

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE CONSENTEMENT DANS LA FORMATION MÉDICALE EN GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE ET LA REPRODUCTION SOCIALE DES VIOLENCES
OBSTÉTRICALES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
MATHILDE GRENIER

JUILLET 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Merci à nos pionnières : Hélène Vadeboncoeur, qui a pavé la voie, les inspirantes Lorraine Fontaine et Nicole Pino du RNR, Andrée Rivard et la grande Stéphanie St-Amant, partie trop tôt. Merci à Mariane, la première de notre « cohorte » d'étudiantes travaillant sur les violences obstétricales à terminer son mémoire, un petit vent de lumière au bout du tunnel de la rédaction sur un sujet encore nouveau dans le monde de la recherche. Merci aussi à tous.tes les militant.e.s pour le respect des droits en périnatalité et à tous.tes les féministes qui croient que la grossesse et l'accouchement sont un pan important du combat.

Merci aux magnifiques Naïma, Catherine, Néréa et Chloé de m'avoir initiée, de près ou de loin, au merveilleux monde de la naissance. Merci à ma famille - mes trois racines, merci à mes vieilles et immuables amitiés : Manue, Zoé, Julien et Karina (et Léon et Blanche), puis même de très loin, Anaïs et Catherine, et merci à ma rivière qui m'ont donné le souffle et le soutien dans la vie parallèle à la maîtrise. Merci à ceux et celles qui ont affronté l'aridité d'un texte académique et qui m'ont relue avec patience.

Merci à ma directrice Élisabeth Abergel pour la confiance, l'appui, les agréables discussions et simplement pour avoir trouvé mon sujet intéressant et pertinent, sans jamais questionner le choix de parler de violences obstétricales en ces termes.

Merci, surtout, à toutes les sorcières de ce monde, qui continuent d'exister.

À ma grand-mère
et à ma mère,
ma lignée de femmes fortes

et à toutes celles
qui nous ont portées.

*Je n'ai pas la démarche féline
J'ai le dos des femmes ancêtres
Les jambes arquées
De celles qui ont porté
De celles qui accouchent
En marchant*

Joséphine Bacon

AVANT-PROPOS

Le choix de ce sujet de recherche découle d'un intérêt pour le concept de médicalisation, pour le rapport moderne au corps et pour la santé en général, combiné au besoin intime de contribuer à une lutte féministe et à un changement social. Des discussions d'il y a longtemps avec des amies étudiantes sages-femmes ou doulas¹ sont à la genèse de ma volonté de parler de la médicalisation de l'accouchement. Une conférence présentée à l'Université féministe d'été de l'Université Laval abordant les violences obstétricales et une rencontre avec la fascinante Stéphanie St-Amant sont ensuite venues sceller l'évidence de devoir traiter de ce sujet tellement important à explorer, mais qui ne l'est encore que très peu.

L'analyse et la définition des violences obstétricales représentent effectivement un défi, car bien qu'elles existent depuis l'invention de l'obstétrique et l'arrivée massive des accouchements à l'hôpital, leur existence conceptuelle est assez récente. Au Québec, elles ne sont pas encore reconnues par les autorités gouvernementales ni médicales, comme c'est le cas dans certains pays d'Amérique latine (Diaz-Tello, 2016 ; Herrera Vacaflore, 2016 ; D'Gregorio, 2010) et en France (République Française, 2018). Le sujet reste d'ailleurs plutôt tabou dans les milieux institutionnels de la santé. Les discours en faveur de l'accouchement médicalisé se confrontent en effet à ceux des

¹Les doulas, ou accompagnantes à la naissance, sont des professionnel.le.s qui apportent de l'information et un soutien physique et émotionnel aux personnes concernées avant, pendant et après l'accouchement (DONA International). Leur formation ne leur offre toutefois aucune expertise médicale.

groupes militants pour une humanisation de la naissance et pour l'accouchement respecté, appuyés par une gronde croissante de personnes ayant vécu des violences obstétricales qui l'expriment de plus en plus dans les médias, sur des forums, des blogs et les réseaux sociaux². Le phénomène des violences obstétricales étant assez récent dans l'histoire humaine et leur critique étant encore plus récente, le champ de la recherche lui est grand ouvert et ce mémoire a pris forme dans un moment historique où le terme, le concept de violence obstétricale commence enfin à prendre ses assises dans l'espace public.

Bien que la recherche n'étudie pas les différents systèmes d'oppression lors de l'accouchement, il est important de mentionner que les personnes racisées et les Premières Nations, les personnes de la communauté LGBTQ2+³, les personnes en situation d'handicap, les personnes incarcérées, les personnes en situation de pauvreté, les très jeunes mères et parents et toutes les personnes marginalisées vivent trop souvent multiples couches de violences pendant ces événements humains importants que sont la grossesse et l'accouchement. Je parlerai des violences obstétricales comme une oppression basée sur le genre, puisqu'elles concernent les femmes en tant que classe sociale (Delphy, 1997/2013 ; Federici, 2004/2014) et ont été construites au sein de notre système binaire cisnormatif⁴ dans lequel les personnes ayant un utérus sont identifiées au genre féminin et ont été (et sont encore) les principales concernées par la grossesse et l'accouchement. Toutefois, le contexte actuel de luttes sociales pour la déconstruction du genre fondé sur la biologie et le féminisme intersectionnel (Crenshaw, 1991) qui sous-tend cette recherche nécessitent de reconnaître

²Par exemple : le groupe Facebook Stop à l'impunité des violences obstétricales, le mot-clic #PayeTonUtérus sur Twitter, les pages Facebook Paye ton gynéco et STOP violences obstétricales, le tumblr Violence obstétricale, le blog Marie accouche là, etc. Voir aussi la revue de presse de l'anthropologue Mounia El Kotni illustrant la déferlante médiatique en France sur les violences obstétricales à l'été 2017 (El Kotni, 2017).

³ Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres/transsexuelles/trans, queer, bispituelles et toutes autres formes d'identités de genre et d'orientations sexuelles minoritaires.

⁴ Système social dans lequel il est considéré que la norme est d'être cisgenre.

l'invisibilisation que subissent en périnatalité les personnes qui ne sont pas cisgenres⁵, même par certains groupes féministes et militants pour l'accouchement respecté. C'est la raison pour laquelle seront utilisés les termes « personnes enceintes » et « personnes parturientes ».⁶

⁵ Personnes s'identifiant au genre qui leur a été assigné à la naissance.

⁶ Les termes utilisés par les chercheur.se.s dans les extraits utilisés ne seront pas modifiés pour des raisons de propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	7
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE	18
2.1 Consentement.....	18
2.2 Violence de genre	26
2.3 Violence institutionnelle	31
2.4 Médicalisation.....	36
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE.....	45
3.1 Questions et hypothèses.....	45
3.2 Méthodologie et technique d'analyse	47
3.3 Portrait de l'échantillon.....	53

CHAPITRE IV	
RÉSULTATS ET ANALYSE DES RÉSULTATS	55
4.1 Présentation et analyse des résultats	55
4.1.1 L'éthique médicale et le consentement en théorie et en pratique	55
4.2.2 L'industrialisation de l'accouchement	66
4.2.3 Hiérarchie.....	83
4.2.4 L'urgence, la peur et le risque.....	92
CHAPITRE V	
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	103
5.1 Processus réflexif, pluridisciplinarité et intersectionnalité	104
5.1.1 Favoriser le processus réflexif dans l'apprentissage clinique.....	104
5.1.2 Pluridisciplinarité et intersectionnalité dans la formation théorique	108
5.2 L'organisation du travail et des soins	112
5.2.1 L'impact des contraintes organisationnelles sur la pédagogie.....	113
5.2.2 L'impact des contraintes organisationnelles sur le consentement éclairé	115
CONCLUSION.....	120
ANNEXE A	
SCHÉMA D'ENTRETIEN.....	127
ANNEXE B	
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	130
APPENDICE A	
AFFICHE DE RECRUTEMENT	135
APPENDICE B	
MESSAGE DE RECRUTEMENT	136
BIBLIOGRAPHIE.....	137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Portrait de l'échantillon.....	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CMQ	Collège des médecins du Québec
Code civil	Code civil du Québec
Code de déontologie	Code de déontologie des médecins du Québec
LGBTQ2+	Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres/transsexuelles/trans, queer, bispirituelles et toutes autres formes d'identités de genre et d'orientations sexuelles minoritaires. ⁷
OBGYN	Obstétrique-gynécologie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
Université de Montréal	UdeM
Université Laval	ULaval
Université Sherbrooke	UdeS
Université McGill	McGill
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
VO	Violence(s) obstétricale(s)

⁷ Les acronymes utilisés pour parler des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre ne font pas l'unanimité. Certains organismes vont privilégier la forme courte (LGBT) et d'autres vont utiliser des acronymes pouvant inclure jusqu'à onze caractères (LGBTQQIP2SAA) pour représenter toutes les formes d'identités de genre et d'orientations sexuelles connues.

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour objectif de favoriser une discussion sociétale sur les violences obstétricales et plus particulièrement d'encourager le dialogue sur le sujet entre le milieu médical et la population concernée. Elle questionne plus particulièrement le rôle de la formation en médecine dans la reproduction sociale des violences obstétricales. Le consentement aux soins étant un élément clé de l'éthique biomédicale et un facteur majeur dans le vécu des violences obstétricales, c'est la façon dont est transmis le savoir sur cette notion qui sera plus particulièrement étudiée. Comment dans la formation médicale au Québec, et plus particulièrement dans le domaine de l'obstétrique, est enseigné le consentement aux soins ? Est-ce que la façon dont le savoir est transmis en médecine participe à une reproduction sociale des violences obstétricales ? La démarche employée pour tenter de répondre à ces questions est qualitative, puis l'approche d'analyse est inductive et féministe. Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées avec dix étudiant.e.s en médecine qui avaient, au moment de l'entrevue, minimalement terminé leur stage d'externat obligatoire en obstétrique-gynécologie. Le cadre théorique de ce mémoire se compose de quatre concepts, soit le consentement, la violence institutionnelle, la violence de genre et la médicalisation. L'analyse des entrevues a fait émerger quatre thèmes principaux : les lacunes dans la formation clinique sur le consentement, l'industrialisation de l'accouchement, l'importance de la hiérarchie en médecine et l'omniprésence de la peur et du risque en obstétrique. En conclusion, quelques recommandations viennent souligner la nécessité de mettre le processus réflexif pluridisciplinaire et intersectionnel au cœur de la formation en médecine, puis de repenser l'organisation des soins et du travail en milieu hospitalier pour permettre un enseignement clinique plus adéquat ainsi qu'un suivi prénatal assurant un plus grand respect du consentement aux soins libre et éclairé des personnes enceintes et parturientes.

Mots-clés : violences obstétricales – consentement – formation médicale – reproduction sociale – enseignement

ABSTRACT

The purpose of this research is to shed light on obstetric violence as a social issue and more specifically, to encourage a dialogue between people in the medical field and those affected by it. This study interrogates the role played by medical training in the social reproduction of obstetric violence. The notion of informed consent with regards to maternal medical care is a key element of biomedical ethics as well as a factor in the lives of women who have experienced obstetric violence. The aim of this study is to understand the ways in which informed consent serves to transmit knowledge around obstetric violence. How does medical training in the province of Quebec, specifically in the field of obstetrics, provide training on informed consent? Does medical training and the way knowledge is transmitted contribute to the social reproduction of obstetric violence? The study uses a qualitative methodology as well as a feminist analytical framework which is inductive. Semi-structured interviews were conducted with ten medical students who, at the time of the study, had minimally finished their required obstetrics and gynecology clerkship. Four key concepts underpin the theoretical framework: informed consent, institutional violence, gender violence and medicalization. In analyzing the interviews four major themes emerged: gaps during clinical training around the issue of informed consent, the industrialization of birth, the importance of hierarchy in medicine and the omnipresence of fear and risk in obstetrics. Few recommendations present in conclusion the need for multidisciplinary and intersectional reflection in the medical training and for more specialized clinical pedagogy for teaching doctors as well as better antenatal care in order to increase the respect of informed consent.

Key-words : obstetrical violence – consent – medical training – social reproduction – teaching

INTRODUCTION

La prise en charge de la naissance par la médecine obstétricale est très récente dans l'histoire d'*Homo sapiens*. L'apparition de cette spécialité médicale, devenue une discipline universitaire au XVIII^e siècle (Schlumbohm, 2002), a mené à la domination d'une science masculine et patriarcale sur une pratique jusqu'alors exclusivement féminine et à la pathologisation de l'accouchement. Ce changement de paradigme en périnatalité a permis le développement de techniques et d'outils réduisant les risques des accouchements pathologiques, mais a aussi eu un impact délétère sur la culture de la naissance et sur la façon de traiter les accouchements non pathologiques qui, encore aujourd'hui, constituent la norme.

Le sujet de cette recherche est l'un de ces impacts négatifs, soit la violence obstétricale (VO). L'utilisation de ce concept émergent, plutôt que l'utilisation des termes plus démocratisés de maltraitance, d'abus ou de manque de respect pendant l'accouchement, est nécessaire pour la reconnaissance sociétale et institutionnelle d'une violence systémique sexiste en médecine gynécologique-obstétrique.

Bien que les VO peuvent, comme dans tous les milieux professionnels, être de nature individuelle et interactionnelle, ce qui en fait un problème social, qui semble par ailleurs se généraliser à l'ensemble des pays où le même type de système gynéco-obstétrical existe, est effectivement leur nature systémique. Cette importante nuance

est souvent au cœur des débats et incompréhensions entre le milieu médical et le milieu militant. Ce sont les aspects structurels de cet enjeu autour desquels un dialogue doit s'établir pour espérer un changement dans les pratiques et le système médical en périnatalité :

Centring the debate on individual malpractices has the potential to generate unproductive hostility towards the discussion of disrespect and abuse in childbirth, especially among health professionals, which is why Jewkes and Penn-Kekana argue there is a need to avoid “*blaming the health workers as a group.*” One of the reasons why the term obstetric violence is not more widespread is that health professionals resist the use of the concept of violence, which is contrary to their ethos. As Diniz and colleagues explain, this made ReHuNa in Brazil deliberately decide not to talk openly about violence during the nineties, favouring terms like “humanising childbirth” and “promoting the human rights of women.” Nonetheless, the same authors acknowledge that significant changes have occurred after the debate started to be framed as a matter of violence and human rights violation. (Sadler *et al.*, 2016, p. 51)

L'objectif de cette recherche est en effet de contribuer à créer un dialogue entre les différentes parties concernées par les VO pour assurer le respect des droits des personnes parturientes et participer à un changement social en périnatalité. L'Alliance du Ruban Blanc, une coalition internationale d'organisations visant à promouvoir la santé et les droits reproductifs et maternels, a d'ailleurs créé une liste de sept droits universels pendant la période périnatale : 1) avoir le droit de conserver son intégrité et de ne pas être soumise à de mauvais traitements ; 2) être informée adéquatement, exprimer son consentement ou son refus, libre et éclairé, et exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence d'accompagnant.e.s (famille, ami.e.s, doulas) ; 3) avoir le droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité ; 4) être traitée avec dignité et respect ; 5) avoir droit à l'égalité, à l'absence de discrimination et à des soins équitables ; 6) bénéficier de soins de santé et jouir du meilleur état de santé possible ; 7) avoir droit à la liberté, à

l'autonomie, à l'autodétermination et ne pouvoir être forcée à quoi que ce soit (White Ribbon Alliance).

Comme les quelques recherches effectuées et en cours sur le sujet se penchent majoritairement sur le vécu des personnes ayant accouché (principalement des femmes cisgenres et blanches), il est important de comprendre et sonder l'univers médical et plus particulièrement celui de l'obstétrique pour ajouter de la profondeur à la littérature sur les VO et pour répondre à cet objectif de dialogue. Il est par ailleurs nécessaire que les recherches sur le sujet se multiplient pour en saisir toutes les composantes, sur l'impact du racisme systémique dans les VO par exemple.

Une des difficultés potentielles identifiées pour cette recherche était de traiter directement des VO, sujet délicat et confrontant pour le milieu médical et souvent contesté, avec la population visée par l'étude, soit les étudiant.e.s en médecine. Pour traiter de la question des VO sans l'aborder de front et ainsi éviter le risque d'un recrutement ardu ou d'un biais important à l'étude, l'angle d'approche choisi a été d'aborder le lien entre la formation médicale et la reproduction sociale des VO, l'éducation étant un vecteur important de la reproduction sociale (Bourdieu et Passeron, 1970).

C'est plus spécifiquement l'enseignement d'un élément important de l'éthique biomédicale⁸ qui est aussi fréquemment rapporté comme un enjeu récurrent dans les

⁸ « [in] the post–World War II period, [...] the term “biomedicine,” coined in the interwar era, became a common shorthand for the work of doctors and scientists. [...] World War II is usually presented as a turning point in the “biomedicalization” process. It accelerated and intensified collaboration between biologists, clinicians, and industrialists, a development exemplified by the wartime production of penicillin. In industrialized countries, the post-World War II era was also characterized by important increases in public funding for medical research, the extension of health insurance to large parts of the population [...] and the rapid growth of the pharmaceutical industry. » (Löwy, 2011, p. 117)
«The term « biomedicine » was initially linked to U.S. programs on military and civil applications of radioactive compounds. Later, its growing popularity reflected the increasing homogenization of

études et les témoignages sur les VO, soit la notion de consentement aux soins, qui sera étudié. Normalement, le consentement aux soins devrait apparaître « bien plus comme un acte de relation et de sens (prenant en compte la singularité de chaque patient), que comme un acte formel reposant sur des formulations réductrices et sur des logiques parfois plus juridiques que médicales. » (Moutel, 2003, p. 56) Et pour la philosophe Michela Marzano, le non-respect du consentement d'autrui est un acte de violence en soi :

Consentir, c'est toujours un moyen pour l'individu de manifester son opinion, son point de vue et ses préférences ; c'est pouvoir empêcher que quelqu'un d'autre décide à notre place ou nous impose une décision nous concernant. Au point que ne pas prendre en compte le consentement de quelqu'un, ou ne pas le respecter, signifierait exercer sur cet individu une violence d'ordre physique ou symbolique. (2006, p. 5)

La démarche utilisée est la méthodologie qualitative. Les résultats de recherche sont issus de l'analyse féministe et inductive d'entrevues semi-dirigées réalisées avec dix personnes étudiant la médecine au Québec, ayant au minimum complété le stage d'externat obligatoire en OBGYN. Cette analyse a été effectuée à l'aide d'un cadre théorique constitué du concept de consentement et des concepts qui définissent la VO : la violence institutionnelle, la violence de genre et la médicalisation. Quatre thèmes principaux ont émergé de ces entrevues : l'enseignement clinique lacunaire ; l'industrialisation de l'accouchement ; l'importance de la hiérarchie en médecine et l'omniprésence de la peur et du risque en obstétrique.

Les résultats et leur analyse démontrent en effet que la formation clinique et l'organisation des soins ont un impact très important dans la transmission aux futur.e.s médecins d'une culture médicale et obstétricale pouvant exercer une forme de violence

techniques used to study healthy and sick bodies. » (*Ibid.*, note 4)

sur les personnes concernées. La forte hiérarchie en médecine constitue aussi un obstacle important dans l'évolution de la pratique vers un plus grand respect du consentement et des droits des personnes enceintes et parturientes. Les compétences cliniques des médecins enseignant.e.s sont en effet rarement remises en question et étant donné l'importance de la partie pratique dans la formation médicale, la reproduction des pratiques qui sont parfois inadéquates ou carrément abusives est inévitable. Puis, malgré la récente « féminisation » de la profession⁹, la nature patriarcale de l'OBGYN et la vision productiviste du système de santé sont intériorisées par les futur.e.s médecins pendant la formation et affectent le respect du consentement aux soins libre et éclairé en périnatalité.

La pertinence de ce sujet se trouve donc dans la nécessité de faire reconnaître dans une perspective critique une forme de violence de genre institutionnalisée de changer collectivement les perceptions et les pratiques en ce qui a trait à la périnatalité. Cette recherche participe donc à l'effort encore récent et modeste de révéler, d'abord, et ensuite conceptualiser ce problème social dans l'idée de contribuer à une juste appropriation des futurs possibles par les personnes concernées.

Les chapitres suivants présenteront, en premier lieu, la problématique du sujet de ce mémoire pour contextualiser les VO et expliquer le rôle du consentement aux soins dans leur vécu, suivi du cadre théorique monté à partir d'une revue de la littérature sur le concept de consentement et les concepts à l'intersection desquels se trouve la VO : la violence institutionnelle, la violence de genre et la médicalisation. Dans le troisième chapitre, la démarche méthodologique utilisée sera détaillée et la présentation des résultats issus des entrevues et leur analyse suivront dans le quatrième chapitre. Enfin, le dernier chapitre présentera quelques recommandations découlant des réflexions

⁹ Selon la Fédération des médecins spécialistes du Québec, il y aurait 176 hommes et 333 femmes médecins en OBGYN. (<https://www.fmsq.org/fr/profession/repartition-des-effectifs-medicaux>)

suscitées par les résultats et la recherche se conclura par une synthèse, une présentation de ses limites, et des pistes de recherche à explorer.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

La grossesse et l'accouchement sont des événements universels, mais leur forme, leur processus et leur symbolique dépendent des déterminants culturels et des normes sociales de la société dans laquelle ils prennent place. Pour comprendre le rapport de la société occidentale contemporaine à ces événements incontournables de la reproduction humaine, il faut au moins connaître les bases de l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale d'Europe et d'Amérique du Nord, fortement patriarcale et née dans le contexte du développement du capitalisme.

Il s'agit d'abord de remonter au moment de la professionnalisation de la médecine et de son association avec l'Église et l'État en Europe pour comprendre le changement de paradigme dans les pratiques culturelles occidentales en santé. Le développement de la médecine a été pendant des siècles ralenti par l'Église, profondément anti-empiriste, qui a ensuite assuré un contrôle et une surveillance étroite lorsqu'elle devint véritablement une science et une profession aux environs du XIII^e siècle. (Ehrenreich et English, 1973/2016a). Deux siècles plus tard, dans un contexte de révoltes populaires, d'épidémies et de début de la crise féodale commencent les chasses aux sorcières, organisées et dirigées par l'Église et l'État, et aidés par le corps médical. Les « sorcières » étaient essentiellement des femmes laïques de la classe populaire (paysannes) et/ou des marginales (Federici, 2004/2014, p. 297). Parmi les accusations

les plus fréquentes, il y avait celle « d’avoir des pouvoirs magiques affectant la santé – pouvoirs à la fois nuisibles et bienfaisants. On les accusait plus particulièrement de posséder des connaissances médicales générales et des notions d’obstétrique » (Ehrenreich et English, 1973/2016a, p. 30). Les guérisseuses et sages-femmes nuisaient au développement de la pratique de la médecine et constituaient une menace pour l’Église catholique, entre autres car elles se fiaient à leur savoir empirique plutôt qu’à la foi ou au dogme religieux. D’ailleurs les célèbres auteurs du *Malleus Maleficarum*¹⁰ Kramer et Sprenger ont déclaré que « [p]ersonne ne fait plus de tort à l’Église catholique que les sages-femmes » (Ehrenreich et English, 1973/2016a, p. 36).

La féministe et professeure chercheuse Silvia Federici résume dans son livre *Caliban et la Sorcière* cette époque de massacres ainsi :

Si l’on regarde le contexte historique dans lequel la chasse aux sorcières s’est déroulée, le genre et l’origine de classe des accusées, ainsi que les effets de la persécution, on est amené à conclure que la chasse aux sorcières en Europe était une attaque contre la résistance des femmes à la progression des rapports capitalistes, contre le pouvoir dont elles disposaient en vertu de leur sexualité, de leur contrôle de la reproduction et de leur aptitude à soigner. La chasse aux sorcières était aussi un instrument pour la construction d’un nouvel ordre patriarcal où le corps des femmes, leur travail, leurs pouvoirs sexuel et reproductif étaient mis sous la coupe de l’État et transformés en ressources économiques. (Federici, 2004/2014, p. 308)

Pendant ces siècles de persécutions, les médecins sont devenus les guérisseurs de la classe dirigeante, puis ils acquièrent éventuellement le monopole de la médecine. Toutefois, ils n’ont investi le domaine de la naissance dans les classes moyenne et populaire qu’à partir du XVIII^e siècle environ, en partie grâce à la « supériorité technique » proclamée des forceps (Ehrenreich et English, 1973/2016a ; Rivard, 2014).

¹⁰ Livre paru en 1484 servant de référence pour la chasse et les procès de sorcières.

