là d'ici maximum une demi-heure, puis qu'il m'a dit que c'était dans ma tête... [Pour] lui, à 6 cm t'es pas sur le bord d'accoucher, point barre. Y'a pas pris en considération que mes réalités personnelles étaient différentes. (Claudia)

Cette mère s'est sentie complètement abandonnée par le personnel soignant, son conjoint ayant été la seule personne à l'accompagner à ce moment crucial d'enfantement, en l'aidant à se mettre dans une position adéquate et à retirer ses sous-vêtements. La connaissance que les femmes peuvent avoir de leur propre corps a donc été minimisée dans plusieurs situations rapportées comme durant de la pose d'un ballonnet lors d'un déclenchement, alors que Laurie explique à une soignante qu'un spéculum large n'est pas le bon format pour sa physionomie. La soignante s'est quand même fiée à ce qu'elle fait « d'habitude » et a utilisé un instrument trop grand, rendant les manœuvres inconfortables. Layla a quant à elle exprimé à l'équipe soignante avoir déjà vécu une péridurale et qu'elle pouvait se déplacer rapidement à la suite de cette anesthésie. Il lui a été demandé de demeurer au lit alors qu'elle souhaitait se lever, bien qu'elle pouvait démontrer sa capacité à se déplacer sans problème.

En plus de cette banalisation des propos des femmes, Bowser et Hill (2010) notent que la profération de menaces est une des manifestations possibles de la violence obstétricale. Dans le cadre des entretiens, Marie-Hélène, Nathalie, Mariana et Laurie ont reçu des menaces de la part du personnel soignant de l'hôpital ou du CLSC parce qu'elles ont refusé certaines procédures ou traitements, soit pour leur enfant, soit pour elles-mêmes. Marie-Hélène et Nathalie ont questionné l'administration d'antibiotiques à leur bébé après que des soignant·e·s se soient contredits dans leurs recommandations. Elles ont décidé de s'affirmer et de poser des questions, mais la soignante a menacé de joindre la Direction de protection de la jeunesse (DPJ) si elle refusait des soins proposés pour l'enfant. Une autre femme a appris qu'une infirmière du CLSC avait appelé son médecin de famille pour proférer des menaces d'appeler la DPJ car elle trouvait que cette mère de quatre enfants ne mettait pas suffisamment ses recommandations en application. Mariana, qui ressentait des douleurs aiguës reliées à un traumatisme obstétrical, a refusé de prendre les antidépresseurs prescrits par un médecin ayant une attitude condescendante et banalisant sa douleur physique. Elle a ensuite parlé à une infirmière, lui disant qu'elle refusait de prendre les anti-dépresseurs et celle-ci lui a répondu : « Ah, mais si tu veux pas prendre ça ils vont prendre tes enfants de toi et dire que tu n'es pas capable ». L'évocation de la possibilité pour la mère de perdre la garde de son enfant parce qu'elle refuse de prendre des antidépresseurs alors que sa douleur est essentiellement physique, sert ici d'argument visant à la soumettre à l'autorité médicale.

Dans le cadre du suivi postnatal, Marie-Hélène a quant à elle tenu des propos exprimant une détresse psychologique suite à son expérience difficile d'accouchement. Une intervention policière a alors eu lieu, notamment parce que les soignantes étaient inquiètes pour l'enfant et semblaient inexpérimentées en intervention de crise. Le policier qui s'est présenté a menacé la mère dès son arrivée : « Là madame si vous vous calmez pas j'pars avec le bébé ! ». Cette façon d'interagir avec les mères en les menaçant, alors qu'elles ont besoin d'un réel soutien psychosocial, ne semble en aucun cas aider la situation, favorisant au contraire une rupture de confiance entre les parents et le système de santé et services sociaux. Immédiatement après la naissance de leur enfant, certaines femmes avaient aussi besoin de se remettre de leurs émotions, particulièrement après avoir vécu des traumatismes physiques comme une césarienne d'urgence (Laurie) ou une déchirure grave (Layla et Mariana). L'équipe médicale a pourtant nié ces besoins

psychosociaux et a exigé des mères qu'elles prennent immédiatement soin de leur nouveau-né, alors qu'elles s'en sentaient incapables. Layla rapporte un de ses échanges avec une infirmière :

- Écoutez, j'ai juste besoin de me reposer un peu.
- Non non non, madame, vous devez garder votre bébé avec vous. Vous pouvez pas vous reposer.
- Vous vous rendez compte que j'ai eu plus de points de suture que quelqu'un qui a eu une césarienne ?
- Oui, mais c'est pas considéré une intervention chirurgicale
- D'accord, donc si je m'étais fait charcutée différemment, par un bistouri, ben à ce moment-là vous auriez pris le bébé ?
- Oui, on vous aurait laissée dormir.

La mère était tout-à-fait abasourdie devant les réponses données par la soignante, qui banalisait son besoin de bénéficier d'un peu de temps pour se ressaisir ou, du moins, d'être accompagnée adéquatement. Suite à leur accouchement, Marie-Hélène, Nathalie, Layla et Audrey souhaitaient témoigner de leur expérience afin de contribuer à l'amélioration des soins et des services, mais ne savaient pas à qui s'adresser puisqu'aucun mécanisme d'évaluation des services n'était systématiquement en place. Après leurs expériences négatives, plusieurs femmes ont ainsi senti qu'elles n'avaient aucun espace pour déposer et partager leur vécu face aux soins reçus. Deux participantes se sont confiées aux sages-femmes au cours de leur suivi postnatal suite à un transfert à l'hôpital et ne se sont pas senties entendues : « J'avais l'impression qu'elles justifiaient l'hôpital, puis qu'elles n'acceptaient pas que je n'avais pas eu une belle expérience là-bas. C'était comme s'il ne fallait pas trop en parler. » (Audrey) L'absence de soutien psychosocial dans les services de santé a donc été relevé par plusieurs femmes qui se sont sentie en quelques sortes « abandonnée[s] par le système » (Mariana) suite à leur expérience difficile, voire traumatique.

Une certaine tension s'est exprimée entre les expériences négatives vécues par les femmes rencontrées et la naissance de leur enfant, qui était pour elles un évènement « magique » (Jade) et précieux : « J'suis en train d'accoucher, puis c'est un évènement vraiment intense dans ma vie, puis vraiment important » (Audrey). La spécificité de cette expérience de vie unique et intense est aussi relevée par Vadeboncoeur (2004) et Rouillier (2015). La non-reconnaissance de la particularité de cette expérience de vie par les professionnel·le·s de la santé a affecté les mères et elles auraient souhaité que cet aspect fasse partie intégrante des soins prodigués :

On n'est pas un numéro de la chambre 2 puis on vient faire une intervention là... C'est pas ça. Pour nous, c'est un moment dont on va se souvenir toute notre vie, alors c'est important que le personnel le réalise. Que pour nous c'est important dans notre vie puis que ça peut être marquant. (Jade)

L'accouchement s'inscrit ainsi pour les femmes dans leur histoire de vie, en tant qu'évènement « marquant », « important ». Il leur apparaît crucial, malgré l'aspect répétitif pour les soignant·e·s d'être face à l'acte de donner naissance, que l'intensité de leur expérience soit reconnue et respectée. Ce ne fut pas toujours le cas pour les femmes rencontrées et certaines ont même senti qu'on leur avait « volé » leur accouchement : « Moi dans ma tête là, même à ce jour, j'suis pas capable de dire *mon accouchement*. Pour moi, j'ai pas accouché. [Nom du bébé] est né, effectivement, mais j'ai pas accouché. » (Laurie) Cette femme considère que la naissance de son enfant a été un évènement médical plutôt qu'une expérience personnelle et familiale. La perception de s'être fait dérober son expérience est aussi liée à la relation asymétrique prédominant dans les rapports vécus avec le personnel de soins : « c'est un évènement important dans une vie, l'accouchement, puis de se le faire un peu voler par les méthodes de *non, vous allez faire ce qu'on vous dit de faire*, ça vient un peu briser le moment. » (Claudia) Ce sentiment de dépossession a été relevé par toutes les participantes, avec différents termes et nuances. Face à l'atmosphère hautement médicalisé de l'hôpital où il a été reçu, un couple a quant à lui utilisé l'humour pour détendre le climat, les soignant·e·s ayant une attitude plutôt rigide :

Il y a eu des moments qui étaient drôles puis le *fun*, parce que... on riait un peu d'eux aussi là, parce qu'ils étaient tout le temps (ton non intéressé) « ok », puis là on [répétait] (imite le ton) « ok, ok. », puis ça nous faisait du bien (rit). Sinon, c'était trop lourd. (Audrey)

L'utilisation du rire et de la créativité - ce couple a aussi dansé en salle d'accouchement - apparaît ici comme une façon de se réapproprier son expérience d'enfantement en tant qu'évènement heureux et mémorable pouvant s'inscrire dans l'histoire amoureuse et familiale.

4.2.2 Violence physique et sexuelle

Plusieurs femmes ont raconté avoir été contraintes de donner naissance à leur enfant en décubitus dorsal (allongée sur le dos, en position « gynécologique ») ; cela porte atteinte à leurs droits (ASPQ, 2011) et est un indicateur reconnu de violence obstétricale (Salder et coll., 2016; Bowser et Hill, 2010). Cette absence de choix dans la position d'accouchement était parfois justifiée par la présence de matériel médical (solutés, péridurale, etc.) :

Comme j'étais branchée de partout, c'est les 2 pieds dans les étriers ; t'as pas le choix, tu pousses comme ça. J'avais pas de mobilité. Si je voulais me tourner, [...] changer de position, ben... j'avais pas cette possibilité-là. Ça, j'ai trouvé ça vraiment plate.
(Jade)

L'absence de mobilité imposée a été source de déception, particulièrement pour les femmes qui souhaitaient avoir un accouchement le plus physiologique possible et qui s'étaient informées sur les différentes méthodes de gestion de la douleur, qui incluent la mobilité (Jade, Mariana et Laurie). Pour une des participantes, le refus du médecin à l'assister dans une autre position que le décubitus dorsal était affirmé avec autorité : « J'ai demandé si je pouvais faire des positions différentes ; il m'a dit que non, je *dois* accoucher sur le dos. » (Mariana). Cette mère explique comment elle s'est retrouvée en position gynécologique alors qu'elle ne le voulait pas : les soignant·e·s lui ont demandé de se coucher sur le dos afin de l'examiner et l'ont ensuite contrainte à demeurer dans cette position en poursuivant avec une poussée dirigée et en l'entourant d'une douzaine de soignant·e·s, rendant impossible le retour à une autre position plus conforme à ses désirs. La mobilité des femmes a aussi été limitée *avant* la poussée, durant le travail actif, principalement dû au monitoring en continu : « Je pouvais quand même bouger un peu dans le lit, mais je pouvais ne pas bouger beaucoup non plus parce qu'ils perdaient le cœur. » (Mariana) Une autre participante exprime que cette surveillance fœtale lui a semblé exagérée :

Être sur un ballon, [prendre] un bain, pour moi ce n'était pas possible. [...] Je trouve que pour les grossesses à risques, il y a sûrement moyen de -pendant 30 minutes là-même si vous n'avez pas mon taux de glycémie, puis les battements du cœur du bébé là... Ça, avec du recul je me dis : « eille, c'est un peu *too much* leur affaire là... »
(Jade)

Elle se soumettait aux contraintes liées à la catégorisation de sa grossesse comme étant à risques, mais aurait souhaité davantage de souplesse dans ce suivi afin de pouvoir mettre en place certains moyens (prendre un bain chaud, bouger sur un ballon d'exercice) pour vivre la douleur plus sereinement. En postnatal, d'autres mères (Marie-Hélène et Nathalie) ont quant à elles été limitées dans leur déplacement à même le département, ayant seulement le droit d'aller à la pouponnière au salon adjacent avec leur bébé. Ce couple était contraint de demeurer dans un espace restreint sans que des motifs concrets justifient leur confinement. Les mères en ont conclu qu'elles étaient maintenues sous surveillance par l'équipe médicale de façon arbitraire, parce qu'elles avaient eu recours à une insémination dite « artisanale ». Suite à leur expérience

des soins postnataux à l'hôpital et aux relations tendues avec l'équipe soignante, elles concluent avoir été gardées « sous observation » et détenues en établissement de soins malgré elles.

Le caractère intime et intrinsèquement lié à la sexualité de l'accouchement (Rouillier, 2015; St-Amant, 2013) a quant à lui été relevé par plusieurs participantes. Les touchers vaginaux effectués ont ainsi été vécus par une femme comme un évènement profondément intrusif :

J'ai trouvé ça super intrusif. [...] Les touchers qui ont été douloureux, c'est vraiment... c'est intrusif là ! Puis c'est intime ! [...] Puis là tout d'un coup, parce que t'es en train d'accoucher, ben écoute euh... t'sais, *bar open* là ! (Sophie)

Le déni du caractère sexuel et intime de tels actes (touchers vaginaux) par le personnel soignant a été vécu par cette femme comme une agression. Elle explique également que le fait d'être « toute nue » et d'avoir « les deux jambes ouvertes » a ajouté à son sentiment de vulnérabilité lorsque cela se produisait. Une autre mère explique avoir ressenti des émotions semblables alors qu'une soignante a effectué une rupture de ses membranes sans qu'elle se sente prête psychologiquement : « Pour moi c'est devenu super émotif. Je me sentais vraiment bousculée. Puis quand elle l'a fait, puis quand ça s'est mis à couler, je me sentais presque...t'sais, t'as tes organes génitaux ouverts à *tout le monde...* » (Jade) Cette participante pleurait en racontant cet évènement intrusif, survenu en contexte de grande vulnérabilité émotionnelle et physique, puisqu'elle se trouvait les organes génitaux à la vue de toutes et tous. L'intrusion dans la sphère intime qu'est l'accouchement s'est transformée en invasion pour plusieurs femmes au moment de la poussée, de nombreuses soignantes et soignants entrant précipitamment dans l'espace de la chambre :

Quand [la poussée] est arrivée, je sais pas c'est quoi : il y avait du monde dans la salle, c'était pas croyable. Il devait y avoir trop de stagiaires, des internes puis tout ça. Il devait y en avoir trop, c'est clair, parce que là c'était comme le *free-for-all*. (Marie-Hélène)

Ce sentiment d'être brusquée a été partagé par plusieurs autres femmes, qui racontaient comment « soudainement, une dizaine de personnes sont entrées dans la chambre » (Layla), ajoutant que « c'était vraiment plein de personnes [qu'elles n'avaient] jamais vues. » (Audrey) Mariana avait inscrit à son plan de naissance qu'elle souhaitait être la plus seule possible, souhaitant vivre un accouchement physiologique. Or, elle se souvient, découragée :

Il y avait *plein* de monde. Des stagiaires, tout le monde. [...] 12 personnes, je sais pas. C'est sûr qu'il y avait comme 2-3 résidents. Plus les infirmières, plus mon mari, plus mon accompagnante qui ne faisait rien. Il y avait vraiment plein de monde. [...] Tout le monde faisait comme des tours, me faisait des massages, touchait la tête de mon bébé ; c'était vraiment n'importe quoi.

En plus d'avoir vécu cet envahissement durant la poussée, cette participante a subi des touchers vaginaux à répétition durant son travail actif : « J'en ai eu vraiment plein. Comme tout le temps. Chaque 15 minutes, quelqu'un venait, [...] plein de monde que je ne connaissais pas. [...] J'étais tellement traumatisée. » (Mariana) Les intrusions dans l'intimité de cette femme ont été exercées tout au long de son accouchement et elle en garde un souvenir traumatique et déplaisant. De son côté, Laurie a vécu la pose d'un ballonnet pour un déclenchement en présence de très nombreuses personnes, sans jamais avoir donné son consentement pour être ainsi utilisée comme « cobaye » pour l'apprentissage des étudiantes et des étudiants. Elle raconte :

Là, ils arrivent tous – c'est un hôpital universitaire hein ; ils sont sept ! [...] Ils observent. [...] Ils sont tous là. Ben en fait, il y a l'infirmière, il y a l'interne, il y a son externe, plus il y en a 3-4 en observation... Je sais pas c'est qui. [...] Puis t'sais (ironique) t'es ben, là, dans les étriers, *wide open*, ils sont là puis ils *tcheckent*...

Cette femme a ensuite raconté comment le fait d'avoir les organes génitaux ainsi à la vue de toutes ces personnes a rendu difficile pour elle la possibilité de trouver la détente et de lâcher prise face au déroulement imprévu de son accouchement, qu'elle souhaitait initialement vivre en maison de naissances. Les expériences de ces femmes font écho à ce qui est rapporté dans le rapport du HCE (2018) et à ce qui a été expliqué par St-Amant (2013) : le déni du caractère intime et sexuel des soins obstétricaux porte atteinte à la dignité des femmes et contribue au sentiment de ne pas avoir été respecté. La façon d'effectuer des actes médicaux a aussi influencé la façon dont les femmes les ont vécus : « Les choses sont *brutales*, puis ça se fait de manière brutale, puis les touchers sont brutaux. » (Laurie) Les touchers vaginaux ont particulièrement été vécus par plusieurs participantes comme une agression physique (Sophie, Jade, Mariana et Laurie). En plus de cette brutalité dans les gestes eux-mêmes, Sophie explique à quel point l'attitude des soignant·e·s peut contribuer à l'expérience négative :

Les touchers vaginaux là, à mon accouchement, je pleurais à chaque fois qu'elle allait vérifier mon col. Ça faisait hyper mal, puis elle faisait pas si attention que ça. [...] En tout cas moi, il y a 2 résidentes avec qui j'ai vraiment eu ce *feeling*-là : c'est qu'eux autres, y'ont tout le couloir, on est toutes des femmes en train d'accoucher l'une en arrière de l'autre. Puis eux autres ils passent, puis ils font des touchers vaginaux, puis ils passent, puis ils *tcheckent*... Eux autres, ils en voient à la journée longue, des bébés

qui naissent. Sauf que quand c'est *ton* (devient émotive, voix brisée)... puis là j'veais pleurer. Quand c'est *ton* accouchement, c'est comme le moment, un des moments les plus importants de ta vie, t'sais, puis c'est vraiment... C'est *notre* corps. Me semble que ça devrait être plus doux que ça...

L'aspect routinier des touchers vaginaux ressenti dans l'attitude des soignantes contribue au sentiment de la femme d'avoir été brusquée. Le déni de la douleur vécue par la patiente à chacun de ces actes médicaux, alors que les larmes en étaient un signe apparent, nourrit quant à lui la banalisation de l'expérience de la femme. Une autre participante décrit à quel point certains touchers vaginaux effectués, en plus d'avoir été fait sans son consentement, étaient extrêmement brusques pour elle : « Elle m'est rentrée dedans, mais comme un *10 roues*. [...] Elle m'a violée. » (Laurie) L'intrusion brusque des doigts de l'infirmière dans son vagin alors qu'elle ressentait les douleurs des contractions a ici été vécu comme un viol par cette femme. D'autres actes médicaux ont aussi été vécus comme une agression par les participantes. Une femme s'est notamment sentie violentée lors de la rupture de ses membranes, alors que ne se sentait pas prête et qu'il n'y avait aucune urgence à effectuer cet acte :

Tout a déboulé là ; on a été bousculé (la soignante, avec ton banalisant la situation) : « c't'un p'tit crochet, ça fera pas mal, tiens, ouvre les jambes ». Sans me prévenir que... Ah, je me suis sentie comme une vache qui vèlait, je me suis sentie comme un animal qui vient de crever ses eaux. Je me suis sentie humiliée. Puis pour moi, c'est vraiment là que je disais : c'est un acte de violence. Parce qu'on n'a pas respecté ma préparation mentale, mais on ne m'a pas préparée non plus à ce que j'allais subir, ou c'était fait de façon très maladroite, comme si j'étais un numéro à l'abattoir et, *next !* [C'était] vraiment une atteinte à mon intégrité physique. [...] Elle minimisait ce qu'elle allait faire. C'est important, quand t'es enceinte, le moment où est-ce que tu perces les eaux. La rupture de la membrane, moi, je trouve ça important, puis elle, bien c'est elle qui s'est introduit dans mon corps pour le faire, mais elle ne prend pas le temps de créer un contact avec moi. (Jade)

L'aspect intrusif de tels actes est relevé par les femmes comme facteur contribuant au sentiment d'être violentée ; il s'agit d'une intrusion physique dans leur intimité. La pénétration du vagin des femmes, que ce soit par des instruments médicaux (Jade) ou par des doigts (Laurie), lorsqu'effectuée sans consentement et/ou sans délicatesse, relève pour elles de la violence et de l'agression. Cette agression, parce que vécue directement sur leurs organes génitaux, revêt un caractère sexuel, comme le démontre l'utilisation du mot « viol » (Laurie). La description donnée par les femmes correspond effectivement à la définition d'agression sexuelle selon le Code criminel canadien (Institut national de santé publique, 2019), qui indique qu'il s'agit de « tout

contact physique de nature sexuelle posé sans le consentement de la personne, allant des attouchements à la relation sexuelle complète » (s.p.).

Certaines interventions médicales non basées sur les recommandations officielles ont également été subies par certaines participantes. Certaines d'entre elles relèvent de l'agression physique, le corps des femmes ayant été assailli par les soignant·e·s sans explications et avec rudesse. Par exemple, une équipe médicale a tenté une expression abdominale sur Layla lors de la poussée. Elle raconte ce qui s'est passé, avec un ton horrifié :

Puis là, soudainement, deux personnes qui se pointent, une de chaque côté, pour me pousser sur le ventre. Donc j'avais 2 personnes qui étaient avec leurs coudes, avec leurs poings, les coudes complètement barrés, puis on me poussait sur le ventre pour pousser le bébé pour que le médecin puisse le sortir. Et, on ne m'a jamais posé la question : est-ce que j'étais dans une position confortable, est-ce que je voulais proposer quelque chose, est-ce que y'a quelque chose que je pouvais faire. On faisait... On ne prenait qu'acte, et toujours en oubliant que c'est mon corps.

Cette manipulation a été très traumatisante pour la femme, qui s'est sentie complètement envahie à ce moment de son accouchement. Elle expliquait à quel point il s'agissait d'une prise de contrôle totale du personnel soignant sur son corps et que cela la forçait à garder un rôle passif dans ce qui se passait. Cette manipulation est pourtant clairement déconseillée par l'OMS (2018b). Pour Audrey, le moment de la délivrance du placenta a été brusquée et n'a pas été fait selon les recommandations officielles (OMS, 2018), les soignant·e·s effectuant un massage utérin très vigoureux en tirant sur le cordon. Elle raconte :

J'avais pas eu de péridurale, [puis] une minute après que [bébé] soit née, ils ont fait un gros massage puis ils ont tiré sur mon placenta. Puis dans le fond ils l'ont enlevé, ils n'ont pas attendu qu'il sorte tout seul. Ça *vraiment* fait mal. [...] Ça, je me suis vraiment sentie *violée* à quelque part là. [...] C'est pire qu'un manque de respect.

Cette femme s'était informée des normes de pratiques concernant la délivrance du placenta et s'attendait à ce qu'un peu de temps lui soit accordé afin que le placenta sorte de lui-même. Elle a donc été brutalisée par cette intervention rapide, d'autant plus qu'elle n'était pas sous anesthésie et qu'elle mentionne avoir eu très mal lors de cette manipulation. Encore une fois, l'aspect non consentant d'une intervention effectuée sur le corps de la femme a été vécu comme un viol par la femme.

Le cas de déchirure rapporté par Mariana apparaît comme une atteinte à sa sécurité. En effet, la sécurité des mères peut notamment être « évaluée en examinant les cas potentiellement évitables de déchirures du périnée durant un accouchement par voie basse » (OCDE, 2017, p.124). L'absence de soins physiques suite à ce traumatisme obstétrical est aussi une forme de violence physique, par omission. Mariana a eu une déchirure de 4^e degré suite à l'utilisation de forceps et a rapporté n'avoir eu aucun soutien du système de santé pour guérir cette blessure physique qui lui causait beaucoup de problèmes (incontinence, mobilité réduite, relations sociales affectées) : « J'ai eu accès à la psychologue et à l'infirmière à cause du programme OLO. Et la physio j'ai payé par moi-même, au privé. Mais le système de santé m'a vraiment abandonnée pour vrai. » Concernant les soins physiques à prodiguer en cas de traumatisme obstétrical majeur, cette femme a été abandonnée par le système de santé, alors que c'est à l'intérieur des murs de ce même système qu'elle avait été blessée.