Les sages-femmes étaient donc persécutées, mais dans la classes populaire l'accouchement leur était jusqu'alors resté un domaine presque exclusif : « dans un contexte de domination masculine généralisée, l'enfantement était un des seuls lieux d'exercice de savoir et de pouvoir féminins. » (Martin, 2011, p. 45) En fait, comme le précise la professeure et chercheuse féministe en théologie et en philosophie Mary Daly :

Gynecology was slow to rise. Man-midwives of the sixteenth, seventeenth, eighteenth, and nineteenth centuries were under fire from woman midwives, such as Elizabeth Nihell, who described their instruments as “weapons of death.” Nevertheless, the nineteenth century witnessed the erection of gynecology over women’s dead bodies.» (1991, p. 224)

C'est à partir du XIX^e siècle que les sages-femmes ont vu leur rôle et leur pouvoir se dissoudre véritablement et ce, au profit des médecins et chirurgiens qui avaient alors atteint le statut d'uniques véritables professionnels de l'accouchement, puisqu'ayant étudié la nouvelle science médicale : « la méfiance, la médisance et la marginalisation du travail des sages-femmes – tant de la part des corporations médicales que des chasseurs de sorcières – ouvrent grand la voie aux hommes pour la prise en charge exclusive de la naissance. » (Martin, 2011, p. 50)

S'ensuit une inévitable masculinisation de la pratique obstétricale. Puis, à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle, la naissance fut désormais envisagée selon une vision biomédicale pathologisante, tout comme de nombreuses autres dimensions de la vie d'ailleurs, ce que certain.e.s chercheur.se.s nomment la « pathologisation de l'existence » (Collin et Suissa, 2007). Cette médicalisation de l'accouchement et du social couplée à la technoscientifisation de la biomédecine ont eu un impact important sur le développement de l'obstétrique aux XX^e et XXI^e siècles et ont contribué à transformer le rapport médical et social à l'accouchement qui, d'un événement naturel

et normal, est devenu un événement risqué et traité comme une pathologie nécessitant contrôle et intervention médicale.

Le progrès médical en obstétrique et le transfert massif des accouchements en milieu hospitalier auraient permis, selon les discours médical et scientifique, une réduction notoire de la mortalité maternelle et infantile (St-Amant, 2013). Ce sophisme qui a été profondément intériorisé par la population est déconstruit par plusieurs chercheurs, dont Marjorie Tew (1990) qui invoque entre autres l'amélioration générale des conditions de vie – et surtout une meilleure nutrition - comme beaucoup plus déterminante dans la diminution de ces taux de mortalité, une mortalité qui était d'ailleurs en déclin dans l'ensemble de la population à partir de 1870 (St-Amant, 2013). En réalité, l'hôpital était un lieu de haut risque de mortalité jusqu'à la popularisation du simple lavage des mains entre chaque patient.e.s ou entre les dissections et les soins, dont le médecin Ignaz Semmelweis avait découvert le lien avec la diminution des infections puerpérales (*ibid.*). Les découvertes en matière d'asepsie et d'antisepsie ont aussi été déterminantes pour que les hôpitaux cessent d'être des mouroirs :

Les deux principales périodes de déclin du taux de mortalité maternelle correspondent à l'usage répandu de l'antisepsie à la suite des découvertes de Lister à la fin du XIX^e siècle puis à celui des sulfamides à partir de 1937. Un autre constat de Loudon est que, durant la première moitié du XX^e siècle, la mortalité maternelle était moindre lorsque les accouchements avaient lieu à la maison avec une sage-femme formée que lorsqu'ils étaient assistés par un médecin ; la règle est sans exception et se confirme même dans des contextes de pauvreté. (Rivard, 2014, p.118)

Les interventions et les actes obstétricaux sont devenus au fil du temps de plus en plus systématisés et influencés par le développement de la technoscience médicale. L'utilité ou les bénéfices de ces interventions sont dans certains cas invalidés par la recherche

scientifique et contraires aux données probantes¹¹ (St-Amant, 2013 ; Moutquin *et al.*, 2012 ; Vadeboncoeur, 2004) et sont parfois pratiqués en dépit de l'absence ou du refus de consentement libre et éclairé des personnes parturientes (Labrecque, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2016 ; St-Amant, 2013 ; Vadeboncoeur, 2004).

Une forte critique de la médicalisation croissante du corps reproducteur féminin s'exprime à partir des années soixante-dix par des groupes féministes. Un des legs de ce militantisme est le fameux manuel *Our Bodies Ourselves* du *Boston Women Health Book Collective*, dont l'objectif à sa publication était de confronter le savoir médical établi au savoir corporel et aux expériences personnelles des femmes sur les questions entourant la sexualité, la contraception, la grossesse, l'allaitement, etc. (Löwy, 2005, p. 2) De ces mouvements de lutte contre la médicalisation du corps reproducteur féminin découle, en plus de propositions d'alternatives au savoir biomédical, la création de plusieurs concepts féministes en périnatalité.

Un de ces concepts les plus récents est celui de violence obstétricale (VO), né il y a une dizaine d'années en Amérique latine. En 2007, le Venezuela fut le premier pays à adopter une loi de lutte contre la violence faite aux femmes dans laquelle figurent les VO :

In Article 15, 19 forms of violence are described, including obstetric violence, which is defined as: "...the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into

¹¹Par exemple, dans le rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sur les mesures à adopter pour réduire les interventions obstétricales évitables pour les grossesses non pathologiques : « Toutes les données concordent sur le fait que la surveillance fœtale électronique pour les grossesses à faible risque ne confère aucun avantage pour la santé maternelle et périnatale. Au contraire, elle augmente les taux de césarienne, d'extractions instrumentales, de recours à l'analgésie péridurale et diminue les accouchements vaginaux spontanés, en comparaison avec l'auscultation intermittente, l'alternative recommandée. » (Moutquin *et al.*, 2012, p. iv) Et pourtant, pour l'année 2009-2010, le taux de surveillance fœtale électronique était de 65 % au Québec (*Ibid.*, p. 1).

pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women.” (D’Gregorio, 2010, p. 201)

Dix États mexicains envisagent également la VO comme une violence de genre (Diaz-Tello 2016) et en 2009, l’Argentine s’est à son tour dotée d’une loi sur les VO dont la définition est similaire à celle du Venezuela, et dans laquelle elles sont aussi considérées comme un type de violence faite aux femmes :

This statute considers the abuse and mistreatment experienced by women in different maternal health services (prenatal, labor, childbirth, postpartum, and abortion care) within a Violence Against Women (VAW) framework [...]. (Herrera Vacaflor, 2016, p. 66).

Au Venezuela des amendes et mesures disciplinaires sont prévues pour des actes de VO (D’Gregorio, 2010) et dans les États du Chiapas, de Guerrero et de Veracruz au Mexique ce sont des sanctions criminelles qui peuvent être appliquées (Diaz-Tello, 2016). Toutefois, leur pertinence est questionnable puisque l’application de ces lois serait défailante :

It is critical to recognize that implementation of these laws has been beset by challenges, and women face significant barriers to justice because of lax enforcement, lack of rights-based training among health care providers, and failure to address infrastructural weaknesses. For instance, Herrera demonstrates that, in Argentina, despite the passage of a 2004 statute guaranteeing the rights of birthing women and a 2009 statute prohibiting obstetric violence, courts adjudicating tort suits continue to rely on a malpractice analysis rather than the norms of humanized childbirth and freedom from violence. In Mexico, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) has observed that authorities are reticent to criminally charge physicians, so there has never been a successful prosecution for obstetric violence. Moreover, the group points out that administrative complaints and medical arbitration focus on the acts of individual medical personnel, but not institutions as a whole. (Diaz-Tello, 2016, p. 62)

Cette reconnaissance juridique des VO à l'international est tout de même un pas en avant pour d'éventuels changements dans les pratiques locales. Au Québec et en Europe, la notion de violence obstétricale n'existe pas encore dans le corpus législatif : elle reste objet du domaine militant et depuis récemment, du domaine scientifique et académique (Labrecque, 2018 ; Brouilhers, 2017 ; Audibert, 2016 ; Lévesque *et al.*, 2016 ; AFAR, 2016 ; Bellón Sánchez, 2014 ; St-Amant, 2013 ; Vadeboncoeur, 2004). D'ailleurs, une définition des VO parue récemment au Québec est celle proposée par Mariane Labrecque (2018) dans son mémoire sur les expériences négatives d'accouchement en milieu hospitalier :

La violence obstétricale est située à l'intersection d'une violence systémique et d'une violence de genre, qui se caractérise par une prise de pouvoir et par l'exercice d'un contrôle sur le corps des femmes, de la part de personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, lors de la période périnatale. Cette prise de pouvoir et ce contrôle se manifestent par une pathologisation de processus naturels, dont celui de l'accouchement, par une déshumanisation des femmes et par l'absence de consentement. La pathologisation se caractérise par l'accouchement dans un environnement non propice à la physiologie, la gestion active du travail, des techniques de déclenchement et d'accélération du travail et par l'abus de médication. La déshumanisation se caractérise par de la violence physique, psychologique ou sexuelle. L'application de routines et de protocoles sans égard aux besoins particuliers des femmes, le non-respect de la dyade/mère-enfant et l'application d'actes médicaux non basés sur les données probantes sont transversales à ces deux caractéristiques. (p. 24)

Bien que depuis quelques années des réseaux militants féministes en périnatalité et certains médias parlent de plus en plus fréquemment des VO, leur existence reste toutefois généralement niée ou au mieux marginalisée par les professionnel.le.s de la santé. En effet, souvent

la critique des violences est confondue par certains professionnels mais aussi certains étudiants avec la remise en cause de la profession médicale, de ses traditions (« *l'esprit carabin* ») et des difficultés dont elle souffre : difficultés liées à la formation, la carrière, l'organisation des soins, la perte de revenus, de

reconnaissance sociale et/ou politique, etc. (Lefève dans Auslender, 2017, p. 356)

Par exemple, dans un dossier sur les VO du magazine québécois Planète F paru il y a quelques années, le médecin Yves Robert, alors secrétaire et porte-parole du Collège des médecins du Québec (CMQ), est interrogé sur la question :

Du côté du Collège des médecins, on ne reconnaît pas les abus en obstétrique comme une tendance. « Si c'était un problème, ce n'est pas quelque chose qui a une ampleur telle que cela a été porté à notre attention. Il faut définir, documenter la nature, la fréquence et le contexte de ces événements potentiels pour savoir de quoi on parle exactement », explique le Dr Yves Robert. [...] [Aussi, il] ne considère pas que le refus de consentement constitue un motif de plainte suffisant. « Techniquement parlant oui [il est correct de faire un décollement des membranes sans en aviser la patiente]. Mais c'est mieux d'informer la patiente et de communiquer avec elle. Il y a une différence entre le consentement et la communication », explique-t-il. (Poulin-Chartrand, 2014)

Et pourtant, le consentement aux soins est inscrit dans l'article 11 du Code civil du Québec (Code civil) et dans le Code de déontologie des médecins du Québec (Code de déontologie). Les enjeux le concernant sont tout de même au cœur des VO. Dans un rapport de recherche produit par l'organisme communautaire Regroupement Naissance-Renaissance et Sylvie Lévesque, professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal sur la détresse, la souffrance et la violence vécues lors de l'accouchement, le consentement est rapporté comme étant un élément important dans le vécu traumatique des personnes concernées :

Plusieurs représentations des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement émanent de l'analyse de ces groupes de discussion, notamment l'absence de processus de recherche de consentement libre et éclairé et d'information complète donnée aux femmes qui accouchent ; le manque de respect à l'égard des femmes qui accouchent; la prise de pouvoir des professionnel.le.s de la santé sur les femmes ; le manque d'accès ou accès limité aux alternatives à l'accouchement médicalisé et la difficulté à

reconnaître une expérience de détresse, souffrance ou violence. (Lévesque *et al.*, 2016, p. iv)

Dans son mémoire, Labrecque (2018) rapporte également l'absence de consentement pour certaines procédures médicales comme étant une cause fréquente de vécus d'accouchements négatifs. Les observations d'Hélène Vadeboncoeur (2004) dans sa recherche doctorale le confirment également :

Pendant le travail [...], la femme ou le couple perd beaucoup son autonomie. Les décisions sont le plus souvent prises soit par l'infirmière, soit par le médecin. Il est vrai que la femme en travail signe, à son arrivée, une feuille de consentement général aux soins, qui ne constitue cependant pas un consentement éclairé à tout ce qui pourrait suivre. Au mieux - mais rarement - le personnel demande la permission. Au pire, le personnel agit sans mot dire, et parfois passe outre à un refus explicite [...]. (p. 190)

Marlène Cadorette (2006), qui a rédigé une thèse sur le consentement des personnes parturientes dans le droit québécois, confirme également que « des abus à l'encontre de la dignité et du respect de l'autonomie des femmes surviennent dans les services sanitaires liés à la reproduction principalement parce que le consentement libre et éclairé n'est pas appliqué dans ce contexte. » (p. 16)

La qualification d'un acte comme étant abusif (ou non) est complexe, car elle comprend une part de subjectivité : une intervention qui aura été préalablement consentie pourrait tout de même être considérée abusive de par la façon de l'effectuer, par le comportement ou les paroles des spécialistes et soignant.e.s ou par le non-respect du retrait du consentement, par exemple. En effet, l'accouchement mettant la personne concernée en situation de vulnérabilité, le respect du consentement revêt une complexité accrue :

[...] quand une femme est en travail, elle est particulièrement vulnérable et il lui est très difficile de faire valoir ses choix. Il est plus facile de s'en remettre au personnel hospitalier qui fait les choix pour elle ; d'ailleurs, l'hôpital n'est pas conçu pour offrir des choix, car les impératifs d'efficacité en font un lieu de contrainte dominé par l'autorité médicale. (Laurendeau, 1987, p. 140)

Cadorette précise que cette situation de vulnérabilité ne signifie pas que l'aptitude et la capacité à faire des choix des personnes enceintes et parturientes est diminuée à l'accouchement, mais que

la fatigue, leur inquiétude et la douleur leur permet moins facilement de faire respecter leur intégrité et de faire respecter leur choix. [...] Par ailleurs, la fatigue, l'énergie demandée lors de l'accouchement et la préoccupation quant à la santé de l'enfant à naître constituent des éléments déterminants de l'état général de la femme qui arrive à l'hôpital pour y accoucher. Ils sont des facteurs suscitant certaines interrogations dans la possibilité d'autoprotection contre l'imposition de risques secondaires qu'elle ne désire pas supporter pour elle ou pour son enfant. [...] Quoique plusieurs auteurs qualifient les parturientes comme étant vulnérables, ces dernières ne sont pas toujours reconnues comme telles dans la perspective du respect de leur autonomie. (Cadorette, 2006, p. 14-15)

Il faut préciser aussi que même lorsque le consentement aux soins est obtenu, tous ses paramètres peuvent ne pas être respectés et alors sa validité n'est plus effective. Par exemple, l'aspect « éclairé » du consentement aux soins est rapporté dans plusieurs témoignages comme étant non respecté. Dans sa thèse Héléne Vadeboncoeur (2004) mentionne que, lors de ses observations d'accouchements et selon les entrevues qu'elle a effectuées, l'information sur les risques des gestes obstétricaux était souvent incomplète, voire absente (p. 179). Aussi, elle précise que :

[...] le degré d'information fournie varie beaucoup selon les infirmières et en particulier en ce qui concerne les effets secondaires ou les risques de ces médicaments. Certaines précisent que ce n'est plus le temps, lorsque la femme est en travail, de l'informer. Selon elles, la parturiente n'est plus vraiment en état de recevoir et d'intégrer cette information, mais c'est peut-être discutable,

surtout tant qu'elles ne sont pas en travail actif avancé. Les infirmières disent que les femmes devaient être informées dans les rencontres prénatales ou dans le bureau du médecin, ce qui ne se fait pas vraiment, selon elles. (*Ibid.*, p. 174)

La communication de l'information, préalable au consentement, est en effet un élément déterminant dans ce processus, mais c'est aussi une action d'une certaine complexité :

Les composantes du processus d'information-consentement d'une patiente à un soin sont multiples et complexes [...]: niveau et volonté de connaissance de chaque patiente; évolutivité des données scientifiques au fil du temps, et parfois à court terme; différence d'efficacité démontrée selon le(s) mode(s) de transmission de l'information; variété de perception des options de soins selon le(s) professionnel(s) effectuant l'information; complexité des bases du cheminement des échanges entre deux parties. (Pierre, 2007, p. 755)

Les fondations patriarcales de la gynéco-obstétrique et la médicalisation de l'accouchement en font donc une institution dominante exerçant une forme de violence sur la population concernée. La résurgence du consentement dans les vécus de VO, malgré son encadrement législatif et professionnel, suscite des réflexions et questionnements pour lesquels des éléments de réponses seront proposés dans les prochains chapitres

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique de ce mémoire est construit à l'aide de quatre concepts clés qui seront présentés dans le présent chapitre à l'aide d'une revue de la littérature : d'abord le consentement, qui au cœur de la question de recherche, ensuite la médicalisation, la violence institutionnelle et la violence de genre. C'est au carrefour de ces trois concepts que se trouve la définition des VO.

2.1 Consentement

Dans l'essai de la philosophe Geneviève Fraisse (2017) sur le consentement, elle rapporte qu'à l'époque de l'Antiquité gréco-romaine, « le consentement avait un sens global, loin de la représentation contemporaine d'un geste individuel. Cependant, dès le droit romain, le consentement d'une personne apparaît lors de l'établissement d'un contrat. » (p. 28) Elle rappelle ensuite que dans le contexte patriarcal, le consentement a en premier lieu concerné le mariage, avec la notion de « consentement mutuel », contexte dans lequel le consentement de l'homme et celui de la femme ne sont pas de valeur égale :

L'homme qui consent semble décider, déclarer ; et la femme consentante choisit, mais dans un espace de dépendance envers une autorité. Mutualité et réciprocité des consentements n'ont alors de sens qu'au regard d'une justice marquée par une nécessaire hiérarchie. Le mariage est la figure de la domination des hommes et de la subordination des femmes. [...] Ainsi, du mariage à l'ensemble de l'espace social, la double signification du consentement, adhérer et accepter, choisir et subir, assure pour longtemps la suprématie masculine. (Fraisie, 2017, p. 30)

Cette dimension de « contrat » a fortement teinté le rapport moderne au consentement et sa conceptualisation, d'ailleurs une grande partie de la littérature sur le consentement provient du milieu juridique : « cela s'explique[rait] par le fait que la doctrine du consentement libre et éclairé a, tout d'abord, été développée par le droit. Le droit des contrats est d'ailleurs un domaine dans lequel la notion de consentement joue un rôle primordial. » (Gauthier, 2000, p. 10) De plus, en médecine le consentement aux soins est « conçu comme droit inhérent à la relation médecin-patient et au contrat qui les lie » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 4).

Bien que la notion de consentement en santé ait effectivement un lien avec le domaine juridique, sa fonction éthique est tout aussi importante. L'intérêt pour le consentement aux soins se serait développé vers la fin du XIX^e siècle, mais que c'est au XX^e siècle, après la Seconde Guerre mondiale, qu'il a acquis une importance significative dans le domaine médical :

Il fut alors perçu comme un élément essentiel à respecter dans le cadre de la prestation des soins et de la recherche biomédicale. Les révélations des atrocités perpétrées dans les camps de concentration nazis, le développement accéléré de la technologie, l'augmentation du contrôle sur la vie, la naissance de la bioéthique ainsi que les importants bouleversements idéologiques planétaires, qui ont contribué au développement accéléré de la dynamique des droits et libertés individuels, ont, par le fait même, promulgué la notion moderne de consentement, telle que nous la connaissons aujourd'hui. En effet, c'est suite aux procès de Nuremberg que cette notion a été pour la première fois reconnue

internationalement et ce, dans le Code de Nuremberg. Depuis, de nombreux textes l'ont propulsée au rang de principe « sacro-saint » à respecter dans le domaine de la santé (Gauthier, 2000, p. 8-9).

Au Québec, la définition juridique du consentement aux soins et son encadrement s'effectuent par le biais du Code civil :

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. (Code civil, chapitre 64, article 11)

La définition du Code de déontologie est très similaire à celle du Code civil, toutefois une précision importante est amenée : le consentement doit être libre et éclairé.

28. Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.

29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. (Code de déontologie, 2015, Section III)

Le consentement se retrouve également dans les lignes directrices de la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada (SOGC), où les enjeux plus précis au consentement en OBGYN sont abordés. Par exemple, il est spécifié que

[I]es étudiants en médecine doivent se présenter aux patientes et s'identifier comme étant des étudiants en médecine. Lorsqu'un examen pelvien sera mené par un étudiant, ce dernier doit expliquer l'intervention qui sera menée et chercher à obtenir la permission de la patiente pour ce qui est de la tenue de l'examen en question. Le consentement de la patiente doit être volontaire et ne pas avoir été obtenu par contrainte. (Liu *et al.*, 2010, p. 877)

Des principes fondateurs de la notion de consentement en santé, soit celui de l'inviolabilité du corps de la personne et celui de l'autodétermination de la personne (Gauthier, 2000, p. 15), découlent les qualités d'un consentement valide, telles que mentionnées dans les énoncés du Code de déontologie et du CMQ : l'aptitude à consentir aux soins ; le consentement libre et le consentement éclairé. Le principe d'autonomie (ou d'autodétermination) est effectivement ce qui marque un tournant dans la philosophie de la relation médecin-patient.e, passant alors d'un modèle paternaliste, où la décision de traitement revenait entièrement au médecin, à un modèle autonomiste où la personne peut exprimer ses choix et volontés, dans lequel le consentement est devenu un outil obligatoire pour assurer le respect des droits des patient.e.s :

Il y a cinquante ans, les médecins n'hésitaient pas à imposer aux malades ce qu'ils jugeaient être « bon » pour eux. Aujourd'hui, le souci d'informer les patients et d'obtenir leur adhésion aux actes de soin ou de recherche qu'on leur propose est devenu la norme. Le passage d'une situation à l'autre reflète, comme on dit, une évolution de la société : là où, dans le passé, on aurait mis l'accent sur le *principe de bienfaisance* (les médecins détenant la connaissance de ce qui est le « bien » dans le domaine de la santé, et « faisant le bien »), aujourd'hui, on respecterait davantage le droit des individus à choisir seuls leur propre « bien » et à prendre eux-mêmes les décisions les concernant (*principe d'autonomie*). (Marzano, 2006, p. 6)

Au Québec, la notion d'aptitude et la manière de l'évaluer ne sont pas précisées par la loi, mais dans le document préparé conjointement par le CMQ et le Barreau du Québec sur le consentement aux soins, la définition utilisée est celle de Suzanne Philips-Nootens (médecin et juriste) et Paule Hottin (psychiatre) :

L'aptitude [...] est l'état psychique, appréciable sur le plan clinique, qui permet à la personne d'accomplir une tâche spécifique, à un moment précis, en étant à même de la raisonner, de l'analyser et d'en comprendre les implications, ainsi que les conséquences de sa décision. Dans le contexte de l'acte médical, la personne apte, dûment informée, est à même d'exprimer sa volonté de consentir ou de refuser en connaissance de cause. Dans le cas contraire, la personne sera considérée inapte à prendre une telle décision. Tout majeur est présumé apte : celui qui invoque l'inaptitude de son interlocuteur devra donc être à même de la prouver. [...] Ajoutons que l'aptitude implique également un minimum de capacité physique afin de communiquer à l'entourage cette volonté. (Philips-Nootens et Hottin dans CMQ et Barreau du Québec, 2018, p.16)

Ensuite, la définition des aspects « libre et éclairé » constitue en quelque sorte le nerf de la guerre pour que le consentement aux soins soit réellement valide. Tel que mentionné dans le chapitre précédent, le consentement des personnes enceintes et parturientes n'est pas toujours complètement éclairé, car les dimensions relationnelles et communicationnelles jouent un rôle important dans le respect de cet aspect du consentement et ce sont des compétences complexes à acquérir. Par ailleurs, la notion de choix inhérente à celle de consentement ne peut être entièrement libre ou neutre, car le choix individuel est construit par des autorités normatives (Memmi, 2010), telle que l'institution médicale. Ainsi, les choix des personnes enceintes et parturientes sont déterminés en grande partie par les valeurs et la culture biomédicales :

[...] choice in childbirth is determined by what [Michele Crossley] calls 'two anchors of choice': the 'biological embeddedness' of women's birthing, and the 'medicalised context of the birthing encounter within contemporary childbirth'. However, we would argue that the determination of choice arises not only from the medicalised context, but also – and primarily – from the societal context, for it is society itself that produces the values that constrain and limit the choices

women make. [...] In reality, however, choice does not exist as a neutral entity but as a shaped, constrained and limited entity within which choices are made. (McAra-Couper *et al.*, 2012, p. 83)

Selon le CMQ, le consentement éclairé est à la fois un droit des patient.e.s et un devoir des médecins qui doivent « donner les renseignements nécessaires et suffisants à l'expression du consentement [et] vérifier si le patient a compris les informations fournies. » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 23-24). Par exemple, dans sa thèse Marlène Cadorette (2006) mentionne que

dans l'affaire *Dodds c. Schierz*, la Cour d'appel a considéré que la documentation écrite dans une salle d'attente d'un bureau de médecin n'était pas suffisante pour établir que le devoir d'informer avait été effectivement rempli. Rien ne permet effectivement de croire que le patient en a pris connaissance. Cette décision est intéressante puisque, dans le domaine obstétrical, de nombreux documents sont remis à la parturiente, que ce soit lors d'un rendez-vous de suivi prénatal chez le médecin ou à l'hôpital ou encore dans le cadre des cours prénataux. Selon la décision précitée, il faut conclure qu'un médecin ne pourrait se décharger de sa responsabilité d'informer même si la parturiente a eu l'information que toutes les parturientes reçoivent durant la période prénatale. En effet, il existe une obligation de diligence du médecin concernant la compréhension de l'information [...]. (p. 173)

Enfin, un autre élément important pour que les critères d'un consentement éclairé soient respectés : les patient.e.s doivent pouvoir poser des questions. L'aspect libre du consentement semble moins présent dans les témoignages et dans la littérature, pourtant la pression pour accepter un traitement peut provenir des équipes médicales et peut être très insidieuse. Il faut en effet aller au-delà de la notion de pression, le consentement doit être aussi obtenu sans « menace, contrainte ou promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage du patient, voire des instances administratives et des impératifs budgétaires. » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 23) Un article de *l'International Journal of Gynecology and Obstetrics*, qui traite des différents types de consentement dans les soins en santé reproductive, nomme

justement l'impact que les soignant.e.s peuvent avoir sur la notion de « liberté » dans le consentement :

They are required to respect their patients' rights to choice whether or not to consent to proposed treatment, however, by not themselves applying coercion or undue pressure, influence, or inducement regarding their patients' decisions on whether to consent to treatments. Improper influence can arise for instance from providers exaggerating the likely benefits of proposed treatments, and/or from minimizing the chance of them being ineffective, or the risks to health and other interests they present. (Dickens et Cook, 2015, p. 182)

Lorsqu'un traitement est risqué, qu'il peut causer des douleurs plus que légères ou porter atteinte à une fonction organique, un consentement explicite est nécessaire et dans ce cas le consentement verbal, clairement énoncé, est normalement suffisant (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 29). Dans le cas du consentement implicite, donc qui n'est pas exprimé de façon formelle, il concerne toutes les actions routinières d'un rendez-vous médical, comme le fait de tendre un bras pour un prélèvement. Par contre, « certains actes faisant partie intégrante de la démarche clinique pour le médecin, par exemple l'examen gynécologique ou le toucher rectal, commandent des précautions. Le médecin avisé informera clairement la personne qu'il procédera à cet examen et dans quel but. » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 29) Aussi, les patient.e.s peuvent retirer en tout temps leur consentement par un avis verbal et il faut rappeler que le ou la patient.e apte à consentir est également apte à refuser le soin ou traitement proposé. Le refus de consentir ou le refus de soin est un droit des patient.e.s. souvent omis dans les discussions sur le consentement, particulièrement en périnatalité.