4.2.3 Relations avec le personnel soignant

Les relations entre les femmes rencontrées et les professionnel·le·s de la santé ont souvent été teintées d'autorité, soit dans la façon d'interagir, soit dans la culture entourant les soins. La hiérarchie se dégageant des rapports entre les femmes et les soignant·e·s semble liée à l'absence de reconnaissance du savoir expérientiel des femmes :

On ne m'a pas respectée. Je pense qu'on s'est mis en position d'autorité ; pas d'égal à égal, vraiment. Oui c'est correct, les médecins ont une expertise puis il faut la reconnaître, mais en même temps on a une expertise de notre propre corps : comment on souhaite les choses, le besoin de bouger, le besoin de chaleur, t'sais ça aussi ç'a pas été respecté du tout du tout. C'est *le médecin* ; t'sais on sent que c'est très très hiérarchique là, dans la façon de procéder. [...] On le sentait là ; que c'est le médecin qui décide puis c'est (ton sans équivoque) *comme ça* que ça se passe. (Jade)

Non seulement le savoir médical est ici prépondérant sur la connaissance qu'a la femme de son propre corps, mais il semble en plus permettre à la personne qui le détient d'exercer une autorité sur elle. La sensation d'être « relayées à un rang plus bas » (Layla) met en lumière le sentiment d'infériorité que provoquent les relations asymétriques en contexte d'accouchement. Plusieurs femmes ont exprimé que la façon dont les soins étaient prodigués, conjuguée à la vulnérabilité associée au contexte d'accouchement, forçait leur obéissance. Par exemple, une femme raconte comment la posture et l'attitude d'un soignant pendant la poussée l'empêchaient de s'exprimer ou de reprendre le contrôle de la situation : « Y'était comme de même là [montre la position du médecin qui la regarde avec autorité, penché très près par-dessus elle], y'était au-dessus de moi,

fait que... Puis moi j'étais couchée, puis je ne pouvais pas faire grand-chose. » (Audrey) En plus d'exprimer son autorité sur la femme par son attitude (froncer les sourcils, avoir un ton autoritaire), ce médecin était en plus en position d'asymétrie par sa posture. Le sentiment de vulnérabilité que peut amener le fait d'être dans une telle position corporelle a été souligné par une autre participante, qui considère après coup avoir vécu une agression durant son accouchement :

Sur le coup, tu peux pas avoir cette analyse, parce t'as les 2 pieds dans les étriers, t'es en p'tite jaquette, moi j'suis ploguée de partout ; j'avais 2 poteaux, mes bras y'étaient... je pouvais pas bouger vraiment. Alors t'obéis, t'as pas le choix. (Jade)

Pour Audrey et Jade, la vulnérabilité est non seulement associée à l'exposition de leurs parties génitales, mais aussi à l'absence de mobilité engendrée par la présence du personnel ou du matériel médical. Même les femmes considérant avoir beaucoup d'habiletés pour s'affirmer dans leur vie personnelle et professionnelle (Sophie et Claudia) ont rapporté avoir été déconcertées par la soumission évidente avec laquelle elles avaient interagi avec les soignant·e·s durant leur accouchement : « J'ai un petit syndrome du sarrau. Quand ils sont devant moi, je perds un peu ma confiance, puis là je les écoute, au doigt et à l'œil. Je ne dis plus rien. » (Sophie) Encore une fois, c'est la vulnérabilité associée au contexte qui semble influencer la place qu'arrivent à prendre les femmes, dans un contexte souvent rempli d'inconnu. En racontant leur histoire d'enfantement, plusieurs femmes ont constaté qu'elles ignoraient l'identité ou le rôle des professionnel·le·s avec qui elles ont interagi à l'hôpital, qui ne se présentaient pas nécessairement avant d'intervenir auprès de la mère : « Souvent, ils prenaient pour acquis qu'on devait le deviner je pense. [...] J'te dirais que les gens prennent peut-être pas le temps de se nommer convenablement. » (Marie-Hélène) Ce manque de communication a été dénoncé par les femmes, auxquelles on n'expliquait pas nécessairement ce qui se passait : « Crever mes eaux, puis les touchers vaginaux, [...] faudrait mieux expliquer pourquoi ils sont nécessaires. » (Sophie) Une autre participante raconte aussi à quel point elle n'était pas incluse dans les discussions qui la concernaient : « On ne m'expliquait pas ce qui arrivait. Je me souviens qu'elles se parlaient tout bas toutes les deux. Puis il fallait comme que j'écoute – en même temps que je force – que j'écoute ce qu'elles se disaient pour comprendre. » (Jade) Ce sentiment d'être maintenues à l'écart des discussions et des décisions par l'absence de communication était frustrant pour plusieurs participantes : « Verbalisez pour la maman qui est en train d'accoucher ! Elle, elle ne voit pas ce qui se passe de l'autre côté, mais elle le ressent, elle le vit ; c'est son corps. » (Layla) Pour quelques

femmes, ce manque de communication a affecté la confiance qu'elles avaient envers le personnel médical : « À un moment donné, ils ont pris aussi les ventouses. Puis j'ai jamais su si c'était vraiment nécessaire. » (Audrey) En contexte de complications médicales, cette communication est devenue carrément absente : « On est partis à la salle d'opération. Puis là ils ont [...] arrêté de me dire ce qu'ils faisaient – puis déjà que je trouvais qu'ils me le disait pas beaucoup – mais ils n'ont vraiment plus [rien] dit. » (Laurie) Le manque de communication de la part des soignant·e·s envers les femmes qui accouchent a donc été rapporté dès le début de l'accouchement – soignant·e·s qui ne se présentent pas - et semble encore plus sérieux en contexte de poussée et de complications. Les informations sont aussi parfois données aux femmes de façon partielle ou insuffisante. Lors d'un examen de suivi en fin de grossesse, Laurie n'a pas reçu suffisamment de renseignements pour comprendre ce qui se passait, alors qu'on la dirigeait vers un déclenchement. Mariana a quant à elle subi un traumatisme obstétrical majeur (déchirure de 4^e degré), mais personne ne l'en a informée avant son départ de l'hôpital, quelques jours après l'accouchement :

J'ai dit : « j'ai vraiment mal », à l'infirmière. Elle dit : « ah, mais c'est sûr que tu as mal, parce que tu as eu une grosse déchirure, très grave quand même. Une déchirure de 4^e degré ». Et jusqu'à la journée que je suis sortie de l'hôpital, personne ne me l'avait dit. Personne ne m'a expliqué ce qu'était le 4^e degré.

Cette mère vivait les conséquences physiques d'un tel traumatisme et ne comprenait pas ce qui se passait. Les réparations ont donc été effectuées sans explications et elle a ensuite été laissée à elle-même, sans médication suffisante pour combattre l'intense douleur reliée à sa déchirure et avec un bébé dont s'occuper qu'elle n'arrivait même pas à soulever. Pendant l'accouchement lui-même, plusieurs obstacles à la communication ont été rencontrés par les femmes. La douleur ressentie en lien avec les contractions en est un : « Je n'étais pas capable parler, fait que même si tu me posais des questions, je ne pouvais pas vraiment te répondre. » (Marie-Hélène) En présence de douleurs importantes, les mères sont aussi parfois entrées dans une espèce de bulle pour se concentrer et respirer :

Ils me parlaient mais je ne comprenais pas. J'étais pognée dans moi. Puis ultimement, c'est ça l'objectif, c'est d'être *dans* moi. Mais [...] je n'étais pas capable d'assimiler bien l'information qui venait de l'extérieur. Puis de toute façon c'était toujours des nouvelles informations ; je n'avais pas le temps de comprendre ce qui était en train de se passer puis de l'accepter puis de faire avec ; on était déjà rendus ailleurs. (Laurie)

Cette participante nomme des obstacles à la communication : elle ne se sentait pas disposée à recevoir de l'information car elle était concentrée. Les informations lui étaient également communiquées trop rapidement. Une autre femme explique que la vulnérabilité reliée à la gestion de la douleur rendait difficile le dialogue avec une soignante qui refusait de lui donner la péridurale : « Je me sentais fragilisée parce que je devais me concentrer sur les contractions qui me faisaient extrêmement mal, puis de devoir m'obstiner avec quelqu'un puis de lui expliquer, d'imposer mon point, j'arrivais plus. » (Layla) Le fait de ne plus pouvoir s'affirmer dû à la douleur ressentie a finalement amené cette femme à demander à son conjoint de prendre la parole pour elle. Dans certains cas, les mères n'ont pas reçu les services et les soins dans la langue la plus appropriée pour elles, ce qui a été un autre obstacle à la communication. Mariana a reçu des soins en français alors qu'elle ne parlait pas du tout cette langue au moment de son accouchement, venant d'arriver au Québec. Sa langue secondaire était pourtant l'anglais et elle aurait pu bénéficier de soins dans cette langue dans sa ville d'accueil (Montréal), si seulement une des personnes assurant son suivi prénatal l'en avait informée. Une autre mère a vécu la situation inverse, les soignant·e·s s'adressant à elle en anglais alors qu'elle est francophone : « J'arrive à l'hôpital, puis les gens ne m'abordaient qu'en anglais. Fait que ça c'était vraiment un côté que je n'ai pas aimé. » (Audrey) Cette participante a expliqué se débrouiller dans cette autre langue, mais qu'en contexte d'accouchement et de soins de santé, cela comporte certaines limites puisque les termes abordés n'étaient pas courants et qu'il était plus confortable de communiquer dans sa langue maternelle alors qu'elle ressentait de la douleur.

Le manque de communication et de collaboration s'est aussi fait sentir entre les professionnel·le·s de la santé. Le manque de cohérence dans le discours des différents soignant·e·s interagissant avec les femmes a été relevé par plusieurs participantes (marie-Hélène, Nathalie, Layla et Mariana). Layla résume : « J'avais un médecin qui me disait quelque chose, puis j'avais l'infirmière qui me disait autre chose. » Il devenait ainsi difficile pour les femmes de savoir quelles informations croire ou en qui avoir confiance, les différent·e·s intervenant·e·s n'allant pas tou·te·s dans la même direction. Pour les mères ayant eu un suivi prénatal en maison de naissances et ayant accouché à l'hôpital pour diverses raisons, le manque de collaboration entre l'équipe médicale de l'hôpital et les sages-femmes a été un irritant dans leur parcours de soins :

C'est surtout le lien qu'elles ont avec l'hôpital qui était décevant, parce qu'à chaque fois qu'elle me disait « oui, tu peux aller là », [...] ben finalement ils savaient pas ce que je faisais là. [...] On voyait qu'il y avait des problèmes de communication puis c'était compliqué puis c'était lourd. (Audrey)

La communication entre l'équipe de sages-femmes et l'équipe soignante de l'hôpital était inefficace, ce qui a ajouté un poids à la mère, qui a dû expliquer la situation plusieurs fois. Le manque de collaboration a aussi été relevé par Marie-Hélène, qui raconte que sa sage-femme a été accueillie froidement par l'infirmière lors d'un transfert à l'hôpital. Ce manque de collaboration a eu une incidence sur le climat entourant la naissance de l'enfant. En plus de ces relations tendues, le personnel soignant de l'hôpital n'a pas laissé entrer la sage-femme alors que c'est la mère qui lui avait demandé de venir pour obtenir du soutien à l'allaitement. Par rapport à l'attitude des soignant·e·s, le manque d'empathie a été rapporté par la majorité des participantes. Laurie a senti que les soignant·e·s étaient bien intentionné·e·s, mais manquaient d'écoute : « L'infirmière était tout le temps en train de faire quelque chose puis... Elle était gentille. Tout le monde était... Ok, j'vais le dire là : tout le monde était *gentil*, mais personne n'était à l'écoute. » Le manque d'empathie s'est aussi parfois fait sentir par une attitude paternaliste : « Tu sais là : « ma p'tite madame » [...] (ton exaspéré) Ahhh ! J'les trouve paternalistes dans leur manière de s'adresser (ton infantilisant) : « ah, ouin je l'sais ça fait mal »... Mais je ne sentais pas d'empathie. » (Sophie) Cette attitude paternaliste semble aller de pair avec le fait d'incarner une autorité médicale : « Ceux avec qui j'ai eu des difficultés, c'était une attitude de fermeture, de « c'est ça qu'il faut faire », si tu le fais pas tu prends pas la bonne décision. » (Claudia) Cette autorité était portée par certain·e·s professionnel·le·s, à même le rôle qu'ils et elles se donnaient :

La vision [...] : au lieu d'être en rôle conseil, comme médecin, d'être ingénieur en chef, chargé de projet là ! « C'est ça qu'on va faire, à telle heure, puis on va respecter l'horaire. » Deux attitudes qui sont très différentes, puis on retrouve les deux en milieu hospitalier malheureusement. (Claudia)

Cette attitude peut ensuite amener certains comportements ou interventions, comme lorsqu'une soignante entre dans la chambre des femmes en début de travail de façon très interventionniste (Sophie et Jade). Jade rapporte un échange qui l'a brusquée dans le déroulement de son accouchement :

[La résidente] arrive, pas dans le *beat* pantoute, comme sur le party (parle très fort avec beaucoup de dynamisme) :

- Bon, ici le travail est pas commencé !! Alors on va crever ça, ces eaux-là !!!
- Ben, c'est parce qu'on nous a dit que ce serait à 18h...
- Non, là y'est tard là, ça fait longtemps là que vous êtes ici ! Alors, *let's go* !

La mère a vécu l'empressement de cette soignante et son incapacité à tenir compte du climat en place (la participante a dit s'être créée un bulle apaisante avec son conjoint) de façon très négative. Il s'agissait pour elle d'un manque de respect. Des participantes ont aussi raconté que des infirmières étaient parfois « fâchées » (Mariana) ou « outrées » (Marie-Hélène). Par exemple, une infirmière a grondé Mariana qui n'avait pas allaité son bébé qui dormait. Elle l'a aussi grondée parce qu'elle bougeait un peu pendant le travail : « L'infirmière venait fâchée tout le temps. *Si tu bouges trop, je perds le cœur du bébé.* » Une autre montrait son mécontentement par son ton et son attitude :

Dans les poussées, j'avais des contractions vraiment intenses puis j'allais aux toilettes, des fois, juste pour relaxer un peu. Puis là elle était rentrée aux toilettes, puis « what is she doing ?! » , puis elle voulait pas que je reste aux toilettes plus que 2 minutes, le temps de faire pipi. Puis là [...] elle était vraiment pas contente. (Audrey)

En plus d'avoir une attitude désagréable, cette infirmière est entrée dans l'intimité de la mère (aux toilettes) de façon banalisée, comme si le fait d'accoucher faisait disparaître toute notion élémentaire de civisme. Le refus de certaines femmes à se soumettre à l'autorité médicale a aussi amené certaines dynamiques relationnelles. Claudia rapporte qu'un soignant en formation semblait contrarié qu'elle ne suive pas ses recommandations « J'ai senti que ça ne faisait pas son affaire. Qu'il aurait aimé mieux me donner les médicaments. » Dépassant le simple mécontentement, Layla a raconté qu'un pédiatre avait été « super agressif et super désagréable ». Jade a raconté qu'un médecin avait une attitude inappropriée face à la douleur :

Y'a un médecin qui est arrivée. Puis comme j'avais des douleurs là - ça faisait mal ! – elle m'a dit [...] « ah ! Moi, j'aime pas ça quand les femmes ont mal. Je m'en vais. » Ben, je dis : « Madame, vous n'avez pas choisi le bon métier ». T'sais ! Le médecin a dit ça ! (rires devant l'absurdité de la situation)

L'incapacité à faire face à une femme vivant de la douleur était qualifiée d' « inadéquate » par la participante, qui soulignait que des femmes qui accouchent vivent toujours de la douleur. Claudia a quant à elle été dérangée par les signes d'impatience (roulement des yeux, soupirs, réponse différée) exprimés par un soignant. Il a cependant semblé important pour quelques participantes de spécifier qu'elles avaient bien senti que le personnel soignant n'était pas nécessairement mal

intentionné, mais que les effets de leur manque d'habiletés relationnelles étaient quand même désagréables pour elles. Questionnée sur ce qui n'a pas été adéquat selon elle durant son accouchement à l'hôpital, Jade résume :

Le fait de ne pas se présenter, de ne pas nous expliquer, de ne pas nous considérer. [...] Le ton de voix, l'énergie, tout ça... ne pas prendre le temps. C'est pas long là, de se présenter puis : « comment allez-vous ? », puis « comment vous vivez votre journée? »... c'est pas long faire ça là... Mais ça, ç'a jamais été fait. [...] Vraiment là, l'intervention psychosociale, y'a des manques. Ils devraient vraiment avoir [...] des meilleures attitudes, puis des habiletés relationnelles. [...] C'est ce qui manquait. Une sensibilité à l'autre. Vraiment là, je me suis sentie comme un numéro.

Expliquant qu'il ne s'agit pas d'avoir un diplôme en psychologie, mais bien de mettre en application un minimum de savoir-être, cette participante déplorait le manque d'habiletés relationnelles chez les soignant·e·s. Sophie se questionnait sur la place accordée à l'aspect humain des soins dans la formation des soignant·e·s :

J'pense pas qu'elles étaient mal intentionnées, juste *inexpérimentées*, [puis] pas très empathique. [...] J'avais plus l'impression que c'est un manque de maturité, d'expérience puis de sensibilité, par rapport aux mamans. De comprendre c'que la maman devant toi *vit*. Je l'sais pas s'ils se le font dire à l'école. J'me l'demande.

Cette mère aborde ici la capacité empathique du personnel soignant, qui s'acquiert selon elle avec l'expérience plutôt que dans le cadre d'une formation universitaire. Claudia a remarqué de son côté qu'un soignant accordait davantage d'importance à l'aspect médico-légal de sa pratique qu'à l'accompagnement humain :

Quand [...] je lui ai demandé c'est quoi les raisons [pour me donner un antibiotique], les premières raisons qu'il m'a dit, c'était « ben c'est parce que si on vous le donne pas puis qu'il y a un problème, vous pouvez nous poursuivre ». Je dis : « oui mais, je veux pas savoir les avantages et inconvénients pour votre responsabilité professionnelle, je veux savoir les avantages et inconvénients pour moi, comme patiente, puis pour mon enfant à naître. Mais non. (découragée) Les premiers arguments qui lui venaient en tête, c'était pour sauver sa responsabilité professionnelle.

Le manque d'habiletés relationnelles et d'empathie a aussi été relevé en ce qui concerne le suivi postnatal, durant lequel Laurie a confié avoir eu une expérience d'accouchement traumatique à son médecin, qui ne semblait ni touchée ni intéressée par cette confiance. Marie-Hélène a rapporté ne pas s'être sentie accueillie par les soignant·e·s lorsqu'elle a souhaité se confier. Cela a eu pour effet de briser la relation de confiance que la mère avait avec l'équipe soignante. Au-

delà des habiletés relationnelles de base (se présenter, etc.), les soignant·e·s ne semblent donc pas toujours savoir comment intervenir adéquatement en fonction des situations plus complexes pouvant se présenter en contexte de périnatalité. Notamment, Audrey s'est retrouvée à l'hôpital avec une hémorragie importante suite à l'accouchement. Elle raconte ne pas avoir été rassurée du tout par les soignantes, alors qu'elle avait peur de mourir :

Je paniquais quand même pas mal, puis les fois où je l'appelais puis j'étais comme (inquiète) : « qu'est-ce qui se passe ? » Elle [répondait] (ton désabusé) : « bon, on va prendre tes signes vitaux, juste pour te rassurer là... » Mais c'était comme... Je me sentais comme un fardeau.

La capacité à rassurer cette femme vivant des inquiétudes importantes ne semblait pas présente chez cette soignante. Claudia a aussi été déçue de ne pas être rassurée par un soignant, alors qu'elle s'apprêtait à donner naissance à un bébé de façon prématurée et qu'elle s'inquiétait. Une mère a exprimé s'être sentie stigmatisée par l'équipe soignante parce qu'elle consommait du cannabis thérapeutique en lien avec une maladie chronique : « Moi je prends des médicaments *bors norme*, puis c'est comme (ton de catastrophe) : « du cannabiiiiiss !!! ». [...] Eux autres ils se sont dit : c'est [une] *fuckée*. Non, c'est clair là ; c'est un gros jugement. » Les préjugés du personnel soignant semblent ainsi avoir teinté leur relation avec la patiente, qui ne s'est pas sentie bien accompagnée et surtout, qui s'est sentie jugée. Layla a aussi expérimenté le jugement d'un soignant face à des soins de santé traditionnels issus de son pays d'origine, qu'elle souhaitait offrir à son enfant. Elle a ensuite été chamboulée dans son rôle de mère. Les professionnel·le·s rencontré·e·s par Layla et Mariana ne semblaient pas connaître les meilleures façons d'interagir en contexte interculturel ou en présence d'une mère consommant du cannabis thérapeutique.

4.2.4 Surmédicalisation de l'enfantement et contraintes organisationnelles

La médicalisation à outrance a souvent été abordée lors des entretiens effectués. Jade résume en ses mots le sentiment rapporté par la majorité des femmes rencontrées : « J'ai senti que c'était très médicalisé. Très très. Vraiment déshumanisé. » La surmédicalisation semble aller de pair avec la déshumanisation dans le discours des participantes et nuire au bon déroulement d'un accouchement ne présentant jusque-là pas de complication :

On veut devancer la nature, avant même de laisser les choses suivre leur cours. Alors que... le corps est bien fait. Oui, je comprends que, quand on est en détresse respiratoire, en détresse cardiaque au niveau du bébé, on doit agir ; c'est là que l'acte

médical est important. Mais, si tout va bien, pourquoi provoquer et risquer de créer des problèmes ? C'est ce que ça m'a fait ! (Layla)

Cette femme rapporte que les difficultés qu'elle a vécues sont davantage liées pour elle aux interventions médicales qu'au fait d'accoucher en tant que tel. Elle détaille aussi la souffrance reliée à un déclenchement avec hormones de synthèse, qui ne laisse pas le temps au corps de répondre à la douleur :

L'ocytocine [de synthèse] commençait à faire vraiment, vraiment mal. Parce qu'on part de zéro douleur à : douleur extrêmement intense. Mais on n'a pas le temps, le corps n'a pas le temps de s'y habituer. Et on ne nous explique pas un peu le processus. On fait juste nous dire « ok », on nous augmente la dose à chaque fois, puis à chaque fois... J'avais l'impression qu'on me mettait des couteaux dans le bas du dos ; c'était vraiment extrême.

Pour Layla, la façon d'administrer les hormones de déclenchement était davantage associée aux protocoles médicaux qu'à sa capacité à s'adapter à la douleur provoquée par cette intervention. L'application de protocoles non adaptés aux réalités des patientes a aussi été amenée par Claudia, qui était découragée par le manque de souplesse du personnel soignant. Elle a aussi exprimé ne pas avoir senti que les soins qui lui étaient prodigués étaient centrés sur ses besoins :

De manière générale, je dirais que c'était centré sur les besoins du médecin. Soit son besoin de préserver sa responsabilité, les besoins de récupérer une chambre plus vite, les besoins d'envoyer du personnel infirmier ailleurs, de suivre son protocole. Mais pas les miens, mais surtout pas ceux du bébé non plus.

En plus d'aborder la préséance des protocoles sur ses besoins, cette mère amène la question des contraintes organisationnelles pouvant influencer l'expérience d'enfantement. Elle n'est en effet pas la seule à avoir abordé cet aspect. Le temps d'attente, l'espace disponible ou encore les limites du système de santé ont influencé la façon dont les femmes ont vécu leur accouchement. Par exemple, Jade s'est présentée à l'hôpital pour un déclenchement, car elle avait une grossesse considérée à risque (diabète de grossesse). Elle raconte avoir attendu sept heures à l'hôpital, pour finalement avoir été renvoyée chez elle en pleine nuit, avec la demande de se présenter à nouveau tôt le lendemain matin pour effectuer son déclenchement. Elle était donc déjà épuisée avant même que le travail ait débuté. Layla a quant à elle dû attendre un long moment sur une chaise, alors qu'elle avait déjà perdu les eaux depuis la veille :

Je me présente à l'hôpital à 10h et demi, je n'ai pas eu de chambre avant 14h. Donc, de 10h et demi à 14h, j'étais assise sur une chaise. En attendant. [...] Parce que j'étais

dans un changement de *shifts*. Et parce qu'on n'avait pas assez d'infirmières et de lits pour s'occuper de moi.

Audrey a aussi confié avoir été accueillie dans un environnement inadéquat lors d'une hospitalisation due à une hémorragie survenant plusieurs jours après l'accouchement. Elle n'a alors reçu aucun soutien de la part du personnel soignant au regard de l'allaitement et du lien d'attachement en création avec son nouveau-né. Elle fut séparée de son enfant, tirant manuellement son lait dans des petits contenants trouvés par débrouillardise et se faisant « chicaner » si son conjoint venait la trouver avec l'enfant afin qu'il soit nourri. Cette mère a ajouté que les services mis en place à ce moment n'étaient « pas pensé humainement du tout ». Elle a trouvé difficile de devoir expliquer qu'il est important d'être en présence d'un nouveau-né lorsqu'on allaite et d'être rabrouée par l'équipe lorsqu'elle recevait des proches qui lui permettaient d'alimenter son enfant ou qui lui apportait un soutien psychosocial. Claudia explique aussi à quel point l'environnement hospitalier n'est pas propice aux premiers moments partagés avec un nouveau-né :

On dort mal, on est mal installés, c'est le pire endroit du monde, l'hôpital, pour faire connaissance avec son bébé puis se reposer. Ils me font mourir de rire là, quand ils nous installent dans la chambre puis que (chuchote) « reposez-vous, reposez-vous ». (cynique) « Reposez-vous »... vous venez nous voir aux 20 minutes, là ! Puis quand c'est pas pour moi, c'est pour le bébé, sinon c'est pour la fille d'à côté, sinon c'est parce que c'est de l'autre bord qu'il y a de la visite ou « on vient vous porter votre plateau repas / on repart avec votre plateau repas », « on vient vider la poubelle » ; il y a tout le temps quelque chose, nuit et jour.

Cette mère explique également avoir senti que les soins lui étaient prodigués de façon mécanique et en fonction de la logistique de l'hôpital davantage qu'en fonction de ses besoins, « un peu comme quand on prévoit aller chez le dentiste se faire enlever les dents de sagesse [...] ; on dirait qu'ils essayaient de me caser dans une plage horaire comme si c'était un traitement de canal. » La spécificité de l'enfantement en tant qu'évènement de vie imprévisible semble ici entrer en conflit avec l'institution soignante, l'hôpital étant géré selon certains critères de fonctionnement peu flexibles. Cette organisation des soins amène aussi une rotation importante du personnel ; toutes les participantes ont rapporté avoir rencontrés de nombreux professionnel·le·s pendant leur présence à l'hôpital. L'absence de continuité dans les soins et services a été relevée par Jade : « C'est un médecin au hasard ». L'impossibilité de pouvoir choisir son médecin a été soulevée par rapport aux soins reçus durant un accouchement, mais aussi en ce qui concerne le suivi de

grossesse. Laurie raconte comment la médecin qui a assuré son suivi de grossesse avait une vision de la santé très différente de la sienne :

Je la trouve bizarre notre médecin de famille. On n'a pas *du tout* les mêmes valeurs. [...] Ça faisait 12 ans qu'on était sur une liste d'attente pour avoir notre médecin de famille, fait que on l'a pris pareil. [...] Elle a la médicalisation assez facile.

L'impossibilité de bénéficier d'un suivi de grossesse en concordance avec leurs valeurs a aussi été relevé d'autres mères et plusieurs femmes ont senti que leur suivi était standardisé, c'est-à-dire que ce qui leur était proposé – ou imposé – relevait davantage de protocoles ou de lignes directrices que d'une évaluation réelle de leurs besoins. Par exemple, Layla et Laurie ont exprimé un désaccord face à la prise systématique de multivitamines prénatales. Layla expliquait que cela n'est pas nécessaire pour toutes les femmes : « Ça n'est pas nécessaire pour tout le monde, des vitamines prénatales. Mais on nous met dans un espèce de carcan : tout le monde doit le prendre. » Laurie vivait des effets indésirables liés à ces vitamines et souhaitait combler ses besoins par l'alimentation :

Au début de la grossesse, j'ai commencé à prendre les suppléments [...] puis ça me constipait à mort, parce que c'est un gros rush de fer *one shot*, puis je suis clairement pas la seule. [La médecin] disait « ah non, ça c'est pas négociable. Ça tu prends ça puis c'est tout ».

La rigidité avec laquelle la soignante répond à cette femme témoigne d'une application des recommandations de santé sans souplesse et surtout, sans prise en compte de l'autodétermination de la personne bénéficiant des soins. Claudia explique avoir remis en question l'application uniforme d'un test effectué en postnatal, ce qui a créé une tension avec l'équipe soignante, alors qu'il s'agissait d'une décision éclairée sans conséquence importante. Jade résume le sentiment d'être prise en charge par une standardisation des soins sans égard aux réalités spécifiques de chacune : « On rentre dans un moule puis, c'est *comme ça* que ça va se passer là; on n'a pas le choix. » L'empressement avec lequel les soins étaient prodigués est aussi un élément que la majorité des participantes ont soulevé et qui était pour elles souvent difficile à comprendre : « Moi je me suis dit : il ne m'attendait pas puis il y a trop de filles qui viennent accoucher en même temps, il veut se dépêcher à libérer une salle... J'ai jamais compris. » (Claudia) Le résident souhaitait accélérer le travail de cette femme, alors qu'elle avait déjà eu des accouchements très rapides auparavant et qu'elle venait à peine de rompre les eaux. Le désir d'intervenir était ici incompréhensible et injustifié pour la mère. Le fait de vivre un

déclenchement semble quant à lui venir de pair avec un rythme effréné. Laurie raconte à quel point son accouchement était chronométré par le corps médical :

Ça a commencé vers 5h, ils sont venus mettre le ballonnet, ils l'ont raté, elle est revenue vers et 20, elle m'a dit « à et demi on te monitore, à 6h tu iras marcher, 6h et demi on te remonitore, y'est 7 heures : on clanche les hormones. » T'sais, c'est allé vite là ! [Une heure plus tard,] ils ont dit « écoute, si je suis généreuse, j'te dirais que tu as un *petit* centimètre de fait; c'est pas assez, on va augmenter la dose. » Fait qu'à 7 heures ils ont commencé l'hormone, à 8 heures ils l'ont augmentée. [...] Je savais pas dans quelle mesure c'était justifié, toute cette panique-là. Puis toute cette urgence-là, puis de me faire pousser de même, tout le temps.

Le travail d'accouchement est ici abordé de façon purement quantitative, les degrés de dilatation permettant à eux seuls la justification d'une escalade d'interventions. Jade, qui a vécu un déclenchement s'étant terminé en césarienne d'urgence, ajoute : « C'était vraiment la sécurité du bébé avant tout ; y'a un travail à faire, t'es un numéro, *go*. Je sens qu'il y avait une pression d'accoucher aussi rapidement, que ça se passe *là*. » Cet empressement n'a pas toujours été expliqué aux femmes, ce qui a contribué à leur incompréhension face à ce qui s'est passé pendant ou après l'accouchement. Le rythme effréné imposé durant le travail et l'accouchement s'est poursuivi pour quelques participantes dans les soins postnataux. Jade et Mariana ont raconté avoir subi des pressions des infirmières pour allaiter rapidement, alors qu'elles étaient sous le choc à la suite d'une expérience d'accouchement difficile ou traumatique. L'attitude empressée des soignantes dans ce contexte a été déplorée : « Vite, il fallait que j'allaite tout de suite bébé, puis là ça marchait pas. J'comprends ! J'étais hyper stressée de ce que je venais de subir ! » (Jade) Pour Audrey, c'est le contraire qui a été vécu. Elle souhaitait prendre le temps d'établir un contact avec son bébé et débiter l'allaitement, mais l'équipe soignante était pressée d'effectuer différents suivis pourtant non urgents : « Moi je voulais allaiter, puis faire du peau à peau. Puis c'est comme... c'était pas bien vu. » Audrey a associé cette expérience à la culture de l'établissement l'ayant accueillie, puisque son expérience d'accouchement subséquent a été très différente et a eu lieu dans un autre hôpital. Laurie explique de son côté que les difficultés vécues dans la relation avec les soignant·e·s ne relèvent pas de leur mauvaise intention, mais plutôt de limites organisationnelles : « Ce ne sont pas les gens en eux-mêmes : ce sont les circonstances dans lesquelles ils sont obligés de travailler ». La méconnaissance des soignant·e·s des approches physiologiques ou alternatives en lien avec l'accouchement semble quant à elle nourrir les possibilités de surmédicalisation d'accouchement se déroulant jusque-là sans problème :

Se présente le résident, [X] de son prénom. Qui m'indique -ben y'est pas tout à fait minuit, j'ai perdu les eaux il était 10h et 20 puis là y'est pas tout-à-fait minuit- il dit : bon, ben là madame vous avez perdu les eaux vous avez pas de contractions encore, on pourrait vous donner un médicament que vous prenez par la bouche puis ça va provoquer le travail. [...] Ça, c'est le premier contact que j'ai avec lui. [...] Fait que comme premier contact, de me faire parler de « médicalisons un accouchement qui en a pas besoin », j'suis comme... (découragée). [...] J'aime mieux essayer de marcher pour favoriser la descente, t'sais, est-ce qu'on peut vérifier que le bébé est fixé, qu'elle est pas trop haute, pour être sûrs que c'est pas dangereux, parce que dans ce cas-là j'aime mieux marcher dans ma chambre, j'aime mieux prendre différentes positions pour laisser aller le travail lui-même. (Laurie)

La connaissance des femmes rencontrées en ce qui a trait aux méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur semblait souvent supérieure à celle du personnel soignant. Audrey a senti que sa façon d'aborder la douleur était incomprise :

Je n'ai pas eu de péridurale puis ils me regardaient encore plus croche à cause de ça. Parce que j'étais comme l'espèce de sorcière. Puis j'utilisais un ballon ; ça m'aidait vraiment beaucoup. Mais là ils me regardaient encore plus croche à cause de ça.

Le personnel soignant semble donc plus habitué ou habilité à interagir avec des femmes dont l'accouchement est médicalisé dès le début et cette méconnaissance se fait ressentir jusque dans les commentaires entourant le réflexe de poussée :

Elle dit « mais poussez pas madame, vous êtes pas complète, poussez pas ». Je dis : « on voit que t'as jamais accouché toi, parce que « pousse pas », quand tu as une poussée physiologique là, ça marche pas. (Claudia)

Les approches traditionnelles ou alternatives de santé, dont l'herboristerie, étaient également méconnues par les équipes soignantes, ce qui les amenait à juger les mères utilisant ces méthodes (Marie-Hélène et Layla). Layla souhaitait administrer une faible dose de verveine à son bébé, puisqu'il s'agit d'une méthode traditionnelle de son pays pour aider le bébé à digérer :

Il y a eu une différence culturelle au niveau du pédiatre. [...] Lui, il m'a carrément fait sentir que j'allais tuer mon fils. Au Maroc on a ce qu'ils appellent la verveine. [...] Moi j'en ai pris, 40 millions de marocains en prennent puis y'a personne qui est mort. (rires) Je pose la question au médecin, je dis : « écoutez docteur, vu qu'il fait des gaz, est-ce que c'est correct de lui en donner ? » Puis là il se tourne vers moi, il dit (ton alarmant) : « vous savez que c'est plein d'arsenic ? Vous voulez tuer votre bébé ? Vous allez l'empoisonner ! » Puis ç'a été quasiment un procès d'intention. Je suis restée bouche bée.

La réaction démesurée de ce pédiatre a complètement déstabilisé la mère, qui à court terme n'osait se référer ni à sa mère ni aux traditions de son pays pour prendre soin de son enfant.

4.2.5 Non-respect des droits

De nombreuses interventions ont été effectuées sans le consentement libre et éclairé de la femme. Sophie, Jade et Mariana ont rapporté que les touchers vaginaux avaient été faits sans que la permission leur soit demandée ou que la pertinence d'un tel acte leur soit expliquée : « Bonjour madame, [...] écartez vos jambes, j'suis là pour voir où est-ce que vous en êtes rendue. [...] C'est pas « voulez-vous que j'aille vérifier où est-ce que vous en êtes rendue »... Non. Non, c'est « on va vérifier où est-ce que vous en êtes rendue ». » (Sophie) L'avis de la femme ne semble donc pas compter en ce qui concerne les touchers vaginaux et même lorsqu'il est demandé, il est parfois interprété par l'équipe soignante comme un « chèque en blanc », c'est-à-dire qu'une fois que la femme a donné son consentement, il est tenu pour acquis pour toute la durée de l'accouchement :

Ils m'ont demandé quand j'ai arrivé : est-ce que tu peux avoir des résidents ? J'ai dit : oui, je comprends qu'ils doivent apprendre, mais je m'attendais [pas à ça]... il n'y avait pas vraiment de permission après comme... c'est ça, je pense qu'ils n'ont pas vraiment communiqué avec moi. Je pense qu'ils se donnaient pas la peine parce qu'ils pensaient que j'allais pas comprendre. (Mariana)

L'obstacle de la langue est perçu par cette mère comme une entrave au consentement libre et éclairé; de nombreuses personnes inconnues sont venues lui faire des touchers vaginaux sans qu'elle ait ensuite son mot à dire. Le décollement des membranes (aussi appelé *stripping*) a été effectué sur deux participantes sans qu'elles en soient avisées. Layla raconte :

On m'avait fait un stripping, à mon premier, sans qu'on me le dise. [...] J'étais partie chez mon médecin. Bon, elle m'avait examinée, et elle m'a dit « ok, on va faire quelque chose » [...], puis elle a fait un décollement de la membrane. [...] Bien que c'était probablement pour me provoquer de façon naturelle, il fallait m'en parler ; la décision devait me revenir. Et j'aurais aimé savoir qu'est-ce qu'elle faisait, parce que c'est mon corps, ça m'appartient.

Cette mère conçoit que la soignante était probablement bien intentionnée, mais que le fait de ne pas lui demander son avis est inacceptable, puisqu'il s'agit de son propre corps. La SOGC (2004) mentionne d'ailleurs qu'« avant de donner son consentement, la patiente devrait être avisée de l'inconfort, de la douleur et de la possibilité de connaître des saignements à la suite de l'intervention » (p. S7). Sophie, Layla et Claudia racontent aussi que des soignant·e·s ont annoncé qu'ils perçaient leurs membranes, sans avoir demandé leur consentement :

Il me dit « installez-vous, j'veais faire un toucher pour vérifier vous êtes à combien de cm ». Fait qu'on s'installe sur le lit. Pendant qu'il a les doigts à l'intérieur, il m'annonce – il ne me demande pas – il m'annonce qu'il va crever les autres membranes. Pour euh, faire aller les choses plus vite, je l'sais pas trop. [...] Je me sentais pas très à l'aise. Parce qu'encore là je me disais, c'est mon corps, c'est mon accouchement. (Claudia)

Cette mère n'a pas obtenu d'explications sur le bien-fondé d'une telle intervention ; elle « devine » que le soignant souhaite accélérer le travail, sans savoir si cela est pertinent. Layla a demandé à savoir ce qu'impliquait cet acte et la soignante a banalisé sa demande d'informations en répondant simplement « vous inquiétez pas, ça va bien aller ». Cela n'a pas permis à la femme de donner un consentement éclairé. Claudia raconte elle aussi ne pas avoir eu suffisamment d'information pour prendre une décision éclairée quant à la prise d'antibiotiques, après avoir posé des questions :

« Il a roulé des yeux, puis il a fait un p'tit soupir, avec (ton impatient) : « bon, ben là, c'est dangereux là, nous autres on est obligés de présumer que si on n'a pas des résultats négatifs c'est parce que vous êtes positive ». Oui, ok... Ça fait quoi ? « Ben le bébé pourrait l'avoir puis c'est dangereux ». Ok, mais encore ? Fait que là, [...] on a vu qu'il n'était pas trop intéressé à nous donner des réponses. »

Cette mère a dû aller chercher des informations par ses propres moyens suite à cette discussion, n'ayant pas eu les réponses escomptées auprès du soignant rencontré. Laurie souhaitait aussi refuser la prise de l'antibiotique pour le traitement du Streptocoque B, mais l'insistance des soignant·e·s et les difficultés de communications engendrés l'ont finalement amenée à se soumettre aux désirs de l'équipe soignante : « Là, à un moment donné c'était tellement compliqué, j'ai compris qu'il fallait que j'arrête de m'obstiner pour ça, fait qu'elle m'a mis l'antibiotique alors que j'en voulais pas. » Il s'agit donc d'une mère qui a abdiqué, constatant que son refus n'était pas accepté par l'équipe soignante. Le rythme effréné dans les soins octroyés semble aussi faire obstacle au consentement :

C'est tellement arrivé vite, qu'on n'a pas eu le temps de poser nos questions, on n'a pas eu le temps de s'informer, de s'affirmer ; c'était comme pas possible là. [...] J'étais pas à mon meilleur pour prendre des décisions éclairées. (Jade)

C'est donc l'aspect « éclairé » du consentement qui apparaît avoir été un défi pour cette femme. Les effets de certaines interventions ont parfois été gardés sous silence, particulièrement en ce qui concerne les déclenchements par hormones de synthèse :

On m'a mis l'ocytocine, mais on ne m'a jamais expliqué, qu'est-ce que... Bon on m'a dit que ça allait créer les contractions, mais on ne m'a jamais expliqué le reste. De ce qui allait aller *avec* l'ocytocine. Puis, ça n'avait jamais été quelque chose qui avait été discuté auparavant. On me l'a un peu comme imposé. (Layla)

Les termes employés par cette femme démontrent l'absence de consentement libre (« imposé ») et éclairé (« on ne m'a jamais expliqué ») lors de l'administration du médicament. Marie-Hélène a quant à elle reçu des hormones de synthèse de façon intraveineuse sans en avoir été informée. Claudia a aussi raconté avoir exprimé à une infirmière qu'elle ne souhaitait pas avoir d'injection suite à l'expulsion de son bébé, une intervention posée pour prévenir les hémorragies. Elle a été étonnée de la réponse de l'infirmière :

Elle me dit : « ah, vous en avez sûrement tout le temps eu puis ils ne vous l'ont pas dit ». (Consternée :) Là me voilà fâchée, je dis : « Quoi ?! Ils m'ont donné des piqûres puis ils ne me l'ont jamais dit ? Mais ils font quoi de mon consentement pour un acte médical ?! » Là, l'infirmière m'a regardée avec des points d'interrogations dans les yeux. J'ai fait : « ah wow ; si elle comprend même pas le concept de consentement, ça va pas bien ».

Cette mère semble ici plus informée sur le concept de consentement pour un acte médical que la soignante elle-même. Son avis a de plus continué à être ignoré en postnatal, lorsque des soins ont été donnés à son nouveau-né sans son autorisation. Des antibiotiques ont aussi été administrés au nouveau-né de Marie-Hélène, sans l'obtention du consentement parental.

Des parents ont aussi vécu de la discrimination durant leur suivi périnatal, en lien avec certains de leurs attributs. Parmi les femmes rencontrées, deux d'entre elles sont immigrantes et une a particulièrement senti que cet aspect de son identité avait un impact sur les soins reçus. Mariana est d'origine brésilienne et elle explique que le personnel soignant ne prenait pas la peine de lui parler parce que cela paraissait qu'elle venait d'ailleurs :

Être une immigrante ça comptait aussi, parce que c'était pas une barrière seulement pour moi. J'ai trouvé comme une barrière, avec les personnes qui me donnaient des soins aussi. Un peu comme « ok, elle parle pas français, on n'a pas besoin de lui expliquer les choses parce qu'elle va pas comprendre ». C'est pas seulement une barrière de moi. La barrière elle venait de leur côté aussi ; aujourd'hui je vois ça clairement. Avant, je pensais que c'était comme ça. Je ne connaissais pas le système assez bien pour voir ça.

C'est avec le recul que cette femme a constaté que l'absence totale de communication avec les soignant·e·s n'était pas normale et que les soins reçus différaient de ceux prodigués habituellement. Elle exprime que le fait de ne pas savoir parler français a été un obstacle pour elle, mais que la principale « barrière » rencontrée était que le personnel semblait trouver qu'il n'était pas nécessaire de s'adresser à elle. Deux autres participantes ont quant à elles senti être discriminées en lien avec leur orientation sexuelle. Cela s'est traduit de différentes façons, particulièrement durant la période postnatale, alors qu'elles étaient à l'hôpital avec leur bébé hospitalisé. Une soignante leur a entre autres exprimé en quoi l'insémination dite « artisanale » (c'est-à-dire effectuée de façon autonome à la maison) constitue pour elle un motif raisonnable d'hospitalisation, tel qu'indiqué à leur dossier :

« Vous avez eu recours à une insémination artisanale, fait qu'on sait pas trop si le sperme était fiable »... Tu me niais-tu ? Les filles qui accouchent puis qui disent « père non déclaré », eille, on sait pas trop si le gars était fiable hein ? [...] Ben ça passerait pas, fait que qu'est-ce que tu me dis là, ça ne passe pas non plus. C'est de la discrimination totale. (Marie-Hélène)

Cette mère relève le traitement différent envers sa situation et celle d'une mère hétérosexuelle et il s'agit pour elle d'une discrimination basée sur l'orientation sexuelle. Sa conjointe a elle aussi vécu un traitement différencié, ayant été accompagnée différemment pour les soins au nouveau-né que les pères vivant une situation semblable à la sienne :

Quand ils sont à l'hôpital, le papa est avec la maman, puis ils préconisent le *peau à peau*. J'ai été là 24h sur 24 pendant [plus d'une semaine] ; *jamais*, jamais qu'ils m'ont offert (ton doux comme avec les pères) : « Veux-tu lever ton chandail ? Colle ton bébé après toi, après ta peau, pour créer un lien... » Tous les papas, il les faisaient se sacrer en bedaine tout le tour de moi, puis moi, quand le bébé est venu au monde, jamais une fois ils sont venus me voir pour me l'offrir ! (Nathalie)

Le fait d'être un autre parent de sexe féminin semble avoir eu une incidence sur les possibilités offertes en lien avec les soins à l'enfant. Avec le recul, cette femme raconte s'être sentie discriminée et trouvé injuste de ne pas avoir eu droit aux mêmes égards que les autres parents. La mère ayant accouché ajoute avoir été globalement déçue de la façon dont elles ont été traitées dans cet établissement de soins :

Ç'a été vraiment une expérience décevante, dans le sens qu'on s'est rendues compte que si t'arrives là pis t'es un gars/une fille, ben c'est correct, parce que le père quand il parle, le monde l'écoute. [...] J'te jure, moi je ne recommanderais pas cet hôpital-là, surtout pas. Pas pour un couple de femmes. (Marie-Hélène)

Le sentiment d'avoir été traitées de façon injuste et inégale ne provient donc pas seulement d'interactions vécues avec certain·e·s soignant·e·s en particulier, mais bien avec l'institution de soins de façon globale, qui n'était pas suffisamment inclusive selon ces participantes.

Jade et Laurie ont quant à elles rapporté ne pas avoir pu se nourrir durant toute la durée de leur accouchement. Jade a de plus vécu un déclenchement et un accouchement de longue durée : « J'étais à jeun, pendant tout ce temps-là. Je n'ai pas pu manger de toute la journée. [...] La raison pour laquelle je ne pouvais pas manger c'était : si ça finit par une césarienne [...], ben il faut que je sois à jeun ; c'est une opération. » Les explications données étaient limitées et le choix n'était pas donné à la femme de suivre ou non ces recommandations. Elle a confié avoir souffert de la faim durant de nombreuses heures. Marie-Hélène a quant à elle essayé un refus de l'équipe médicale de bénéficier d'un deuxième avis médical concernant des soins à prodiguer à son nouveau-né : « Elle ne voulait pas qu'on consulte un autre médecin, elle refusait qu'on voit quelqu'un d'autre pour que quelqu'un évalue le bébé, refusait l'accès des sages-femmes, refusait carrément tout – alors que dans la loi, t'as pas le droit. » Cette femme connaissait ses droits et étaient donc découragée de constater à quel point les professionnel·le·s se permettaient de les enfreindre. L'accès à son dossier médical lui a également été refusé.

L'obligation pour les femmes d'accoucher sur le dos a été répertoriée dans la section « violence physique et sexuelle» (p. 58), mais il s'agit également d'une violation des droits de la femme qui donne naissance. Le non-respect du rythme des patientes (Jade et Laurie), l'imposition d'exams effectués par des étudiant·e·s (Mariana et Laurie), l'intrusion dans l'intimité de la femme par des dizaines de personnes (Layla, Mariana et Laurie), le contact peau à peau refusé (Nathalie et Laurie), le non-respect de l'intimité (Marie-Hélène, Nathalie, Mariana et Laurie) et l'absence de mesure facilitant la présence auprès du bébé lors d'une hospitalisation (Audrey) sont toutes des atteintes aux droits des femmes (ASPQ, 2011) qui ont été abordées lors des entretiens.