Un autre aspect important de la définition du consentement aux soins et qui a un impact très important sur la façon dont il est respecté en OBGYN est les différentes situations où il n'est pas requis. Parmi ces cas d'exceptions se retrouve le traitement d'urgence, souvent invoqué en obstétrique :

[...] l'urgence justifiera en droit le dévoilement d'une moins grande quantité de renseignements, voire même une absence totale de ces derniers. En obstétrique, l'urgence, principal fondement de l'action pour le bien-être de l'enfant à naître, correspond à une justification valable en droit pour atténuer et même passer outre aux exigences de base relativement au consentement. (Cadorette, 2006, p. 10)

Dans le Code civil, l'urgence est effectivement clairement indiquée comme une raison valable pour la non-nécessité du consentement :

En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. (Code civil, 1991, c.64, a.13)

La particularité de l'urgence en obstétrique se situe dans la part non négligeable de subjectivité, car la notion de danger immédiat est assez flexible et repose en partie sur le jugement clinique des médecins. Par contre, même en cas d'urgence, le consentement devrait être obtenu lorsque la situation le permet :

L'urgence se définit comme une situation où la vie (ou l'intégrité d'un membre) de la personne est en **danger immédiat**. Il s'agit d'une condition d'exception à l'obtention du consentement, et non d'un congé de consentement. En effet, chaque fois que le patient peut consentir, même si c'est une urgence, ce consentement est requis. Par contre, s'il y a urgence et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile, le médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient. (CMQ, 2010)

Les composantes du consentement aux soins sont donc multiples et peuvent paraître complexes à respecter entièrement et systématiquement dans le contexte clinique du

système de santé québécois, mais à la base il devrait s'agir en fait d'un simple outil permettant de vérifier que la relation médecin-patient.e est une relation thérapeutique saine et horizontale et non un rapport de domination :

Résultat de la démarche mentale initiale, le consentement représente l'achèvement du temps préthérapeutique et scelle l'accord du patient et du praticien pour engager la réalisation des soins. Il revêt une importance ponctuelle critique, mais ne doit pas monopoliser l'attention. Ce n'est pas l'obtention de ce consentement qui doit principalement motiver le médecin, ce sont les échanges préalables dont la conclusion logique naturelle sera le consentement. Il ne représente pas tant une fin mobilisant toutes les énergies, qu'un signe confirmant que la relation est de bonne qualité et satisfait le patient. (Hoerni et Saury, 1998, p. 65)

2.2 Violence de genre

Il nous apparaît impossible de traiter des VO autrement que dans une perspective féministe, puisqu'il s'agit d'une forme de domination sur les femmes à travers un contrôle de leurs capacités et autonomie reproductives. Comme il est mentionné dans un article sur la dimension structurelle de la VO rédigé par des chercheurs et chercheuses d'Europe et d'Amérique latine (Sadler *et al.*, 2016), il est important de distinguer l'analyse des VO des autres formes de violences médicales, justement car il s'agit d'un enjeu féministe et d'un cas de violence de genre, la biomédecine étant un système reproduisant les idéologies sociales sur le genre :

[...] labouring women are generally healthy and not pathological; and labour and birth can be framed as sexual events, with obstetric violence being frequently experienced and interpreted as rape. Biomedicine is a social and cultural system, a complex historical construction with a consistent set of internal beliefs, rules and practices, which responds to and reproduces gender ideologies across health professions, the legal system and the state. (p. 50)

C'est un certain militantisme féministe au Québec qui a permis de mettre en lumière ce problème social à travers, notamment, la lutte pour l'humanisation des naissances ou pour l'accouchement respecté. La maternité a été et continue d'être envisagée par plusieurs courants féministes sous le prisme de l'oppression, par certaines féministes matérialistes et les féministes de la spécificité (Benoît-Huneault, 2018) par exemple, ou à l'inverse a été réifiée en valorisant le « féminin-maternel comme voie de libération et contre-pouvoir à protéger de l'emprise patriarcale et de l'assujettissement aux valeurs marchandes » (Descarries et Corbeil, 2002, p. 22), comme c'est le cas des « féministes différentialistes » (*ibid.*, p. 24). Ainsi, malgré les clivages entre certains courants prônant la médicalisation, vue comme permettant la libération des femmes des contraintes reproductives, et d'autres courants militant pour l'accouchement respecté, « la maternité et la fonction maternelle ont toujours été, et continuent d'être, une préoccupation centrale du féminisme et de ses différents modèles d'interprétation » (*ibid.*, p. 31). Toutefois, d'autres analyses de la question vont plutôt affirmer que la grossesse et l'accouchement ont été un angle mort des luttes féministes, car pendant un certain temps elles se sont « plutôt intéressées à la possibilité pour les femmes de choisir d'avoir un enfant ou pas, et si oui, quand, plutôt qu'à la question de comment elles souhaitaient avoir cet enfant. » (Bouilhers, 2017, p. 24)

Dans cette recherche, qui s'intéresse à cette deuxième question du « comment » peuvent être vécus la grossesse et l'accouchement, les VO sont envisagées comme une violence systémique envers les femmes en tant que classe sociale, car comme le présente Silvia Federici (2004/2014), si on examine la question sous l'angle de la division sexuelle du travail, cette violence basée sur le genre est aussi une violence de classe :

[...] si la « féminité » s'est constituée dans la société capitaliste comme fonction dissimulant la production de la force de travail sous couvert d'une fatalité biologique, alors « l'histoire des femmes » est « histoire de classe », et la question à se poser est de savoir si la division sexuée du travail qui a produit ce concept particulier de féminité a été transcendée. Si la réponse est négative (et elle l'est certainement quand on examine l'organisation actuelle du travail reproductif), alors « femmes » est une catégorie d'analyse légitime, et les activités associées à la « reproduction » demeurent un terrain de lutte essentiel pour les femmes, comme elles l'étaient pour le mouvement féministe des années 70 qui, sur cette base, établissait un lien avec l'histoire des sorcières.
(p. 25)

Cette forme de violence sexiste s'inscrit donc dans une longue histoire de rapports de force et de domination des hommes sur les femmes, desquels découlent des stéréotypes de genre qui placent celles-ci dans un rôle de faiblesse et de soumission :

L'organisation sociale s'appuyant sur ces stéréotypes crée une hiérarchie entre les rôles masculins et féminins, et permet notamment aux hommes de s'appropriier les capacités productives et reproductives des femmes. La violence obstétricale qui s'exerce à ce moment précis qu'est la grossesse et l'accouchement, s'inscrit pleinement dans cette appropriation du corps et des capacités reproductives féminines. La pathologisation de phénomènes physiologiques normaux que sont la grossesse et l'accouchement est un moyen de soumettre les femmes aux médecins, et donc assurer un contrôle sociétal très puissant sur leur corps au moment où elles exercent leur capacité de reproduction. (Lahaye, 2018, p. 180)

La médicalisation est d'ailleurs un des principaux outils par lequel le contrôle de la sexualité et des fonctions reproductives féminines s'effectue en médecine. L'obstétrique ayant été créée et ayant évolué dans un terreau profondément patriarcal et puisque que c'est une spécialité médicale qui concerne la classe des femmes, la plupart des analyses sur les VO les envisagent effectivement comme une oppression et violence de genre et certain.e.s féministes et chercheur.se.s vont également parler d'une violence sexuelle :

[...] le contrôle exercé au moment de l'accouchement est un contrôle sur le sexe (en tant que partie du corps féminin procréateur), un contrôle de genre (une domination exercée sur la classe des femmes par une médecine androcentrée), et un contrôle de sexualité portant sur l'usage sexuel du corps. (Négré et Cascales, 2016, p. 195)

Pour Barbara Ehrenreich et Deidre English, auteures et militantes féministes américaines, ce rapport trouble de la médecine à la sexualité féminine remonte jusqu'au XIX^e siècle, époque où le modèle de la « psychologie de l'ovaire »¹³ fut dominant et aurait permis une distinction entre reproduction et sexualité : « [l]a conception que la sexualité féminine était toujours d'origine pathologique offrait une justification d'ordre médical à cette vigilance. Pour certains médecins, il n'y avait donc rien d'anormal à réaliser des tests, en touchant les seins ou le clitoris. » (Ehrenreich et English, 1973/2016b, p. 44) Les auteures et conseillères conjugales et familiales Laëtitia Négrié et Béatrice Cascales précisent dans un article paru en 2018 que les

[...] circonstances au cours desquelles la sexualité et la procréation ont été dissociées présentent deux images inversées de l'autonomie : d'un côté, la sexualité est dissociée de la maternité et cette dissociation participe à émanciper les femmes ; de l'autre, l'accouchement est séparé de la sexualité et cette séparation contribue à leur oppression. Le caractère émancipatoire de la dissociation sexualité/maternité invisibilise la dissociation accouchement/sexualité et masque de fait son caractère opprimant et politique. (p.184)

Certains discours et témoignages vont d'ailleurs faire le parallèle avec des abus sexuels ou le viol à l'accouchement (*birth rape*), notamment lors des touchers vaginaux non consentis (Lahaye, 2018 ; Sadler *et al.*, 2016 ; St-Amant, 2013). Cette affirmation suscite évidemment de nombreuses réactions dans le milieu médical. Comme l'a

¹³ « Au XIX^e siècle, on avait pour principe de base que la psychologie féminine n'était qu'une caractéristique auxiliaire au système reproductif féminin, et que seules les fonctions reproductrices déterminaient la nature de la femme. [...] Selon cette « psychologie de l'ovaire », tous les caractères « naturels » des femmes étaient gouvernés par les ovaires, et toute anomalie – de l'irritabilité à la folie – pouvait être assignée à une maladie ovarienne. (Ehrenreich et English, 1973/2016b, p.42)

démontré la juriste et militante pour le respect des droits en périnatalité Marie-Hélène Lahaye à propos de la polémique survenue en 2015 en France au sujet des étudiant.e.s pratiquant des touchers vaginaux sur des patientes endormies (Lorriaux, 2015), les médecins insistent pour affirmer que le toucher vaginal n'a rien de sexuel. Pour Lahaye, cela revient à imposer

[...] leur propre vision de ce que doit être la sexualité des femmes. Plus grave encore, ils déshumanisent les futures mères pour les réduire à un objet dont ils peuvent disposer à leur guise et transforment les organes génitaux féminins en une partie de corps aseptisée sur lequel ils peuvent poser sans limite tout geste médical. En déssexualisant le vagin, la médecine met en place les prémices physiques et les conditions morales de la violence obstétricale. (Lahaye, 2018, p. 105-106)

Pourtant, l'auteure féministe américaine Terri Kapsalis présente dans *Public Privates* (1997) les résultats de recherche du psychiatre Buchwald qu'il a menée auprès d'étudiant.e.s en médecine à propos de leur formation aux touchers vaginaux, qui indiqueraient plutôt que la ligne est pour eux et elles très mince entre la sexualité et le toucher vaginal :

Students seem to find it very difficult to consider female genital display and manipulation in the medical context as entirely separate from sexual acts and their accompanying fears. Buchwald's list of fears makes explicit the perceived connection between a pelvic examination and a sexual act. [...] Cultural attitudes about women and their bodies are not checked at the hospital door. If women are largely marketed as sexualized objects of the gaze, why should a gynecological scenario necessarily produce different meanings? (p. 63)

Enfin, cette identité patriarcale de la gynéco-obstétrique ne s'amenuise pas avec la récente féminisation de la pratique, puisque l'idée que le corps des femmes est défaillant (St-Amant, 2013 ; Ehrenreich et English, 1973/2016b) et que la pratique féminine de l'accouchement, celle de la pratique sage-femme, est inférieure voire dangereuse, ont été profondément intériorisées dans la formation médicale et dans la

société en général.

D'ailleurs, selon Kapsalis les médecins en OBGYN sont autant des produits de la culture sexiste et patriarcale en médecine que des courroies de transmission de cette culture :

Historically, gynecologists (along with psychiatrists, anatomists, etc.) have been part of the group of experts who have constructed truths about women and their bodies and sexualities. These experts are products of culture as well as cultural producer. In part, therefore, gynecology is both a symptom of cultural attitudes about women and their bodies as well as a means of perpetuating such attitudes. (1997, p. 9)

2.3 Violence institutionnelle

Dans l'article que le psychologue Lucas Bembem (2016) a consacré à la violence institutionnelle, il se rapporte aux sens étymologiques des mots violence et institution : la violence institutionnelle peut être définie comme un « abus de force à l'encontre des personnes vulnérables, commis dans et par le système d'accueil et d'accompagnement. » (p. 2) Il rapporte également la définition de Stanislaw Tomckiewicz, qui a mené des enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents, se déclinant ainsi : « toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile [...] ». (Bembem, 2016, p. 4) En remplaçant « enfant » par

« personne », cette définition convient à la pluralité des formes de violence institutionnelle. Bembem tire de cette dernière définition les réflexions suivantes :

[...] c'est dans les conséquences de cette action que se situe la violence, et non dans sa nature même de « force ». [...] En effet, le dépassement du manichéisme (voulant que la force soit appliquée ou non) place la violence dans le champ de l'ajustement et du jugement. Plus que constatée, elle est construite à l'aune de critères évaluant l'action menée. Cela ouvre donc le champ de l'éthique plutôt que du repérage, puisqu'il s'agira d'établir un ensemble de valeurs donnant légitimité ou non à la force (ou à l'absence de force) constatée. Par ailleurs, un autre élément semble fondamental : cette force peut être appliquée au sein de l'institution mais également par elle. Il s'agira alors de dépasser la notion d'abus au sein du système pour y inclure celle, plus globale, de fonctionnement institutionnel violent. (Bembem, 2016, p.4-5)

Cette idée de la violence située dans la ou les conséquences d'une action plutôt que la violence de l'action elle-même est importante. En médecine, l'idée de violence est contraire à l'*ethos* professionnel et l'intention des professionnel.le.s n'est jamais de « faire mal ». Mais les bonnes intentions n'ont jamais été garantes de l'absence de souffrance, tout comme faire une épisiotomie¹⁴ dans l'intention de « sauver » un.e enfant sur le point de naître, par exemple, n'est pas garant de l'absence de trauma de la personne parturiente suite à l'acte, surtout si son consentement véritablement éclairé n'a pas été adéquatement obtenu, l'urgence ayant été invoquée ou non.

Les pratiques exerçant une forme de violence sur les individus s'expliquent en partie par des modalités d'exercice pouvoir « relayées de l'intérieur par les individus eux-mêmes. » (Gouilhers, 2017, p. 37). Les concepts de biopouvoir et de biopolitique de Michel Foucault permettent ainsi d'éclairer le lien entre VO et violence institutionnelle. Le pouvoir, conçu comme un type de relation circulant à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des institutions, puis « dans et par les individus, professionnel.le.s comme

¹⁴ Incision du périnée.

parturientes » (Gouilhers, 2017, p. 38), se manifeste dans la responsabilisation et l'auto-surveillance des individus qui prennent ainsi part au « gouvernement ». La sociologue suisse Solène Gouilhers (2017) présente dans sa thèse sur le gouvernement de l'accouchement par le risque une synthèse assez claire sur ce lien entre la gouvernementalité et l'intériorisation des normes et du risque :

[...] ce n'est pas par l'obligation ou la violence que l'individu est discipliné (ou pas uniquement) afin qu'il agisse en fonction des bons comportements définis par le pouvoir médical, mais plutôt par la suggestion, le conseil, la recommandation et la signification de normes par la prévention : « l'objectif est que les comportements subjectifs correspondent aux normes biomédicales » (Jacques 2007, 17). C'est-à-dire que l'individu applique volontairement ces normes dans ses propres pratiques, qu'elles deviennent son propre projet individuel. Jacques a montré l'influence des soignant.e.s mais aussi de la presse de vulgarisation pour socialiser les futures-mères à l'adoption de comportements souhaitables par exemple. [...] Dans la perspective foucauldienne de la gouvernementalité, l'individu est « infiltré par le pouvoir et la technologie morale du risque » (Chadwick et Foster 2014, 89 ma traduction) et devient un agent moral qui s'autorégule (« a self-regulating moral agent ») et participe activement et volontairement aux régimes de régulations [...]. (p. 37-38)

La chercheuse Dominique Memmi et le médecin anthropologue Didier Fassin ont parlé du gouvernement des corps par une « biopolitique déléguée » aux soignant.e.s, ayant l'obligation « de tester la force et la conformité des désirs de leurs patients : désir d'enfant par exemple (procréation médicalement assistée) ou désir d'avorter (consultations d'IVG ou d'IMG, d'attribution de la pilule du lendemain aux mineures, etc.) (Memmi, 2010, p. 301-302), et aux professionnel.le.s de la médecine et de la biologie qui doivent « édicter leurs propres modes d'autocontrôle » (*ibid.*, p. 302) via les comités d'éthique ou les procédures internes aux services hospitaliers. Finalement, « [c]ette « biopolitique » est « déléguée » [...] aux patients eux-mêmes qu'il s'agit chaque fois officiellement de convaincre et de faire consentir. » (*Ibid.*, p. 302)

La violence institutionnelle serait aussi ce moment où l'organisation d'une ou des institutions prime sur le bien-être des personnes d'une société. La dimension macrosociale de l'organisation des soins dans le système de santé actuel, avec les coupures budgétaires et tous les aspects de rentabilité, d'efficacité de gestion qui y sont liés et les réformes organisationnelles, telle que la récente centralisation des organisations, joue un rôle important dans la qualité des soins reçus par les patient.e.s et éventuellement, dans la fragilisation du respect de leurs droits.

Les concepts de violence culturelle et de violence structurelle issus de la théorie de Johan Galtung (1969 ; 1970) permettent également de préciser le concept de violence institutionnelle. Pour Galtung, la violence structurelle s'exprime principalement par l'iniquité des chances dans une société et une distribution inégale des ressources et du pouvoir (Galtung, 1969). Plus tard, il ajoute le concept de violence culturelle qu'il définit ainsi :

By 'cultural violence' we mean those aspects of culture, the symbolic sphere of our existence – exemplified by religion and ideology, language and art, empirical science and formal science [...] – that can be used to justify or legitimize direct or structural violence. [...] Cultural violence make direct and structural violence look, even feel, right – or at least not wrong. (1990, p. 291)

Il précise ensuite la façon dont la violence « directe » peut s'institutionnaliser, soit à la jonction d'une structure violente institutionnalisée et d'une violence culturelle intériorisée :

Violence can start at any corner in the direct-structural-cultural violence triangle and is easily transmitted to the other corners. With the violent structure institutionalized and the violent culture internalized, direct violence also tends to become institutionalized, repetitive, ritualistic, like a vendetta. (Galtung, 1990, p. 302)

Dans le cas des VO, cela se rapporte à l'idée de transmission d'une culture de pratiques dont la violence se vit concrètement, physiquement, mais dont la source est structurelle. La VO est donc un « processus par lequel les inégalités sociales sont produites et justifiées par la domination symbolique » (Flynn *et al.*, 2014, p. 34) de l'institution dominante biomédicale :

The power of biomedicine in health systems is a common but unnamed element, and its hegemony seems to erase the need to report its existence. These discrete mechanisms can be analysed as forms of structural violence, invisible manifestations of violence that are built into the fabric of society, producing and reproducing social inequalities across groups. (Sadler *et al.*, 2016, p. 50)

Dans le cas des VO, cette violence institutionnelle se situe dans le système médical, mais la formation en médecine dont la majeure partie se déroule au sein de ce système, joue un grand rôle dans leur reproduction. Pour Bourdieu et Passeron, « [t]out pouvoir de violence symbolique, i.e. tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force, ajoute sa propre force, i.e. proprement symbolique, à ces rapports de force. » (Bourdieu et Passeron, 1970, p. 18) L'école serait donc un lieu de reproduction des rapports de domination d'une société et « toute action pédagogique (AP) est objectivement une violence symbolique en tant qu'imposition, par un pouvoir arbitraire, d'un arbitraire culturel » (Bourdieu et Passeron, 1970, p. 19). Ils diront également que tout système d'enseignement se doit de

[...] produire et reproduire, par les moyens propres de l'institution, les conditions institutionnelles dont l'existence et la persistance (autoreproduction de l'institution) sont nécessaires tant à l'exercice de sa fonction propre d'inculcation qu'à l'accomplissement de sa fonction de reproduction d'un arbitraire culturel dont il n'est pas le producteur (reproduction culturelle) et dont la reproduction contribue à la reproduction des rapports entre les groupes ou les classes (reproduction sociale). (Bourdieu et Passeron, 1970, p. 70)

2.4 Médicalisation

Dans un article sur la biomédicalisation, les sociologues américains Adele Clarke *et al.* (2000) présentent le concept de médicalisation comme l'un des plus puissants de la sociologie moderne, car

les processus de médicalisation ont, tous ensemble, constitué un des changements les plus fondamentaux de la seconde moitié du vingtième siècle en remplaçant la dichotomie bien/mal par celle de bien-portant/malade, comme cadre culturel et conceptuel majeur de l'Occident. (p.12)

Dans un premier temps, il faut remettre en contexte l'ère industrielle dans laquelle la médicalisation a pris son essor. La médicalisation découle en effet de la métaphore machinique qui

occupe une place fondamentale à l'aube de l'ère du capitalisme industriel dans laquelle se développe la pensée médicale. Elle est d'autant plus décisive qu'elle s'exprime encore aujourd'hui, propulsée par le paradigme cybernétique et le développement des technosciences [...]. (Martin, 2011, p. 57)

La médicalisation du corps dans le contexte de la biomédecine et du capitalisme se caractérise par le morcellement de celui-ci en plusieurs parties. Le corps-machine, héritage de la philosophie cartésienne (Le Breton, 2013) et du corps ouvrier de l'ère industrielle, est un corps dont les pièces et les fonctions se classent dans les catégories normales/pathologiques et apparaissent de plus en plus indépendantes les unes des autres, car « au fur et à mesure que la science et la technique avancent, se généralise l'objectivation du corps dans la praxis sociale, faisant de lui un membre surnuméraire de l'homme. » (Martin, 2011, p. 59) Ainsi, la médecine elle-même se morcelle à son tour en de multiples spécialités et surspécialités :

La médecine fait le pari du corps, elle repose sur une anthropologie résiduelle. Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique, poussé à son extrême degré de raffinement par l'hyperspécialisation autour de certaines fonctions ou de certains organes, l'usage des nouvelles technologies d'imagerie dans l'élaboration de diagnostic, le recours à des moyens toujours plus technicisés, notamment les systèmes experts informatisés pour l'aide au diagnostic, ce sont là des logiques médicales, parmi d'autres, qui arrivent à un point d'aboutissement. Le corps était distingué déjà de l'homme, il se voit morcelé à l'extrême. Le patient est conçu *in abstracto* comme le fantôme régnant sur un archipel d'organes, isolés méthodologiquement les uns des autres. (Le Breton, 1990/2013, p. 111)

Le corps devenu machine permet une déshumanisation des patient.e.s et donc, dans le cas de la naissance, le phénomène de déshumanisation est étroitement lié à celui de la médicalisation de la grossesse et l'accouchement.