4.2.6 Répercussions de l'expérience difficile ou négative

Plusieurs participantes ont rapporté avoir été traumatisée psychologiquement par leur expérience. Cela s'est manifesté pour elles de diverses façons, dont l'apparition d'images intrusives au quotidien :

Si je fais quelque chose – je prends un bain, je me mets du vernis à ongles [...] - là des fois ça revient. Puis là je pense à ça puis je suis comme : arke... Puis je suis restée en stress vraiment longtemps aussi. Un bon 2 semaines, que la nuit je me réveillais en sursaut. (Laurie)

J'me rends compte, t'sais l'accouchement fait partie de ces images-là qui peuvent être intrusives dans ma tête. (Sophie)

Suite à une rupture des membranes effectuée abruptement, une femme confie avoir ressenti des répercussions sur sa vie sexuelle :

Les relations sexuelles, après, moi, j'étais gênée. Ça l'a eu des impacts au niveau de mes organes génitaux là, je... j'étais timide, j'étais gênée, puis ç'a pris un temps avant qu'on ait des relations sexuelles, puis j'ai vraiment fait le lien par rapport à ça par la suite. Après. [...] je l'ai ressenti très fort là, quand je me suis questionnée : qu'est-ce qui m'arrive ? C'est quoi qui a... ? Puis quand j'ai pensé à ça, tout de suite ça m'a paru comme étant une évidence. Que c'était une forme d'agression puis que la conséquence, c'en était une, ça. (Jade)

L'agression physique vécue a eu une incidence directe sur la vie sexuelle des parents. Le conjoint peut lui aussi avoir été traumatisé face à certaines manifestations de violence obstétricale. Layla raconte que son « deuxième [accouchement] a vraiment traumatisé » son conjoint, suite à une tentative invasive d'expression abdominale sur elle. En plus des traumatismes psychologiques, des participantes ont eu des traumatismes physiques suite à la mise au monde de leur enfant. Les traumatismes obstétricaux semblent avoir été causés par certaines interventions médicales ou, au contraire, par l'absence d'intervention :

J'ai eu une belle déchirure au 3^e degré aussi, dû au fait que... il y a rien qui a été fait pour aider le périnée. [...] Ça me fâche un peu, parce que je me dis : s'il avait été là pour m'aider... Je sais qu'il existe des manipulations, au lieu que le bébé sorte comme un bouchon de champagne. [...] J'aurais peut-être été moins maganée, j'aurais peut-être eu moins mal après, puis ça me coûterait peut-être un peu moins cher de physiothérapie et compagnie là. [...] De l'avis de la physiothérapeute, c'est clair que le type d'accouchement que j'ai eu n'a pas aidé sur l'état du plancher pelvien. (Claudia)

C'est donc le fait d'avoir laissé la femme à elle-même sans techniques de prévention du traumatisme du périnée lors de la poussée qui apparaît comme facteur pouvant avoir contribué à la déchirure (OMS, 2018). Pour Layla, c'est l'utilisation de la ventouse qui semble avoir causé des dommages : « Heureusement avec la ventouse il est sorti, sauf que, ce que ç'a fait, c'est que j'ai dû avoir 16 points de suture à l'interne. » L'utilisation de forceps a eu un effet encore pire pour Mariana, qui a subi une déchirure de 4^e degré après qu'une soignante ait employé cet instrument directement à l'entrée de son vagin, alors qu'il n'y avait pas d'urgence selon son dossier médical. Elle a dit avoir ressenti une douleur très aigue suite à cette intervention. Ce traumatisme obstétrical a aussi amené de l'incontinence urinaire :

Je faisais pipi dans mes pantalons. J'avais comme des pertes incontrôlées et je ne comprenais pas. Personne n'a pris le temps de m'expliquer. [...] Je ne voulais pas sortir non plus. Parce que je ne pouvais pas aller loin où il n'y avait pas de toilettes. [...] J'avais vraiment peur d'incontinence et tout ça. Je ne dormais pas, j'étais vraiment en période... C'était la pire période de ma vie, pour vrai. J'ai jamais – normalement je suis vraiment contente, même quand j'ai des problèmes. Je n'ai pas une personnalité *down*, je suis toujours de bonne humeur. Ça, c'est vraiment... j'arrivais pas, je dormais pas, je tournais dans tous les sens. Même après que j'allais au physio, avec la psychologue et tout ça, je me demandais toujours un peu : est-ce que je vais utiliser des couches toute ma vie ??

Le traumatisme physique vécu par cette femme a probablement été causé par l'utilisation d'instruments (OCDE, 2017) et s'est transposé en difficultés psychologiques affectant aussi sa vie sociale. Layla raconte avoir eu besoin de temps pour comprendre qu'elle avait vécu un traumatisme lors de son accouchement et que sa difficulté à s'en remettre n'était pas d'ordre personnel :

Soudainement il y a eu une prise de conscience, mais c'était tellement comme une agressivité qui était comme chargée d'émotions... Parce que, j'étais pas capable d'en parler. Puis je me disais : ok, il s'est passé quelque chose qui n'était pas bien. L'accouchement, ç'a mal été. Ç'a été comme toute l'énergie négative que j'avais dans mon accouchement qui s'est comme transportée sur des semaines. Et avant de faire le point puis de dire : « ok, j'en parle, j'en discute, j'évacue », ça m'a pris comme 3-4 semaines à mon premier. Avant de pouvoir dire : ok, j'ai vraiment vécu quelque chose de traumatisant. (Devient émotive) Ç'a été difficile.

Il ne semble donc pas toujours possible pour les mères d'identifier immédiatement ce qui les a traumatisées ou ce qui leur a déplu dans les soins obstétricaux reçus. Cette mère a aussi raconté avoir senti que toute la charge négative reliée à son expérience d'accouchement s'était transposée sur son corps, par des courbatures importantes nécessitant un suivi en ostéopathie. Les bébés

ayant vécu une naissance avec utilisation de ventouse ou de forceps ont aussi vécu un traumatisme physique, naissant avec une grosse bosse sur la tête (Mariana) ou avec des difficultés à bouger la tête (Layla), ce qui a amené certains défis pour l'allaitement.

Les femmes rencontrées ont dit s'être senties tristes et en colère et sentir les effets de leur expérience encore aujourd'hui : « D'en parler, ça me rend super émotive, [...] même si ça fait 4 ans ». (Sophie) Cette tristesse est accompagnée de déception pour certaines, comme en témoigne Mariana : « Je suis déçue du système. [Maintenant,] je ne fais pas confiance à aucun médecin. [...] Je suis une autre personne, après mon 2^e. C'est triste. » La détresse a aussi été ressentie par certaines femmes tout de suite après la naissance de leur enfant. Laurie a confié avoir eu des idées de mort à la naissance de son enfant, suite à une escalade d'interventions médicales : « Si mourir ça voulait dire *ça s'arrête*, je pense que je prenais cette porte-là. [...] Fallait que ça arrête là parce que moi, ça faisait longtemps que j'avais dépassé ma capacité à encaisser des situations désagréables. » Le sentiment d'avoir dépassé ses limites a aussi été relevé par Layla, qui mentionne que cette souffrance n'est pas toujours reconnue par le personnel soignant. Le manque d'écoute ou d'habiletés empathiques des soignant·e·s a quant à lui amené un sentiment de frustration important chez plusieurs mères. Concernant le ton infantilisant et l'attitude paternaliste des professionnel·le·s, Sophie résume : « Ça m'a vraiment tapé sur les nerfs. » Deux autres participantes expliquent que cette frustration n'était pas liée au fait d'enfanter en tant que tel, mais plutôt aux relations avec l'équipe soignante et l'hôpital :

C'est pas parce que j'avais peur de la douleur. C'est pas parce que ça faisait trop mal. [...] C'est juste à cause de comment on s'est fait traiter. C'est ça qui est frustrant. [...] Je me suis vraiment sentie insultée puis pas respectée, comme si je comptais pas là. C'est pour ça qu'à chaque fois que je pense au [nom de l'hôpital], j'suis vraiment en colère. Ils m'énervent. Je les déteste. Puis c'est rare que j'ai des sentiments comme ça. (Audrey)

C'était beaucoup de la frustration. Mais pourquoi tu veux me donner des médicaments déjà ? Mais pourquoi que tu veux pas m'expliquer les affaires ? Pourquoi je te dérange ? Ça a commencé petit, puis plus ça allait, plus ça grossissait, puis ça a vraiment été ça moi, ça a été la frustration, de voir : mais pourquoi est-ce qu'il me traite de même ? (Claudia)

La frustration ressentie par ces mères est donc issue de leurs interactions avec les professionnel·le·s de la santé, principalement parce qu'elles ne se sont pas senties respectées.

Jade s'est quant à elle sentie humiliée et profondément affectée par les interventions brusques et intrusives d'une résidente : « On se sentait bousculés, pas respectés. [...] J'ai pleuré parce que j'me sentais humiliée, vraiment, [...] j'ai vraiment pleuré beaucoup (devient émotive). » Marie-Hélène exprime la tristesse liée à son expérience :

Mon expérience à l'hôpital, oui ça m'a fait de la peine, parce que dans le fond je considère qu'ils m'ont privée des plus beaux jours avec ma fille ; les plus beaux, c'est les premiers. [...] Puis, on n'avait pas d'intimité *pantoute* là-bas. [...] Après 7 jours, on s'est ramassées pour la première fois seules dans un lit. On a pleuré en maudit, hein, t'imagines... Fait que, oui, l'hôpital je leur en veut [parce qu'ils] n'ont pas respecté les lois, puis ils nous ont pas respectées.

Cette tristesse, cette déception ou cette colère liée à différents aspects de la violence obstétricale vécus par les participantes, est encore présente des années plus tard pour plusieurs d'entre elles : « Encore la peine, que je porte... Il y a quelque chose que je porte encore, 5 ans plus tard, relié à cet accouchement-là. Alors c'est pas rien non plus. » (Jade) Les expériences racontées par les femmes ont eu une influence sur les choix qu'elles ont effectués par la suite pour leurs suivis de grossesse, leur lieu d'accouchement ou même sur leur planning familial. Audrey a affirmé, parlant de l'hôpital où son premier enfant est né : « Je ne retournerai jamais là ». Cette affirmation est partagée par Marie-Hélène, Nathalie, Audrey et Claudia, qui ajoute :

Honnêtement, cette fois-ci, malgré que j'ai adoré mon obstétricien, juste à cause de l'accouchement, je me tournerais vers un suivi de sages-femmes, pour ne pas risquer de revivre la même chose.

Cette mère n'est pas la seule à s'être tournée vers les services sages-femmes après avoir vécu une expérience négative des soins reçus à l'hôpital. Mariana a été tellement traumatisée par son accouchement qu'elle a envisagé accoucher avec une sage-femme « libérale » (c'est-à-dire ne faisant pas partie de l'ordre professionnel des sages-femmes du Québec) par la suite :

J'ai décidé que j'allais accoucher à la maison avec la sage-femme libérale [...] J'ai promis à moi-même que j'allais plus accoucher à l'hôpital. Ou si j'allais à l'hôpital, c'est vraiment pour une autre césarienne. Au moins dans une chirurgie, tout le monde s'attend que tu as mal, et te donne des médicaments, personne te dis que tu es folle.

Cette mère a finalement obtenu une place en maison de naissances et a pu donner naissance à ses autres enfants à domicile avec une sage-femme professionnelle, mais elle aurait accouché avec la sage-femme libérale si cela n'avait pas été le cas. Elle aurait alors complètement

démédicalisé ses accouchements subséquents, comme c'est le cas d'autres femmes souhaitant avoir un accouchement réparateur (Freeze, 2008). Jade a quant à elle choisi l'option opposée (aussi envisagée dans l'extrait précédent), soit de demander une césarienne planifiée afin de ne pas revivre le traumatisme vécu à son premier accouchement : « J'ai choisi la césarienne planifiée parce que c'est pas vrai que je vais me refaire humilier, que je vais *resubir* ça [...] ; ça l'a même teinté mon choix pour mon 2^e accouchement. » Le choix d'une césarienne planifiée apparaît ici comme une stratégie visant à se réapproprier son expérience d'enfantement. Layla a aussi confié avoir modifié son planning familial suite à son expérience :

Ç'a pris beaucoup, quand même assez de temps entre le deuxième : on voulait des enfants « un qui suivait l'autre ». . . J'ai dû prendre du recul, parce que j'ai trouvé mon expérience assez traumatisante, disons-le, je le cacherai pas. C'est pour ça qu'il y a un bon 2 ans et 8 mois de différence entre les deux. [...] Ça m'a pris du temps pour être un peu plus en paix avec moi-même, pour dire : je donnerais une 2^e chance au système de santé, puis cette fois-ci je suis beaucoup plus informée, je vais être en mesure de dire non puis de savoir ce que je veux et ce que je ne veux pas.

Pour Claudia, avoir vécu de la violence obstétricale lui a « vraiment enlevé le goût d'accoucher à nouveau. » Après avoir vécu de nombreuses interventions auxquelles elle n'avait pas consenti, Laurie raconte s'être sentie comme « dans un mur » et complètement détachée de son enfant :

Ils ont mis [le bébé] sur moi, je le regardais puis j'étais comme (détachée) : « ah ok... » Puis j'étais pas capable de le tenir parce qu'en fait j'étais tellement gelée, je sentais pas, puis j'étais rien capable de faire puis je m'en foutais ben raide.

Cette femme confie avoir été étonnée de l'absence de lien d'attachement lors du premier contact avec son enfant et qu'il lui a fallu environ trois mois pour développer ce lien et ce sentiment - qu'elle qualifie d'amoureux- avec son bébé. Nathalie n'a pas été soutenue dans le développement de sa relation avec son enfant lors de l'hospitalisation de son bébé en postnatal immédiat ; elle a senti que le lien d'attachement a dû être créé par la suite et que cela a pris du temps pour rattraper ces précieux moments. Le lien affectif entre mère et enfant peut en effet être provoqué par une expérience d'accouchement difficile ou traumatique (Elmir et coll., 2010).

4.2.7 Stratégies d'agentivité et facteurs de protection

Les femmes ont parfois dû s'affirmer et exprimer des demandes claires afin que leurs choix ou leurs besoins soient respectés. Plusieurs mères ont demandé à être informées de ce qui se passait, puis des avantages et des inconvénients reliés aux soins entourant la naissance :

Nous autres ce qu'on a demandé : « avant de donner un traitement, on veut être informées ». Du pourquoi, puis qu'est-ce que ça va donner. Parce que c'est quand même notre enfant. (Nathalie)

Là moi j'suis prise d'un éclair de conscience, je dis : « vas-tu me dire ce que tu fais quand tu le fais, parce que je le sais pas trop... » (Claudia)

Les mères ont donc demandé à obtenir de l'information non seulement sur les soins octroyés à l'enfant (Nathalie), mais aussi sur ceux effectués sur leur propre corps, par exemple lors de la pose d'un ballonnet (Claudia). Marie-Hélène, Layla et Laurie ont dû demander à être informées de ce qui se passait durant leur accouchement, les soignant·e·s ne leur disant pas ce qu'ils et elles étaient en train de faire :

Là, finalement elle me dit pas tant ce qu'elle fait ; elle prend les affaires, je l'entends qui parle à l'infirmière puis j'essaie de voir, puis je déduis. [...] À un moment donné, ils se parlent, mais ils ne se parlent pas fort, puis je l'sais pas ce qu'ils disent. Puis pourtant ils sont proches de moi. Fait qu'à un moment donné j'ai dit (excédée) : « ben là c'est quoi qui se passe hein ?! » (Laurie)

J'écoutais tout ce qui se passait. Je m'suis juste un peu levée de ma place puis j'ai dit à mon médecin : « écoutez docteur, dites-le moi s'il faut qu'on aille en césarienne, j'ai pas peur de ça. Juste : verbalisez. Dites-moi ce que vous allez faire. Je veux savoir. [...] C'est mon corps, j'ai le droit de dire *non, je veux essayer une dernière fois, ou non, écoutez j'en peux plus, je veux y aller.* » (Layla)

Ces mères ont donc exigé d'être informées du déroulement des interventions, les soignant·e·s semblant prendre des décisions et discuter sans les inclure. En plus d'exprimer des demandes, certains parents ont dû affirmer leurs choix avec vigueur. Un père a dû intervenir parce que le personnel soignant insistait pour mettre de l'onguent dans les yeux du bébé, alors que le choix avait déjà été fait par les parents de ne pas appliquer ce médicament : « mon chum a dû s'interposer, faire comme : *Hey ! Non, on le veut pas.* » (Audrey) La simple expression d'un refus par la mère s'était révélé insuffisant pour empêcher l'intervention. Layla s'est aussi affirmée face à une équipe médicale prenant en charge la mise au monde de son enfant sans la consulter, en tentant une expression abdominale de façon violente :

J'ai dit : « très bien, vous voulez faire une poussée ? Alors y'a plus personne qui me touche. C'est moi qui prend le contrôle. Vous allez me descendre le lit complètement à plat. » (La soignante :) « ah, mais vous savez vous allez pas bien pousser comme ça ». « Descendez le lit comme ça, c'est moi qui prend le contrôle. C'est la dernière poussée ? C'est moi qui veut le faire. » Puis là je la regarde puis je lui dit : « là vous allez le sortir. Je vous le pousse et vous allez le sortir. » Et elle l'a sorti. Parce que

c'est moi qui ai pris le contrôle de mon corps et plus personne ne me touchait, puis tout le monde me regardait.

La reprise de contrôle sur son corps et sur le déroulement de la poussée par la femme est ici absolue, mais a nécessité une affirmation claire et sans équivoque de sa part. Le plan de naissance a été employé par Layla et Mariana pour affirmer leurs préférences et effectuer des demandes. Malheureusement pour ces mères, cet outil n'a pas permis que leurs choix soient pris en considération. Plusieurs mères ont aussi résisté à certaines pressions du personnel soignant concernant les soins à recevoir ou à octroyer à leur enfant. Par exemple, Mariana a refusé de prendre les antidépresseurs que lui prescrivait un médecin, car sa détresse était reliée à une douleur physique (déchirure de 4^e degré). Elle rapporte ce qu'elle a dit à l'infirmière après sa visite chez un médecin ne l'ayant pas écoutée, afin d'expliquer pourquoi elle refusait un traitement pharmacologique et qu'elle contournerait les menaces qui lui étaient faites concernant la DPJ :

Oui mais si je vais à la pharmacie, j'achète le médicament et je jette un à la toilette tous les jours, qui va dire que j'ai pas pris ? (rires) Elle me trouvait horrible. J'ai dit : « j'ai encore mal. Et ça le médecin ne le règle pas ».

Mariana a donc refusé avec détermination ce qui lui était proposé, revendiquant une aide appropriée, capable de soulager sa souffrance physique. Des mères ont aussi refusé de se plier complètement à certaines recommandations allant à l'encontre de leurs droits, comme l'impossibilité de manger pendant de nombreuses heures. Deux mères ont rapporté avoir mangé « en cachette », pour ne pas être vues, soit dans la voiture en en route vers l'hôpital, soit le dos tournée dans la chambre d'hôpital : « Il m'a donné un p'tit peu de fromage puis des frites pendant qu'elle avait un peu le dos tourné... T'sais, on sentait qu'il fallait faire en cachette là... Eille, j'avais faim, j'avais faim !!! » (Jade) Ces mères ont donc résisté face aux recommandations non fondées du personnel, en adoptant un comportement adéquat pour elles. Claudia a quant à elle refusé de se soumettre à des normes rigides concernant l'allaitement, ayant suffisamment d'expérience (trois autres allaitements de longues durées) pour observer adéquatement l'alimentation de son enfant : « C'était pas vrai que j'allais embarquer dans tout ça là. Fait que j'ai menti allègrement sur sa fréquence de boires pour qu'ils me laissent tranquille. » Le mensonge devient ici une stratégie pour être laissée tranquille, les infirmières insistant pour que l'enfant soit allaité de façon chronométrée (aux deux heures) alors que la mère souhaitait vivre un allaitement à la demande, selon les besoins de l'enfant.

Effectuer une plainte formelle ou exprimer ses insatisfactions est apparu, pour certaines femmes, être une façon de prendre du pouvoir sur la situation, souvent dans le but de contribuer à ce que ce qu'elles ont vécu ne se reproduise pas pour d'autres parents. Claudia a choisi d'exprimer son insatisfaction à l'obstétricien étant en charge du résident avec qui elle a vécu des difficultés importantes, lors d'un rendez-vous postnatal. Marie-Hélène, qui souhaitait elle aussi éviter le processus de plainte, n'a toutefois pas été entendue dans l'expression de son insatisfaction lorsqu'elle a contacté l'équipe soignante. Pour elle, la plainte formelle est devenue un recours ultime pour être entendue :

Moi, je voulais même pas en arriver à une plainte. Si l'[institution] s'était assis avec nous autres, juste pour nous présenter leurs excuses, pour comprendre le mal qu'on a vécu, la peine que ça nous a fait. Puis de dire que : « la prochaine fois on va faire telle, telle intervention, parce que peut-être que vous avez raison, on s'est trompés, t'sais. » C'est humain de se tromper ! [...] C'est encore plus humain d'accepter des propositions des gens qui le vivent, là ! Toi, t'as ta vision des choses en tant que professionnel·le. Mais, si la personne te dit : ben non, fais ça de même, ça va être mieux. Ben explore donc la possibilité ! [...] T'es pas un mécanicien ! C'est pas des valves, c'est pas des pistons ! Y'a des émotions, t'sais ; y'a des gens.

L'absence de processus d'évaluation est soulevée par cette mère, qui n'a pas pu exprimer ses suggestions visant l'amélioration des soins et des services. Par ailleurs, certaines personnes semblent avoir agi comme facteur de protection face aux manifestations de violence obstétricale survenant en salle d'accouchement. Des infirmières ont parfois joué ce rôle, par exemple en refusant d'agir selon les recommandations d'une résidente trop empressée :

L'infirmière a vraiment été [...] une barrière aussi ; elle m'a vraiment protégée. [...] Ça faisait 25 ans qu'elle faisait ça, accompagner des déclenchements. Fait que t'sais, elle en a vue. La résidente y disait « augmente l'ocytocine », puis elle ne le faisait pas. (Sophie)

Une autre infirmière a négocié avec une résidente pour laisser le temps à Jade de se préparer psychologiquement à une intervention non urgente. Les conjoints ont aussi joué ce rôle de protection ou de défense des droits de la femme qui accouche, dans plusieurs situations :

Là j'me suis tournée vers mon mari j'ai dit -j'étais vraiment en colère- : « tu vas leur parler, tu vas leur expliquer, je veux rien savoir, je veux l'épidurale ! » Mon conjoint a intervenu, il a dit : « Vous avez bien entendu ce qu'elle a dit ; elle veut l'épidurale, vous lui donnez l'épidurale. Si vous ne comprenez pas, ben moi je veux parler à

quelqu'un d'autre, un autre responsable.» « Ok, très bien on va appeler l'anesthésiste ». (Layla)

La parole de la femme quant à ses préférences en matière de gestion de la douleur était insuffisante dans cette situation, le conjoint devant même menacer la résidente de s'adresser à son ou sa supérieur·e. Le conjoint de Claudia a quant à lui contribué à créer un espace d'intimité en filtrant les déplacements du personnel soignant dans la chambre : « J'étais vraiment dans ma bulle, puis dans ce temps-là, mon chum fait le *doorman* avec le personnel infirmier pour ne pas qu'ils me dérangent. » Sophie a aussi expliqué que la présence de son accompagnante à la naissance avait contribué à pacifier son expérience d'accouchement à l'hôpital : « Ça fait partie des choses qui ont faites en sorte que j'ai pas juste des mauvais souvenirs, t'sais que *globalement*, la naissance de [bébé 1] c'est une naissance heureuse là. [...] C'est une autre grande histoire d'amour : mes *doulas*. » La présence d'une accompagnante à la naissance permet parfois de revenir sur l'expérience d'accouchement, comme c'est aussi le cas avec les sages-femmes :

Je suis pas sûre que j'aurais pas fait une dépression - ou en tout cas une déprime intense - si j'avais pas eu un suivi sage-femme en sortant de l'hôpital. [...] Si j'avais eu un suivi traditionnel (chez le médecin), je pense pas que j'aurais été capable d'encaisser tout ça. C'est ben trop une grosse pilule à avaler. Eille ; elle reste collée dans la gorge longtemps. (Laurie)

Un autre facteur de protection pour les femmes semble avoir été le fait de s'informer de diverses manières. N'arrivant pas à obtenir les informations permettant de faire des choix éclairés auprès du personnel soignant de l'hôpital, certaines femmes ont utilisé Internet :

Fait que là on a sorti nos cellulaires, on a cherché sur Google, moi puis mon chum : c'est quoi les risques, qu'est-ce que ça peut faire... Fait qu'on s'est informés par nous-mêmes, grâce aux moyens dont on disposait. (Claudia)

J'ai regardé beaucoup de choses dans Internet, et j'ai dit : ok, j'ai besoin d'une accompagnante à la naissance. Ça, ça va m'aider, parce que c'est un AVAC. (Mariana)

Devant le refus des soignant·e·s de leur fournir les informations demandées, ces femmes se sont donc organisées pour les obtenir autrement. Pour Sophie, Jade et Mariana, recourir aux services d'une accompagnante à la naissance est une façon d'obtenir des informations et d'être soutenues dans la rédaction d'un plan de naissance. Devant le désarroi de Mariana, une de ces accompagnantes l'a d'ailleurs encouragé à demander son dossier médical pour mieux

comprendre ce qui s'était passé. Cela a permis à cette mère de constater le caractère non urgent de certaines interventions qu'elle a subies.

4.2.8 Expériences positives

Deux participantes ont découvert des approches de santé qui les ont réellement aidées suite à des traumatismes physiques reliés à l'accouchement. Layla a connu l'ostéopathie grâce à un groupe de partage sur les réseaux sociaux :

J'amène mon fils : ç'a été réglé en 3 séances ! Alors que ça faisait 4 séances de physiothérapie qui donnaient absolument rien. J'en revenais pas ! Puis la bosse a commencé à rentrer. La première fois que je suis sortie de là j'ai appelé mon mari j'ai dit : j'en reviens pas. Écoute ! Je suis rentrée là extrêmement septique. J'en sors, je suis convaincue à 100 %. Ç'a été une révélation.

L'infirmière qui offrait le suivi postnatal avait seulement conseillé d'allaiter le bébé du côté où il ne se tournait pas, mais cette solution n'a vraiment pas fonctionné puisque cela était très douloureux pour le bébé, qui avait un traumatisme physique suite à un accouchement avec ventouse. Mariana a découvert la physiothérapie, que lui a conseillée une infirmière du CLSC : « Elle m'a dit « vu que ton mari travaille, tu as des assurances, je vais t'aider. On cherche un physio du périnée. » [...] Ça m'a sauvé la vie, pour vrai. J'ai fait la physio pendant 1 an. » C'est grâce à ce suivi que cette femme a pu amenuiser les effets de son traumatisme obstétrical et retrouver une vie sociale satisfaisante. Malheureusement, ces soins de santé n'étaient pas offerts par le système public et les femmes ont donc dû déboursier des sommes importantes pour y avoir accès. Jade, Audrey et Mariana ont aussi été en contact avec des organismes communautaires qui leur ont apporté du soutien et de l'information avant l'accouchement et en postnatal. Pour Audrey, recevoir la visite d'une personne habilitée à soutenir les nouveaux parents a été une expérience très positive :

On a eu l'aide d'un organisme de quartier, [pour] des relevailles. Pendant 3 mois. Ça m'a vraiment aidée, puis la fille était vraiment l'fun. J'ai quand même pu beaucoup en parler aussi avec elle, puis ça c'était aidant. Puis c'était gratuit.

L'aspect accessible de ce service était apprécié par cette mère, qui était alors aux études. Le fait de pouvoir parler de son expérience difficile d'accouchement a aussi été bénéfique pour cette mère qui a vécu de nombreuses frustrations et déceptions dans les soins lui ayant été prodigués. Pour Mariana, les services du programme OLO offerts par son CLSC ont été salvateurs :

J'avais commencé ma francisation et j'ai connu une colombienne dans mon cours. Quand elle est arrivée j'étais enceinte. Elle m'a dit « Appelle ce numéro-là » [...]

C'était le programme OLO. C'était vraiment génial. (*Mime d'être soulagée*). [...] Au moins, l'infirmière avait la patience, avec moi, avec mon français qui était pas bon.

Cette femme était en situation de précarité financière importante et a grandement apprécié avoir du soutien grâce à ce programme. Plusieurs mères ont parsemé leur histoire d'accouchement de parenthèses dans lesquelles elles détaillaient des relations harmonieuses avec des soignant·e·s. Il s'agissait pour elles d'exemples de bonnes pratiques, donnés en contre-exemple à toutes les expériences négatives vécues. Deux participantes ont relevé avoir apprécié la gentillesse de certaines infirmières, durant l'accouchement (Sophie) ou pendant le suivi postnatal avec le CLSC : « J'suis tombée sur une super infirmière ; elle était vraiment gentille. Je peux encore appeler cette infirmière-là pour [nom du bébé]. » (Audrey) La gentillesse d'une médecin interne a aussi été soulignée : « Elle était vraiment très gentille, j'ai trouvé vraiment qu'elle était super *smatte*, j'étais pas du tout stressée par le fait que c'était une interne donc encore une étudiante ; ça, ça ne me dérangeait pas. [...] Je la trouvais douce. » (Laurie) Une autre femme mentionne la douceur d'une résidente, en comparaison avec celle qui la précédait, dont le toucher était brusque : « La résidente était vraiment *smooth*, elle était vraiment plus douce » (Sophie). En comparaison avec une équipe soignante désagréable, Claudia a pris le temps de détailler en quoi un de ses suivis obstétricaux précédents avait été plus positif pour elle :

Le médecin qui était là ce soir-là, c'était mon obstétricien qui me suit pendant mes grossesses. Puis à chaque étape, il venait me voir. Il est doux. Il est patient. [...] il m'expliquait, à chaque fois : « avantages/inconvénients. On peut se donner une heure pour décider. Y'a pas de presse, c'est vous qui décidez. Je viens de vous dire, parlez-en à votre conjoint, puis vous me direz quand vous aurez pris votre décision. » Donc, même si ç'a été plus médicalisé dans sa globalité, j'ai eu le sentiment qu'il me faisait confiance, qu'il me présentait vraiment les options, et qu'il me donnait un choix. [...] Il a été là autant pour me rassurer que pour me conseiller, chose qui n'a pas du tout eu lieu la 4^e fois, puis je pense que c'est beaucoup cette impression-là de « on m'a aidée » ou « on m'a imposé des choses » qui fait la différence entre mon impression négative puis mon impression positive.

Ce n'est pas tant la médicalisation de son 4^e accouchement en tant que telle qui a dérangé cette femme, mais plutôt le sentiment envahissant d'être complètement prise en charge par une équipe médicale ne l'incluant pas dans les décisions concernant son corps et sa santé. L'expérience antérieure vécue avec une autre soignant·e·s lui a permis de comparer et d'identifier les aspects essentiels pour elle afin de vivre une expérience positive dans les soins reçus : la douceur, la patience, la considération, l'autodétermination, la confiance et l'accompagnement. La capacité du soignant à rassurer a aussi été mentionnée par Sophie, qui salue l'attitude réconfortante d'un

gynécologue : « Lui il a été vraiment cool ; il s'est assis à côté de moi. Il sentait que j'avais peur, fait qu'il m'a pris la main. » Cet accompagnement a été apprécié par la mère, qui se sentait alors inquiète. Le fait de prendre le temps de toucher la patiente pour établir un contact humain et pour la rassurer a aussi contribué à améliorer l'expérience de Laurie lors d'une césarienne d'urgence : « Là il y a l'anesthésiste qui est venue me parler, [...] elle a mis la main sur mon épaule, puis c'était la seule personne qui a pris le temps de parler doucement. Elle a dit mon nom. Ça a capté mon attention. » La mère a dit avoir vraiment apprécié que cette personne prenne le temps de lui expliquer ce qui se passait, car elle se sentait alors dans un état de panique et de détresse important. Deux femmes ont aussi élaboré sur leur expérience positive du suivi prénatal vécu avec les sages-femmes, avant que leur dossier soit transféré à l'hôpital pour des raisons médicales :

J'ai eu un super beau suivi. J'avais vraiment une sage-femme incroyable. Elle était vraiment fine ! [...] Puis elle était vraiment – c'est une fille super empathique là, puis vraiment, là j'ai vraiment adoré. (Audrey)

La maison de naissances, je trouvais que ça [me] correspondait vraiment. Puis, le fait qu'il y ait quelqu'un qui te suit tout le long, que ce soit cette personne-là qui soit à ton accouchement. Que tu vas là-bas, puis quand tu viens pour accoucher, t'es dans un milieu que tu connais, un environnement qui est connu. [...] À la maison de naissances, elles parlaient directement à mon chum [...], il était vraiment inclus. [...] Puis le libre-choix tout le temps, aussi. [...] Le libre-choix puis [l'absence] de jugement dans tes choix aussi. C'est *toi* qui porte un enfant, fait que c'est toi qui décide. (Laurie)

Les habiletés empathiques des sages-femmes rencontrées ont été soulignées, ainsi que la place prépondérante de l'autodétermination dans le suivi. C'est en quelque sorte la philosophie même des soins qui est en fait abordé ici, Laurie soulignant se sentir placée au centre de ceux-ci. Cette femme est devenue émue en parlant de sa relation avec les sages-femmes, l'une d'entre elles l'ayant accompagné par téléphone durant l'accouchement malgré son absence. La mère commente : « C'est pas elle qui va t'accompagner, puis elle t'accompagne pareil. C'est fou ! (devient émotive, les yeux dans l'eau) Y'a vraiment un dévouement là-dedans. Moi je trouve ça... Ça, ça me rend émotive parce que je trouve ça beau. » La continuité dans les soins a aussi été soulignée par Mariana, qui s'est tournée vers un suivi en maison de naissances, où elle mentionne aussi avoir apprécié le respect de son intimité et de son consentement, qu'elle compare avec les multiples touchers vaginaux incessants subis pendant son accouchement à l'hôpital : « Quand j'ai été avec les sages-femmes, j'ai vu que c'était pas comme ça. [...] Même pendant que

j'accouchais, elles demandaient la permission. Elles ont toujours demandé la permission. » Elle a pu être accompagnée par des sages-femmes pour ses deux autres accouchements, ce qui lui a aussi permis de comparer la façon d'intervenir dans une situation semblable à celle vécue à l'hôpital quelques années plus tôt :

Je suis contente que j'ai eu un bon souvenir après. [...] C'est bon parce que j'ai vu que c'est pas moi [le problème]. Ma fille est venue pour [le] prouver. [...] Mon 4^e était en postérieur aussi, vraiment mal positionné, comme mon 2^e – un accouchement vraiment pareil, et il est sorti tout seul, sans déchirer, sans rien. Ça c'est comme : je vais remercier les sages-femmes pour toujours. Ça a pris 38h pour le remettre à la place. [Ça a pris du temps] et des exercices ; j'ai mis ma tête par terre, elles ont fait du *rebozo*. À l'hôpital, c'était sûr et certain que j'allais finir en césarienne pour mon 4^e. Il était encore pire que mon 2^e. Il ne descendait pas. C'est pour ça que c'était long. [...] À l'hôpital, qui allait attendre 38 heures pour un 4^e bébé qui ne se place pas ?

L'expérience positive vient ici panser en quelque sorte la blessure vécue lors du deuxième accouchement (Rouillier, 2015). L'empressement et le rythme imposé par l'institution hospitalière sont soulignés par la mère, qui est consciente que les méthodes employées par les sages-femmes et la patience manifestée n'auraient pas été présentes en contexte hospitalier. Jade a quant à elle comparé ses deux expériences de césariennes, afin d'expliquer en quoi la première qu'elle a vécue aurait pu être humanisée par certains moyens, bien qu'elle était non planifiée :

À ma 2^e césarienne, [...] je dirais qu'ils ont été adéquats puis *cocooning* ; j'en ai eu des couvertures chaudes, [...] suite à la chirurgie. Ça été complètement différent. Vraiment. Même que le médecin, à [nom du bébé 2] - au-dessus du rideau, pour pas qu'on voit là- ben elle m'a montré mon bébé, t'sais ! (émue) C'était super beau là, je m'en souviens encore. C'est magique ! Mais à [nom du bébé 1], ça pas été ça, quand j'te dis que j'étais un numéro ; il fallait faire une césarienne, puis *go go go*, on procède. [...] T'sais, me le montrer mon bébé, c'est juste un petit minimum humain. [...] Jamais pendant ma césarienne on ne m'a expliqué « ah on fait telle affaire », [...] tandis qu'à ma 2^e césarienne, on m'a expliqué au fur et à mesure. Je sentais rien là, sincèrement, puis je voyais rien, mais : « bon, là [nom de la participante], c'est à telle étape », « là on va aller chercher ton bébé. » [...] « Là, [nom de la participante] ça va prendre une vingtaine de minutes parce qu'il faut toute recoudre ». Expliquer toute, c'est parfait ! Je comprenais. Tu visualises un peu tout ce qui t'arrive puis c'est correct, c'est sain, c'est adéquat. Ça, c'est adéquat. C'est ce à quoi on doit s'attendre dans des bons services de santé je pense.

Plusieurs éléments sont relevés par la mère comme ayant contribué à rendre l'expérience de césarienne plus positive : le confort suite à la chirurgie (couvertures chaudes, bienveillance des soignant·e·s), le fait de montrer l'enfant à la femme dès sa sortie et surtout, les explications et la

communication durant tout le processus. Mariana raconte aussi comment son autodétermination a été plus respectée durant une césarienne vécue au Brésil que pendant son accouchement à l'hôpital au Québec :

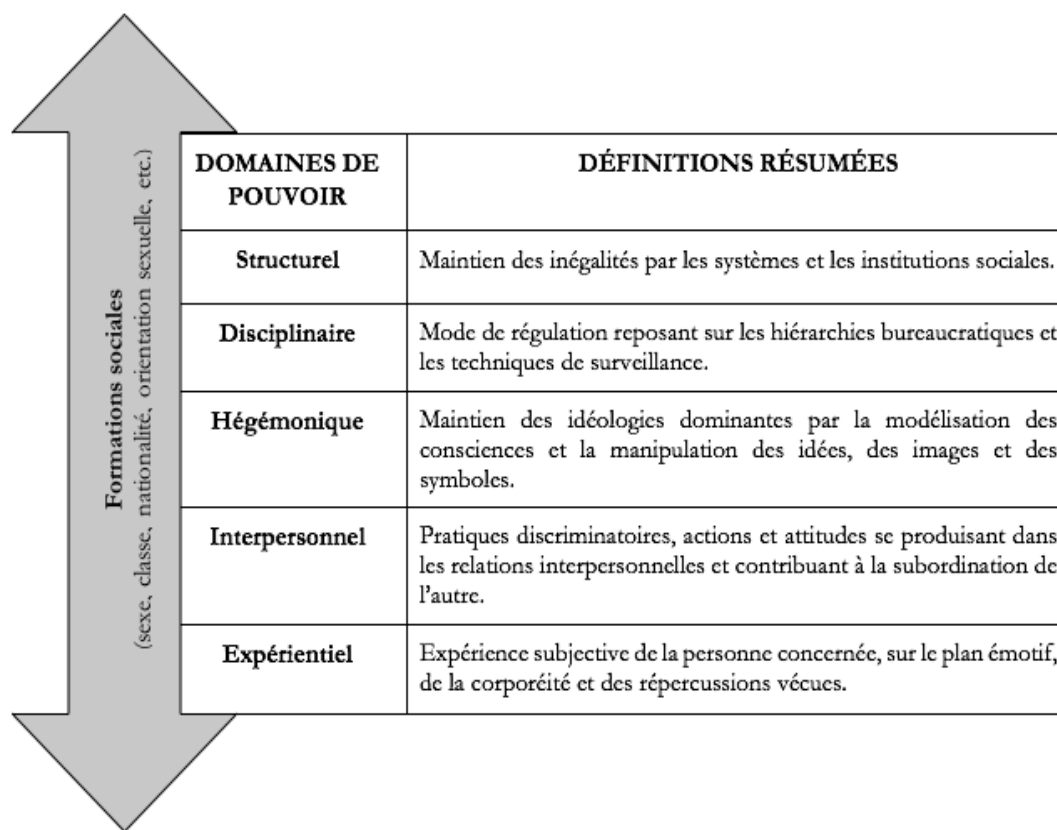
J'ai eu une belle césarienne quand même. J'avais pas un mauvais souvenir de ma césarienne. [...] Au Brésil, tout le monde est né par césarienne. C'est une césarienne planifiée, aucun problème. Je me levais vraiment bien après. [...] J'ai eu vraiment un accouchement de rêve au Brésil, quand même. Même si c'était une césarienne. Toutes mes volontés étaient [respectées].

Elle était étonnée de constater que son expérience au Brésil a été moins négative que celle vécue au Canada, où elle pensait recevoir des soins plus humanisés. Mariana a expliqué que la violence dans les soins obstétricaux au Brésil se situe dans l'impossibilité pour les femmes de vivre un accouchement vaginal, alors que son expérience négative au Québec est principalement reliée à la violence physique et psychologique dans les soins.

4.4 Analyse intersectionnelle des résultats et discussion

Le cadre d'analyse proposé (voir section « Cadre théorique » pour détails) est inspiré des travaux de Collins (2016) et de Bilge (2010) et est adapté à la réalité des soins obstétricaux. Les différentes formations sociales et l'aspect expérientiel s'ajoutent aux domaines de pouvoir proposés par Collins dans sa « matrice de la domination » (p.417), qui vise à analyser les rapports de pouvoir et à « stimuler des dialogues sur l'*empowerment* » (p. 417). Le tableau qui suit (Tableau 3), rappelle les différents éléments qui seront analysés dans cette section, toujours à partir des entretiens effectués auprès de femmes ayant vécu des expériences de violence obstétricale à différents niveaux.

Tableau 3 : Domaines de pouvoir pour une analyse intersectionnelle des expériences de violence obstétricale



DOMAINES DE POUVOIR	DÉFINITIONS RÉSUMÉES
Structurel	Maintien des inégalités par les systèmes et les institutions sociales.
Disciplinaire	Mode de régulation reposant sur les hiérarchies bureaucratiques et les techniques de surveillance.
Hégémonique	Maintien des idéologies dominantes par la modélisation des consciences et la manipulation des idées, des images et des symboles.
Interpersonnel	Pratiques discriminatoires, actions et attitudes se produisant dans les relations interpersonnelles et contribuant à la subordination de l'autre.
Expérientiel	Expérience subjective de la personne concernée, sur le plan émotif, de la corporéité et des répercussions vécues.

4.4.1 Domaine structurel

Ce domaine de pouvoir concerne « les institutions sociales imbriquées à grande échelle » (Collins, 2016, p.418), allant des politiques publiques au système légal, en passant par les institutions régissant ces normes. Il s'incarne donc dans la façon dont les systèmes et leurs structures contribuent à la discrimination et à la subordination des personnes les plus vulnérables, dans ce cas-ci, les personnes qui portent et mettent au monde un enfant. La principale institution abordée par les femmes rencontrées est l'hôpital, en tant que structure incarnant la totale prise en charge de leur enfantement et niant souvent leur capacité d'autodétermination. Alors que le mouvement d'humanisation des naissances a permis aux femmes de s'exprimer sur leurs préférences, les politiques mises en place ne semblent pas avoir changé la culture de l'enfantement dans les institutions de soins (Rivard, 2010), l'aspect médical prenant une place surdimensionnée dans l'expérience des femmes même en l'absence de complications. Les politiques visant à protéger les droits des personnes qui enfantent semblent donc insuffisantes ou faiblement appliquées,

comme c'est le cas dans d'autres pays (Bowser et Hill, 2010). Les obligations légales envers les femmes qui accouchent semblent méconnues de certain·e·s soignant·e·s, ou encore non respectées, particulièrement en ce qui concerne le consentement libre et éclairé, dont l'absence a été rapportée par la majorité des participantes (voir section « non-respect des droits », page 77). Elles ont cependant presque toutes laissé tomber l'idée de porter plainte à ce sujet, plusieurs obstacles étant rencontrés et le processus bureaucratique étant visiblement inadapté à la réalité postnatale. Le fait d'avoir à s'occuper d'un nouveau-né est la raison la plus souvent évoquée par les participantes :

Quand on accouche, puis qu'on a un bébé, [...] on n'a pas juste ça à faire, faire des plaintes. Puis, y'a tellement d'émotions, durant un accouchement, puis y'a tellement de fatigue, puis d'épuisement, des fois, même s'ils me demandent « comment qu'elle s'appelait? »... Je le sais pas moi, la huitième infirmière qui est venue me voir pendant la nuit, comment elle s'appelait ! Infirmière no 8 là. C'est tout. [...] Moi je suis persuadée qu'on a d'autres choses à faire, on s'en souvient pas, puis comme je dois pas être la seule qui sort de là avec un sentiment d'infantilisation puis d'incompétence, voire que j'ai le goût d'aller m'obstiner. (Claudia)

J'aurais peut-être aimé ça, faire une genre de plainte, [...] mais je l'ai pas fait. Parce que... ben, j'ai eu un enfant. (Audrey)

Le fait d'avoir à prendre soin d'un enfant en bas âge semble donc être un obstacle important au processus de plainte et donc à la défense des droits des mères concernées. La difficulté à identifier les soignant·e·s a aussi été mentionnée par quelques participantes, soit à cause d'une rotation importante du personnel, soit dû à la difficulté à relire un dossier rédigé de façon illisible (Marie-Hélène). Le manque d'accès aux informations permettant de porter plainte a aussi été vécu par Mariana, l'hôpital lui faisant parvenir son dossier une fois le délai permettant de faire une plainte dépassé, soit plusieurs mois après qu'elle l'ait demandé : « J'ai dû appeler 50 fois pour savoir pourquoi ils ne me donnaient jamais mon dossier ; c'était vraiment long. [...] Six mois je pense. » En plus de ce manque d'accès aux informations, les procédures apparaissent pour certaines comme une « perte de temps » (Marie-Hélène), les femmes ne sachant pas si ces démarches serviront réellement à quelque chose.

Certaines mères n'ont pas pu obtenir les services dans la langue la plus appropriée pour elles, ce qui a contribué à diminuer le pouvoir qu'elles avaient sur le déroulement de l'accouchement.

L'absence de communication en français pour une québécoise francophone (Audrey) et de service d'interprète pour une lusophone d'immigration récente (Mariana) dans la structure des soins semble avoir contribué à une prise de pouvoir de l'institution sur ces femmes. L'organisation des services de santé entourant la grossesse et l'accouchement a aussi amené l'impossibilité pour certaines femmes d'avoir accès à des soins de santé correspondant à leurs valeurs. Pour leur accouchement, certaines mères n'ont pu avoir accès aux soignant·e·s de leur choix. Soit elles ne pouvaient pas bénéficier d'un suivi en maison de naissances parce qu'elles avaient une grossesse catégorisée « à risques » ou comportant des complications (Marie-Hélène et Audrey), soit elles étaient dans l'impossibilité d'avoir accès à l'obstétricien ayant effectué leur suivi lors de l'accouchement. L'équipe comprenait plusieurs soignant·e·s, dont certain·e·s étaient inconnu·e·s pour elles ou se trouvaient en processus de formation (Claudia). L'absence ou le manque de continuité dans les personnes offrant les soins semble ainsi porter atteinte au pouvoir que peuvent prendre les femmes sur leur expérience d'enfantement, puisqu'elles sont sans cesse placées devant des professionnel·le·s différent·e·s, qu'elles ne connaissent souvent pas. Il devient alors difficile pour elles de s'exprimer et de prendre leur place parmi cette variété de personnes - souvent plus d'une dizaine - pénétrant la salle d'accouchement et parfois même leurs corps (voir la section « violence physique et sexuelle », p.60).

L'institution hospitalière incarne finalement une hiérarchie des savoirs qui amène une asymétrie dans les relations, l'autorité médicale ayant généralement préséance sur les propos et le vécu des femmes qui enfantent. Ces dynamiques s'incarnent de façon évidente dans le domaine de pouvoir interpersonnel, présenté plus loin. Les institutions dans lesquelles prennent place ces relations en viennent aussi à discipliner les corps, par leur fonctionnement et leur mode de gestion.

4.4.2 Domaine disciplinaire

Ce domaine de pouvoir réfère au « mode de fonctionnement des institutions » et « a crû en importance de pair avec la bureaucratie comme mode de gestion des organisations modernes » (Collins, 2016, p. 424). Les institutions - ici l'hôpital - et les différentes procédures et protocoles qu'elles incarnent permettent de discipliner les femmes et les familles. La surveillance entourant les femmes qui portent, mettent au monde et prennent soin d'un enfant est omniprésente, et ce dès le début du suivi de grossesse, notamment par les différents moyens techniques mis à la disposition du personnel médical (De Koninck, 2015). Ce contrôle a été vécu

à divers degrés par toutes les participantes à cette étude, qui ont dû se soumettre aux protocoles médicaux dès qu'elles mettaient le pied à l'hôpital, en enfilant le vêtement d'usage (Claudia), en recevant des antibiotiques ou des hormones de synthèse alors qu'elles ne le désiraient pas (Marie-Hélène et Claudia), mais surtout, en suivant un rythme effréné davantage associé à l'organisation des soins qu'aux besoins de leur corps (Jade, Layla, Mariana et Laurie). Cette vision de l'accouchement devant se dérouler dans un temps le plus court possible a été ressentie par plusieurs participantes, qui ont été brusquées par les différents protocoles leur étant imposés (rupture des membranes, pose de cathéter, pression pour la péridurale ou pour l'allaitement, etc.). Cette organisation des soins semble liée à une perspective managériale qui pousse le personnel à intervenir à outrance (Jacques, 2007 ; St-Amant, 2013), comme s'il était possible de « gérer » l'enfantement comme tout autre soin de santé. La prise en charge du corps des femmes par l'institution hospitalière est allée pour certaines participantes jusqu'à la contention physique, le « déroulement normal » d'un accouchement (c'est-à-dire tel que conçu par l'institution) dans ce milieu impliquant souvent le monitoring en continu et le fait d'être couchée sur le dos, les jambes écartées. Cette vision de l'enfantement semble conforme à l'hégémonie narrative entourant l'enfantement, dans laquelle la notion omniprésente du risque devient « un contrat coercitif pour les femmes » (St-Amant, 2013, p.38), porté et incarné par la sphère biomédicale.