Pour l'écoféministe Carolyn Merchant (1979), la révolution scientifique a aussi permis, dans un contexte patriarcal, l'émergence d'une dialectique entre production et reproduction associant « femme » et « nature » où la « féminisation de la nature » et la « naturalisation de la femme » justifient leur domination (Warren, 1998). Dans le contexte de la montée des sciences mécanistes et de la transition capitaliste, elles sont rendues passives et donc exploitables, rendant justifiable la dépossession de l'autonomie et du contrôle des femmes sur le corps.

Le concept de médicalisation est étroitement lié à ceux de surveillance et de contrôle. Foucault situe vers la fin du XVIII^e siècle le début de cette hégémonie de « l'espace médical » sur « l'espace social », pouvant « le traverser et le pénétrer entièrement » (1963/2015, p. 55) :

On commence à concevoir une présence généralisée des médecins dont les regards croisés forment réseau et exercent en tout point de l'espace, en tout

moment du temps, une surveillance constante, mobile, différenciée. [...] Et comme s'il ne suffisait pas de l'implantation des médecins, on demande que la conscience de chaque individu soit médicalement alertée ; il faudra que chaque citoyen soit informé de ce qu'il est nécessaire et possible de savoir en médecine. Et chaque praticien devra doubler son activité de surveillant d'un rôle d'enseignement, car la meilleure manière d'éviter que se propage la maladie, c'est encore de répandre la médecine. (*Ibid.*, 55-56)

Irving K. Zola et Peter Conrad sont parmi les premiers à avoir défini le concept de médicalisation. Zola a écrit en 1992 un essai intitulé *Medicine as an Institution of Social Control*, où l'institution médicale est décrite comme devenant « the new repository of truth, the place where absolute and often final judgments are made by supposedly morally neutral and objective experts. » (Zola, 1992, p. 487) Cette nouvelle vocation institutionnelle se déploierait par le phénomène insidieux de la médicalisation de la vie quotidienne dont découlerait la catégorisation d'une part de plus en plus grande de l'existence humaine sous les étiquettes « en santé » et « malade » et qui prendrait racine dans un système technologique et bureaucratique se complexifiant de plus en plus (Zola, 1992). Selon Conrad (1992), la médicalisation consiste à définir et appréhender un problème sous le prisme médical :

Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to « treat » it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession. (p. 211)

La médicalisation s'inscrit à un niveau conceptuel avec une idéologie, un discours et un vocabulaire propres lui permettant d'intégrer le social. Elle se positionne au niveau institutionnel de par l'autorité médicale dans la gestion des problèmes « psychosociaux » et des interventions médicales, puis elle s'inscrit au niveau interactionnel, à travers la relation médecin-patient.e dans laquelle s'insère la prise de

décision quant au diagnostic et au traitement du problème qui aura été désigné de nature médicale (Nader, 2012). Ainsi, la médecine devient effectivement un agent ou un outil de contrôle social qui « s'appuie sur une construction des risques et sur des stratégies hétérogènes d'autosurveillance et de surveillance externe » (Clarke *et al.*, 2000, p. 14), pour investir de façon croissante les problèmes sociaux, tels que l'abus d'alcool ou de drogues. Cette médicalisation a donc pu intégrer certains pans du social non pathologiques, telle que la naissance, soit la grossesse et l'accouchement qui ne sont ni des maladies ni des problèmes sociaux.

Dans leur article, Clarke *et al.* (2000) discutent également du lien entre cette surveillance et la notion de risque, très présente en médecine :

Le risque et la surveillance se construisent mutuellement : les risques sont calculés et évalués afin de rationaliser la surveillance, et c'est au travers de la surveillance que les risques sont conceptualisés et standardisés en des calculs et des algorithmes toujours plus précis (Lupton, 1995). Ils ne sont plus circonscrits à l'hôpital, à la clinique ou même à la relation médecin malade (Waitzkin, 1991). Ils impliquent chacun d'entre nous et des populations entières. Il n'est plus nécessaire de présenter des symptômes pour être considéré comme malade ou « à risque ». Avec la « problématisation du normal » et la montée de ce qu'Armstrong (1995) appelle la « médecine de la surveillance », tout le monde est impliqué dans le processus : « tomber (éventuellement) malade » nous guette (Petersen, 1997), tant individuellement que collectivement, nous occupons des espaces ténus et liminaux entre maladie et santé. (p. 25-26)

Ce lien entre le risque et la surveillance qui caractérise la médicalisation a un impact particulièrement important dans le domaine de la périnatalité :

Pour Elizabeth Eckermann, un trait commun des sociétés axées sur le risque est l'accord sur le fait que « la grossesse et l'accouchement présentent de multiples dangers et que le meilleur moyen d'en éviter les risques est de rechercher l'intervention médicale ». Ayant pu observer le haut degré d'anxiété présenté aujourd'hui par les femmes enceintes, Possamai-Inesedy précise en ce sens que

nos nouvelles notions de la santé et de la responsabilité ont créé « les conditions de l'acceptation culturelle de l'intervention médicale sur l'accouchement » et que, le regard scrutateur du public étant toujours posé sur elle, la femme enceinte est devenue la personne « la moins capable d'échapper aux conséquences de la société du risque », et ce, même si les taux de mortalité et de morbidité associés à la naissance sont très faibles dans les pays occidentaux. [...] En d'autres mots, la présence constante de ces risques dans le climat actuel de la culture entourant la naissance les concrétise littéralement. (St-Amant, 2013, p. 25)

La biomédicalisation (Clarke *et al.*, 2000, 2003) est la dimension contemporaine de la médicalisation à laquelle s'ajoutent les innovations technoscientifiques, dans le contexte de la révolution technoscientifique de la fin du XX^e siècle (Clarke *et al.*, 2000) :

Initialement, la médicalisation correspondait essentiellement à l'expansion de la juridiction de la profession médicale à de nouveaux domaines et, en particulier, à des problèmes auparavant considérés comme spirituels/moraux ou légaux/criminels (alcoolisme, avortement, homosexualité, par exemple). [...] Bien que la biomédicalisation conserve cette particularité d'étendre les juridictions professionnelles, son *modus operandi* repose sur des innovations que les technosciences construisent et organisent et qui ne se contentent pas d'ajouter à ce qui existe, mais bien plutôt le transforment. (*Ibid.*, p. 12)

L'obstétrique est définitivement un des secteurs de la médecine où la biomédicalisation s'épanouit fortement. Le moniteur fœtal en est un excellent exemple : un outil technologique développé afin de surveiller et enregistrer l'intensité des contractions utérines et les battements du cœur fœtal, permettant de réduire les risques de souffrance fœtale, destiné au départ à suivre les accouchements pathologiques et qui est devenu pratique courante dans les hôpitaux au courant des années soixante-dix (Laurendeau, 1987). Mais l'introduction de cette technologie a eu des répercussions insidieuses, comme l'augmentation du taux de césariennes et du recours aux forceps et aux ventouses :

Aux États-Unis, l'ECRF [l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal] accompagnait 44,6 % des accouchements en 1980 et près de 85 % en 2002. La généralisation de son utilisation est à l'origine d'un accroissement sensible du taux des césariennes et des extractions, sans pour autant induire une réduction significative du risque néonatal. (Secourgeon, 2012, p. 527)

En guise d'explications, St-Amant avance qu'il y aurait un lien entre cette augmentation et l'interprétation que font les professionnel.le.s de leur lecture du tracé du monitoring :

[...] l'interprétation de cette mise à l'écran ou sur papier du rythme cardiaque foetal est difficile et donne lieu à beaucoup d'alarmisme, ce que les nombreuses études sur le sujet ont mis en évidence. Elle justifie d'autant l'intervention qu'elle est ambiguë, d'où l'augmentation fulgurante des césariennes concomitante à son introduction dans les maternités. Par exemple, on comprend maintenant que le rythme cardiaque ralenti et moins « réactif » d'un bébé qui suce son pouce ou dort peut être rapidement interprété comme un état de détresse foetale. Sur le plan fantasmatique, la peur atavique devant ce phénomène qui passe et se passe à travers le corps féminin trouve là sa validation en permettant à l'intervenante de barricader ses propres affects derrière l'analyse du graphique inerte, invalidant la possible (et sûrement nécessaire) symbolisation de cette peur, et le coupant ultimement de tout dialogue « vivant » avec la parturiente. (2013, p. 167)

Dans son article sur le monitoring et ses effets indésirables, le gynécologue Jean-François Secourgeon (2012) pose d'ailleurs une question pertinente : « ce phénomène est-il en relation avec les limites naturelles de l'outil ECRF pour évaluer le statut fœtal ou plutôt secondaire au défaut de pertinence des professionnels dans l'interprétation des tracés ? » (p. 528)

Depuis quelques années, les biotechnologies reproductives font d'ailleurs partie intégrante de la culture de la reproduction : banques de sperme et d'ovules, fécondation *in vitro* et bientôt, l'utérus artificiel. L'ectogenèse complète pourrait en effet être mise en marché « dans un avenir variable allant de dix à cent ans » selon Sylvie Martin,

sociologue auteure de *Le désenfancement du monde* (2011). Pour plusieurs, la grossesse hors de l'utérus humain est une promesse révolutionnaire, permettant de répondre à de multiples « problématiques sociomédicales », telles que l'infertilité ou la prématurité et de « libérer les femmes des diverses contraintes liées à l'enfancement [...] en plus de radicaliser la distinction entre sexualité et reproduction – tout en corrigeant l'« asymétrie immémoriale » entre les hommes et les femmes [...] » (Martin, 2011, p. 10) Mais la matrice artificielle signifie surtout « l'évacuation du corps dans le processus de la mise au monde des enfants », ce qui « constituerait sans doute une rupture anthropologique colossale, bouleversant le fait social total et universel que *tous les enfants naissent d'un corps humain féminin* » (*ibid.*, p. 11).

Cet « impérialisme médical » a également été critiqué par Yvan Illich dans *Némésis médicale* (1975) qui porte sur l'iatrogenèse clinique, soit l'érosion de la santé d'une population induite par l'intervention médicale, entre autres par les effets secondaires des traitements et la perte d'autonomie des individus dans la prise en charge de leur santé. L'obstétrique est définitivement un exemple de ces efforts de la profession médicale pour accroître son autorité et son pouvoir et les violences obstétricales sont le résultat direct de son hégémonie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 1985 la communauté internationale sur les soins de santé a situé le taux de césarienne idéal entre 10 % et 15 % (WHO, 2015). Sadler *et al.* (2016) rappellent que l'OMS a aussi exprimé en 1985 des inquiétudes sur la médicalisation excessive de l'accouchement, invitant les professionnel.le.s de la santé à vérifier la pertinence de certains protocoles et certaines pratiques. Or, depuis ces déclarations de l'OMS, les taux de césarienne ont continué d'augmenter dans une grande partie du monde jusqu'à atteindre 50 % dans certains cas (*ibid.*, p. 48) et ce, sans amélioration notable au niveau de la mortalité maternelle et infantile : « there is increasing concern about the iatrogenic effects of obstetric interventions in women who do not have a clinical need, thereby putting “normal” birth firmly on the agenda for the 21st century. » (*Ibid.*, p. 47)

À cette vision médicalisée et pathologisante de la santé peut être opposée une vision macropolitique et économique, dans laquelle la maladie n'est pas le résultat systématique et unique de sources infectieuses ou de problèmes de défaillances physiologiques, mais d'une variété de problèmes sociaux issus d'une société capitaliste :

[...] critical medical anthropology maintains that discussion of specific health problems apart from macrolevel political and economic issues only serves to mystify social relationships that underlie environmental, occupational, nutritional, residential, and experiential conditions. Disease is "not the straightforward outcome of an infectious agent or pathophysiologic disturbance. Instead, a variety of problems – including malnutrition, economic insecurity, occupational risks, bad housing, and lack of political power – create an underlying predisposition to disease and death" (Waitzkin 1981 : 98). Importantly, the ultimate origin of these problems is not environmental or biological but social, namely the existence of inherently oppressive social relationships of production and expropriation. (Singer, 1986, p. 129)

Finalement, comme ce fut mentionné dans la section consacrée au consentement, le véritable choix éclairé et une réelle autonomie en périnatalité peuvent difficilement exister dans un contexte où la médicalisation est devenue la norme sociale :

[...] choice for childbearing women is only ever partial, as it is restricted by protocols, hierarchy and fear. The literature shows that belief that birth is risky – along with a dependence on hospitalization, intervention and technology to ensure safety – actually constrains and regulates choice. » (McAra-Couper, 2012, p. 84)

En somme, cette revue de la littérature permettant d'établir une définition du concept de consentement et des concepts qui définissent la VO, soit la violence institutionnelle, la violence de genre et la médicalisation, était nécessaire pour construire une base

théorique et une grille d'analyse servant à interpréter les données issues des entretiens avec les étudiant.e.s en médecine.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Questions et hypothèses

La question générale cette recherche est la suivante : **est-ce que la formation médicale et l'enseignement du consentement aux soins au Québec participent à une reproduction sociale des violences obstétricales ?** En partant du principe qu'un système d'enseignement est un lieu de production et de reproduction de violences (physiques, culturelles et symboliques) et pour comprendre les processus d'institutionnalisation des violences spécifiques aux personnes enceintes et parturientes, il est en effet pertinent de questionner le rôle de la transmission des savoirs en médecine et plus spécifiquement en OBGYN. La formation médicale est un sujet large qui, pour s'y attarder dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et produire des éléments de réponse, doit être étudiée à partir d'un angle précis.

Le consentement, tel que mentionné précédemment, est un élément important des VO et de l'éthique biomédicale. En proposant l'enseignement du consentement comme sujet d'étude pour tenter de répondre à cette question, une question plus spécifique émerge alors : **comment sont transmises les notions théoriques et pratiques du**

consentement libre et éclairé aux soins dans les formations universitaires en médecine gynécologique-obstétricale ? En guise d'hypothèse, il était proposé que la formation universitaire en médecine participe en effet à la reproduction d'une culture de pratiques obstétricales qui normalise une forme de violence dans le milieu de la gynéco-obstétrique.

Ensuite, il était suggéré que la notion de consentement aux soins est, dans une certaine mesure, enseignée dans une perspective de savoir, soit sur le plan théorique, mais est généralement défailante au niveau de l'enseignement pratique en OBGYN, soit en contexte clinique. Il existe par ailleurs une grande variabilité entre les établissements au niveau des données statistiques sur les interventions obstétricales, en plus d'une absence de données sur les actes médicaux dits de « routine » pratiqués lors d'un accouchement (Vadeboncoeur, 2004, p. 13). Selon les statistiques rapportées par Hélène Vadeboncoeur dans sa thèse, celle-ci affirme que :

[...] selon la région où elle accouche, une femme en travail a par exemple deux à trois fois moins la possibilité d'accoucher vaginalement après césarienne [...] ; il en est de même pour son risque de vivre une césarienne, ou des forceps, ou encore une épisiotomie, de jeûner en travail ou d'accoucher semi-couchée, qui peut doubler ou tripler selon la région où elle accouche et selon l'intervention et ce, peu importe ses préférences. Cette variation des pratiques touche aussi les établissements [...]. Ainsi, dans la seule région de Montréal-Centre, le taux d'épisiotomie en 2000-2001 variait entre 12,4 % et 43,9 % [...]. La variation de ces taux, bien qu'influencée par la proportion de femmes dont la grossesse ou l'accouchement présente des risques élevés selon la classification en vigueur en obstétrique, n'est pas directement reliée à l'état de santé des femmes ou de leur bébé. En effet les études sur les variations des pratiques médicales indiquent qu'elles sont reliées à un grand nombre de facteurs, et en particulier, au style de pratique des médecins, en ce qui a trait à la césarienne [...]. (Vadeboncoeur, 2004, p. 24)

Il est donc possible de croire que les pratiques courantes et la culture de chaque établissement hospitalier jouent un rôle déterminant dans le déroulement des

accouchements. À un niveau macro, la culture patriarcale de l'obstétrique et sa vision médicalisée de l'accouchement se transmettraient en partie par la formation en médecine et à un niveau micro, les pratiques obstétricales se transmettraient en fonction des patrons¹⁵ et de l'administration de chaque établissement.

3.2 Méthodologie et technique d'analyse

C'est à travers le vécu des étudiant.e.s en médecine que ces questions ont été étudiées. Ce choix s'explique d'abord parce que cette population était perçue comme plus facile à recruter que les médecins, puis plus à même de partager sur leur expérience de formation, leur scolarité et leurs stages étant encore récents dans leurs parcours. Ensuite, puisque les étudiant.e.s ne sont normalement pas encore rattaché.e.s à un établissement en particulier, il leur est probablement possible d'avoir une vision plus large et nuancée de la formation clinique.

Le type de collecte de données choisi pour aborder l'expérience de formation des étudiant.e.s est le qualitatif, car il s'inscrit dans une perspective interprétative et constructiviste :

Une telle posture épistémologique vise une compréhension riche d'un phénomène, ancrée dans le point de vue et le sens que les acteurs sociaux donnent à leur réalité. Une dynamique de coconstruction de sens s'établit donc entre les interlocuteurs : chercheur et participants, les uns apprenant des autres et stimule l'émergence d'un nouveau discours et d'une nouvelle compréhension, à propos du phénomène étudié. (Savoie-Zajc, 2009, p. 337)

¹⁵ Terme utilisé en médecine pour désigner les chefs de service et professeur.e.s.

L'entrevue est un bon outil pour ce type de démarche, car c'est une « interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence. » (Savoie-Zajc, 2009, p. 339) Afin d'arriver à mieux comprendre l'expérience de formation des personnes interviewées et le sens qu'elles donnent au consentement, c'est plus spécifiquement l'entrevue semi-dirigée qui a été utilisée, permettant de se laisser « guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux [que l'on souhaite] explorer avec le participant à la recherche » (*ibid.*, p. 340).

Les données ont donc été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées avec dix étudiant.e.s en médecine provenant des quatre universités du Québec offrant la formation en médecine et qui avaient réalisé, au moment de l'entretien, au minimum le stage obligatoire d'externat en OBGYN.

Il semblait pertinent d'avoir des participant.e.s provenant des différents établissements universitaires offrant la formation doctorale en médecine afin de dresser un portrait global de l'enseignement théorique et pratique au Québec sur l'éthique médicale et le consentement aux soins. Considérant que les universités sont affiliées à des centres hospitaliers universitaires et hôpitaux différents, ce choix permettait d'avoir accès à de l'information sur un plus grand nombre d'hôpitaux dans lesquels les étudiant.e.s peuvent faire des stages et ainsi de pouvoir dresser un portrait plus global de la formation médicale à partir des différences entre les établissements.

Un nombre plus élevé de participant.e.s aurait pu être intéressant pour que ce portrait soit plus précis et représentatif de la réalité québécoise, toutefois, comme l'échantillon est circonscrit à un domaine professionnel qui nécessite des études supérieures

contingentes, dispendieuses et longues, une certaine homogénéité était anticipée chez les étudiant.e.s en médecine sur le plan de l'âge, de la classe sociale et du parcours scolaire préuniversitaire. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, le nombre d'entrevues menées (dix) devrait suffire pour représenter une certaine diversité des points de vue de la population étudiée. C'est aussi une population avec une charge de travail/études considérable, il a donc fallu plusieurs mois pour atteindre cet objectif minimal de dix entrevues, la disponibilité des participant.e.s et l'organisation des rencontres ayant été un obstacle de taille dans le recrutement.

L'observation directe aurait pu être une méthode de collecte intéressante pour étudier l'application des règles concernant le consentement, cependant, les limites de cette technique résultant de l'influence de la présence d'un.e chercheur.se sur le comportement des professionnel.le.s observé.e.s auraient été très difficiles à contourner. De plus, l'obtention du consentement des personnes parturientes à participer à la recherche aurait été délicat et complexe à obtenir puis à revalider au moment de l'accouchement, ce qui aurait été paradoxal puisque c'est l'objet même de la recherche.

Le schéma d'entrevue (voir Annexe A) abordait d'une part le thème des connaissances sur le consentement aux soins et la façon dont elles ont été acquises par les étudiant.e.s sur le plan théorique et pratique dans le contexte de leur formation. D'autre part, ont été abordées les méthodes et normes de pratique de recherche du consentement observées par les étudiant.e.s interrogé.e.s dans leur formation clinique.

Le choix du milieu hospitalier, excluant donc celui des maisons de naissance et de la population sage-femme, s'explique par le fait que les violences recensées dans la littérature et dénoncées dans les médias et différents espaces publics au Québec prennent place en grande majorité dans les salles d'accouchement des hôpitaux. Il faut

aussi mentionner que la presque totalité des accouchements a lieu encore aujourd'hui en milieu hospitalier : au Québec en 2016-2017, seulement 4,2 % des grossesses ont été accompagnées par une sage-femme et ce chiffre n'inclue pas les naissances qui ont finalement eu lieu à l'hôpital après un transfert (Association canadienne des sages-femmes, 2018). Ceci n'exclut pas la possibilité que certaines sages-femmes puissent avoir des comportements inadéquats, abusifs ou discriminatoires, mais cela ne s'inscrit pas dans un système. Toutefois, comme la profession sage-femme est encore peu démocratisée et peu accessible aux personnes racisées, peu éduquées ou marginalisées (Bessaïh, 2018 ; Québec, 2008), il faut nuancer ce genre d'affirmation et prêter attention à ce qui suivra si le gouvernement du Québec prend des mesures pour rendre la pratique sage-femme plus accessible sur l'ensemble de son territoire et atteindre au minimum l'objectif de 10 % de suivis de grossesse par des sages-femmes qu'il s'était fixé pour sa Politique de périnatalité 2008-2018¹⁶.

Il y a aussi à prendre en considération dans le portrait global de l'accouchement en milieu hospitalier le rôle très important que jouent les infirmières en OBGYN et un pourcentage considérable de suivis de grossesse et d'accouchements effectués par des omnipraticien.ne.s. Toutefois, il aurait été impossible d'offrir une analyse aussi complète dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, mais ce travail a été amorcé admirablement par Hélène Vadeboncoeur (2004) et il est souhaitable qu'il soit poursuivi.

Comme mentionné précédemment, la sélection des participant.e.s a été effectuée au sein de la population étudiante des universités du Québec offrant la formation en médecine, soit l'Université de Montréal (UdeM), l'Université de Sherbrooke (UdeS),

¹⁶ L'énoncé de cette orientation de la Politique de périnatalité est le suivant : « Développer les services offerts par les sages-femmes et adopter un plan prévoyant la présence de ces professionnelles sur le territoire québécois afin que d'ici dix ans, elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes. » (Québec, 2008)

l'Université Laval (ULaval) et l'Université McGill (McGill). Puisque le sujet d'étude en est un qui peut être délicat à aborder avec la population visée, l'échantillon de volontaires a été privilégié, une technique en effet fréquemment utilisée dans « tous les cas où il semblerait difficile d'interroger des individus sur des thèmes considérés comme tabous, intimes » (Beaud, 2009, p. 263). L'université permettant généralement la création d'un réseau social assez important, la technique « boule de neige » a aussi été utilisée, les participant.e.s étaient donc invité.e.s à partager l'information de recrutement à leurs pairs.

Pour atteindre cette population, la première action entreprise a été de contacter les responsables de programme afin d'avoir accès à des listes d'envoi des facultés de médecine des quatre universités. L'accès à ces listes ayant toutefois été refusé, la deuxième action a été de poser des affiches de recrutement (autorisées) dans les facultés de médecine et dans certaines aires publiques de ces universités. Ce qui a réellement porté fruit cependant a été de faire appel aux associations étudiantes et journaux étudiants pour faire circuler le message de recrutement. Les réseaux sociaux ont également été très efficaces pour le partage de ce message et pour le recrutement. Toutes les personnes interviewées ont d'abord lu un formulaire d'information et de consentement (voir Annexe B) avant leur participation à la recherche.

Il y avait évidemment un risque de biais qui a été pris en compte dans l'analyse des données afin d'éviter toute généralisation hâtive, car les volontaires étaient probablement au départ intéressé.e.s. et sensibilisé.e.s à la thématique du consentement et potentiellement aux VO également : « l'utilisation de cette technique suscite des débats particulièrement vifs. On invoquera ainsi le fait que les volontaires ont généralement des caractéristiques psychologiques particulières [...] et que, par conséquent, toute généralisation est hasardeuse. » (Beaud dans Gauthier, 2009, p. 264)

Il aurait pu être intéressant de choisir les volontaires en utilisant certains critères. La sélection des participant.e.s selon la caractéristique de genre aurait peut-être permis de vérifier si cette variable dans un système patriarcal, binaire et cisnormatif a une influence sur la vision du consentement. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'une population plutôt homogène et que la profession s'est grandement féminisée¹⁷ depuis quelques années, il était anticipé qu'un plus grand nombre de volontaires femmes (cisgenres) répondrait à l'appel. Ce fut effectivement le cas (voir la section suivante), et comme le recrutement a été difficile et long, il aurait été malavisé de trier les volontaires. L'âge des étudiant.e.s n'était pas non plus considéré comme critère, puisque c'est une population s'inscrivant généralement dans un groupe d'âge circonscrit.¹⁸ Alors qu'au départ le critère le plus important était celui d'avoir fait au moins deux stages en OBGYN, pour la même raison d'un recrutement complexe, les critères ont été réduits en cours de route et les étudiant.e.s qui avaient fait au minimum le stage obligatoire en OBGYN ont été acceptés.e.s.

Les données recueillies ont été analysées à partir de la transcription des entrevues selon une démarche inductive. La codification et l'analyse des données ont été effectuées manuellement en regroupant, pour chaque question, les éléments de réponses des participant.e.s qui se recoupaient et ensuite, en relevant les éléments les plus évocateurs, soit par leur consensus, leur dualité ou leur grande disparité. Des liens ont pu ainsi être établis entre certaines catégories de réponse et les concepts utilisés dans le cadre théorique. Cela a permis de dégager quatre thèmes principaux qui seront présentés dans le chapitre suivant et qui seront mis en relation avec ces concepts. Les

¹⁷ Selon le CMQ, « [l]a profession médicale se féminise au fil des ans. Sur un total de 3 863 étudiants en médecine, on compte 2 434 femmes (63 %) et 1429 hommes (37 %). [...] Cette proportion du nombre de femmes médecins augmente d'environ 1 % par année. » Ces chiffres sont ceux de 2017-2018. (<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/bilan-annuel-effectifs-medicaux-2017.aspx>)

¹⁸ En 2011, plus de 70 % des étudiant.e.s en médecine étaient âgés.e.s entre 25 et 34 ans. (Québec, 2015)

réponses et caractéristiques des participant.e.s ont été codées afin d'assurer leur anonymat.

Le matériau de cette recherche est donc formé par le corpus de données créé à partir de l'analyse des entretiens qui, en permettant de croiser des éléments empiriques avec des éléments conceptuels et théoriques, contribue à définir le phénomène social complexe des VO à partir d'un angle d'approche peu abordé dans la recherche jusqu'à présent.

3.3 Portrait de l'échantillon

Entre octobre 2017 et mars 2018, huit femmes et deux hommes âgé.e.s entre 23 et 33 ans étudiant en médecine dans l'une des quatre universités du Québec offrant la formation doctorale ont été interviewé.e.s. Au moment de l'entrevue, les dix participant.e.s avaient complété au minimum le stage obligatoire en OBGYN (généralement d'une durée de six semaines).¹⁹

La durée des stages en médecine varie normalement entre deux et six semaines. Huit étudiant.e.s avaient fait entre un et quatre stages en OBGYN : deux personnes avaient seulement complété le stage obligatoire d'externat en OBGYN ; trois personnes avaient fait un stage à option en OBGYN en plus du stage obligatoire et les trois personnes résidentes dans une autre spécialité avaient fait au total trois ou quatre stages en OBGYN. Les deux personnes à la résidence en OBGYN avaient complété plusieurs mois de stages (l'équivalent d'une année et plus) dans cette spécialité.

¹⁹ À noter qu'il n'y aura pas cependant d'analyse comparative des propos basée sur le genre des participant.e.s.

Tableau 3.1 Portrait de l'échantillon

Participant.e.s	Genre	Année de naissance	Niveau études	Lieux études	Nombre stages OBGYN
P1	F	1991	Externat 2	U1	2
P2	F	1994	Externat 2	U3	2
P3	F	1991	R1 médecine interne	Externat : U1 Résidence : U3	3
P4	F	1992	R2 OBGYN	U1	18 mois
P5	F	1985	R2B médecine familiale – obstétrique	U1	4
P6	F	1987	R2 médecine familiale - toxicomanies	U1	4
P7	F	1990	Externat 1	U2	1
P8	H	1992	R2 médecine familiale	Externat : U4 Résidence : U3	2
P9	F	1991	R1 OBGYN	U2	12 mois
P10	H	1995	Externat 1	U2	1

CHAPITRE IV

RÉSULTATS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 Présentation et analyse des résultats

Cette section présente les propos des dix étudiant.e.s en médecine qui ont fait émerger les quatre thèmes suivants : 1) les lacunes dans l'enseignement pratique du consentement et de l'éthique médicale dans la formation médicale, 2) l'industrialisation de l'accouchement, 3) l'importance de la hiérarchie en médecine et 4) l'omniprésence de la peur et du risque en obstétrique.. L'analyse qui accompagne la présentation de ces résultats permet de les mettre en contexte et d'amorcer une réflexion sur les liens avec certains éléments conceptuels présentés dans le cadre théorique. La section suivante poursuit la discussion sur ces résultats par l'émission de quelques recommandations sur ces enjeux.

4.1.1 L'éthique médicale et le consentement en théorie et en pratique

Généralement d'une durée de quatre ou cinq ans, la formation doctorale (M. D.) au Québec comprend dans certaines universités une année préparatoire pour ceux et celles qui arrivent d'une formation collégiale ou n'ayant pas les bases suffisantes en sciences fondamentales, puis deux à trois années de préexternat ou préclinique constituées par

exemple d'apprentissages théoriques et d'apprentissages par problèmes en petits groupes, d'exercices pratiques de simulation et d'immersions en milieu hospitalier. Les deux années suivantes, l'externat, sont consacrées à des stages cliniques. Ensuite, afin d'acquérir leur droit de pratique, les étudiant.e.s doivent se spécialiser en poursuivant des études postdoctorales, la résidence, qui est d'un minimum de deux ans de stages cliniques.²⁰ Ainsi, le volet pratique de la formation médicale revêt une grande importance par son impact sur l'apprentissage des futur.e.s médecins : la proportion que les stages occupent versus les années de théorie et de cours magistraux est significative, surtout pour les spécialités, comme c'est le cas de la gynéco-obstétrique, dont la portion résidence est plus longue (cinq ans) que celle de la médecine familiale (deux ans), par exemple.

4.1.1.1 L'enseignement théorique sur l'éthique et le consentement

Dans un article du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada sur l'évolution de l'éthique médicale (MacDougall et Langley, 2018) est présentée une charte intitulée *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter* (Brennan *et al.*) parue en 2002 et rédigée par un comité international qui réactualise les principes éthiques en médecine. Trois principes fondamentaux²¹ y définissent les fondements du professionnalisme médical du XXI^e siècle : la primauté du bien-être du patient, l'autonomie des patient.e.s et la justice sociale. Dans leur article, MacDougall et

²⁰Ces informations se trouvent sur les sites internet de l'UdeM (www.medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine), McGill (www.mcgill.ca/ugme), l'ULaval (www.fmed.ulaval.ca) et l'UdeS (www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine).

²¹ Ces principes fondamentaux sont accompagnés de dix responsabilités professionnelles : « commitment to professional competence ; commitment to honesty with patients ; commitment to patient confidentiality ; commitment to maintaining appropriate relations with patients ; commitment to improving quality of care ; commitment to improving access to care ; commitment to a just distribution of finite resources ; commitment to scientific knowledge ; commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest ; commitment to professional responsibilities » (Brennan *et al.*, 2002, A Set of Professional Responsibilities)

Langley mentionnent cependant que, « même si de nouveaux rôles engendrent de nouvelles responsabilités, les principes fondamentaux de compassion et de bienfaisance doivent demeurer l'essence de l'éthique médicale. » (2018, Résumé et conclusion)

L'enseignement de la théorie sur l'éthique dans la formation médicale au Québec s'effectue principalement au préclinique et concerne l'ensemble de la profession. En effet, toutes les personnes interviewées ont mentionné avoir reçu des cours théoriques sur l'éthique médicale dans leurs premières années de formation. C'est dans ces cours que la notion de consentement aux soins est abordée. D'ailleurs, en ce qui concerne la compréhension personnelle de l'éthique médicale des étudiant.e.s interviewé.e.s, le concept qui a été le plus cité est le consentement. Bien qu'il y ait un biais à cette donnée vu le sujet annoncé de l'entrevue, il est en effet pertinent de noter que neuf étudiant.e.s sur dix (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10) ont parlé du consentement dans leur définition de l'éthique médicale et trois personnes (P1, P3, P8) ont explicitement nommé les aspects libre et éclairé du consentement.

Le consentement est par ailleurs lié au principe d'autonomie qui fait partie des piliers traditionnels de l'éthique médicale. Cinq personnes (P4, P6, P7, P9, P10) en ont parlé directement ou indirectement : « l'autonomie » du patient (P4, P9) ; « [l']autodétermination, du patient, donc de préserver le fait qu'il possède la décision, l'expertise de son état, [...] lui fournir de l'information pour qu'il puisse prendre ses propres décisions » (P6) ; « ne pas essayer d'imposer quoi que ce soit au patient qui n'est pas cohérent avec ses propres valeurs, même si c'est pour sa santé [...], de respecter ses décisions, ses droits » (P7) et « essayer de redonner du pouvoir aux individus [...] c'est comme notre rôle d'avoir la connaissance mais c'est comme notre rôle aussi d'être capable de le transmettre à l'individu pour qu'il puisse avoir du pouvoir sur sa maladie aussi peu qu'il puisse en avoir » (P10). Il y a eu aussi quelques

mentions de la non-malfaisance et de la bienfaisance (P4, P9), de l'aptitude (P1), de l'importance de la communication respectueuse (P5, P7), de la capacité à reconnaître les limites de ses compétences en tant que médecin (P10) et de la confidentialité (P3).

Sur huit participant.e.s ayant partagé leur compréhension du consentement aux soins en quelques mots-clés, les huit (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9) ont parlé de l'aspect éclairé du consentement, quatre (P2, P3, P5, P9) ont parlé de l'aspect libre du consentement, deux personnes (P5, P9) ont mentionné spécifiquement la nécessité d'offrir les options/alternatives de traitements et deux personnes (P1, P6) ont parlé de la notion d'aptitude.

Bien que les définitions des étudiant.e.s sur l'éthique médicale et le consentement ne soient pas uniformes et pas toujours exhaustives, les réponses correspondaient aux principes de base en éthique qui semblaient généralement être bien compris. Toutefois, en médecine, c'est l'application de la théorie à la pratique qui importe et cette mise en application devrait être transmise pendant les stages.

4.1.1.2 L'enseignement pratique sur l'éthique et le consentement

Dans *Naissance de la clinique*, Foucault (1963/2015) démontre comment au début du XIX^e siècle en France la médecine est devenue une « science pratique » s'accompagnant d'une réforme de la pédagogie où « [m]anière d'enseigner et de *dire* [est] devenue manière d'apprendre et de *voir*. » (p. 97)

[A]u lieu d'être comme l'ancienne Faculté, le lieu d'un savoir ésotérique et livresque, la nouvelle école sera le « Temple de la nature » ; on n'y apprendra

point ce que croyaient savoir les maîtres d'autrefois, mais cette forme de vérité ouverte à tous que manifeste l'exercice quotidien : « la pratique, la manipulation seront jointes aux préceptes théoriques. Les élèves seront exercés aux expériences chimiques, aux dissections anatomiques, aux opérations chirurgicales, aux appareils. Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire », exercer à la pratique elle-même, et ceci au lit des malades : voilà qui apprendra, au lieu des vaines physiologies, le véritable « art de guérir ». La clinique devient donc un moment essentiel à la cohérence scientifique, mais aussi à l'utilité sociale et à la pureté politique de la nouvelle organisation médicale. (*Ibid.*, p. 106)

Quelques étudiant.e.s nous ont souligné la place importante qu'occupent les stages, l'observation ou la supervision dans leur apprentissage, sur le consentement notamment :

P1 : « Il y a beaucoup d'apprentissages par osmose un peu en obstétrique... On apprend... ça, *ih*, ça je n'aime pas ça, à force de voir des médecins faire... *ih*, ça je n'aime pas, à force de voir des infirmières qui en font depuis dix ans commencer à... être nerveuses un peu... On prend le pouls quand même de la salle et on se rend compte que ça ce n'est pas normal... Parce que, on a été *pitché* dans... Ça ce n'est pas tous les milieux. Je te le dis tout de suite, c'était mon milieu, tout *pitché*... [la répondante confirme qu'elle parle de l'hôpital où elle a fait son stage], on est *pitché* un peu et laissé à nous-mêmes... On apprend vite... C'est dynamisant comme ça n'a pas de bon sens, mais, donc on apprend beaucoup par osmose et à comment les gens perçoivent ça, mais on a quand même nos critères et on regarde c'est une décélération de tant sur combien de temps, ça ce n'est pas normal, ça ce n'est vraiment pas normal, ça c'est totalement anormal faut faire de quoi maintenant... »

P2 : « [...] tout le concept ils nous montrent ça en classe mais c'est en stage que tu comprends, je pense... en classe tu es comme « ah d'accord » mais c'est bien nébuleux, en pratique tu arrives, « ok lui clairement, il ne comprend pas ce que je lui dis, donc ok », c'est là que tu comprends l'espèce de défi derrière le consentement [...] ».

P3 : « [...] en médecine ça se fait vraiment, l'apprentissage médical pour moi ça se fait en deux étapes, le préclinique où tu apprends toutes tes notions, mais après tu as encore besoin d'être supervisé et tu as encore besoin d'avoir de l'observation et de voir des patrons faire des consentements et parler du consentement [...] ».

Dans leur article sur les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique (2005), Martine Chamberland (médecin et professeure) et René Hivon (professeur en éducation) expliquent que selon la théorie de l'apprentissage expérientiel, l'expérience pratique est primordiale dans le développement des compétences de l'étudiant.e, mais doit aussi être conjuguée à la réflexion qui, comme nous le verrons dans le thème de la hiérarchie, semble peu présente, voire complètement absente, de la formation pratique en médecine dans laquelle l'observation est de mise :

[...] la pratique seule, bien que nécessaire, n'est pas suffisante et doit s'associer à de la réflexion pendant et après l'action pour permettre une interprétation et une éventuelle modification des schèmes conceptuels préexistants. Cette triade de contextualisation, décontextualisation (ou abstraction) et recontextualisation est d'ailleurs à la base du transfert des connaissances. [...] L'approche de l'apprentissage contextualisé met l'emphase, quant à elle, sur le contexte dans lequel l'apprentissage s'effectue. Selon cette perspective, les connaissances apprises sont indissociables de leur contexte d'apprentissage. En formation clinique, le contexte réel fournit non seulement une clé d'encodage performante pour le rappel ultérieur des connaissances mais également tout un ensemble d'éléments tacites et explicites de l'environnement social et fonctionnel propre à la pratique médicale. (p. 102)

Ainsi, alors que la dimension théorique de l'éthique médicale et du consentement semble relativement bien acquise (et donc, transmise) par les étudiant.e.s dans leur formation, il n'en va pas de même de la dimension pratique. En effet, lorsque les participant.e.s ont été questionné.e.s sur leur appréciation de l'enseignement sur l'éthique reçu dans leur formation globale, huit participant.e.s sur dix (P1, P3, P4, P7, P8, P9, P10) ont parlé d'une façon ou d'une autre d'améliorations à apporter dans le volet pratique de leur formation. Parmi les suggestions, quatre personnes (P3, P7, P9, P10) ont proposé d'ajouter des cours, des mises à niveau ou des « rappels » sur le consentement dans les stages (à l'externat et/ou à la résidence) et une personne (P4)

suggère de rajouter de la formation sur le consentement dans les stages en OBGYN spécifiquement.

P3 : « Je donnerais plus d'heures c'est sûr, mais ce que je remarque surtout, par rapport au consentement, c'est vraiment qu'on n'a pas de formation du tout du tout rendus sur le terrain [...] et ça fait que nous comme résidents et comme futurs patrons on n'a pas beaucoup d'apprentissages et on a tendance à suivre ce *pattern* là un peu qui est de ne pas donner d'importance à ça. »

P4 : « Si je parle d'en général je pense que c'est bien ce qu'on a, si je parle spécifiquement de gynéco-obstétrique on n'en parle pas en fait. Avant d'arriver dans nos stages on n'en entend pas parler parce que c'est tellement spécifique, que tu sais pour le nombre de gens qui n'iront pas en gynéco ce ne serait pas nécessairement pertinent, donc je pense que ce serait peut-être bien dans notre stage de gynéco-obstétrique d'avoir un volet là-dessus, parce que des fois on a des vendredis après-midi dans les stages où il y a des cours, mais c'est souvent très médical, ce serait peut-être bien d'avoir un cours de... consentement spécifique à l'obstétrique [...] ».

P10 : « [...] j'aimerais ça qu'il y ait comme un *refresher*, j'ai l'impression qu'on prend pour acquis certaines choses, tu sais comme quand on arrive pour faire des sutures par exemple, à chaque fois quelqu'un va te dire « ah te rappelles-tu comment faire, je vais t'enseigner comment le faire » mais, pourquoi pour le consentement tu sais on nous l'enseigne une fois à un point donné et on assume que c'est appris alors que c'est quelque chose de beaucoup plus délicat à apprendre et à demander que les points de sutures [...] ce n'est pas avec chaque personne que tu vas poser la question de la même manière et pour chaque chose, tu sais on parle du consentement pour examiner le vagin comme si on parlait du consentement pour écouter le cœur, mais ce n'est vraiment pas la même chose, ce n'est vraiment pas les mêmes, je ne sais pas de, notions théoriques, il y a tellement quelque chose de plus profond relié au sexe, qu'on n'aborde pas parce qu'on n'a pas les connaissances pour le faire, les compétences pour le faire. »

Aussi, une personne (P6) suggère de renforcer l'enseignement de l'approche centrée sur le patient, « mieux l'expliquer et mieux y être sensible, mais comme patron aussi, et il y a des milieux justement et particulièrement les milieux chirurgicaux, dont l'obstétrique fait partie, que dans toutes les résidences ça devrait prendre la place que ça a pris dans la mienne ». Une personne (P10) a suggéré d'ajouter dans la formation

des ateliers ou des cours avec « des femmes qui ont vu un gynécologue ou des femmes qui ont accouché ou des femmes qui ont été survivantes [de violences sexuelles], qui viennent nous enseigner un peu leur perspective », sous la forme de « *patient-led initiatives* » et « aussi peut-être un cours sur le consentement donné par une féministe, quelqu'un qui a, une universitaire, une académique qui a étudié le sujet, quelque chose de plus rigoureux scientifiquement disons ». Une seule personne trouvait qu'il y avait des améliorations à apporter dans la formation théorique et a suggéré que le cours d'éthique au préexternat devrait être rendu plus intéressant pour diminuer le taux d'absentéisme :

P2 : « [...] on est dans le jus tout le temps donc on se dit, ça clairement, je suis capable de le *catcher* à temps pour l'examen, c'est du gros bon sens, donc on n'y va pas vraiment. [...] la personne qui le donnait c'était un avocat qui lisait ses slides, donc tu te disais je vais lire les slides chez moi et c'était aussi efficace. »

Finalement, une personne (P5) n'avait aucun commentaire critique et trouvait la formation « adéquate ».

Cinq personnes (P5, P6, P7, P8, P9) ont mentionné que l'enseignement (verbal ou par l'exemple) dans leurs stages de certains éléments de l'éthique et du consentement, comme l'information aux patient.e.s des alternatives de traitements (critère nécessaire pour un consentement éclairé), dépend en partie des patrons leur enseignant et/ou de l'équipe avec laquelle ils et elles travaillent :

P5 : « [La répondante confirme que l'enseignement pratique des notions éthiques dépend des patrons] Ça dépend des patrons, c'est sûr que les patrons qui sont plus, qui font parties du corps professoral de l'université sont plus à l'affût de ça que ceux qui sont moins... [...] dans les stages à option ils sont moins habitués de recevoir des étudiantes, des résidents, bien, c'est peut-être moins... évident... »

P6 : « [...] ce n'est pas un milieu facile [...] le milieu de la médecine obstétricale, pour se sentir éclairé et libre. Parce que, d'un médecin à l'autre premièrement de un, il y a énormément de différences dans les options qu'ils vont offrir, [...] j'ai l'impression que l'information est comme filtrée [...] ».

P8 : « Il y a quand même disons à l'U4 des cours sur le professionnalisme, la déontologie, l'éthique, puis c'est sûr que c'est un peu pour débroussailler tout ça et je pense que quand tu tombes en stage, c'est plus pratico-pratique, tu le revois aussi, plus ou moins mis en lumière selon avec qui tu travailles [...] ».

Cette donnée est intéressante, car « [l]e processus d'apprentissage actif dépend de l'étudiant, mais le rôle du professeur est central en tant que modèle de rôle et de superviseur, pour susciter et promouvoir le processus de réflexion et pour valider ou corriger le résultat du processus. » (Chamberland et Hivon, 2005, p. 102) Les enseignant.e.s en milieu clinique pouvant avoir un tel impact sur les pratiques cliniques des futur.e.s médecins, il est pertinent de se demander si cette possible inconstance dans la rigueur de l'enseignement sur un savoir-être et savoir-faire aussi important que l'obtention du consentement du ou de la patient.e n'est pas symptomatique d'un système de formation clinique comportant des lacunes. À noter que pour enseigner en milieu clinique en médecine, le parcours ressemble à celui de n'importe quel domaine universitaire et semble relativement similaire dans les différentes universités. Dans le cas de l'UdeM et de l'ULaval par exemple, il s'agit de s'impliquer pendant une certaine période dans certaines activités pédagogiques de son institution (supervision d'étudiant.e.s ou prestation de cours, par exemple) pour devenir d'abord chargé d'enseignement clinique ou l'équivalent et par la suite gravir les échelons du professorat (professeur, professeur agrégé, professeur titulaire...)²². Il ne semble toutefois pas y avoir d'obligation à suivre un cours spécifique à la pédagogie clinique.

²² Ces informations se trouvent sur les sites internet de l'ULaval (<http://www.fmed.ulaval.ca/faculte-et-reseau/a-propos-de-la-faculte/simplifier-et-faire-carriere-a-la-faculte>) et de l'UdeM (<https://medfam.umontreal.ca/departement/vie-professorale/carriere-professeur/processus/>). Les détails étaient moins clairs dans le cas de McGill (<https://www.mcgill.ca/medicine-academic/positionsavailable>) et introuvables dans le cas de l'UdeS.

D'autre part, dans la partie pratique de la formation médicale, la dimension juridique du consentement aux soins semble prendre plus de place que son aspect éthique et « relationnel ». Huit personnes (P1, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10) ont indiqué que c'est davantage les aspects médico-légaux du consentement qui sont enseignés dans les stages (comment documenter l'obtention du consentement, par exemple). De ces huit personnes, quatre (P3, P4, P8, P9) ont précisé qu'au préclinique, c'est plutôt l'aspect éthique du consentement qui est enseigné. Deux personnes (P2 et P5) ont dit que c'est l'aspect éthique du consentement qui est surtout enseigné dans la formation en général et une personne (P10) considérait que ce sont principalement les aspects médico-légaux de l'éthique et du consentement qui sont enseignés dans l'ensemble de la formation :

P1 : « Non dans la pratique c'est plus juridique. C'est plus juridique qu'on l'aborde. Je pense que l'aspect éthique est plus... on est tous au courant que c'est censé être éthique, maintenant *backez-vous*. »

P3 : « On en parle très rarement entre nous, c'est très très rare qu'un patron va nous faire de l'enseignement par rapport au consentement, on essaie de l'appliquer de ce qu'on sait de nos notions précliniques et ce qu'on apprend surtout ou ce qu'on se fait faire dire, c'est de... juridiquement écrire dans le dossier quand tu as... Tout ce qui est un peu *touchy* et tout ce qui pourrait être à risque de représailles, dans notre formation ou pour le patron surtout, qui lui est responsable du patient, mais c'est de noter dans le dossier ce qu'on a dit au patient... Alors admettons en pré-op[ératoire], souvent on va l'écrire dans le dossier qu'on a parlé qu'on a demandé le consentement au patient, ça on nous l'apprend un peu, mais c'est rare qu'on discute de l'importance du consentement ou de comment aborder un consentement avec un patient. »

P7 : « [...] en pratique il y a beaucoup de médecins qui disent « ah si tu ne fais pas ça tu vas être dans le trouble, etc. », comme un côté plus on va se faire taper sur les doigts si on ne fait pas ça comme il faut au lieu de faire bien là c'est la base des choses de respecter le consentement des patients [...] ».

P9 : « On veut agir dans le bienfait des patients, dans l'intérêt des patients, mais souvent j'ai l'impression que le consentement aux soins c'est expliqué ou c'est enseigné d'une façon à... comment faire en sorte que ce soit... pas légal, mais

que si jamais il y a un problème, que tu sois protégé. [...] en deuxième année c'était vraiment plus le côté éthique, de voici les *pillars of ethic*, et voici comment on prend nos décisions, mais là à la résidence, et avec les patrons qui s'appuient sur nous pour faire ces actes médicaux là un peu, c'est vraiment plus du côté légal, j'ai l'impression. »

Selon les étudiant.e.s interviewé.e.s, il n'y a pas d'enseignement sur l'éthique ou sur le consentement spécifique à chaque spécialité avant la résidence. Une personne (P2) a mentionné que dans son stage d'externat en gériatrie il en avait été un peu question, de par la prépondérance des enjeux d'aptitude liés au consentement des personnes âgées. Une personne (P9) a dit que pendant sa résidence en OBGYN, ils ont eu un cours spécifiquement sur le consentement en gynéco-obstétrique qui était donné par des avocats sur « comment vraiment s'assurer que si jamais tu ailles en cour, que tu aies pris les meilleures mesures pour éviter les problèmes ». Une autre personne (P5) a parlé du cours Gestion du travail et de l'accouchement (GESTA) offert pendant sa résidence en médecine familiale, dans lequel « il y a un chapitre complet sur le consentement, [...] la notion de consentement est très présente dans ce cours-là ». Toutefois, une autre personne (P6) ayant suivi le même cours a dit ne pas se souvenir que le consentement y ait été spécifiquement abordé.