4.4.3 Domaine hégémonique

Le domaine de pouvoir hégémonique vise à « justifier les pratiques » précédemment nommées (domaines structurels et disciplinaires), « en manipulant l'idéologie et la culture » (Collins, 2015, p. 428). Ce domaine est contrôlé par les personnes détenant du pouvoir dans le contexte étudié et par les médias d'informations, qui propagent un discours et une idéologie légitimant les pratiques, entre autres en niant ou en banalisant les expériences des femmes.

À titre d'exemple, alors que les témoignages de femmes ayant subi de la violence obstétricale déferlaient en France en 2017, des personnes sont réunies autour d'un micro à la radio afin d'aborder la violence obstétricale au Québec (Radio-Canada, 2017). L'animatrice, se trouvant face au président de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, n'ose pas employer le terme « violence » pour parler du phénomène abordé, alors même qu'elle se trouve avec une femme disant en avoir vécu. Elle la présente donc comme une femme : « qui elle-même

a subi disons, une forme de... (malaise) on va faire attention avec le mot *violence*, quand même, mais... ». Il est intéressant de constater l'hésitation à parler d'une forme de violence envers les femmes lorsqu'elle est peu reconnue par le milieu médical, même si les femmes elles-mêmes la dénoncent sur les réseaux sociaux et en ondes. Plus tard durant l'émission, le président explique que l'expression abdominale n'est pas pratiquée au Québec, puisque « les obstétriciens sont bien au fait de ces choses-là : on ne pousse jamais sur l'utérus en contractions, c'est la patiente qui doit expulser son bébé ». Layla rapporte pourtant avoir subi cette intervention lors de son premier accouchement, en 2014, donc cette pratique n'est assurément pas éradiquée complètement au Québec. Les données (EEM, 2009) confirment d'ailleurs que cette pratique existe toujours et est beaucoup plus élevée que ce que le président laisse entendre : en 2006-2007, plus de 13 % des femmes ont signalé avoir subi une pression sur l'abdomen durant l'accouchement au Québec. Ce n'est qu'un exemple de la culture du silence entourant la violence obstétricale, qui est d'abord véhiculée par des personnes détenant du pouvoir (ici le président de l'association qui représente l'autorité médicale) et qui est ensuite incarnée par la société en général. Layla, qui a subi cette intervention non recommandée, a confié à quel point le silence a été long à briser concernant son expérience : « Ça été traumatisant pour tout le monde, mais personne n'osait en parler. » Même les femmes elles-mêmes en viennent à banaliser leur expérience de la violence obstétricale, intériorisant le discours hégémonique selon lequel l'important est d'avoir un bébé en santé :

Fait que j'étais très en colère de comment ça s'est passé, mais aussi très soulagée parce que tout ce que je voulais c'est que ma fille soit correcte puis qu'elle aille bien, fait que par chance, ça quand même bien terminé. Parce que dans le fond la seule façon que ça peut bien se terminer, c'est un bébé en santé ; j'ai un bébé en santé. Mais ça reste que j'me suis sentie pas écoutée. (Claudia)

Le sentiment de ne pas avoir été respectées dans les soins obstétricaux, conjugué à l'intériorisation d'une culture du risque amenant à penser la discipline obstétricale comme nécessairement salvatrice, amène un sentiment d'ambivalence chez plusieurs femmes. Elles se sentent déchirées entre le besoin de dénoncer la déshumanisation vécue, en même temps qu'elles célèbrent l'arrivée d'un enfant dans leur famille.

4.4.4 Domaine interpersonnel

Dans les récits de naissance recueillis pour cette recherche, le domaine de pouvoir interpersonnel s'observe surtout dans les relations entre les femmes qui donnent naissance et les soignant·e·s.

Ces relations (souvent brèves) sont intrinsèquement liées au domaine de pouvoir disciplinaire, puisque le personnel exerce des actes de nature médicale dans un contexte et dans une structure teintée d'une perspective managériale. Certaines actions effectuées par le personnel de l'hôpital et différentes attitudes envers les patientes contribuent à leur subordination, notamment le fait pour les soignant·e·s d'agir avec autorité, tant par le ton verbal que dans les actions posées sans consentement libre et éclairé. La section « Relations avec le personnel soignant » (p.64) de l'analyse de contenu thématique précédant cette section détaille combien les dynamiques de pouvoir présentes dans les relations étaient désagréables pour les participantes, qui ne se sont senties ni respectées, ni écoutées durant leur accouchement et jusque dans le cadre des soins postnataux.

La banalisation de leur douleur et de leurs propos (section « déshumanisation et violence psychologique », p.52) est une des façons dont les femmes ont été subordonnées à l'autorité médicale. Leur savoir expérientiel et leur parole avaient souvent moins de poids que l'opinion ou les recommandations des professionnel·le·s de la santé. Par exemple, le point de vue des soignant·e·s a prévalu sur celui de Mariana lorsqu'un médecin a jugé qu'elle n'avait pas vraiment mal suite à une déchirure au 4^e degré, car elle ne présentait pas de signe d'infection. Les informations provenant de techniques médicales sont aussi davantage considérées par les soignant·e·s que la parole de la mère, par exemple lorsque le test à la nitrazine n'indiquait pas de perte de liquide amniotique, mais que Layla savait avoir rompu les eaux. L'autorité médicale prend une place importante dans ces deux exemples, où les femmes sont considérées comme *objet* d'enfantement plutôt que comme *sujet* d'enfantement. Cette autorité s'est manifestée dans l'attitude du personnel médical par l'utilisation du ton paternaliste, autoritaire ou infantilisant rapporté par toutes les participantes ou encore par l'agacement ou le mécontentement exprimé de façon non-verbale lorsque les femmes tentaient de reprendre du pouvoir sur leur expérience en posant des questions ou en refusant certaines procédures ou interventions (Jade, Marie-Hélène, Layla, Audrey, Mariana et Claudia). Dans tous ces exemples, les personnes qui agissent à titre de soignant·e·s tentent de discipliner et de contrôler le corps des femmes qui enfantent, à même la posture qu'ils et elles prennent dans les relations interpersonnelles créées durant l'accouchement.

4.4.5 Domaine expérientiel

Le domaine expérientiel vise notamment à analyser comment les femmes intériorisent ou non les rapports de pouvoir nommés dans les sections précédentes et à aborder les sentiments et les sensations soulevées face à ceux-ci.

Comme le démontrent les extraits suivants, l'autorité médicale a amené plusieurs participantes à se sentir inadéquate dans leur expérience d'enfantement :

Ils m'ont mise sur le lit, j'étais couchée, puis ils étaient comme (autoritaire) « push !! push !! » Puis je me rappelle juste des yeux vraiment foncés du médecin, qui était... parce qu'il avait pas un regard tendre du tout là. J'avais l'impression qu'il me chicanait puis qu'il était comme (impatience) : « pousse ! » J'avais l'impression que je faisais pas bien ça. (Audrey)

Ça m'a totalement enlevé le goût. Je me suis dit : une chance que c'est ma dernière, parce que j'aurais plus le goût d'accoucher. J'aurais juste plus le goût de le revivre, parce qu'il m'a fait sentir que j'étais pas adéquate, que j'étais pas... que ce que je ressentais puis que la connaissance que j'avais de mon corps, c'était toute pas valide, ça ! Puis que *lui*, il le savait mieux que moi. C'est très désagréable comme sensation. (Claudia)

En plus de susciter un sentiment d'incompétence, l'autorité médicale a pu amener les femmes à douter de leurs choix, jusque dans certains aspects de la parentalité :

On me disait « faites pas de cododo, c'est dangereux ». Mais c'est ça qui m'a sauvé la vie, moi, le cododo ! Puis au début, j'avais tellement une crainte, je me disais : « mais peut-être qu'ils ont raison, je vais tuer mon fils. (Layla)

Le discours axé sur le risque et la dangerosité dépasse donc la grossesse et l'accouchement, se poursuivant en période postnatale et affectant la façon dont les femmes se sentent en confiance ou non dans leur rôle de mère.

Le domaine de pouvoir expérientiel inclut aussi la corporéité, soit la manière dont le corps internalise ou non les rapports de domination. Une femme immigrante a raconté combien elle pensait que la soumission à l'autorité médicale était en quelque sorte un « mal nécessaire », dû à sa méconnaissance du système de santé québécois :

Je pensais que c'était normal, je pensais que c'était comme ça. Parce que j'avais pas accouché avant. Et je connaissais pas vraiment comment les choses fonctionnent.

Je me sentais mal. Mais c'était un peu comme : ok, c'est nécessaire. C'est un peu comme dans les rendez-vous... (Mariana)

C'est *en tant que femme*, mais surtout *en tant que femme immigrante récente*, que cette participante partage son expérience, ajoutant qu'elle connaît maintenant mieux le système et s'affirme beaucoup plus. Elle mentionne également que la soumission à l'autorité est un mal nécessaire pour obtenir les soins médicaux reliés à la grossesse et à l'accouchement, l'obligation d'obéir aux procédures durant l'accouchement étant en quelque sorte la suite logique d'une relation autoritaire mise en place dès les « rendez-vous » de grossesse et de suivi gynécologique. Le fait de ne pas savoir comment se déroulerait un accouchement en milieu hospitalier a aussi été relevé par Layla et Laurie, qui en étaient à leur première mise au monde et qui expliquaient que le fait que ce soit leur premier accouchement les amenait à suivre les recommandations un peu aveuglément, étant placées devant l'inconnu relié à l'accouchement (lieu non familial, personnel inconnu, déroulement non prévisible, etc.). La sensation de se soumettre ainsi aux dynamiques de pouvoir asymétriques est aussi liée au contexte de vulnérabilité dans lequel les femmes se trouvaient à ce moment. Claudia explique à quel point ce contexte a altéré la possibilité pour elle de prendre position et de s'exprimer :

J'ai une grosse répartie, je réfléchis vite. Et pourtant, en contexte d'accouchement, je me sens tellement vulnérable, fatiguée puis pas bien, que je n'y arrive plus. Fait que je me dis : une fille qui a déjà de la misère à répondre au monde quand elle est en temps normal, ben dans une situation de vulnérabilité... C'est sûr que les patientes doivent souvent tout accepter sans trop rien dire.

Sophie a aussi exprimé intérioriser les rapports de domination lorsqu'elle se retrouve face à un.e médecin, même lors du suivi prénatal :

J'suis quand même quelqu'un qui est critique dans la vie là, puis qui pose des questions, puis qui veut savoir pourquoi, [mais dans le bureau du médecin], elle m'a regardée, elle m'a dit (ton affirmatif) : « t'es effacée à 70 %, voici le formulaire pour ton déclenchement, moi j'vais appeler cet après-midi », [...] puis j'ai dit « ah, ben ok ! ». J'ai pas posé de questions, j'ai pas... j'ai comme... j'ai dit « ah ok oui ». Puis là après ça, j'ai dit : « pourquoi j'ai pas posé plus de questions, pourquoi j'ai pas essayé? » Puis les médecins ont comme une assurance...

Cette femme explique bien comment les domaines de pouvoir disciplinaire et interpersonnel sont ici en relation directe avec le domaine de pouvoir expérientiel ; l'attitude de la médecin - son ton affirmatif et son « assurance » - et son statut de soignante amène la mère à agir différemment qu'à l'habitude. Cette soumission momentanée suscite cependant une

insatisfaction et des questionnements face à ce qui s'est passé. La façon dont la soignante s'adresse à la femme ne lui laisse pas vraiment l'opportunité de s'opposer ou même de poser des questions afin d'effectuer un choix libre et éclairé concernant le déclenchement, qui devient alors *imposé* plutôt que *proposé*.

Layla a quant à elle réalisé que son corps réagissait à son expérience traumatique d'accouchement, durant lequel elle a entre autres subi une tentative d'expression abdominale. Elle a ressenti des douleurs importantes et se sentait aussi irritable. L'hégémonie du discours attribuant souvent la détresse des femmes en période postnatale aux cocktail hormonal (le fameux *baby blues*), cette mère s'est questionnée sur son état pour finalement réaliser que celui-ci était en fait une réponse à une agression :

On se dit : c'est peut-être mes hormones. Mais c'est pas les hormones ! C'est vraiment parce qu'il y a quelque chose qui ne marche pas. Notre corps surréagit à une agression. Et c'est vraiment une réaction à une agression. J'ai jamais été agressée sexuellement ni quoi que ce soit, mais agressée verbalement, physiquement, ça nous est tous arrivé. De se faire invectiver par quelqu'un. Ben c'était le même sentiment que j'avais après mon accouchement. [...] Je me disais : ok, on est comme un peu victime, mais en même temps on se dit « est-ce qu'on l'a cherché ? »

Layla a donc ressenti une réaction corporelle liée à l'agression vécue et exprime par la suite un malaise face à ce mal-être, se sentant à la fois victime et coupable. Cette culpabilité semble liée à la culture du silence entourant les expériences de violence obstétricale, qui sont banalisées par un discours centré sur la santé du bébé ou par des comparaisons avec des pays n'ayant pas accès à des soins de santé adéquat, dans un discours légitimant le domaine biomédical en étant axé sur le risque (St-Amant, 2013). Des mères ayant vécu de la violence obstétricale ont cependant eu besoin d'en parler et d'être entendues et crues ; le slogan « on vous croit » ayant circulé en réponse à la culture du viol ambiante et dénoncée par le mouvement #moiaussi depuis 2017 semble donc s'appliquer à elles aussi. Les sensations et les conséquences décrites par Jade et Layla ressemblent d'ailleurs de près à ce qui est souvent exprimé suite à une agression sexuelle, entre autres lorsque la faute est remise sur la victime (par exemple parce qu'elle portait certains types de vêtements, plus communément appelé « *slut shaming* »). Dans le contexte de la violence obstétricale, il s'agirait plutôt d'une des tentacules du « *mom shaming* » : on répond collectivement à la mère violentée de se taire (domaine hégémonique), puisque son enfant a nécessairement été

« sauvé » par l'institution hospitalière, ce qui justifierait tout acte ou toute attitude du personnel médical.

Tout comme on met en doute la parole des femmes qui ont le courage de dénoncer leurs agressions en présumant de la bonne volonté de l'agresseur, il en va de même de celles qui rapportent avoir subi de la violence obstétricale. On croit qu'elles sont hystériques ou que les hormones ont aiguisé leur imagination, alors que le personnel soignant, pourtant là pour leur bien-être, se retrouve la cible d'accusations injustes et exagérées. On se retrouvera à traiter les femmes de menteuses, une fois de plus, à les responsabiliser - mais pourquoi tu n'as pas dit non, pourquoi n'as-tu pas changé de médecin? -, à nier leur vécu, leur perception, leur traumatisme. (Séguin, Pino et Fontaine, 2017, s.p.)

La mère peut alors avoir l'impression d'être « mégasensible » (Laurie) et de se plaindre pour rien, comme l'a d'abord pensé Laurie, ayant pourtant expérimenté la violence obstétricale sous plusieurs facettes (manque de communication avec le personnel, absence de consentement libre et éclairé pour des actes médicaux, etc.). La sensation corporelle liée à cette expérience s'est inscrite ainsi dans son corps :

J'ai un peu l'impression d'avoir mangé une volée, mais personne m'a frappée, personne a été bête avec moi, personne m'a envoyée chier. [...] Je me sens comme si j'avais pogné un accident de char. Pour moi, cet accouchement-là, c'est un accident de char. (Laurie)

La sensation claire d'avoir été violentée ou agressée a été rapportée par Sophie, Jade, Layla, Mariana et Laurie, qui disent la ressentir encore, souvent plusieurs années plus tard.

4.4.6 Formations sociales

Les formations sociales font référence aux « grands axes de la différenciation sociale que sont les catégories de sexe/genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle » (Bilge, 2009, paragr. 2). L'approche intersectionnelle souligne que les différents systèmes d'oppression reliés à ces catégories interagissent et contribuent à créer et à renforcer des inégalités sociales. Bien que l'intersectionnalité vise à réduire ou éliminer le cloisonnement de ces catégories ou la priorisation de l'une d'entre elles au détriment des autres dans l'analyse, les participantes à cette recherche ont toutes en commun de vivre une oppression liée à leur sexe dans le cadre des soins obstétricaux. Comme « la reproduction biologique est au cœur des rapports sociaux de sexe » (De Koninck, 2009, p. 80) et que « la première spécificité de la médecine gynécologique et obstétricale est de ne concerner que des femmes » (HCE, 2018, p.

21), être de sexe féminin apparaît être une différence biologique fondamentale ayant amené des rapports de pouvoir asymétriques pour toutes les personnes rencontrées. Ces rapports sont ancrés dans « les relations et les significations sociales » (Sosa Sanchez, 2013, p. 23) et s'inscrivent par ailleurs dans l'histoire même des disciplines gynécologiques et obstétriques, le savoir médical y faisant autorité à partir du XXe siècle (St-Amant, 2013). Il serait faux de prétendre que ces rapports de pouvoir ont été vécus de façon semblable par tous les groupes de femmes ; la gynécologie a en effet été développée par des abus d'une violence inouïe sur des esclaves afroaméricaines. La statue représentant le « père de la gynécologie moderne » (Dr Sims), inventeur du speculum, a d'ailleurs été déboulonnée en 2018 suite à des mouvements de protestation dénonçant le racisme de telles pratiques. Ce médecin avait torturé des femmes noires et esclaves en effectuant des tests sur elles, alors qu'elles étaient souvent non anesthésiées et encore moins consentantes. (Agence France-Presse, 2018) L'expérience des femmes racisées semble donc bel et bien différente de celles des femmes non racisées, et c'est principalement le racisme de ce médecin qui semble avoir été dénoncé par les manifestantes.

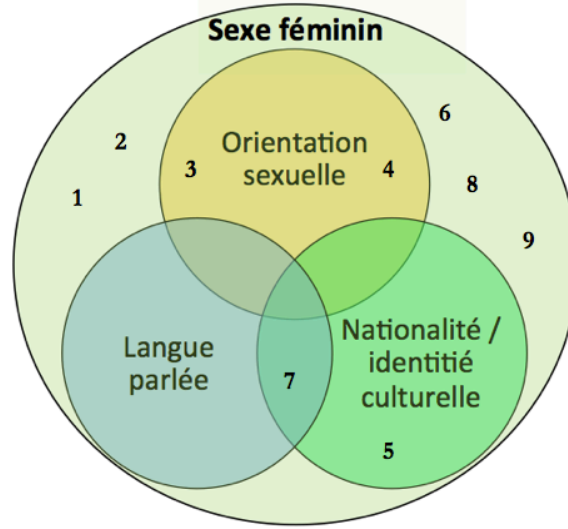
Dans la présente recherche, deux femmes immigrantes ont partagé leur expérience d'accouchement, définitivement teintée par leur appartenance culturelle (Brésil et Maroc). Pour Mariana, le fait d'être immigrante a créé une barrière interpersonnelle du côté des soignant·e·s, qui ne s'adressaient tout simplement pas à elle, notamment à cause de la langue parlée. L'invisibilisation générale (ex : parler à la troisième personne en présence de la femme) rapportée par plusieurs participantes semble donc être vécue de façon plus marquée lorsqu'une femme ne parle pas la langue ; plutôt que faire davantage d'efforts pour être comprise, l'équipe soignante a choisi de *ne pas* communiquer avec elle et de prendre acte sur son corps. D'un point de vue plus structurel et d'organisation des soins et des services, il n'a pas été proposé à cette femme de bénéficier d'un service de traduction ou de pouvoir mettre au monde son enfant dans un hôpital où le personnel parlerait sa deuxième langue (l'anglais). L'intégration de cette personne a ici été remis entre ses mains et de façon individuelle, plutôt qu'avoir été partagé par la collectivité via les services de l'État. De son côté, Layla parlait parfaitement le français et était au Québec depuis de nombreuses années. Elle s'est tout de même sentie jugée par un soignant, qui en plus de se placer en position asymétrique de par son statut de médecin, se plaçait en supériorité en lien avec la nationalité et l'identité culturelle. En s'écriant à cette mère qu'elle allait tuer son enfant si elle

lui donnait un remède traditionnel visant à améliorer la digestion (une simple goutte de verveine dans son lait), ce soignant a priorisé les façons nord-américaines de s'occuper d'un enfant, relayant « à un rang plus bas » (Layla) les traditions de cette femme.

La discrimination reliée à l'orientation sexuelle a aussi été abordée dans les entretiens, Marie-Hélène et Nathalie ayant senti à de nombreuses reprises les préjugés des professionnel·e·s de la santé envers elles. L'hétéro-normativité semble même avoir teinté les notes au dossier de la patiente, leur dynamique familiale étant considérée « particulière » et la technique de reproduction employée (insémination autonome) étant jugée comme potentiellement dangereuse. En étant un autre parent de sexe féminin, la conjointe de la femme ayant accouché n'a pas eu droit aux mêmes égards que les pères présents à la pouponnière, ne se faisant pas offrir de créer un lien d'attachement par la pratique du « peau-à-peau ». Ne pas être hétérosexuelles semble aussi avoir amené une suspicion de la part de l'équipe médicale, qui se permettait d'exercer une surveillance disciplinaire informelle sur les mères, en les gardant à proximité et en ne leur laissant aucune intimité pendant plusieurs jours.

Le schéma qui suit (Figure 2) résume les formations sociales qui ont été clairement abordées lors des entretiens et à quelles intersections se situe chacune des participantes (par numéro de participante, se référer au Tableau 4, page 48).

Figure 2 : Formations sociales abordées dans les entretiens et participantes associées



La totalité des personnes rencontrées se retrouve dans le cercle représentant l’oppression liée au sexe. Quatre des participantes se trouvent à l’intersection de diverses formations sociales, étant par exemple à la fois une personne de sexe féminin et une personne parlant une autre langue et ayant une identité culturelle différente. Pour les femmes se trouvant à ces intersections, les oppressions ne se sont pas seulement additionnées ; elles se sont imbriquées, créant une expérience unique dans laquelle des inégalités sociales étaient créées ou renforcées, notamment par les attitudes et comportements de certain·e·s soignant·e·s, qui ont souligné ces différences de plusieurs façons.

Chapitre 5 : Pistes de recherche et de solutions

Suite à la présentation et à l'analyse des résultats, certaines pistes de recherches intersectionnelles apparaissent essentielles afin de mieux comprendre les expériences de violence obstétricale au Québec et seront présentées dans la section qui suit. Des pistes de solutions seront ensuite formulées concernant la prévention et l'éradication de cette forme de violence envers les femmes.

5.1 Éléments d'intersectionnalité à approfondir

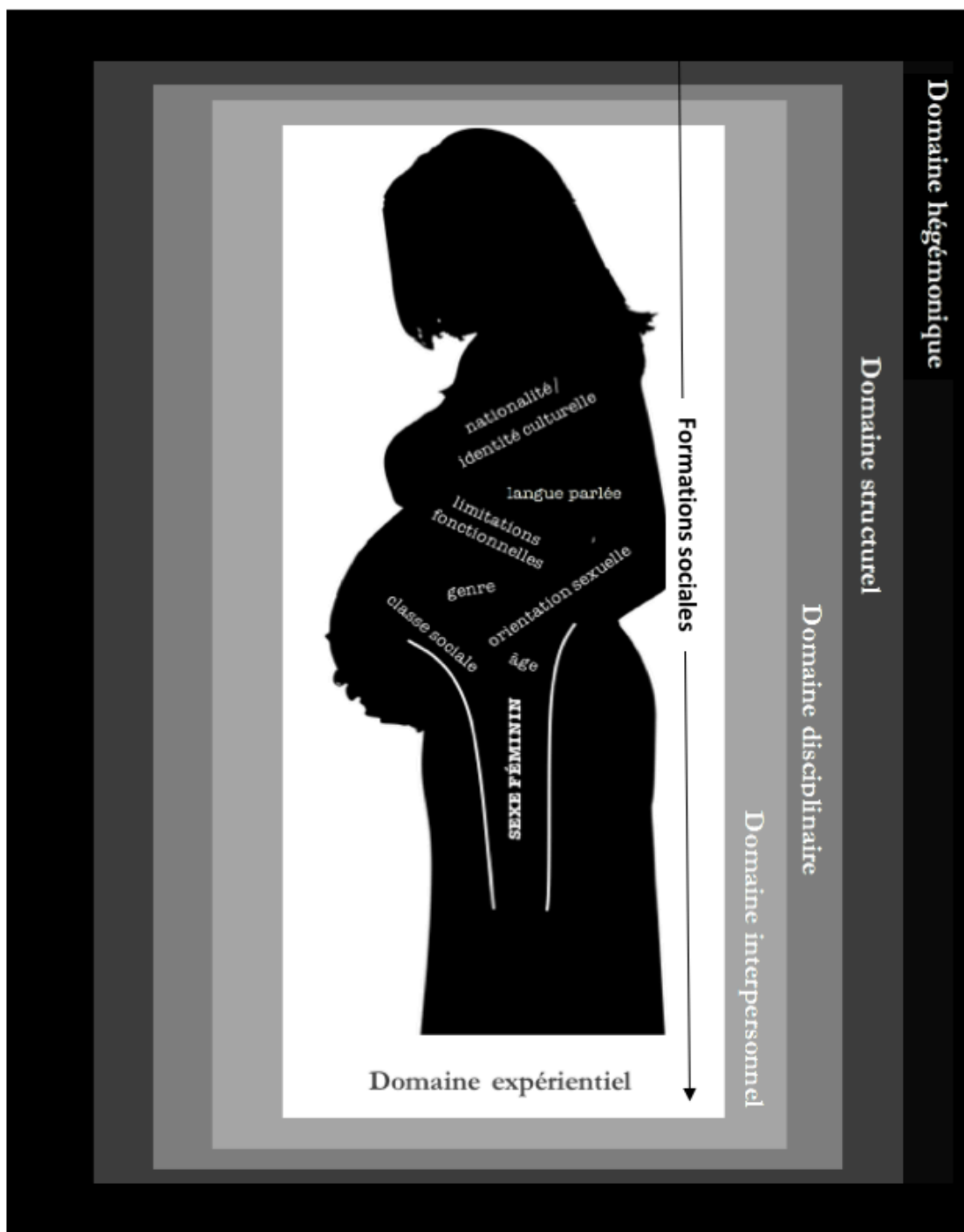
L'analyse intersectionnelle proposée dans ce mémoire constitue une exploration ; chacun des domaines de pouvoir proposé (hégémonique, structurel, disciplinaire, interpersonnel et expérientiel) mériterait d'être analysé en profondeur et en interrelation avec les autres. Les domaines interpersonnel et expérientiel ont été les plus abordés dans les écrits scientifiques jusqu'à présent ; il serait donc pertinent de s'attarder davantage aux domaines de pouvoir hégémonique, structurel et disciplinaire de la violence obstétricale dans les recherches futures.

Les formations sociales abordées par les femmes durant les entretiens (voir la Figure 2, p.108) ne couvrent évidemment pas l'ensemble des « axes de différenciation sociale » (Bilge, 2009), mais proposent plutôt une façon d'entrevoir la façon dont la violence obstétricale peut être créée et maintenue de différentes façons selon la femme qui la vit. L'analyse intersectionnelle de la violence obstétricale inclut nécessairement la prise en compte de l'oppression lié au sexe de la personne qui la vit, car recevoir des soins obstétriques nécessite de porter un enfant et donc d'avoir un utérus. En plus du sexe, une analyse intersectionnelle des expériences de violence obstétricale devrait donc inclure tout aspect vécu par les femmes et pouvant interagir dans la formation et le maintien de leur domination, dont « les catégories de [...] genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle » (Bilge, 2009, paragr. 2). Cette liste sera toujours incomplète, mais elle donne des exemples de facteurs pouvant entrer en relation dans la formation ou le maintien de la domination des femmes.

N'ayant pas pu être abordées dans cette recherche, les expériences d'enfantement des mères autochtones et des femmes à statut précaire nécessitent l'attention immédiate de la communauté citoyenne et scientifique, étant donné les particularités mentionnées au chapitre 1 (p.15). La situation des femmes incarcérées et qui mettent au monde un enfant mériterait aussi d'être approfondie, puisque certaines situations rapportées à l'international démontrent une atteinte importante à leur dignité et à leur santé (Cardi, 2014). Les expériences des mères en situation de défavorisation socioéconomique, des femmes en situation de handicap ou vivant avec une limitation fonctionnelle, des jeunes mères et des femmes immigrantes ou racisées devraient aussi toutes être spécifiquement abordées, puisqu'il s'agit d'éléments pouvant s'imbriquer avec le sexisme ou pouvant teinter les expériences de violence obstétricale. Si des parents ont vécu de la discrimination en lien avec leur orientation sexuelle (Marie-Hélène et Nathalie), il est possible d'imaginer que les personnes de sexe féminin mais ayant un genre différent risquent aussi de faire face à certains préjugés dans le cadre des soins de santé entourant la grossesse et l'accouchement. L'hétéronormativité va effectivement souvent de pair avec une vision binaire du genre (Butler, 2005).

La figure 3 (page suivante) représente certaines des formations sociales qui s'imbriquent avec le sexe de la personne et façonnent son expérience d'enfantement. Ces axes de différenciation sociale font intrinsèquement partie de la personne qui porte et met au monde un enfant et influencent donc la façon dont elle vit la violence obstétricale, de façon transversale. Ces expériences sont vécues directement dans le corps de la personne qui enfante, l'amenant parfois à intérioriser les rapports de domination subis (domaine expérientiel). Le domaine hégémonique devient une sorte de toile de fond où les représentations sociales de l'enfantement et le discours médical axé sur le risque justifient la domination de la femme qui enfante, domination qui est incarnée par les autres domaines de pouvoir dans les institutions et les politiques (structurel), dans les protocoles et les techniques de surveillance (disciplinaire) ou dans les interactions ayant lieu avec le personnel soignant et les proches (interpersonnel).

Figure 3 : Proposition visuelle pour une analyse intersectionnelle de la violence obstétricale



Les « axes de différenciation sociale » présentés dans cette figure correspondent à ceux proposés par Bilge (2009) et la notion de « race » a plutôt été remplacée par les axes de la nationalité et de l'identité culturelle, ainsi que celui de la langue parlée. Ces termes apparaissent en effet plus

cohérents avec les témoignages des participantes à la présente recherche, qui ne se considéraient pas racisées, contrairement à ce qui est montré dans les travaux de Collins (2016), dont l'approche est ancrée dans l'histoire des Afro-américaines. Dans le schéma proposé, le sexe féminin devient un lieu d'oppression teinté d'autres inégalités prenant des ampleurs diverses (par exemple, pour deux participantes, l'orientation sexuelle semble avoir créé davantage de tensions avec les soignant·e·s que le sexe de la patiente lui-même). Cette figure peut être employée par les organismes communautaires et les organisations féministes afin de donner une représentation visuelle des expériences de violence obstétricale ou servir de base pour l'exploration en recherche de chacun des domaines de pouvoir présentés.

5.2 Pistes de solutions

Les différents domaines de pouvoir apportés dans l'analyse intersectionnelle proposée offrent aussi certaines pistes de réflexion en ce qui concerne la prévention et l'élimination de la violence obstétricale. Comme ce type de violence prend place sur différents plans (hégémonique, structurel, disciplinaire, interpersonnel et expérientiel), il semble nécessaire de tenir compte de chacun d'entre eux dans les actions qui seront mises en place, en plus de porter une attention constante aux intersections possibles des oppressions vécues. .

5.2.1 Évaluer la prévalence et documenter la problématique au Québec

Alors que la violence obstétricale est de plus en plus documentée à l'international comme au Canada, il apparaît aujourd'hui nécessaire de procéder rapidement à une réelle enquête nationale à ce sujet afin d'évaluer la prévalence de cette problématique (RNR, 2018a), avec une perspective intersectionnelle. À l'instar du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République française, les instances féministes officielles du Québec (Conseil du statut de la femme, Secrétariat à la condition féminine) ont la responsabilité de se pencher sur la question et pourrait produire un rapport officiel visant à faire état de la situation au Québec. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS)²⁹ promue par ces instances devrait d'ailleurs être incluse dans

²⁹ « L'ADS est un processus d'analyse favorisant l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes, par l'entremise des orientations et des actions des instances décisionnelles de la société sur le plan local, régional et national. » (Secrétariat à la condition féminine, 2017, p.4)

l'étude de la violence obstétricale par toute autorité gouvernementale. Cela permettrait en effet que les importants enjeux reliés au sexe des personnes qui portent et mettent au monde un enfant soient pris en compte dans l'évaluation et l'adaptation des soins et services reliés à la période périnatale. La violence obstétricale mériterait aussi d'être abordée sous l'angle de la santé publique, c'est-à-dire « de manière scientifique et interdisciplinaire » (OMS, 2002, p. 3), ce qui inclut la mise à profit des sciences de la santé ET des sciences sociales, dans une visée d'action collective. Selon l'OMS (2002), cette vision collective est nécessaire en ce qui a trait à la prévention et à l'élimination de la violence, puisqu'elle a « démontré à maintes reprises que les efforts concertés de secteurs aussi divers que la santé, l'éducation, les services sociaux, la justice et la politique sont nécessaires pour résoudre ce que l'on estime généralement être des problèmes purement *médicaux* » (p. 4). Il est donc temps de mettre à profit toutes ces disciplines, pour le mieux-être des femmes et des familles, et que les instances de santé publique s'attardent réellement aux expériences d'enfantement, incluant la mise au monde.

5.2.2 Donner suite à la Politique de périnatalité 2008-2018

L'élaboration et l'exécution d'un plan d'action faisant suite à la Politique de périnatalité 2008-2018 (dont tous les objectifs n'ont pas été réalisés), pourrait aider à relever certains défis soulevés dans ce mémoire. Pour intégrer une perspective intersectionnelle, ce plan d'action devrait être élaboré et mis en place avec la participation des différents acteurs concernés, soit les organismes communautaires et les regroupements œuvrant en périnatalité, la communauté scientifique élargie, le milieu de la santé et des services sociaux et surtout, les personnes qui portent et mettent au monde un ou des enfants.

Comme l'a souligné cette recherche, certains modes de régulation et de contrôle des personnes de sexe féminin semblent être particulièrement présents en institution hospitalière ; désinstitutionnaliser progressivement l'enfantement apparaît ainsi être une solution structurante à cet égard. Le développement d'une offre de services sages-femmes dans toutes les régions du Québec et la possibilité pour les personnes de mettre au monde leur(s) enfant(s) au lieu de leur choix (domicile, maison de naissances ou hôpital) serait une façon d'opérationnaliser cette piste de solution et de leur permettre d'exercer leur autodétermination. Cet objectif était déjà visé par la Politique de périnatalité 2008-2018 du Gouvernement du Québec (2008), qui révélait que près du quart des femmes préféreraient ne pas accoucher en milieu hospitalier.

L'absence de soutien psychosocial en lien avec les expériences de violence obstétricale a été dénoncé par les participantes ; le considérer dans l'évaluation des soins et services entourant la grossesse et l'accouchement s'avèrerait judicieux. Les services généralement offerts au Québec touchent davantage les soins au nouveau-né (p. ex. : soutien à l'allaitement) et l'accompagnement psychosocial offert en CLSC concerne les périodes prénatales et postnatales, sans offrir de support pendant l'accouchement ou concernant spécifiquement cette expérience. Il y a donc un « trou de service » en ce qui a trait aux femmes vivant de la violence obstétricale, qui sont alors abandonnées par le système même au sein duquel elles ont vécu cette expérience, qui peut avoir des répercussions tout leur vie durant.

Le processus de plaintes et celui d'évaluation des soins et services entourant la grossesse et l'accouchement pourraient également être revus, afin d'être plus accessibles et mieux adaptés à la réalité postnatale. En plus des contraintes abordées par les participantes, dont le fait d'avoir à s'occuper d'un nouveau-né (p. 97-98), le faible taux de plaintes effectuées au collège des médecins et aboutissant au conseil de discipline (Mederi, 2019) laisse entrevoir que les rapports de pouvoir structurels et hégémoniques sont des obstacles importants à la défense des droits et à la protection des femmes qui enfantent.

5.2.3 Améliorer la formation des soignant·e·s ainsi que leurs conditions de travail

Concernant les relations entre les mères et les équipes soignantes, plusieurs des éléments se retrouvant dans les témoignages des femmes rencontrées pourraient probablement être prévenus par la formation des soignant·e·s en ce qui concerne particulièrement : les habiletés empathiques, la nécessité du consentement libre et éclairé des femmes, la prise en compte des antécédents d'agressions sexuelles des mères et la reconnaissance du caractère intime et sexuel de l'enfantement. Bref, il apparaît pertinent de laisser davantage de place au développement du savoir-être dans la formation du personnel soignant accompagnant les personnes en période périnatale, puisque c'est principalement en lien avec cet aspect que les mères vivent des insatisfactions, tant dans cette recherche que dans les autres études (Bowser et Hill, 2010). Suite à leur formation, les personnes offrant les soins périnataux devraient bénéficier de conditions de travail leur permettant d'exercer leur métier et de mettre en valeur tous leurs savoirs (savoir théorique, savoir-faire et savoir-être), sans subir la pression des institutions pour donner des soins selon une organisation managériale des services (Radio-Canada, 2019).

5.2.4 Humaniser l'enfantement : un changement de paradigme

La prévention et l'éradication de la violence obstétricale implique en outre un changement de mentalité général par rapport à la capacité d'autodétermination des femmes en ce qui a trait à leur propre corps, incluant la période périnatale. Ce changement de paradigme nécessitera de l'ouverture ainsi que de l'écoute de la part de tous les acteurs concernés et, surtout, la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes qui portent et mettent au monde un ou des enfants. La mise en valeur de leur parole apparaît donc nécessaire et les organismes communautaires, les regroupements, les organisations gouvernementales et les médias d'information ont chacun un rôle à jouer dans la reconnaissance de cette réalité vécue par trop de femmes.

5.2.5 Résumé des pistes de solutions proposées

Le tableau se trouvant à la page suivante (Tableau 5), résume les pistes de solutions évoquées plus haut.

Tableau 5 : Résumé des pistes de solutions proposées pour la prévention et l'éradication de la violence obstétricale

<p>Que le gouvernement du Canada procède rapidement à une enquête nationale sur la violence obstétricale, afin d'en évaluer la prévalence.</p>	
<p>Que les instances féministes provinciales produisent un rapport officiel visant à faire état de la situation au Québec, avec une perspective féministe intersectionnelle.</p>	
<p>Que les milieux de la santé publique, incluant la Direction de la santé publique, s'intéressent à la violence obstétricale.</p>	<p>⇒ Documenter la violence obstétricale et mettre en place des initiatives permettant de la prévenir et de l'éradiquer en mettant en valeur les disciplines du social, de la santé, du droit et de l'organisation des soins et services.</p>
<p>Que le Gouvernement du Québec élabore et mette en place un plan d'action gouvernemental faisant suite à la Politique de périnatalité 2008-2018, avec la participation des différents acteurs concernés, incluant les personnes qui enfantent.</p>	<p>⇒ Déployer des services sages-femmes dans toutes les régions du Québec afin que les personnes puissent mettre au monde leur enfant au lieu de leur choix, avec l'accompagnement de leur choix.</p> <p>⇒ Développer une offre de services psychosociaux adaptés pour les femmes ayant vécu de la violence obstétricale.</p> <p>⇒ Revoir le processus de plaintes et celui d'évaluation des soins et services entourant la grossesse et l'accouchement.</p>
<p>Que les établissements d'enseignement offrent aux futur·e·s soignant·e·s une formation adaptée aux besoins des personnes qui enfantent et que leurs conditions de travail par la suite soient décentes.</p>	<p>⇒ Améliorer la formation des soignant·e·s afin de leur permette de développer des habiletés empathiques, de reconnaître la nécessité du consentement libre et éclairé des femmes, d'apprendre à tenir compte des antécédents d'agressions sexuelles des mères et de reconnaître le caractère intime et sexuel de l'enfantement.</p> <p>⇒ Améliorer les conditions et le climat de travail des soignant·e·s pour leur permettre d'exercer leur métier sans être contraints par une organisation managériale des soins et des services.</p>
<p>Que les organismes communautaires, les regroupements, les organisations gouvernementales et les médias d'information mette en valeur la parole des femmes ayant vécu de la violence obstétricale, afin que leur expérience soit mieux reconnue.</p>	

Conclusion

Afin de comprendre ce qui caractérise l'expérience de femmes ayant vécu de la violence obstétricale au Québec, une problématique de recherche a d'abord été amenée, en référant aux principaux écrits trouvés grâce à une recension effectuée auprès de différentes sources issues des milieux académiques et non-académiques. Le cadre théorique et la posture épistémologique féministe intersectionnelle ont été expliqués, puis une réflexion sur la violence faite aux femmes comme enjeu féministe a été proposée. La nature de la recherche, l'approche privilégiée, les méthodes de collecte de données, les considérations éthiques et l'analyse de contenu ont ensuite été élaborés.

Issus d'une analyse de contenu thématique, les résultats de l'étude ont d'abord été présentés et mis en relation avec certains écrits, puis ils ont été analysés à l'aide d'un cadre intersectionnel incluant les domaines de pouvoir proposés par Collins (2016), ainsi que les formations sociales (Bilge, 2009) ayant été soulignées par les participantes. Cette approche analytique hybride a permis de répondre aux sous-objectifs de la recherche. Une catégorisation des thèmes soulevés durant les entretiens a en effet mené à une meilleure compréhension des expériences telles que vécues par les participantes et à identifier différentes manifestations de violence obstétricale. La déshumanisation et la violence psychologique, la violence physique et sexuelle, les relations avec le personnel soignant, la surmédicalisation de l'enfantement et les contraintes organisationnelles, le non-respect des droits et les répercussions de l'expérience difficile ou négative ont notamment été relevés comme thèmes récurrents dans les récits des femmes. Les mères ont également abordé des stratégies d'agentivité et des facteurs de protection, ainsi que certaines expériences positives qu'elles avaient vécues. Ensuite, l'analyse de ces résultats avec une lunette intersectionnelle par la prise en compte des domaines de pouvoir structurel, disciplinaire, hégémonique, interpersonnel et expérientiel a mis en lumière certains des rapports de pouvoir prenant place dans les expériences d'enfantement.

La prise en compte des différents axes de différenciation sociale abordés durant les entretiens a quant à elle permis de constater que la violence obstétricale n'est pas vécue de la même façon

par toutes les femmes. Des participantes se sont retrouvées à l'intersection de plusieurs formes d'oppression, soit parce qu'elles avaient une orientation sexuelle ne répondant pas à l'hétéronormativité, soit parce qu'elles venaient d'une autre culture et/ou ne parlaient pas le français lors de la naissance racontée. Les femmes rencontrées ont cependant toutes en commun d'avoir vécu une oppression liée à leur sexe (sexisme) dans le cadre des soins obstétricaux.

Les résultats de cette recherche et leur analyse suggèrent qu'il serait pertinent de poursuivre les recherches sur la violence obstétricale au Québec, particulièrement auprès de personnes étant susceptibles de vivre des oppressions imbriquées liées non seulement au sexe, mais aussi au genre, à l'orientation sexuelle, à la nationalité ou à l'appartenance socioculturelle, à la langue parlée, aux limitations fonctionnelles, à l'âge et à la classe sociale. Les personnes autochtones, les femmes migrantes à statut précaire et les mères incarcérées devrait être priorisées dans les recherches futures, puisqu'elles paraissent plus à risque d'être affectées par le domaine de pouvoir structurel, qui relève notamment des politiques gouvernementales et des cadres légaux.

La prévalence de la violence obstétricale et ses manifestations au Québec et au Canada devraient quant à elles être évaluées par différents moyens et cette forme de violence envers les femmes mériterait d'être abordée avec une approche de santé publique, dans l'objectif de la prévenir et de l'éradiquer. Une piste de solutions serait que le Gouvernement du Québec donne suite à la Politique de périnatalité 2008-2018 par un plan d'action incluant le déploiement de services sages-femmes dans toutes les régions du Québec, le développement de services psychosociaux s'adressant aux personnes ayant vécu de la violence obstétricale et la révision des processus de plaintes et d'évaluation des soins et services périnataux. La formation et les conditions de travail des soignant·e·s pourraient également être améliorées, afin de leur permettre d'exercer leur métier sans porter atteinte aux droits, à la dignité et à l'autodétermination des personnes qui enfantent.

Comme la violence obstétricale prend place dans différentes sphères de pouvoir sur les plans microsocial et macrosocial, il sera nécessaire que tous les acteurs sociaux concernés reconnaissent cette réalité et s'y attarde. Étant donné qu'il s'agit d'une forme de violence se

produisant *sur* et *dans* le corps des femmes, il faudra d'abord effectuer un changement de paradigme en ce qui concerne la capacité d'autodétermination des femmes en ce qui concerne leur propre corps... jusque dans l'enfantement.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-enquete/issues-reflexion-fra.php>
- Agence France-Presse.(2018,17 avril). *Expériences sur des esclaves : une statue déboulonnée à New York*. La Presse. <https://www.lapresse.ca/sciences/medecine/201804/17/01-5161439-experiences-sur-des-esclaves-une-statue-deboulonnee-a-new-york.php>
- AJ+ français.(2018). Les violences gynécologiques, c'est quoi ? [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.facebook.com/ajplusfrancais/videos/les-violences-gynecologiques-cest-quoi-/351182555667532/>
- Alliance du Ruban blanc.(2010). *Le respect dans les soins de maternité : Les droits universels des femmes lors de la période périnatale*. Repéré à <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/RespectfulCareCharterFrench.pdf>
- Anthias, F. (2014). Une théorisation intersectionnelle du genre, de l'ethnicité, de la migration et de la classe en fonction de la violence faite aux femmes. Dans M. Rinfret-Raynor, É. Lesieux, M-M. Cousineau, S. Gauthier et E. Harper (dir.), *Violences envers les femmes : Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation* (p. 55-75). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Association canadienne des sages-femmes.(2018). *Sages-femmes au Canada*. Repéré à <https://canadianmidwives.org/fr/sages-femmes-au-canada/?fbclid=IwAR2kz0jU2kC8IICPS7u34Pi5fSx7UIoFOM5-pdbRLkRbjzVcSDcL8Z34Foc#1464901197108-4f9150de-e401>
- Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.(2017). *Le travail social, qu'est-ce que c'est ?* Repéré à <http://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-quest-ce-que-cest>
- Association des parents-étudiants de l'Université Laval-APÉtUL.(2017). *Mémoire sur les parents-étudiants : Ensemble pour la conciliation famille-études-travail*. Québec, Québec : Bélanger, A-P., Landry, M-P., Ndiaye, N D., Caouette, I. Repéré à <http://www.apetul.asso.ulaval.ca/documents.php>
- Association pour la santé publique du Québec.(2011). *Droits des femmes. Grossesse et accouchement*. Repéré à <http://www.aspq.org/uploads/pdf/4eebc102213a9droits-des-femmes.pdf>
- Baril, A. (2007). De la construction du genre à la construction du « sexe » : les thèses féministes postmodernes dans l'œuvre de Judith Butler. *Recherches féministes*, 20(2), 61-90.
- Basil, S. Lévesque,C., Brodeur-Girard, S., Gabriel, W., Gabriel, E., Michel, V., et Siouï, M. (2019,18 février). *Silence de Québec sur la stérilisation forcée des femmes autochtones*. Radio-Canada. Repéré à https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1153624/silence-quebec-sterilisation-forcee-femmes-autochtones-lettre-ouverte?fbclid=IwAR2zp88cufYZmYbhLOALsCW_Li86fFxBK2THd6h9Xj-dC8OYEsBtdg74uy8Q

- Beauchamp, V., Leroux, R. et Bassaïh, N.(2018). Maternité et médecine : silence on accouche! (dossier). *À Babord ! Revue sociale et politique*, (72), 36-54.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, (1), 70-88.
- Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches féministes*, 28(2), 9-32.
- Blais, M., Fortin-Pellerin, L., Lampron, È. M., et Pagé, G. (2007). Pour éviter de se noyer dans la (troisième) vague: réflexions sur l'histoire et l'actualité du féminisme radical. *Recherches féministes*, 20(2), 141-162. DOI:10.7202/017609ar
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bowser, D. et Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.*
Repéré à
http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- Breines, W. (2006). Que vient faire l'amour là-dedans ? Femmes blanches, femmes noires et féminismes des années-mouvement. *Cahiers du Genre*, hs 1(3), 17-56. DOI : <https://doi.org/10.3917/cdge.hs01.0017>
- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre – Le féminisme et la subversion de l'identité* (traduit par C. Kraus). Paris, France : La Découverte.
- Cadorette, M. (2006). *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois* (thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada).
- Carbado, D. W., Crenshaw, K. W., Mays, V.M. et Tomlinson, B. (2013). Intersectionality: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois Institute for African American Research*. DOI : 10.1017/S1742058X13000349
- Cardi, C. (2014). Les quartiers mères-enfants : l'« autre côté » du dedans. *Champ pénal*, vol 11. DOI : 10.4000/champpenal.8762
- Charron H. et Auclair I. (2016). Démarches méthodologiques et perspectives féministes. *Recherches féministes*, 29(1), 1-8. DOI : 10.7202/1036666ar
- Clair, I. (2016). Faire du terrain en féministe. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3(213), p. 66-83, DOI : 10.3917/arss.213.0066
- Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde (2015). *L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec : Mythe ou réalité ?* Repéré à <https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2018/02/compressed-5da835d8fd4b89551a8a2267220b52dd.pdf>
- Cohen, Y. et Villeneuve, H. (2013). La Fédération nationale Saint-Jean Baptiste, le droit de vote et l'avancement du statut civique et politique des femmes au Québec. *Histoire sociale*, 46(91), 121-144. Repéré à <https://muse-jhu-edu.acces.bibl.ulaval.ca/article/512042>