Le seul élément de formation pratique au consentement en OBGYN qui a été mentionné par la plupart des étudiant.e.s est l'atelier sur l'examen gynécologique offert aux externes par un groupe de femmes volontaires. Six personnes (P3, P4, P6, P7, P8, P10) nous ont parlé de cet atelier que la plupart ont décrit très positivement :

P4 : « [...] elles nous expliquaient vraiment beaucoup le comment faire mais pas médical, tu sais quoi, comment mettre la patiente à l'aise, comment dire à la patiente, expliquer toutes les étapes et qu'il n'y ait pas de surprises et tout ça. [...] oui le relationnel et s'assurer que la patiente nous fait confiance et que... tout est dit avant que ce soit fait finalement. »

P6 : « [...] ça te permet de pratiquer un examen qui est très délicat, dans un contexte vivant, dans un contexte vrai, avec quelqu'un qui te dit « tu vois ton pouce en ce moment, il n'est pas agréable », donc de te rendre compte que tu fais des choses sans t'en rendre compte qui ne sont peut-être pas confortables pour un patient dans lequel elle est super vulnérable et je trouve que ça rend beaucoup plus confortable pour le faire en vrai après et être conscient de choses dont tu n'avais jamais pris conscience, surtout quand tu es un gars, tu ne sais pas... La température du spéculum, de quoi ça l'air un spéculum quand tu n'en as jamais vu un, de dire quand tu commences à insérer le spéculum, de faire attention à le fermer avant de le sortir du vagin de la femme parce que ça peut tirer, ça peut faire mal, mais comme toutes des choses que dans la technique et dans le stress d'une technique que tu n'aurais pas pensé faire comme il faut [...] l'avoir vraiment fait bien une première fois lentement ça... consolidait beaucoup [...] ».

P7 : « [...] on était trois-quatre étudiants à tour de rôle à faire l'examen, complet, sur la patiente, incluant le début où on explique la procédure, on lui demande si elle a des questions, on lui explique s'il y a des inconforts ou quoi que ce soit, on peut arrêter, elle peut poser des questions au fur et à mesure, et on lui pose les questions « préférez-vous commencer par ça ou par ça », on lui laisse le choix, ça c'était une session vraiment utile et tout le monde a eu ça. Par petits groupes. »

L'analyse de ces données semble bien confirmer notre hypothèse selon laquelle l'enseignement théorique de l'éthique et du consentement aux soins serait adéquat dans la formation doctorale en médecine au Québec, mais que l'enseignement pratique de cet élément essentiel pour le respect de l'autonomie des individus est insuffisant et lacunaire.

4.2.2 L'industrialisation de l'accouchement

L'industrialisation de l'accouchement, qui prend racine dans la (sur)médicalisation et l'économie libérale, en a fait un acte biologique technicisé dépourvu de sa dimension sociale (Montazeau, 2010). Les établissements de santé, gérés comme des entreprises

capitalistes, se voient obligés « de « rentabiliser » le travail de soin, sur fond de discours paradoxaux d'amélioration de la qualité, de proximité et d'humanité qui brouillent la lisibilité de la réalité sociétale. » (Montazeau, 2010, p. 91) Par exemple, avec la charge de plusieurs accouchements simultanés et afin de répondre à l'impératif d'optimisation de l'espace et de l'occupation des lits dans les maternités, les équipes obstétricales vont davantage diriger le déroulement des accouchements, notamment en déclenchant²³ les contractions alors que l'état de la personne enceinte ne le requiert pas nécessairement (Montazeau, 2010). Cette industrialisation se retrouve jusque dans le lexique médical de l'accouchement, témoignant de cette métaphore de production dans laquelle le corps est machine et le médecin son mécanicien ou technicien. Par exemple, quand la femme entre en « travail » (*labour*), son utérus a des contractions « efficaces » (*efficient*) ou non que le médecin doit gérer (*manage*), sans oublier les outils (forceps) placés dans les mains des obstétriciens qui ont remplacé l'expertise manuelle des sages-femmes et le savoir des femmes sur leur corps (Martin, 2001).

Lorsqu'un traitement ou un soin concerne un corps morcelé comme le corps moderne l'est dans le paradigme biomédical, et non plus une personne entière, quelle valeur prend le consentement à un acte jugé nécessaire par l'autorité médicale au déroulement d'un processus « mécanique » ? Dans le mémoire de Mariane Labrecque (2018), l'expérience des femmes interviewées démontre que les protocoles et l'organisation des soins ont priorité sur leur santé :

[I]a préséance des protocoles et des pratiques hospitalières sur les besoins des femmes est un des points majeurs d'insatisfaction [...]. Ceux-ci se trouvent dans le discours d'une majorité des participantes de l'étude. Le fait de se faire imposer le déroulement de l'événement pour des considérations de « pratiques organisationnelles » a pour conséquence l'invalidation des besoins des femmes, selon leurs expériences. Le fait de ne pas pouvoir choisir sa position

²³ Le déclenchement artificiel du travail vise à faire démarrer les contractions par la rupture ou le décollement des membranes, par exemple.

d'accouchement, de ne pouvoir pousser quand elles en ressentent l'envie, le fait d'être contraintes à l'immobilité, le fait de ne pas pouvoir manger ou boire alors qu'elles en ressentent le besoin a été une grande source d'inconfort, de frustration et même de détresse pour chacune des participantes. (2018, p. 72)

Cette organisation industrielle des soins s'est révélée dans le discours des étudiant.e.s qui ont mis en relief les aspects productivistes et de performance de l'OBGYN et la place importante que prennent les protocoles dans la pratique obstétricale.

4.2.2.1 Productivité et performance

Toutes les personnes interviewées nous ont partagé les raisons de leur choix de poursuivre ou non leur carrière médicale en OBGYN. Au moment de l'entrevue, deux personnes (P1, P2) se dirigeaient (fort probablement) vers cette spécialité, deux autres étaient déjà à la résidence en OBGYN (P4, P9) et une personne (P5) était à la résidence en médecine familiale avec compétences avancées en périnatalité²⁴. Une personne (P7) hésitait à poursuivre sa carrière en OBGYN, mais songeait à faire sa résidence en médecine familiale et peut-être alors à se sous-spécialiser en obstétrique. Quatre personnes (P3, P6, P8, P10) ne souhaitent pas poursuivre leur carrière dans cette spécialité. Six personnes (P1, P4, P5, P6, P7, P9) ont parlé de l'aspect positif de la naissance, comme étant un des rares sinon le seul événement heureux en médecine. Toutefois, ce qui nous amène à discuter des raisons de choisir ou non cette carrière, ce sont deux éléments de réponse qui sont revenus dans plusieurs discours et qui nous apparaissent comme très révélateurs de l'importance de la productivité et de la performance dans le système obstétrical.

²⁴ Généralement le terme utilisé est « médecin accoucheur » ou « omnipraticien accoucheur ».

L'une de ces raisons principales d'appréciation de la gynéco-obstétrique, mentionnée par toutes les personnes interviewées intéressées par une carrière dans cette spécialité ou par la médecine familiale avec une spécialisation en obstétrique (P1, P2, P4, P7, P9), est l'attrait de l'aspect chirurgical et/ou varié de la pratique gynéco-obstétricale, soit un mélange de pratique chirurgicale et médicale :

P1 : « Sinon tout le point de vue de la chirurgie, j'adore ça aussi tout ce qui est faire des techniques, je suis très manuelle, j'ai besoin de ça, donc ça me correspond pas mal la gynéco. »

P2 : « [...] moi je suis comme sur la fesse entre être quelqu'un de médical, et quelqu'un de chirurgical [...] Alors la gynéco, il y a tout l'aspect gynéco pas chirurgical, de fertilité, d'hormones et de patente, et il y a aussi quand même à la salle d'op[ération] où ça brasse un peu. »

P4 : « [...] c'est quand même vraiment une pratique variée, parce qu'on fait de la chirurgie, on fait de l'échographie, on fait de la colposcopie, on fait de la salle d'accouchement, on fait du bureau, donc la pratique variée m'intéressait beaucoup [...] ».

La chirurgie en médecine est une technique de performance où les facteurs de contraintes de temps, de gestion du stress et de la fatigue, de responsabilités et de précision sont de mise. D'ailleurs, dans les recherches de la sociologue Emmanuelle Zolesio sur la socialisation professionnelle en chirurgie, celle-ci avance que la chirurgie est une « spécialité masculine, par son recrutement mais aussi par ses caractéristiques techniques, organisationnelles et par sa culture professionnelle. » (Zolesio, 2009, p. 117) Cette particularité s'expliquerait par des raisons anthropologiques notamment, car « les hommes se seraient assurés le contrôle des outils ou des instruments de production (et, avec lui, la domination sur les femmes), n'ayant pas celui de la reproduction » (Zolesio, 2009, p. 122), ce qui rappelle d'ailleurs l'exclusion des sages-femmes de l'accès aux instruments lors de l'apparition de la science obstétricale pour favoriser celui des chirurgiens-bouchers (Ehrenreich et English, 2016a ; Rivard, 2014 ; St-Amant, 2013) et pour, éventuellement, les exclure complètement de la naissance. Il faut

aussi rappeler que la chirurgie en OBGYN prend racine dans l'utilisation d'esclaves noires pour les expérimentations de J. Marion Sims, le « père de la gynécologie » :

Sims's fame and wealth are as indebted to slavery and racism as they are to innovation, insight, and persistence, and he has left behind a frightening legacy of medical attitudes toward and treatments of women, particularly women of color. These four years of surgical experimentation on slave women represent the foundation of gynecology as a distinct specialty. (Kapsalis, 1997, p. 31- 32)

Zolesio affirme également que la

disposition à l'action, [la] disposition au leadership autoritaire, [les] dispositions combatives [et la] disposition à l'endurance physique semblent nécessaires à l'exercice du métier chirurgical [...]. Autant de dispositions socialement construites comme masculines et perçues comme telles. (2009, p. 122)

D'ailleurs, cette « culture masculine » ayant façonné la médecine depuis ses débuts, malgré la récente féminisation de la profession et particulièrement en OBGYN, en pédiatrie et en médecine familiale, aurait « imprégné la culture de métier de valeurs viriles et contribueraient, en les perpétuant dans leur exercice quotidien, à assurer la reproduction sociale (masculine) du corps professionnel. » (Zolesio, 2009, p. 122) Bien que l'étude de Zolesio concerne la France, au Québec également les spécialités chirurgicales sont encore dominées par les hommes (sauf en OBGYN), malgré la parité presque atteinte dans la profession²⁵. Dans une recherche québécoise menée par la chercheuse Sophie Brière, ce sont surtout les enjeux de conciliation travail-famille qui expliqueraient la sous-représentation des femmes dans certains domaines de la

²⁵ Selon les données les plus récentes de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, il y a actuellement 334 hommes et 191 femmes spécialistes en chirurgie et 313 hommes contre 71 femmes spécialistes en chirurgie orthopédique alors qu'en OBGYN, il y a 176 hommes et 333 femmes (<https://www.fmsq.org/fr/profession/repartition-des-effectifs-medicaux>) Selon les chiffres du CMQ, il y avait 10 401 femmes et 10 508 hommes qui pratiquaient la médecine en date du 31 décembre 2017. (<http://www.cmq.org/page/fr/repartition-age-sexe.aspx>)

médecine :

Bien qu'elles sentent la pression à performer et l'esprit de compétition pendant leurs études, c'est lorsqu'elles intègrent le marché du travail que les enjeux et défis liés au genre ressortent davantage. Les femmes demeurent concentrées en médecine générale et dans quelques spécialités (par exemple l'obstétrique et la pédiatrie, plutôt que les spécialités liées à la chirurgie) [...]. Elles ne s'imaginent pas avoir des enfants durant les études, mais les longues heures de travail combinées aux stages de spécialisation à l'étranger ne facilitent pas leur projet de famille et sa conciliation avec la carrière. La culture masculine et l'effritement de la représentation au fil de la structure hiérarchique demeurent la norme [...]. (Brière *et al.*, s. d., Partie D – Les résultats)

Dans sa thèse Stéphanie St-Amant (2013) rapporte les propos du gynécologue-obstétricien Paul Cesbon, qui

apporte un éclairage intéressant expliquant pourquoi la parturition a fini par être assimilée à une opération chirurgicale : malgré des appels répétés des autorités sanitaires pour leur fermeture en raison de la grande mortalité nosocomiale qui y sévissait (épidémies de fièvres puerpérales), les maternités hospitalières ont subsisté parce qu'elles constituaient le terrain privilégié de l'enseignement et de l'expérimentation. Dès que les bases de l'antisepsie puis de l'asepsie furent intégrées, leur « efficacité a été très vite appréciée à sa juste valeur tant en chirurgie dans un premier temps qu'en obstétrique secondairement », ce qui rend compte de la filiation historique entre les deux spécialités. (p. 116)

En général, outre les situations d'urgence, les chirurgies sont planifiées et le consentement a le temps d'être obtenu adéquatement. C'est d'ailleurs le cas en oncologie gynécologique. Ce qui est particulier en obstétrique, c'est qu'à part quelques cas de césariennes planifiées, l'acte chirurgical ou les actes médicaux s'insèrent très souvent dans un contexte qui est qualifié par l'équipe médicale d'urgence. Mais cette notion d'urgence comporte une part non négligeable de subjectivité qui est grandement influencée par une conception de l'accouchement sous les prismes de la peur et du risque, un thème qui sera abordé plus loin.

L'autre raison principale de ce choix de carrière ou d'intérêt pour l'OBGYN donnée par quatre personnes (P2, P4, P7, P9), est l'attrait du rythme de travail. Parmi les termes utilisés pour en parler se trouvent : « ça *drive* », « ça bouge » (P2) ; « urgent », « adrénaline » (P4) ; « excitant », « plein de stress » (P7) et « *fast pace* », « courir », « ça bouge » (P9). Ce lexique rappelle de façon assez évidente celui de la performance, propre à une culture capitaliste et une organisation de type industrielle :

P2 : « J'aime ça quand ça *drive*, quand ça bouge, quand tu vois les patients... pas rapidement, mais que, une demi-heure tu sais c'est quoi le problème et tu sais pas mal où tu t'en vas avec. »

P4 : « [...] moi je suis quelqu'un qui est meilleur, en tous cas qui est plus efficace quand c'est urgent et quand c'est sur l'adrénaline, donc ça me correspondait bien. »

P7 : « [...] c'est juste excitant, il y a plein de stress en même temps, et il faut gérer les émotions de la personne, mais en même temps être très calme [...] ».

P9 : « [...] c'est [claquements de doigts], c'est très *fast pace*. Tu sais dans un *shift* tu peux accoucher huit bébés, tu fais deux césariennes, tu es tout le temps en train de courir d'une place à l'autre et moi ça *fit* ma personnalité. Il faut comme, ça bouge, moi je ne peux pas rester assise, à juste parler des diagnostics et à parler de changer des doses de médicaments comme moi ça... ça m'ennuie, donc il fallait vraiment que ça bouge, donc c'est une de ces raisons-là. »

Les raisons données par quatre étudiant.e.s (P3, P6, P7, P8) pour ne pas choisir cette spécialité correspondaient également à des éléments de productivité et de performance. Dans leurs réponses, trois éléments sont revenus à au moins deux reprises chacun. Ce sont l'aspect chirurgical, le milieu de travail (culture du milieu, dynamiques interpersonnelles, responsabilités) et les horaires ou la charge de travail. Une personne (P10) avait des raisons toutes autres de ne pas vouloir poursuivre sa carrière en OBGYN, reliées plutôt à des réflexions personnelles philosophiques :

P3 : « C'est aussi une spécialité qui est très chirurgicale et moi j'aimais moins ce côté-là, j'aimais plus la relation avec le patient [...] le milieu de travail, de l'hôpital [H1] entre autres, autant la dynamique avec les infirmières en obstétrique qu'avec les infirmières en gynéco, la dynamique des résidentes en gynéco entre elles, la dynamique avec les patrons aussi qui sont des gynéco-obstétriciens, j'ai été déçu par la... Ça m'a désabusée un peu la relation que les spécialistes à [H1] avaient avec leurs patientes et comment ils traitaient leurs patientes. Puis ça ce n'est pas juste à [H1] aussi en gynéco à l'hôpital [H2] il y a eu des événements qui m'ont un peu déçu dans mon expérience... »

P6 : « [...] ce qui m'attire moins, c'est la culture du milieu, qui... je ne sais pas, c'est un milieu dur, c'est un milieu qui est médical et chirurgical, la place pour l'empathie, l'ouverture pour les approches alternatives, la place des sages-femmes au Québec qui est toute comme pas vraiment encore bien ouvert, fluide, même la collaboration entre spécialistes et omni[praticiens], l'approche omni versus spécialistes qui sont comme différentes, mais qu'on se côtoie de près, c'est quelque chose qui m'attirait moins dans mon expérience de la gynéco-obstétrique [...] ».

P7 : « Mais la raison pour laquelle je ne ferais peut-être pas ça comme spécialité, c'est à cause des horaires, j'ai l'impression que c'est trop demandant en termes d'horaires [...] c'est difficile de prendre des vacances, tu es tout le temps attaché à ta pratique, tu ne peux pas comme... Il y a moins d'équilibre de vie, il y a moins de *balance, work-life balance...* »

Aussi, parmi les expériences négatives d'accouchement vécues par les étudiant.e.s et racontées pendant l'entrevue, quatre (P5, P8, P9, P10) sont directement liées à l'enjeu de l'organisation des soins productiviste en OBGYN :

P5 : « [...] et là, bien c'est le bordel à la salle d'accouchement [...] Donc là tu as trois affaires qui se passent en même temps, et il faut que tu priorises. Et là moi je suis le résident donc ce n'est pas moi qui décide, c'est mon patron le gynéco, un homme... qui a plusieurs années de pratique. [...] moi j'aurais fait comme [...] on la laisse là, elle va bien, le bébé va bien, on peut juste laisser descendre le bébé, peut-être qu'avec des bonnes contractions la tête va se retourner, on peut tenter une rotation manuelle et, allons à la césarienne, mais là ce n'est pas ça qui a été décidé. Donc le gynéco il s'assoit entre les jambes de la patiente et il la fait pousser pendant 1h15, il crie quasiment après, là l'infirmière est super mal à l'aise, moi je suis mal à l'aise, mais on ne peut pas

lui dire genre, on arrête, et là la salle d'op[ération] qui appelle, « oui mais là la salle d'op est prête », et lui est comme « oui oui dans vingt minutes je vais être là », donc là il la fait pousser, il lui met les doigts dans le vagin pour faire de l'espace tout ça, donc là elle se développe un œdème de la vulve gros de même, c'était horrible là, et il n'y avait aucune urgence à sortir ce bébé-là et pousser un bébé en postérieur ça fait mal, même si tu as une épidurale, le bébé avait la tête tout en... le pire *cone-head* que tu peux imaginer, il est sorti il avait des hématomes au niveau des sourcils, c'était vraiment laid, le chum a pleuré tout le long parce que le premier accouchement avait tellement bien été donc là il s'attendait à ce que, donc là encore il y avait une attente, mais ça aurait pu se passer autrement, c'était vraiment... Comme ça, c'est de la violence obstétricale. Pour vrai. [...] Admettons j'aurais eu un bébé en postérieur comme ça, j'aurais dit à la patiente, bon bien là on a comme différents choix, soit on attend encore une heure voir si le bébé descend, soit je te fais une rotation avec ma main, ou on essaie un forceps de rotation. Le bébé va bien, il n'y a pas d'urgence, qu'est-ce que tu en penses. [Mais là]... Ça été genre, on te fait pousser. Point. »

P9 : « [...] c'était une situation où la patiente avait été dilatée à dix centimètres pendant un petit bout de temps, mais moins qu'une heure, puis on avait commencé à pousser, parce que son docteur voulait vraiment l'accoucher avant une certaine heure du matin parce qu'il avait des engagements professionnels ailleurs. Il accouche dans plus qu'un hôpital ce docteur-là donc, il devait aller dans un autre hôpital accoucher une autre patiente. [...] dans ce cas-là le bébé était parfait et c'est juste la mère qui avait poussé pendant une heure mais qui faisait plus ou moins de progrès et à ce moment-là le patron avait décidé d'appliquer les forceps pour comme, *expedite*, pour accélérer l'accouchement, pas nécessairement pour des raisons que moi je trouvais valables. La raison c'était pour aller accoucher une autre patiente dans un autre hôpital mais la réalité c'est qu'un autre docteur aurait pu accoucher cette patiente-là dans un autre hôpital. Puis dans son cas justement elle avait eu une déchirure au quatrième degré et ç'avait été vraiment difficile à réparer, puis je trouvais juste que la patiente n'avait pas été mise au courant des vraies raisons pour lesquelles les forceps étaient appliqués. [...] lui ce qu'il voulait documenter c'est que là ça faisait une heure qu'elle avait poussé et bébé n'avait pas descendu et elle ne poussait pas bien. Mais moi je trouvais que ce n'était pas nécessairement vrai et moi je lui aurais donné encore une autre heure, une autre heure et demi et je l'aurais *coachée* encore plus pour essayer au moins de faire descendre la tête du bébé un peu plus pour qu'on puisse mettre une ventouse si possible ou même qu'elle le pousse par elle-même. »

P10 : « [...] le truc le plus inconfortable c'est, l'obstétricien qui rentre, tu sais les résidents l'étudiant font toute la job l'obstétricien rentre, s'introduit

sommairement dit deux-trois mots, regarde bébé sortir, dit « ah fait ça ça » et s'en va et... un petit bravo en sortant, je dirais que ça c'était un peu, inconfortable de juste voir cette aussi grande distance entre le médecin et la patiente et la famille, et aussi c'est un système de garde, c'est les obstétriciens qu'elles ne connaissent pas nécessairement, ce n'est pas leur obstétricien qui les ont suivies depuis le début de la grossesse [...] juste en général les interactions avec les patientes enceintes j'ai trouvé ça un peu dur, surtout qu'en tant qu'étudiant tu ne les connais pas depuis longtemps tu ne connais rien d'eux dans le fond, tu rentres et ce n'est pas le moment de faire du social, donc tu es comme un technicien de sortage de bébé et après tu dis « bravo » tu t'en vas [...]

Ces témoignages démontrent bien les rapports de domination dans lesquels les personnes parturientes peuvent être exclues du processus décisionnel sur leur propre accouchement et comment, de ce fait, le consentement est évacué de la relation médecin-patient.e. Ils démontrent bien aussi comment la déshumanisation en OBGYN peut affecter les personnes enceintes et parturientes, mais aussi les étudiant.e.s et le personnel soignant.

Comme le mentionne Marie-Hélène Lahaye, les caractéristiques de cette industrialisation de l'accouchement jouent contre le déroulement physiologique d'un accouchement « normal », pour lequel les gynéco-obstétricien.ne.s ne sont d'ailleurs pas formé.e.s :

Cette attitude de rapidité, de stress et de performance, bien utile dans certaines situations, est pourtant contraire aux besoins des futures mères qui sont en train de mettre leur enfant au monde. Elle entraîne de la précipitation dans les gestes et dans le déplacement du personnel médical, ce qui génère un climat anxigène perturbant la production d'ocytocine chez la femme. Elle ne laisse pas beaucoup de place à la sérénité et la lenteur, ainsi qu'à l'écoute des souhaits et interrogations de la parturiente, pourtant nécessaire au bon déroulement d'un accouchement. (2018, p. 36)

En effet, les conditions idéales pour un accouchement sont très éloignées de l'univers industrialisé et médicalisé du milieu hospitalier. Le chirurgien et obstétricien Michel

Odent, auteurs de plusieurs ouvrages sur ce sujet, défend le concept d'intimité comme fondamental pour le bon déroulement d'un accouchement. Laëtitia Négrié et Béatrice Cascales reprennent cette idée dans *L'accouchement est politique* et expliquent que

[p]our que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions, et éviter les complications, il faut favoriser autant qu'on le peut un environnement familial, intime, chaud, qui respecte la pudeur et laisse aux femmes en travail toute la liberté possible, c'est-à-dire celle de dormir, s'allonger, se lever, marcher, bouger, se mettre dans les positions qu'elles désirent (à quatre-pattes, accroupie...), manger, vomir, crier, gémir... Il faut également limiter le nombre d'intervenants autour d'elles. Par-dessus tout, un sentiment optimal de sécurité est un facteur prédominant pour le bon déroulement du processus de l'accouchement (sentiment qui peut s'exprimer différemment d'une femme enceinte à l'autre). (Négrié et Cascales, 2016, p. 58)

Une des comparaisons souvent utilisées pour expliquer cette influence importante d'un environnement sécuritaire dans lequel se déroule l'accouchement est celle des mammifères qui mettent bas :

In nature, when a laboring animal feels threatened or disturbed, the stress hormone catecholamine shuts down labor. [...] We, like other mammals, need to feel both safe and protected to give birth easily. If we do not feel safe and protected in early labor, catecholamine levels rise and labor shuts down. Odent describes the fetal-ejection reflex in women (Odent, 1987, 1992). During the second stage of labor, if the hormone orchestration of normal labor has been altered (e.g., by the use of pitocin or epidural analgesia), the fetal-ejection reflex does not occur. Women choose to give birth in hospitals because they believe it is "safer" than birth outside the hospital. In fact, laboring and giving birth in most hospitals create a set of physiologic responses that actually occur when we feel unsafe and unprotected. In the typical hospital environment, women are disturbed at every turn with machines, intrusions, strangers, and a pervasive lack of privacy. The shadow of "things going terribly wrong at any moment" follows women from one contraction to another. Together, these fears contribute in powerful ways to the release of stress hormones, moving women into an attitude of physiologic fight or flight. On an intellectual level, a woman may believe that the hospital is a safe, protected environment, but her body reacts quite differently. No matter what her head says, her body gets the

message loud and clear. Her body responds on a primal, intuitive level, kicking automatically into fight-or-flight mode and dramatically altering the process of labor and birth. (Lothian, 2004, p. 4-5)

Bien que cette comparaison soit risquée, car elle ramène à ce lien établi par Merchant entre la naturalisation du corps féminin et sa domination, elle met en lumière l'immense contradiction entre les conditions favorisant la physiologie de l'accouchement et les conditions industrielles de la périnatalité en milieu hospitalier, qui définissent la pratique au point de faire des caractéristiques de productivité et de performance des raisons principales de choix pour les étudiant.e.s en médecine d'une carrière en OBGYN (ou médecine familiale spécialisée en obstétrique).

4.2.2.2 Protocoles et standardisation des soins

Trois personnes (P6, P8, P10) ont parlé explicitement de la quantité, de l'importance et de la rigidité des protocoles et des lignes directrices lors des entretiens :

P6 : « [...] mais ça fait... peut-être des années qu'il n'y avait rien qui prouvait qu'on était obligé de monitorer de près tout le monde qui rentre à l'hôpital et qu'on le faisait, donc... Les choix ne sont pas offerts. C'est comme, c'est de même que ça marche. Et il y a des *guidelines* et ils sont super rigides et le médicolégal en obstétrique, de par le fait qu'il y a plus de poursuites, leurs assurances aussi sont plus chères, peut-être prend beaucoup de place parce que... Et des fois tu sais c'est ton jugement, tu ne sais même plus ce qui est éthique ou que tu fais parce que c'est médicolégal parce que c'est écrit dans un *guideline* qu'il faut le faire de même. Ça prend énormément de place [...] on dirait que quand il s'agit d'un bébé, et qu'il y a des *guidelines* et que les *guidelines* disent qu'il faut faire ça de même, même si moi dans le diabète les *guidelines* disent faut faire ça de même, bien je ne vais pas être super rigide sur ma clôture à dire... vous faites ça de même sinon ça ne marchera pas, tandis que les femmes enceintes on dirait que c'est comme... Il faut que tu fasses ça de même. Tu viens tant de fois, tu viens aux deux semaines après, on fait les tests toujours de cette manière-là, tu sais comme très protocolaire. [...] Tu sais

le fait qu'il y ait autant de critères, autant de *guidelines*, que tout soit écrit, je ne sais pas d'où ça part. Est-ce que ce sont des enjeux pharmacologiques ? Est-ce que ce sont des enjeux qui poussent les *guidelines* de cette manière-là, est-ce que ce sont des enjeux humains d'impuissance, profil de personnalité en chirurgie... C'est des choses qui sont trop floues encore dans ma compréhension de pourquoi c'est comme ça, mais c'est un domaine extrêmement rigide, donc là comment rendre plus flexible cette rigidité-là médicale, de l'approche [...] médicale occidentale importante, plus importante que le consentement, c'est quelque chose que j'ai encore du mal à comprendre. Pour le changer je ne sais pas. Mais clairement pour en venir à ce que les sages-femmes soient là, il faudrait qu'il y ait quelque chose qui rende plus flexible la culture, c'est vraiment une culture, on voit juste la pointe du *iceberg*, mais ça part de loin, la gynéco-obstétrique qui est extrêmement TOC²⁶. Vraiment TOC. »

P8 : « [...] étant un milieu plus scruté parce que c'est important la santé des nouveau-nés, etc., le bien-être des enfants à venir, et aussi tout ce qui est suivi de grossesse, c'est beaucoup *guidelines*, parce que je pense que partout en médecine on essaie d'avoir le plus d'évidences scientifiques possibles, mais c'est pas mal des règles d'or quand c'est la SOGC, donc tu ne veux pas être imputable de rien, donc tu fais selon les règles, et si tu n'as pas fait selon les règles et que ça va mal bien tu es dans la merde, si tu as fait selon les règles et que ça mal tourné bien, tu ne peux pas... tu deviens un peu non-imputable. Donc je pense que oui, c'est vraiment en haute priorité de faire selon les règles. [...] il y a peut-être plus de paternalisme qu'ailleurs en médecine, ça va vers être moins paternaliste quand même la gynéco-obstétrique, mais je pense que vu que c'est beaucoup sur les lignes directrices etc., si la patiente elle ne cadre pas dans ce qui serait les meilleures choses, l'*evidence-based*, la patiente si elle veut sortir de ça je pense qu'il va y avoir plus d'acharnement que disons un patient qui ne veut pas son test de cholestérol, mais je pense que possiblement le consentement libre et éclairé est peut-être un peu moins mit de l'avant que dans d'autres choses pour ce qui est admettons le suivi prénatal, pour les tests, sinon comme on a expliqué tantôt, durant l'accouchement, si la patiente refuse le moniteur ou autre chose, c'est le genre de chose qui ne seront pas laissées en plan [...] ».

P10 : « [...] par exemple on utilise beaucoup l'oxytocine pour stimuler les contractions, c'est l'hormone de la contraction, mais on le donne sans y penser, pour nous c'est... et il n'y a pas, je ne connais même pas les effets secondaires que ça pourrait avoir ou *whatever* on fait juste le donner, mais il n'y a pas nécessairement de consentement explicite qui est demandé parce que c'est la

²⁶ Référence au trouble obsessionnel-compulsif.

meilleure chose à faire, on sait que c'est la meilleure chose à faire, scientifiquement c'est la meilleure chose à faire, donc on le donne, mais on ne prend pas le temps nécessairement d'expliquer à la personne ça va aider tes contractions. Ça va aller plus vite. Tu sais c'est très sommaire comme explication, tu sais c'est comme on a une procédure normale de choses à faire qu'on fait avec toutes les patientes. Et on le fait sans poser de questions, sans prendre des questions non plus. »

Ces témoignages démontrent bien la préséance que peuvent avoir les protocoles et l'organisation des soins sur les besoins et l'autonomie des personnes enceintes et parturientes. Pour créer des protocoles il faut s'appuyer sur des normes quantifiables et donc opérer une certaine standardisation du processus de l'accouchement. Ces pratiques protocolaires banalisent ensuite certains actes, puisqu'ils ne relèvent plus désormais de la capacité des professionnel.le.s à réfléchir et comprendre l'unicité de la grossesse et de l'accouchement de chaque personne et à adapter leurs pratiques selon les personnes parturientes qu'ils et elles accompagnent :

Le flux des femmes dans [l]es maternités nécessite l'organisation des prises en charge et leur uniformisation par les équipes pluridisciplinaires. C'est ainsi que les protocoles sont apparus nécessaires, incontournables. Ils permettent à chaque membre du personnel de s'adapter rapidement aux situations types, aux « cas » définis. La norme n'est pas, comme il y a quarante ans, un idéal type auquel le médecin ou la sage-femme demandaient à la gestante de se conformer ; elle est désormais déduite des statistiques, c'est la moyenne à l'intérieur d'un groupe étudié. Les protocoles sont la sédimentation de ces nouvelles normes déduites des moyennes statistiques. (Montazeau, 2010, p. 98)

Par exemple, l'octroi d'oxytocine²⁷ pour augmenter la fréquence et l'intensité des contractions, un geste médical qui ne devrait pas être banal, est souvent présenté comme une simple procédure : sur huit personnes ayant discuté de la façon dont est introduit cet acte aux personnes parturientes, cinq personnes (P2, P3, P5, P8, P10) ont mentionné que le consentement n'est pas vraiment demandé :

²⁷ Hormone de synthèse imitant l'effet de l'ocytocine, servant à stimuler les contractions utérines.

P2 : « Des fois on le demande pas on dit qu'on le fait, mais en même temps on ne dit pas qu'on le fait après qu'il a été fait. [...] J'ai vu des gens pas vraiment le demander, juste faire comme « ah on va mettre du Synto[cinon]²⁸ » et la personne elle est comme « quoi !? »... Faire comme « ah c'est pour accélérer les contractions ça ne va pas assez vite », et faire comme « ah d'accord ». Des fois... j'ai vu des gens le mettre avant d'en parler... et les gens qui sont déclenchés ont tous du Synto mais ils savent qu'ils viennent à l'hôpital pour les déclencher donc je pense que ce n'est pas le même débat... [...] on l'explique surtout plus qu'on le demande, parce que ce n'est pas la même affaire « êtes-vous d'accord avec une pilule pour baisser votre pression », qu'« êtes-vous d'accord avec le fait que la personne qui est dans votre ventre, qui va sortir sorte bien ». »

P3 : « C'est rare qu'on le présente comme une option l'oxytocine, généralement c'est plutôt comme un traitement ou on va le présenter comme « bon là il faudrait qu'on parte de l'oxytocine, ton col est mature, faudrait qu'on... » [...] Et c'est rare qu'on demande un consentement pour ça, même si techniquement la patiente elle aurait le droit de refuser... »

P8 : « Ça va être de l'expliquer, disons que les contractions ne sont pas assez bonnes... ça aussi ça va probablement être quelque chose de tacite comme réponse, « on serait rendu à donner le médicament pour améliorer les contractions », etc. Pause, est-ce qu'elle dit non, ou quoi que ce soit [...] mais ça fait souvent partie aussi d'un protocole, donc du point de vue médical des fois ça va être des affaires qui ne seront pas discutées par le médecin, c'est un peu comme prescrit d'avance [...] ».

Cinq personnes (P1, P4, P5, P6, P8) ont également mentionné que le protocole d'augmentation de la dose d'oxytocine n'est pas nécessairement expliqué et/ou que le consentement n'est pas revalidé à chaque nouvelle dose, car c'est une procédure faisant partie du « traitement »:

P5 : « [...] on ne le dit pas que ça augmente aux demi-heures, et honnêtement je pense que je ne le dis pas à chaque fois, c'est comme un médicament qu'on part à faibles doses et qu'on ajuste en fonction des contractions. Mais je ne suis pas sûre que je le dis vraiment à chaque fois que c'est comme ça que ça se passe,

²⁸ Un des médicaments ocytociques sur le marché.

que ce n'est pas juste une injection et que ça finit là, que c'est une perfusion. Ça on ne l'explique pas tant. »

P6 : « Tu vois une autre chose qu'on n'a vraiment pas le consentement des femmes c'est que, la gestion de la troisième phase du travail, elle est active [...] c'est une fois que le bébé est sorti en attendant le placenta, pour diminuer le risque d'hémorragie, on *up* l'oxytocine, tu augmentes l'oxytocine s'il y en a déjà et idéalement tu en mets s'il y en a pas. Pour aider l'utérus à se contracter et diminuer le risque d'hémorragie. Je n'ai pas lu personnellement toutes les études qui le démontrent et de quel pourcentage ça diminue le risque d'hémorragie post-partum et de quelle intensité d'hémorragie post-partum on parle, des graves ou quelque chose qui se gère en comme une heure est c'est fini... Personne ne le sait ça. Il n'y a aucune femme qui est demandée « ça vous dérange-tu qu'à votre troisième phase je vous mette de l'oxytocine, ou que j'augmente de l'oxytocine », je ne sais pas si ça fait plus de douleurs ou moins de douleurs à ceux qui n'ont pas d'épidurale, je ne sais pas vraiment qu'est-ce que ça fait dans son corps comme sensation, parce qu'il n'y a pas d'études vraiment là-dessus, donc il y a peut-être des études sur les effets secondaires mais tu sais, je ne les connais pas par cœur, mais on apprend toutes qui faut le faire par exemple. Mais je n'ai pas de consentement. »

D'ailleurs, dans la recherche de Lévesque *et al.*, le même constat est fait quant au toucher vaginal :

Selon les intervenantes [communautaires en périnatalité], les gestes et les interventions imposés peuvent être attribuables aux protocoles hospitaliers que doit suivre le personnel médical :

*Certains actes sont posés sans réel consentement. C'est quelque chose qu'on voit beaucoup parce que les équipes fonctionnent avec des protocoles. Donc les protocoles sont appliqués... On va faire des touchers vaginaux sans forcément dire qu'on va faire un toucher vaginal, sans attendre le bon moment pour le faire. Donc il y a beaucoup de choses qui sont faites sans réel consentement. (FG7) (Lévesque *et al.*, 2016, p. 24-25)*

Les réponses des étudiant.e.s concernant la demande de consentement pour les touchers vaginaux étaient variables. Dans quelques cas (P1, P9), la demande du consentement à chaque toucher vaginal semblait relativement systématique : « Oui si je retourne une

autre fois, je le redemande. [...] Je n'assume pas qu'elle veut encore. » (P1) Dans plusieurs cas (P3, P6, P7, P8) la procédure était expliquée, mais le consentement n'était pas explicitement demandé ou lorsque la même personne allait faire les examens suivants, il était demandé la première fois seulement : « Non je ne le redemande pas à chaque fois, là après ça quand on est rendu à une autre évaluation, admettons, deux heures plus tard, elle me connaît déjà parce que je me suis présentée, mais je viens dire qu'il faut que je fasse un autre toucher vaginal » (P3) ; « Personnellement je laisse une pause après avoir dit qu'on va faire l'examen vaginal pour voir comment est rendu le col. Je ne pense pas que je demande, par oui ou non à ce moment-là, je vais plus laisser une pause voir si ça ne l'indispose pas » (P8). Une personne a surtout parlé de la période de travail, expliquant que sa présence en tant qu'étudiant avait été acceptée au préalable par la personne parturiente et

P10 : « [...] quand c'est rendu dans le travail on ne pose plus la question, mais la patiente n'est même plus là je dirais, elle sent plus le bébé que nos doigts disons, mais on met nos doigts à l'intérieur à chaque deux-trois minutes [...] Donc à ce moment-là il n'y a pas un consentement qui est réexpliqué à chaque fois que tu vas mettre ton doigt parce qu'à un moment donné ce serait « impratique » aussi, malheureusement, mais tu sais je n'ai jamais eu d'objections à la chose non plus ».

Dans d'autres discours (P2, P4, P5) le processus semble flou, où le consentement est généralement demandé, mais d'une façon précipité ou laissant peu de place au refus, par exemple pendant que l'étudiant.e s'installe, met ses gants et le lubrifiant: « je dis juste quelques mots encore de... on est rendu à tel stade, voici pourquoi je voudrais vous examiner. [...] Bien souvent je parle en prenant mes gants et en disant si ça vous va, et c'est rare que j'ai un non » (P4).

Ainsi, d'un côté l'importance et la quantité des protocoles seraient des facteurs de non-respect du consentement et de l'autre, paradoxalement, les protocoles quant à la

demande de consentement (hors urgence et chirurgies) semblent inexistantes. La productivité, la performance et l'importance des protocoles en OBGYN, résultats concrets de la médicalisation de l'accouchement et exemple tangible d'une industrialisation de la médecine, peuvent donc être nuisibles pour le respect du consentement en standardisant certains actes et procédures entre autres, où la notion de choix, liée au principe d'autonomie, semble disparaître au profit d'une organisation des soins de type industriel.

4.2.3 Hiérarchie

Un autre thème ayant émergé des entrevues concerne la place très grande qu'occupe la hiérarchie en médecine, la hiérarchie des savoirs et la hiérarchie professionnelle, entre autres. Ce thème peut sembler éloigné du sujet de cette recherche, mais il est apparu comme un élément tellement présent dans la formation et la profession médicale que son impact sur la transmission des savoirs, notamment le consentement, apparaît certain. Aussi, le rapport hiérarchique avec les patient.e.s en périnatalité en est un de domination médicale et patriarcale sur le corps féminin.

4.2.3.1 Hiérarchie des savoirs

La perception du plan de naissance dans le milieu médical selon les étudiant.e.s interviewé.e.s est assez révélatrice d'une dynamique de hiérarchisation des savoirs qui infuse le milieu médical. Le « savoir corporel » et le pouvoir de l'individu sur son propre corps semblent être des enjeux récurrents en OBGYN, où il s'agit en fait de l'autonomie des femmes sur leurs corps.

Le plan naissance, qui se veut un outil pour la personne enceinte ou le couple pour présenter leurs préférences ou leurs souhaits à l'équipe médicale et ainsi avoir un certain contrôle sur le déroulement de l'accouchement, est perçu ou reçu négativement par l'équipe médicale selon six des dix étudiant.e.s interviewé.e.s (P1, P2, P4, P5, P9, P10). Les éléments de réponse indiquent que c'est considéré comme plus ou moins utile, que ça crée une réaction de contre-transfert dans l'équipe médicale, que ça crée des attentes chez les patient.e.s qui ne seront probablement pas comblées et donc générant de la déception, et que c'est vu comme une nuisance :

P4 : « Je l'avoue que les plans de naissance, souvent on a une espèce de contre-transfert envers ça. [...] Je dirais qu'infirmières/patrons, les habitués sont vraiment très contre-transfert, et plus tu montes dans l'échelle, on va dire plus tu as un contre-transfert. Parce que quand moi je suis rentrée comme étudiante, mes premiers stages bien, je ne savais pas c'était quoi un plan de naissance, je n'avais jamais vu ça, donc pour moi c'était comme ah ok, elle veut ça, mais là tu te rends compte du *pattern* qui vient avec le plan de naissance, de la relation avec la patiente qui vient avec le plan de naissance et... là tu commences à avoir une appréhension envers ça, oui. »

P9 : « [...] je ne te cacherais pas qu'il y en a des infirmières ou qu'il y en a des patrons qui se roulent les yeux 18 fois quand tu leur dit qu'elles ont un plan de naissance compliqué [...] ».

P10 : « C'est souvent perçu un peu comme une nuisance, c'est un peu embêtant. C'est... presque embêtant d'avoir des gens qui nous... disent comment ils veulent que leur corps soit traité, c'est un peu bizarre tu sais, ça ne devrait pas être de même mais on le prend presque comme « ah ils ont tellement de caprices » [...] beaucoup des réponses que j'ai perçues par rapport à faire des plans de naissance c'était, « ah c'est le fun elle sait ce qu'elle veut » mais en même temps « ah on doit se plier à ce qu'elle veut aussi » c'est un mélange des deux mais, je pense qu'en général c'est bien toléré mais c'est comme, ça nous met un peu plus sur notre garde de faire attention à ce qu'on fait [...] ».

Les raisons variées de cette perception négative sont multiples mais elles dénotent toutes une sorte d'irritabilité à voir la personne dans son rôle de patiente vouloir un certain contrôle sur le déroulement de son accouchement. Par exemple, trois personnes

(P2, P5, P9) croient que les plans de naissance sont généralement bâtis à partir de fausses croyances ou mauvaises informations :

P2 : « C'est des madames un peu plus difficiles qui arrivent avec un plan de naissance. [...] les madames qui arrivent avec un plan de naissance souvent c'est qu'elles se sont informées mais pas tout le temps à leur gynéco ou à leurs sages-femmes ou à leur n'importe qui, des fois c'est Google et là c'est plein de croyances erronées et il faut tout que tu déconstruises une affaire pour reconstruire une autre affaire alors c'est deux fois plus compliqué. »

P5 : « C'est problématique un plan de naissance, c'est ça que je pense et c'est juste parce qu'il y a plusieurs raisons pourquoi c'est problématique, la première c'est que c'est fait dans un contexte d'ignorance, pas dans le sens péjoratif du terme, mais les filles... les familles on va dire qui arrivent avec leur plan de naissance qui disent je ne veux pas ci je ne veux pas ça, je ne veux pas ci je ne veux pas ça, mais ils n'ont pas de connaissances médicales, ok donc ce n'est pas éclairé leur plan de naissance. [...] le problème majeur c'est que la plupart des gens qui font du suivi obstétrical n'ont pas le temps d'aborder ça avec les patientes, surtout les gynécologues qui ont cinq minutes par patientes par rendez-vous. C'est sûr qu'ils n'ont pas le temps d'expliquer x – y – z, les forceps, la ventouse, la césarienne, l'épisiotomie [...] donc ça devrait se faire en anténatal, une discussion avec le médecin qui suit et là ça pourrait donner lieu à un plan de naissance qui est peut-être plus... qui a comme plus d'allure et qui est plus à la lumière de connaissances médicales de base sur l'accouchement, et on ne peut pas demander aux gens de tout savoir, des implications tout ça. [...] Souvent c'est tout le temps la même affaire les plans de naissance et c'est suggéré par les gens qui offrent des cours prénataux, donc c'est des gens du domaine de la santé, admettons du CLSC ou je ne sais pas quoi, mais qui n'ont pas de connaissances obstétricales avancées. »

Deux personnes (P4, P5) ont attribué aux personnes avec un plan de naissance une attitude hostile à leur égard :

P5 : « [...] les gens arrivent avec ça comme s'ils venaient à la guerre, souvent c'est hostile comment ils présentent leur plan de naissance et c'est tout le temps la même affaire : « moi je ne veux pas de ventouses, je ne veux pas de forceps, je ne veux pas de césarienne, je ne veux pas d'épisiotomie. » C'est pas mal tout le temps ça, après, le « je ne veux pas qu'il y ait dix étudiants qui me fassent

des touchers vaginaux », ok ça a bien de l'allure, et ça je respecte ça vraiment. [...] on ne fait pas ça pour le fun là, tu sais si on a besoin de faire une ventouse, oui il y a des risques associés, on ne fait pas ça pour le plaisir [...] c'est comme s'ils s'en venaient et qu'ils avaient peur qu'on les blesse pour rien et, ce n'est pas notre objectif, donc c'est comme l'idée qu'il faut qu'ils se défendent parce qu'ils s'en viennent dans un milieu hostile à leur bien-être, ce qui n'est pas le cas [...] ce n'est pas agréable pour nous de passer pour des gens qui veulent faire des actes médicaux non requis et dangereux, parce que si ce n'est pas requis, les bénéfices sont plus faibles que les risques. Donc on ne le fera pas [...] ».

Dans ce témoignage, il est aussi évident que la demande d'un accouchement non médicalisé dérange. Un autre élément de réponse présente un lien établi par quatre étudiant.e.s (P1, P2, P4, P9) entre le fait d'avoir un plan de naissance et un plus grand risque de complications à l'accouchement :

P1 : « [...] ça a mauvaise presse pour une seule raison à la salle d'accouchement, c'est que quand ils arrivent avec un plan de naissance, souvent on appelle ça « ça cochonne »... » [La répondante précise cette expression] Ça se passe mal, il y a quelque chose qui va pas bien après... »

P4 : « [...] souvent les filles qui écrivent des plans de naissance c'est qu'elles ont tellement une idée préconçue et qu'elles veulent absolument ça-ça-ça... que souvent c'est celles qui finissent mal, dans le sens où l'accouchement tourne mal, il faut faire un forceps, il faut qu'on fasse une épisiotomie, il faut qu'on aille en césarienne, il faut... c'est toujours les patientes qui ont les pires affaires qui leur arrivent, je ne sais pas pourquoi mais on dirait que les patientes qui ne se préparent pas qui n'ont pas trop d'attentes, sont comme plus ouvertes à toutes les options et on dirait que je ne sais pas pourquoi mais ça tourne moins mal, donc quand on voit un plan de naissance on est comme... elle va finir en césarienne. [...] et il y a le fait aussi que souvent, tout ce qui est écrit dans le plan de naissance ce sont des choses qu'on fait déjà [...] ».

P9 : « [...] c'est ça souvent il y en a même qui vont faire la blague, c'est que, le plus compliqué le plan de naissance, le plus tu es à risque d'avoir des complications. C'est comme ça... on dirait que ça arrive juste comme ça, mais ceux qui veulent justement essayer le plus d'aller au naturel, le plus ci le plus ça et qui sont le plus vocales à propos de ça finissent par avoir des situations

catastrophiques, je pense que c'est juste parce qu'on s'en rappelle de ces cas-là plus que les autres... »

Comme le mentionne cette étudiante (P9) à la fin de son commentaire, cette corrélation fallacieuse révèle peut-être l'effet négatif qu'a le plan de naissance sur l'équipe, servant alors de point de référence pour la mémoire des accouchements difficiles davantage qu'un véritable lien de causalité entre avoir un plan de naissance et avoir des complications à l'accouchement, ce qui semble plutôt illogique.

Trois personnes (P1, P8, P9) ont une perception personnelle positive du plan de naissance. Une étudiante trouve ça bien parce que « ça fait réfléchir le couple, qu'est-ce qu'ils veulent, à quoi ils s'attendent », toutefois elle ajoute « après ça permet aux médecins et aux infirmières de peut-être rétablir le tir » (P1), laissant sous-entendre qu'il y aura probablement des informations erronées à corriger dans le plan. Un autre étudiant trouve « que c'est une bonne chose, parce que ça permet de tous être dans le même sens justement [quand] il y a des étapes cruciales, admettons pour une épidurale ou autre chose » (P8), une autre étudiante trouve que « c'est utile, et ça *empower* ou ça donne du pouvoir un peu aux femmes de dicter un peu c'est quoi l'expérience de naissance qu'elles ont envie d'avoir » (P9). Une autre étudiante en a peu vu durant sa formation, mais trouve qu'il n'y a pas beaucoup de place à en faire un dans le suivi obstétrical, étant donné le « débit » de consultations (P6).