- Collectif Les Accompagnantes, groupe de travail (2005). Mettre un enfant au monde : des femmes se racontent et souhaitent être entendues. *Les Cahiers de recherche du GREMF*, 91, 108 p. Repéré à : http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/clair_bon/fichiers/cahier91.pdf
- Collins Hill, P. (2015). Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41, 1-20. DOI : 10.1146/annurev-soc-073014-112142
- Collins-Hill, P. (2016). *La pensée féministe noire- Savoir, conscience et politique de l'empowerment* (traduit par D. Lamoureux). Montréal, Canada : Les éditions du remue-ménage.
- Corbeil, C. et Marchand, I. (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle: défis et enjeux. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57.
- Cree Women of Eeyou Istchee Association et Regroupement Naissance-Renaissance (2018). *Statement on Ashtembaagaawao Experienced by Women During Birth*. Repéré à https://cweia.ca/images/CERP_Birthing_issue_statement_Oct_2018_Final1.pdf?fbclid=IwAR0RJ62hHEpScXYsH-ZSas_QzPSQpuks44-mrau3tGVWIk3AWL6gRSbARNY
- Crenshaw, K. W., et Bonis, O. (2005). Cartographies des marges: intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du genre*, 2(39), 51-82, DOI:10.3917/cdge.039.0051
- De Koninck, M. (2015). Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin. *Recherches féministes*, 28(1), 79-96. DOI : 10.7202/1030995ar
- Descarries, F. (1998). Le projet féministe à l'aube du XXIe siècle : un projet de libération et de solidarité qui fait toujours sens. *Cahiers de recherche sociologique*, 30, 179-210. DOI : <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.7202/1002660ar>
- D'Gregorio, P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(3), 201-202. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002
- D'Oliveira, A F., Diniz, S G. et Schraiber, L B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681-1685. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Draucker, C B., Martslof, D S., Ross, R. et Rusk T B. (2007). Theoretical Sampling and Category Development in Grounded Theory, *Qualitative Health Research*, 17(8), 1137-1148. DOI : 10.1177/1049732307308450
- Elmir, R. (2010). Women's Perceptions and Experiences of a Traumatic Birth : A Meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153.
- Fédération des femmes du Québec (2007). *Synthèse des réflexions sur la question des accommodements raisonnables et les différences* : mémoire présenté à la Commission Bouchard-Taylor, Québec, Canada. Repéré à : <http://sisyphe.org/spip.php?article2779>

- Fédération québécoise pour le planning des naissances. (2014). *Le point du mari*. Repéré à www.fqpn.qc.ca/?bookmarks=le-point-du-mari
- Flynn, C., Damant, D., Bernard, J., Lessard, G. (2016). Entre théorie de la paix et continuum de la violence. Réflexion autour du concept de violence structurelle. *Canadian Social Work Review*, 33(1), 45-64. DOI : 10.7202/1037089ar
- Ford, E. (2008). *The Role of Support and Control During Birth in the Development of Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth* (thèse de doctorat, University of Sussex, Brighton, Royaume-Uni). Repéré à <https://search-proquest-com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/301740994/594D7B2D254246DBPQ/2?accountid=12008>
- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois. La gouvernance démocratique à l'Épreuve des enjeux du managérialisme. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 35-50. DOI : <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.7202/044218ar>
- Freeze, R A S. (2008). *Born free: unassisted childbirth In North America* (thèse de doctorat, Université D'Iowa, Iowa, États-Unis). Repéré à <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1387&context=etd>
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Goudreault, D. (2016). Notre accouchement. Dans *Testament de naissance*. (p. 26-32). Trois-Rivières, Canada: Écrits des Forges.
- Hamelin-Brabant, L., De Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*, 1(27), 27-37. DOI : 10.3917/spub.151.0027
- Harper, É. (2012). Regards sur l'intersectionnalité. CRI-VIFF, *Collection Études et Analyses*, numéro 44, 1-26.
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République Française (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Paris, France : Bousquet D., Couraud, G. et Collet M.
- Institut canadien d'information sur la santé (2018). *Hausse des taux de césariennes et baisse des taux de naissances*. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/hausse-des-taux-de-cesariennes-et-baisse-des-taux-de-naissances>
- Institut national de santé publique (2019). *Cadre légal*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/loi/cadre-legal>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2015). Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128, 95-99. DOI : <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>

- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris, France : Le Monde – Presses universitaires de France.
- Kujawski, S., Mbakuru, G., Freedman, L P., Ramsey, K., Moyo, W., Kruk, M E. (2015). Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania. *Matern Child Health Journal*, 19, 2243-2250. DOI : 10.1007/s10995-015-1743-9
- Labrecque, M. (2018). *Expériences négatives d'accouchement décrites par des femmes ayant accouché en milieux hospitaliers : les liens avec le concept de violence obstétricale* (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada).
- Lahalle, M. (2018,31 octobre). Dans les coulisses de l'accouchement : « On apprend aux femmes à devenir mère dans la violence ». Le Figaro. Repéré à : <http://madame.lefigaro.fr/societe/accouchement-maternites-maisons-de-naissance-le-livre-confessions-dune-sage-femme-catherine-coq-311018-151499?fbclid=IwAR0Nt8gnYsA6RUQ11zidd-bU9zaC1iWMVtPq4KnkaUjy1KlxvTxqa3u2vfM>
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement - Les femmes méritent mieux*. Paris, France : Michalon.
- Lamoureux, D. (2006). Y a-t-il une troisième vague féministe? *Cahiers du genre*, (3), 57-74. DOI:10.3917/cdge.hs01.0057.
- Lawford, K. (2011). *First Nations Women's Evacuation during Pregnancy from Rural and Remote Reserves*. (thesis submission, University of Ottawa, Ottawa, Canada). Repéré à <https://search-proquest-com.acces.bibl.ulaval.ca/pqdtglobal/docview/1366063959/B797FE9529F44567PQ/1?accountid=12008>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S. et Rousseau, C. (2016). *Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance*. Rapport de recherche non publié partagé en primeur par le RNR.
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S. et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238. DOI : <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.7202/1050662ar>
- Maillé, C. (2014). Approche intersectionnelle, théorie postcoloniale et questions de différence dans les féminismes anglo-saxons et francophones. *Politique et sociétés*, 33(1), 41-60. DOI : <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.7202/1025586ar>
- Mayer, R. et Ouellet, F. (2000). Chapitre 1 – L'évolution de la recherche sociale au Québec (1960-2000). Le cas du champ des services sociaux. Dans *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 9-37). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Mederi, S. (2019). *Rompres le silence contre les violences obstétricales*. Le Devoir. Repéré à <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/555066/sante-rompre-le-silence-contre-les-violences->

obstetricales?fbclid=IwAR191qyl7EM5img6imUHZWalP3zPMCJ5pHOHlbmThpKB9
AnLhr1LUAA6xI

- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 11(4), 221-228. DOI : 10.1080/02646839308403222
- Michelat, G. (1975). Sur l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16(2), 229-247.
- 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 and Obstetrics*, 131(1), S49-S52. DOI : 10.1016/j.ijgo.2015.02.005
- Ministère de la justice du Québec (2017). *Consentement aux soins médicaux*. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/perdre-son-autonomie/Pages/consentement-soins-medicaux.aspx>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Molina, R., Patel, S., Scott, J., Schantz-Dunn, J. et M. Nour, N. (2016). Striving for Respectful Maternity Care Everywhere. *Maternal and Child Health Journal*, 20(9), 1769-1773. DOI : 10.1007/s10995-016-2004-2
- Montazeau, O. (2010). L'industrialisation de la naissance. *Spirale*, 2(54), 91-111. Repéré à https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SPI_054_0091&fbclid=IwAR0aLKvwdj855m7RZvqpBxscIcxA40ON5DpREkGAVrYUQmSQbzWHwdC2Er4&contenu=article
- Moreau et Vinit (2007). Empreintes de corps : Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation, *Nouvelles pratiques sociales*, 192, 34-35. DOI : 10.7202/016049ar
- Négrié, L. et Cascales, B. (2016). *L'accouchement est politique. Éditions l'instant présent – fécondité, femmes en travail et institutions*. Breuillet, France: Éditions l'instant présent
- Office québécois de la langue française (2018). *Violence obstétricale* [fiche terminologique]. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26544720&fbclid=IwAR3EfjeU6BGwIDvhEFkMJxH2900xc58jgtE5Ugmhu64cRo_DXheU02yiuMg
- Ordre des sages-femmes du Québec – OSFQ (2017). *Historique*. Repéré à <http://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/historique/>
- Ordre des sages-femmes du Québec – OSFQ (2019). *Philosophie et normes de pratique*. Repéré à <http://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>
- Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2017). *Les valeurs de notre profession*. Repéré à <https://otstcfq.org/l-ordre>

- Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2018). *L'Ordre félicite toute l'équipe de la CAQ pour sa victoire éclatante et demande au gouvernement de mettre fin au démantèlement des services sociaux*. Repéré à <https://www1.otstcfq.org/communiques-et-prises-de-position/l-ordre-felicite-toute-l-equipe-de-la-caq-pour-sa-victoire-eclatante-et-demande-au-nouveau-gouvernement-de-mettre-fin-au-demantelement-des-services-sociaux/>
- O'reily, M. et Parker, N. (2012). « Unsatisfactory Saturation » : a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190-197. DOI : 10.1177/1468794112446106
- Organisation de coopération et de développement économiques (2017). *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE. Repéré à <https://doi.org/10.1787/19991320>
- Organisation des nations unies (1993). *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. Repéré à <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Organisation mondiale de la Santé (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf;jsessionid=239968DDEE372AB56C696DDEEA2CAA3A?sequence
- Organisation mondiale de la Santé (2014). La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins - déclaration de l'OMS. Repéré à http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/
- Organisation mondiale de la Santé (2018a). *Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés* (communiqué de presse). Repéré à : <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé (2017). *Thèmes de santé : Soins obstétricaux*. Repéré à <http://www.who.int/topics/midwifery/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Paillé, P. (2007). Chapitre 15 - La recherche qualitative, une méthodologie de la proximité. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux - Tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (p. 409-443). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative. *SociologieS*. Repéré à <http://journals.openedition.org.acces.bibl.ulaval.ca/sociologies/3557>
- Paternotte, J., Potin, J., Diguisto, C., Neveu, M-N., Perrontin, F. (2012). Accouchement sur le côté. Étude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal

- lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 40, 279-283. DOI : 10.1016/j.gyobfe.2011.07.039
- Pickles, C. (2017). "Obstetric violence and the law" : *British Academy Postdoctoral research fellow Camilla Pickles*. Centre for criminology. Repéré à <https://www.law.ox.ac.uk/centres-institutes/centre-criminology/blog/2017/01/obstetric-violence-and-law-british-academy>
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Montréal, Canada: Gaëtan Morin éditeur.
- Quééré, L. (2016). Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles questions féministes*, 1(35), 32-47. DOI: 10.3917/nqf.351.0032.
- Radio-Canada (2019, 7 janvier). Une autre infirmière démissionne et dénonce les conditions de travail. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1145472/noemie-gibson-infirmiere-quitte-systeme-sante-public-abitibi>
- Radio-Canada (2017, 14 septembre). Violences obstétricales : ces médecins qui décident pour les mères. [vidéo en ligne]. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/medium-large/segments/panel/38294/violences-obstetricales-simard-roy-fontaine-metellus>
- Regroupement Naissance-Renaissance (2015). *Quand naissance rime avec violence*. Repéré à <https://materniteetdignite.wordpress.com/quand-naissance-rime-avec-violence-lettre-ouverte-a-co-signer/>
- Regroupement Naissance-Renaissance (2018a). *Avis du Regroupement Naissance-Renaissance*. Repéré à http://trpocb.org/trpocb/wp-content/uploads/2018/11/RNR_Memoire_Rapporteur-special-ONU_novembre2018.pdf
- Regroupement Naissance-Renaissance (2018b). *Réalisations*. Repéré à <https://materniteetdignite.wordpress.com/realisations/>
- Rinfret-Raynor, M. et Lesieux, É. (2014). Introduction. Dans M. Rinfret-Raynor, É. Lesieux, M-M. Cousineau, S. Gauthier et E. Harper (dir.), *Violences envers les femmes : Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation* (p. 1-10). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Rivard, A. (2010). *L'enfantement dans un Québec moderne : générations, mémoires, histoire* (thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada). Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/?wicket:interface=:4:::>
- Roca i Escoda, M., Delage, P. et Chetcuti-Osorovitz, N. (2018). Quand la critique féministe renouvelle le droit. Présentation du dossier. *Droit et société*, 99,(2), 277-285. Repéré à <https://www-cairn-info.acces.bibl.ulaval.ca/revue-droit-et-societe-2018-2.htm-page-277.htm>.

- Rouillier, A-M. (2015). *Corps, douleur et risque dans le processus menant à privilégier l'accouchement physiologique et le suivi sage-femme*. (mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec, Canada). Accessible sur Corpus. Repéré à : <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25815>
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdun, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. et A Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse : adressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health matters*, 24(47), 47-55. DOI : 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Saint-Jacques, M.-C. et Mayer, R. (2000). Chapitre 5 – Les techniques de recherche. Dans *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 115-133). Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Secrétariat à la condition féminine (2007). *L'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales et dans celles des instances locales et régionales*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/ADS/ADS_Guide-2007.pdf
- Séguin, L., Pimont, M., Rinfret-Raynor, M et Cantin, S. (2000). Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits, *Santé mentale au Québec*, 25(1), 288-312. DOI : <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.7202/013035ar>
- Séguin, S., Pino, N, et Fontaine L. (2017). *Quand la culture du viol s'immisce dans la salle d'accouchement*. Huffington post. Repéré à http://quebec.huffingtonpost.ca/sophie-seguin/culture-viol-accouchement_b_16627702.html?1494878096
- Smith L. T. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. Dunedin et Londres, Royaume-Unis : Zed Books et University of Otago Press.
- Société des obstétriciens gynécologues du Canada – SOGC (2004). *Directive clinique sur l'accouchement vaginal opératoire*. Canada : SOGC.
- Söderquist, J., Wijma, K. et Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23(1), 31-39. DOI : 10.3109/01674820209093413
- Sosa Sanchez, A. I. (2013). *Les significations du corps, de la sexualité et de la reproduction dans le cadre de la médicalisation : une analyse intersectionnelle dans l'état de Morelos, Mexique*. (thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada). Accessible sur Corpus. Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/23973>
- Statistique Canada, Centre Canadien de la statistique juridique (2013). *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-fra.pdf>
- Statistique Canada (2017). *Naissances, estimations, par province et territoire*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/demo04a-fra.htm>
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* (thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada). Accessible par Thèses Canada. Repéré à

<http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/QMUQ/TC-QMUQ-6134.pdf>

- St-Yves, A. (2018). *Un gynécologue commente le sexe de sa patiente enceinte*. TVA nouvelles. Repéré à https://www.tvanouvelles.ca/2018/11/04/un-gynecologue-commente-le-sexe-de-sa-patiente-1?fbclid=IwAR1SDx9BBH2GgqOTZVv06FIS2oayCsf4MhUSXSNtjAI0IVx0MgEWKsMu7_I
- Thomas, David R. (2006). A general Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27, p.237-246, DOI : 10.1177/1098214005283748
- Turcotte, D. (2000). Chapitre 2 – Le processus de la recherche sociale. Dans *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 39-68). Montréal, Canada: Gaëtan Morin Éditeur.
- Vacaflor, C. H. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal health care in Argentina. *Reproductive Health matters*, 24(47), 65-73. DOI : 10.1016/j.rhm.2016.05.001.
- Vadeboncoeur, H. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?* (thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Canada). Accessible par Open Access Theses and Dissertations. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14380/Vadeboncoeur_Helene_2004_these.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vidal, G. (2004). Négation de l'autre et violence institutionnelle. *L'esprit du temps, Champ psychosomatique*, 1(33), 105-116. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2004-1-page-105.htm>
- Voynett Fourboul, C. (2012). Ce que “analyse de données qualitatives” veut dire. *Revue internationale de psychosociologie*, 44(XVIII), 71-88. DOI : 10.3917/rips.044.0071
- Yedigis, B. L., Weinbach, R. W. (2006). *Research Methods for Social Workers*. Needham Heights (MA) : Allyn and Bacon.

Annexe I : Le respect dans les soins de maternité

Explorons les droits de la femme enceinte :

LE RESPECT DANS LES SOINS DE MATERNITÉ: LES **DROITS UNIVERSELS** DES FEMMES LORS DE LA PÉRIODE PÉRINATALE¹



Lutter contre le manque de respect et les mauvais traitements:
les sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance

Catégories de manque de respect et de mauvais traitements	Droit correspondant
1. Violence physique	Le droit de conserver son intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements
2. Soins administrés sans consentement	Le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis, doula)
3. Non-confidentialité des soins	Confidentialité, vie privée et intimité
4. Soins ne respectant pas la dignité (la violence verbale comprise)	Dignité, respect
5. Discrimination fondée sur des attributs spécifiques	Égalité, absence de discrimination, soins équitables
6. Abandon, refus de soins (par le personnel)	Le droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible
7. Détention dans les centres	Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit

¹ La Charte s'inspire largement du cadre de la Charte sur les droits sexuels et reproducteurs de l'International Planned Parenthood Federation, 1996.

Pour plus d'information, consultez le site: www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare

White Ribbon Alliance
One Thomas Circle NW, Suite 200
Washington, DC 20005



Joignez-vous à nous: Renseignez-vous,
parlez-en, connaissez vos droits



Annexe II : Affichette de recrutement



Participant^{es} recherch^{ées}

**Expérience difficile ou négative des soins reçus
durant un accouchement ?**

Critères de participation :

- Avoir vécu une expérience difficile ou négative des soins reçus durant un accouchement
- L'accouchement doit avoir eu lieu dans un hôpital, au Québec, dans les dix dernières années
- Avoir au moins 18 ans

Votre participation à ce projet de recherche implique de **participer à une rencontre d'environ 90 minutes** qui se tiendra en français avec la chercheuse, à l'emplacement de votre choix. Votre participation est confidentielle et votre nom ne figurera dans aucun écrit.

L'objectif de la recherche est de connaître et comprendre votre expérience difficile ou négative des soins reçus durant un accouchement.

Intéressée à participer ?
Communiquez avec Marie-Pier Landry par courriel :
marie-pier.landry.1@ulaval.ca

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval :
No d'approbation 2018-074 / 08-06-2018

Annexe III : Entretien téléphonique (script)

Entrevue téléphonique en vue de la sélection des participantes

Les participantes ont d'abord joint l'étudiante-chercheuse par messagerie électronique (courriel *ulaval*). L'étudiante-chercheuse les a ensuite contactées par téléphone et pour aborder les thèmes suivants :

Présentation

Bonjour, mon nom est Marie-Pier Landry et j'étudie à la maîtrise en sciences sociales à l'Université Laval. Vous m'avez jointe par courriel pour manifester votre intérêt à participer à notre recherche sur les expériences difficiles ou négatives des soins reçus lors d'un accouchement en milieu hospitalier au Québec. Le nombre de participantes est limité alors j'aimerais vous poser quelques questions afin de mieux connaître votre profil et ainsi assurer une sélection variée de répondantes.

Objectifs de recherche

Laissez-moi tout d'abord vous présenter les objectifs de la recherche. La recherche vise à comprendre les expériences négatives ou difficiles des soins obstétricaux reçus lors d'un accouchement en milieu hospitalier, au Québec. Nous souhaitons particulièrement comprendre comment vous avez vécu cette expérience (perception des événements, vécu émotif, répercussions dans votre vie, etc.). Votre partage sera mis en relation avec les écrits existants et avec les témoignages d'autres femmes ayant vécu une expérience difficile ou négative des soins reçus lors d'un accouchement au Québec.

Consentement verbal

Me permettez-vous de vous poser quelques questions afin de vérifier votre admissibilité au projet de recherche et de mieux connaître votre profil ? Notez que vous pouvez en tout temps refuser de répondre à une question.

Questions visant à vérifier l'admissibilité de la participante :

- Très brièvement, en quoi votre expérience des soins reçus lors d'un accouchement au Québec a-t-elle été difficile ou négative ? (*Note : si la personne a vécu une expérience difficile ou négative d'accouchement difficile en lien avec des complications de nature médicale seulement – exemple : césarienne d'urgence – et que cette expérience n'est pas mise en relation avec les soins reçus, l'interlocutrice sera chaleureusement remerciée et la conversation se terminera ici.*)
- En quelle année a eu lieu l'accouchement sur lequel vous souhaiteriez échanger dans le cadre de cette recherche ?
- Où cet accouchement a-t-il eu lieu ?
- Quel âge avez-vous ?
- Faites-vous partie d'un groupe minoritaire ? Si oui, lequel ?

Annexe IV : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Présentation de la chercheuse

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en travail social (avec mémoire) de Marie-Pier Landry, dirigé par Katharine Larose-Hébert, de l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but d'étudier les expériences difficiles ou négatives des soins reçus lors d'un accouchement ayant eu lieu en milieu hospitalier, au Québec, dans les 10 dernières années.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue individuelle, d'une durée d'environ une heure trente, qui portera sur les éléments suivants:

- Informations sociodémographiques ;
- Expérience difficile ou négative des soins reçus lors d'un accouchement ;
 - Vécu face à cette expérience ;
 - Répercussions de cette expérience (durant l'accouchement et en postnatal).

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre expérience d'accouchement en milieu hospitalier. Votre participation vous permettra aussi d'obtenir de l'information sur certaines ressources pouvant vous être utile en lien avec votre expérience d'accouchement.

Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue. Celle-ci pourra vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de

mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse, dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participantes:

- les noms des participantes ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seules la chercheuse et sa directrice auront accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participantes ne seront jamais communiqués;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé et les données électroniques seront conservées sur ordinateurs protégés par un mot de passe. Ils seront détruits 1 an après la fin de la recherche, soit en avril 2020;
- les données codées de manière irréversible ou anonymisées seront conservées dans une base de donnée ;
- la recherche pourra faire l'objet de publications dans des revues scientifiques ou servir à concevoir du matériel de sensibilisation (dépliant, brochure, affiche ou présentation orale avec support visuel de type « power point ») pour des organismes et/ou des institutions s'adressant aux femmes et/ou aux professionnels de la santé et aucune participante ne pourra y être identifiée ;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse courriel où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement ;

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Consentement à la recherche

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée « *Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois : une analyse féministe intersectionnelle* ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Consentement à l'utilisation du témoignage pour le développement de matériel de sensibilisation

Je soussigné(e) _____ consens librement à ce que mon témoignage serve, de façon anonyme et confidentielle, à développer du matériel de sensibilisation (dépliant, brochure, affiche ou présentation orale avec support visuel de type « power point ») pour des organismes et/ou des institutions s'adressant aux femmes et/ou aux professionnels de la santé.

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. **Les résultats ne seront pas disponibles avant le 1^{er} mai 2019. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer la chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.**

L'adresse (postale ou électronique) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur ou de la chercheuse

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Marie-Pier Landry, au numéro de téléphone suivant : (***) ***-****, ou à l'adresse courriel suivante : *****.

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081

Ligne sans frais : 1-866-323-2271

Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie de la participante

Annexe IV :

Débriefing suite à l'entretien (script)

Merci beaucoup pour votre partage sur cette expérience difficile des soins reçus lors d'un accouchement en milieu hospitalier au Québec.

Votre expérience sera mise en relation avec celle des autres participantes recrutées et aussi avec la littérature existant à ce sujet.

En lien avec les expériences difficiles ou négatives des soins reçus lors d'un accouchement en milieu hospitalier, certains pays comme le Venezuela et l'Argentine ont mis en place un cadre légal visant à faire face à une forme de violence envers les femmes dans les soins obstétricaux, qu'ils ont appelé « violence obstétricale ». De nombreux pays à travers le monde étudient ce sujet. Il s'agit d'une forme de violence souvent non intentionnelle et exercée par les professionnel·le·s de la santé envers des femmes lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. On parle de violence obstétricale, par exemple, lorsque des professionnels de la santé manquent de respect envers une patiente qui accouche ou encore lorsque son consentement n'est pas demandé avant de procéder à certaines procédures ou tests médicaux, comme les touchers vaginaux. Le document qui suit (Annexe 1 : « Explorons les droits de la femme enceinte », de l'Alliance du Ruban blanc) présente quelques catégories de violence obstétricale et les droits qui y sont reliés.

Définir et comprendre la violence obstétricale vise à contribuer à l'humanisation des naissances au Québec et dans le monde. Pour notre recherche, les témoignages recueillis, dont le vôtre, seront mis en relation avec ce concept, de façon anonyme et confidentielle.

Nous n'avons pas expliqué que les témoignages seraient mis en relation avec le concept de violence obstétricale afin de ne pas orienter le discours des participantes et de laisser la plus grande liberté possible dans leurs témoignages.

À la lumière de ces informations, consentez-vous toujours à participer au projet de recherche ?