Pourquoi cette réaction forte quasi-systématique au plan de naissance, si ce n'est une réaction à la remise en question du pouvoir du médecin sur le corps des personnes enceintes et parturientes ? La confrontation du questionnaire, du besoin d'accès aux connaissances des personnes parturientes a été effectivement soulevé à quelques reprises dans les entrevues et semble être vécu difficilement par les médecins :

P4 : « [...] c'est souvent aussi des gens qui sont plus réticents [...] Admettons que justement je rentre dans une chambre et je dis, moi je vous examinerais pour voir où on en est rendu avec votre col, êtes-vous d'accord?... « Pourquoi ». Il y a beaucoup de questions de... Alors que la majorité vont dire « ah oui ok je suis d'accord », bien il y a beaucoup de questionnements, de remises en question, de... je te teste, je veux être sûre que tu connais ton affaire... Souvent la relation est plus difficile avec ces patientes-là qui ont des plans de naissance, aussi, il y a ça. »

P5 : « [...] moi les plus difficiles je trouve c'est ceux qui remettent en question tout ce qu'on dit, et c'est légitime, et souvent c'est ceux qui ont plus d'éducation, ils vont venir et ils vont faire « oui mais là moi j'ai lu ça, et là je ne suis pas d'accord avec ça », et ça m'est arrivé récemment, de me faire donner un cours obstétrical par une patiente et là j'étais, ok mais non mais là *first* tu es dans le champ et deux tu n'es vraiment pas placée pour me dire qu'est-ce qui est vrai et pas vrai là-dedans, donc ça c'est difficile. »

En fait, on constate au final que le plan de naissance, se voulant un outil facilitant la relation thérapeutique, semble reçu par une partie du personnel médical comme une liste de demandes fixes ne prenant pas en compte le caractère « imprévisible » de l'accouchement et plaçant alors la relation dans un rapport de clientélisme qui peut ébranler les dynamiques de pouvoir.

4.2.3.2 Hiérarchie professionnelle

L'infériorisation des différentes pratiques professionnelles en périnatalité est aussi un élément qui est ressorti des entretiens. Six personnes (P2, P4, P5, P6, P8, P9) ont parlé de réactions négatives de l'équipe médicale à la présence d'une doula et/ou d'une sage-femme à l'accouchement de la personne enceinte. Deux étudiantes (P6, P9) ont d'ailleurs mentionné qu'un changement à ce niveau serait nécessaire pour améliorer les pratiques en OBGYN :

P9 : « [...] ce serait d'avoir plus d'interdisciplinarité entre les différentes professions qui font de la santé aux femmes, je pense que certaines provinces sont vraiment mieux équipées que nous pour justement intégrer surtout les sages-femmes et intégrer aussi les médecins de famille qui font de l'obstétrique avec les obstétriciens [...] il y a plein d'autres hôpitaux [...] où il n'y a pas de médecins de famille qui accouchent, il n'y a pas de sages-femmes qui accouchent, et je pense que de resserrer les liens entre les différents professionnels ça serait à... l'avantage des patientes. Parce que ce n'est pas vrai que c'est toutes les femmes qui sont enceintes qui ont besoin d'un obstétricien. Si tu es jeune, en santé, sans problème puis que ta grossesse va comme prévu puis qu'il n'y a pas de complication qui survient puis ton travail va bien, il n'y a aucune raison pourquoi une sage-femme ne serait pas capable de t'accoucher. Même chose pour un médecin de famille. Les obstétriciens c'est là quand il y a des complications. Mais dans notre système actuel, il y a plein de docteurs qui suivent des grossesses, normales, et je pense que, notre mentalité nous on est tellement habitués de voir des complications et habitués de voir des cas problèmes que, on est habitués d'intervenir plus souvent, et je pense que de suivre des patientes qui sont complètement normales, qui sont complètement à bas risques, je pense qu'il peut y avoir plus d'interventions faites à leur égard juste parce qu'on est habitués d'en faire. Exemple, on crève les eaux au travail artificiellement, souvent très tôt, on pourrait attendre et il n'y aurait pas de problème. »

La position hiérarchique la plus élevée dans laquelle se retrouve le ou la gynéco-obstétricien.ne dans le contexte de l'accouchement confère nécessairement un sentiment de responsabilité et de supériorité qui teinte leurs interactions et, comme on peut le supposer, leur relation au consentement de la personne alors soumise à l'autorité de leurs connaissances sur les soins. Cela se manifeste aussi par l'absence de remise en question et de réflexion des gynéco-obstétricien.ne.s sur leur pratique. Selon le témoignage de six étudiant.e.s (P2, P3, P5, P6, P9, P10), il semble difficile et dans certain cas pratiquement impossible de questionner, et encore moins confronter ses enseignant.e.s face à certains de leurs choix, certains de leurs gestes ou attitudes :

P3 : « Il n'y a pas de place à parler directement ni à un patron ni à un résident quand tu es externe... Premièrement c'est eux qui nous évaluent et toute notre entrée en spécialité est déterminée sur les évaluations de ces gens-là, donc c'est... j'aurais eu beaucoup de front je pense de faire des commentaires

directement, parce qu'à la fin du stage toi tu as besoin d'une bonne évaluation pour... pour être acceptée dans la spécialité que tu vas vouloir, donc tu es mieux de te mettre du bon côté que du mauvais... [La répondante confirme qu'il y a des mécanismes de plainte pour des comportements non éthiques] [...] c'est sûr que oui mais on ne nous informe pas de comment les faire. Donc il faut fouiller, admettons moi je n'ai jamais eu d'opportunités de parler après à des patientes et leur dire « allez-vous plaindre de la façon dont le gynécologue vous a traité », parce qu'on est juste en contact avec le patient avec le patron... et après je ne sais pas si je peux me plaindre à la place d'un patient... j'ai aucune idée si... Si je vois des choses pas éthiques je pense comme résidente, je serais bien plus capable de le dire maintenant, mais comme externe ou au préclinique comme étudiant tu es un peu pris dans un système et tu ne sais pas comment dénoncer ça. [...] entre étudiants en formation on essaie de s'en parler de ventiler, ce n'est pas toujours facile, surtout en gynéco il n'y a pas beaucoup de place à ça, tu as ton responsable de stage avec qui tu peux parler, mais souvent c'est un collègue des personnes peut-être que tu as à critiquer, donc tu as peur d'en parler directement à eux. Des fois c'est carrément le patron de stage qui est inadéquat, donc c'est encore pire pour en parler. [...] Mais toi tu es un externe qui est là pour six semaines et eux c'est des collègues de travail, et ils font la loi un peu de la façon dont ils veulent pratiquer. »

P5 : « [La répondante confirme que ce n'est pas possible de discuter avec les patrons de certains comportements inadéquats] Non. Ça ne se fait pas. La hiérarchie médicale... est forte. Et tu sais c'est plate parce que nous autres, comme je te dis on est tout le temps évalué donc tu ne veux pas te mettre à dos personne parce que tu ne veux quand même pas couler ton stage [...] [La répondante confirme qu'il y a un espace pour faire des plaintes] Oui, après est-ce qu'on le fait, non. En théorie oui, on a comme un espace pour ça. [...] on peut faire des plaintes à l'université, on peut... il y a comme un bureau d'aide aussi, mais qui qui fait ça... [...] tu as peur que la confidentialité ne soit pas respectée, quand tu fais ta plainte [...] ».

P6 : « [...] le statut d'un résident est tellement mal positionné pour réfléchir ou remettre en question, on est tellement pas invité à le faire, que de remettre en question un patron qui dans certains cas n'a aucune autocritique, ce n'est vraiment pas *nice*. Et dans une situation comme ça la majorité des gens je te dirais choisissent de se taire, si c'est pour remettre en question justement le respect du patient, l'éthique, la compétence du médecin d'une certaine manière, compétence humaine dans ce cas-là, c'est... On ne sait pas vraiment où aller, au patron lui-même parce que c'est *touchy*, tu peux essayer mais ça risque de ne rien changer et ça risque d'affecter ton évaluation donc tu es comme, *busted*, tu es pris [...] finalement quand tu en parles, que les autres étudiants savent, que les autres patrons savent, que peut-être que les autres patrons ont même

déjà fait des démarches pour que ça bouge, mais que c'est extrêmement difficile *kicker out* un médecin d'une équipe de médecins [...] Donc le résident a une position vraiment particulièrement pas le *fun*, quand tu es témoin d'enjeux éthiques. »

P10 : « À l'U2 on a un système [pour porter plainte]. Je n'ai pas entendu personne utiliser ce système-là encore. Et tu sais il y a beaucoup de micro-agressions qui se passent au jour le jour qui, tu sais j'ai été dans une salle d'opération avec juste des hommes et, ils faisaient plein de blagues sexistes et autant conscientisé que je sois, évidemment moi je me sentais inconfortable de parler devant trois personnes plus âgées, plus expérimentées que moi, de les critiquer, qui m'évaluent en plus, donc on parle beaucoup de ces enjeux-là dans les comités dans lesquels je suis, genre comment est-ce qu'on peut reprocher des choses à ton supérieur qui t'évalue. Mais c'est un peu la même chose, on peut [utiliser] le système anonyme mais on ne sait jamais s'il va se rendre et [...] je dois avouer qu'il y a peu de gens qui croient en ce système-là, donc ça fait que, je pense que la théorie derrière est bonne mais en application, les gens sont tellement réticents que... ça ne donne pas. »

D'ailleurs, dans une étude de l'Association des facultés de médecine du Canada sur les enseignant.e.s cliniques, les données recueillies démontreraient que « les enseignants cliniques sont plus susceptibles de recevoir une rétroaction de la part des étudiants que de leurs pairs ou des administrateurs. » (Cook, 2009, p. 3) Selon les répondant.e.s,

[...] l'évaluation des enseignants cliniques est variable et il arrive même qu'aucune évaluation de l'enseignement en milieu clinique ne soit faite. Les résultats suggèrent également qu'environ la moitié des facultés de médecine ne possède pas de système uniformisé de remise des résultats d'évaluation aux enseignants. (*Ibid.*, p. 3)

Compte tenu du peu de rétroaction que les étudiant.e.s interviewé.e.s ont mentionné donner (ou pouvoir donner) à leurs supérieur.e.s, les médecins semblent se trouver dans une position de grand pouvoir d'influence sans véritable système d'évaluation de leurs compétences cliniques et pédagogiques. Ces rapports de forces entre les médecins et leurs patient.e.s fragilisent le processus décisionnel pour les soins duquel le consentement des patient.e.s est normalement la finalité et la prégnance de la hiérarchie

empêche la réflexion sur les pratiques nécessaires à un transfert des connaissances saines et adéquates.

4.2.4 L'urgence, la peur et le risque

Le paradigme du risque de l'accouchement, qui se manifeste entre autres dans une médecine de surveillance outillée par la technologie et la biomédicalisation, est celui qui définit la science obstétricale. Et comme la sociologue Deborah Lupton (2012) le précise, ce risque concerne le fœtus davantage que la personne enceinte :

Pregnancy is now defined in terms of risk and there is an increasing emphasis on identifying and managing 'risk pregnancies' through the use of technologies. In these discourses, almost all the focus is upon the risks to the foetal body rather than to the pregnant body [...]. (p. 331)

Le risque se présente d'ailleurs dès l'annonce de la grossesse, par un bombardement d'informations sur les risques d'anomalies, les nombreux tests de dépistage qui s'ensuivent, les contraintes alimentaires, etc. La personne enceinte se voit soumise à un contrôle social par l'injonction du suivi de règles médicales sous peine de mettre à risque la santé du fœtus :

[...] pregnant women are expected to engage in a bewildering array of risk-averse behaviours to ensure the health and optimal development of their foetuses. Not only must they regulate the kinds of foods they eat and drink, they must ensure that they take the right kind of supplements, avoid any kind of drugs, position themselves the correct way when lying down and ensure that they are knowledgeable about foetal development and testing technologies. The pregnant woman, by monitoring and regulating her own actions, is expected to create a shield of safety around her foetus by preventing any potentially polluting substances to pass into the uterus. (Lupton, 2012, p. 330)

Dans cette « société du risque », telle que présentée par Ulrich Beck en 1986, la perception des risques potentiels est plus importante que le risque véritable. L'historienne Andrée Rivard (2013) met d'ailleurs en garde contre l'utopie du risque zéro en périnatalité qui a permis la montée de l'idéologie préventive et conduit au nouveau modèle de l'« accouchement dirigé ». Elle mentionne par ailleurs que

depuis une vingtaine d'années, quelques médecins canadiens en vue, davantage conscients de la situation, ont mis en évidence le danger sanitaire d'une conception où le risque réel et le risque fantasmé se confondent [...]. (p. 47)

Le médecin et professeur Grégoire Moutel (2003) en appelle par ailleurs à discuter

des risques associés aux évolutions de la médecine et des nouvelles biotechnologies et rejeter la logique d'un principe de précaution, qui, mal appliqué et mal compris, peut laisser croire au mythe du risque zéro en médecine. Il faut, dès lors, savoir ne pas confondre risques objectifs et risques subjectifs. Les premiers sont décrits et analysés par les scientifiques, qui évaluent les probabilités de concrétisation de certains événements et identifient des facteurs de risque. Les seconds sont faits de fantasmes que les individus créent, indépendamment de toute référence à des savoirs attestés et objectifs. (p. 32)

Dans le discours des étudiant.e.s, cette notion de risque s'est manifestée à quelques reprises (P1, P5, P6, P7) par le facteur d'imprévisibilité de l'accouchement et le peu ou la perte de contrôle potentielle sur le déroulement de la naissance. Cela semble effectivement être un stress important en OBGYN :

P1 : « [...] malheureusement une naissance tu ne sais pas comment ça va s'en aller, ça s'en va dans tous les sens, tu sais pas si ça va bien aller, si ça va aller vite si ça va être lent, s'il va y avoir un problème avec l'épaule qui ne passe pas, si la tête descendra pas, s'il va y avoir le petit cœur qui va descendre il va falloir aller en salle d'op[ération] et en césarienne d'urgence, on ne sait pas comment ça va finir un accouchement... »

P5 : « Et ça peut aller très vite, pour en avoir vu des cas qui cochonnent, ça cochonne rare, tu sais 95 % du temps ça va bien, mais quand ça va mal c'est que ça va vraiment mal, donc c'est là que ça devient... lourd un peu. Pas le consentement, mais la responsabilité du médecin. [...] c'est vraiment dur à expliquer quand ça ne va pas bien comment il faut que ça aille vite [...] pendant que les infirmières préparent toutes les choses pour une césarienne d'urgence, bien moi je tiens la main de la patiente et je lui explique tout ce qu'on va faire. Je lui dis là ça va aller vite, ça va être comme un tourbillon, on va faire ci on va faire ça, est-ce que tu es d'accord et là c'est comme... tu sais souvent il y a tellement de stress dans la pièce que là ça c'est comme « bien oui » ».

P6 : « [...] ce qui va vraiment mal je pense, particulièrement dans cette situation-là, c'est de la souffrance, de l'impuissance sur la souffrance, un danger pour un autre individu qui dépend de la personne qui est en souffrance, qui n'est pas joignable. C'est l'apocalypse... [La répondante confirme que dans cette histoire, l'ignorance du dossier de la patiente, qui venait d'un autre pays et n'était pas assurée par la RAMQ, jouait un rôle dans le stress de la situation] Oui bien pour les médecins c'est une frustration, parce que ça fait vivre de l'impuissance. Parce qu'ils ne savent pas trop, parce que s'ils avaient pu préparer mieux, ils auraient préparé à leur manière, c'est plus confortable, quand tout est prévu, tout est prédit, c'est un domaine où on dirait que... Je pense c'est un des domaines où j'ai l'impression que le besoin de tout contrôler est un des plus grands. »

Stéphanie St-Amant a fait le parallèle entre cette peur constante d'une catastrophe imminente lors d'un accouchement et la conception intériorisée du corps féminin comme non fiable et imparfait :

[...] la construction des fonctions du corps maternel dans l'optique de la défaillance toujours possible, en latence, et la redirection mécanique ou chimique du cours de la parturition sitôt que le processus paraît dévier d'une norme confondue ici avec la sécurité [...] ; l'expérience des femmes du donner-naissance imprégnée de cette « musique de fond » [...] de la peur omniprésente que « quelque chose aille mal » [...] ; l'entreprise gynécoobstétricale de reconstruire ce corps féminin imparfait par son sexe et d'en contrôler l'inquiétante sexualité [...] ; tout ceci se dessinant sur la toile de fond de la mise en conflit toujours plus aiguë du « naissant » et de la mère, telle une lutte où la survie de l'un-e met celle de l'autre en péril, une perspective qui construit l'« enfant à naître » en tant qu'être nécessairement en danger, à risque de ne pas naître ou de naître mort. (2013, p. 23)

Barbara Ehrenreich et Deidre English ont par ailleurs décortiqué ce discours construit par la médecine sur la défaillance et la faiblesse féminines dans leur pamphlet *Fragiles ou contagieuses* :

La principale contribution de la médecine en faveur de l'idéologie sexiste a été de dépeindre les femmes comme des êtres fragiles, et potentiellement contagieuses pour les hommes. [...] Depuis qu'Hippocrate a déploré les « infirmités continuelles » des femmes, la médecine n'a fait que perpétuer l'opinion masculine dominante : elle a traité la grossesse et la ménopause comme des maladies, la menstruation comme un trouble chronique, l'accouchement comme une procédure chirurgicale. (1973/2016b, p. 10)

Dans ce contexte du risque omniprésent, l'urgence en obstétrique devient un outil précieux pour prioriser le jugement clinique sur le consentement. Mais qu'est-ce qui définit une urgence ? Quelle est la part de subjectivité du jugement clinique des médecins et de critères objectifs dans la détermination de l'urgence d'une situation ? À quel moment outrepasser le consentement en utilisant la notion d'urgence pour le justifier devient un abus ? Selon Marlène Cadorette « toute pression temporelle n'équivaut pas nécessairement à une situation d'urgence. » (2006, p. 368) Si la situation d'urgence lui permet d'informer la personne de son état et de lui demander son consentement aux soins en quelques secondes, le ou la médecin est dans l'obligation de le faire. Peu de jurisprudence existe sur cette question complexe :

Nous n'avons pas trouvé de décision de nature obstétricale concernant l'urgence. Le tribunal, dans l'affaire *Bécotte c. Durocher*, précise que l'accouchement devait avoir lieu et que l'attente n'était pas une possibilité à envisager. Il ne devait pas y avoir urgence puisque l'application des forceps est une option d'extraction nécessitant, aux dires mêmes de spécialistes en obstétrique, le consentement de la parturiente. (Cadorette, 2006, p. 367)

Dans son article, Secourgeon (2012) mentionne qu'en Suisse et dans quelques pays anglo-saxons, des documents (le plus souvent commandés par des sociétés d'assurances) ont été produits sur la gestion des urgences en salle d'accouchement afin de répertorier « une série de situations étiquetées critiques car nécessitant une prise en charge à la fois professionnalisée et urgente dans le cadre de procédures spécifiques. » (p. 535) Cette liste non-exhaustive comporte notamment les hémorragies du pré- et du postpartum ; la césarienne en (extrême) urgence ; la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie, la dystocie de l'épaule et le travail et accouchement prématuré (*ibid.*, p. 535). Ce qui peut être des situations critiques pour certains et des évènements indésirables pour d'autres, sont

en réalité des évènements pathologiques majeurs de survenue brutale dont l'identification est soumise en quelque sorte au choix subjectif du clinicien, les répercussions potentielles éminemment variables, mais potentiellement graves. La difficulté essentielle reste dans la validation d'un inventaire des EIG [événements indésirable graves] : à l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucune liste officielle consensuelle et universelle. (*Ibid.*, p. 535)

Ce flou existant autour de la notion d'urgence est probablement une des plus grandes menaces pour le respect du consentement en OBGYN :

P4 : « [...] il y a la notion d'urgence que, je pense que quand c'est une question de sauver une vie, bien là c'est comme à l'urgence, à l'urgence normale. Je ne pense pas qu'à ce moment-là, moi en tous cas personnellement je ne considère pas que dans ces cas-là le consentement est absolument nécessaire. [La répondante précise sa définition de l'urgence]. Bien c'est quand la vie d'un des deux est en danger. Donc, bébé ou maman, quand il faut agir là, sinon les conséquences peuvent être importantes, [...] je vais dire ce qu'on va faire et je vais dire pourquoi, mais je n'attendrai pas le « oui ok », et les questions, il faut agir là. [...] il y a une patiente qui est en travail, qui, elle poussait et il y a toujours un monitoring du bébé qui est fait, et le petit cœur du bébé était de moins en moins beau et donc c'est pour ça que nous on se tenait proches, on se tenait dans la chambre, on avait déjà avisé la patiente que tu sais... il fallait qu'elle accouche là et tout ça, et là il a fait une grosse décélération, donc dans l'urgence des choses moi j'étais avec ma patronne qui m'a dit fait une

épisiotomie, j'ai pris les ciseaux j'ai fait une épisio le bébé est né et par après la patiente m'a dit, « pourquoi tu m'as fait une épisio sans me demander si je voulais ». J'étais comme oh *my god*, c'est vrai, tu sais, mais j'étais comme tellement dans l'urgence, parce que pour moi dans ma tête, c'est la vie de ton bébé ou une épisio, pour moi la réponse est évidente, mais c'est vrai que je n'avais pas demandé le consentement, mais on dirait que c'est tellement implicite que si je lui dis « regarde, ton bébé peut mourir, si je ne fais pas une épisio », c'est comme implicite qu'elle va me dire oui, mais tu sais c'est vrai que ce n'est pas un consentement donc... des fois dans l'urgence on n'a pas le consentement des... on n'a pas un oui verbal, consenti. »

Cet aspect d'urgence est particulier au domaine de la gynéco-obstétrique, d'une part parce que les médecins considèrent généralement qu'ils et elles sont responsables de deux vies – et ce même si légalement l'enfant devient un être humain doté de droits seulement lorsqu'il est complètement sorti du corps de sa mère²⁹. Six étudiant.e.s (P1, P2, P3, P4, P5, P6) sur sept ayant discuté du sujet de leur responsabilité ont avancé qu'ils et elles considéraient avoir deux patient.e.s lors d'un accouchement. La peur et le risque sont donc doublement présents :

P1 : « Qu'est-ce qui prime ? L'enfant. [La répondante confirme qu'elle considère être en charge de deux patient.e.s] Oui. Parce que je peux comprendre que la mère ne veut pas monter en césarienne, que c'est un échec pour elle de monter en césarienne pour son accouchement, elle voulait accoucher vaginal, c'est vraiment... C'est pas prévu et c'est pas désiré, mais le bébé ne va pas bien, donc on monte en césarienne. Rendu là, si le bébé va pas bien, si le bébé doit sortir, pour moi le bébé prime. Parce que c'est mon deuxième patient. »

P4 : « Oui, on a toujours deux patients, c'est ça le *challenge* de l'obstétrique en fait, mais comme... si je reprends mon exemple d'épisio[tomie], j'ai deux patients mais j'en ai une pour qui, faire une épisio ce n'est pas banal, mais ça ne va pas mettre sa vie en danger, donc je préserve la santé on va dire de la mère en sauvant celle du bébé, c'est pas comme, je mets un en danger pour l'autre... Oui on a deux patients et on veut toujours la sécurité maximale des deux en fait. »

²⁹ Selon l'article 223 du Code criminel : Un enfant devient un être humain au sens de la présente loi lorsqu'il est complètement sorti, vivant, du sein de sa mère (Code criminel, ch. C-46, a.223(1))

P6 : « Je pense que le bébé ça fait perdre la tête aux gens parce qu'il y a comme deux personnes... tu es responsable de deux personnes. Et le fait que c'est un bébé, que lui ne peut consentir, que tu prends une décision dans le fond pour un être à venir, comme médecin mais comme mère aussi, on dirait que c'est ça, ça *boycott* un peu... le bon vouloir de la mère. »

Dans certains cas (P1, P3, P4, P8), il est clairement affirmé qu'en situation d'urgence la viabilité du fœtus prime sur le consentement de la personne parturiente :

P3 : « [...] quand elles sont en travail souvent et que ça va mal, on a tendance à penser que leurs décisions des fois peuvent être un peu biaisées ou qu'elles ne sont peut-être plus éclairées de la même façon quand... Qu'elles ne comprennent plus vraiment les enjeux, donc souvent on va avoir tendance à être peut-être un peu plus paternalistes dans nos façons d'approcher l'accouchement, et peu importe le plan de naissance, peu importe ce que la patiente veut, dans une situation d'urgence où il faut sortir le bébé parce que là c'est critique, bien c'est rare qu'on va... on dit à la patiente ce qu'on va faire, mais on ne lui demande pas son avis beaucoup... [...] on impose un peu notre façon de faire à la patiente et on impose nos décisions...»

Andrée Rivard rappelle le lien historique des politiques natalistes avec cette nouvelle importance accordée au fœtus survenue à partir du XVII^e siècle :

Un tel investissement du corps de la femme ne peut être véritablement compris en dehors de l'obsession nataliste et de la nouvelle morale de l'enfance. Le corps féminin figure ici non seulement comme enjeu dans l'élaboration de nouveaux rapports sociaux de sexe [...], mais également comme agent essentiel dans la mise en place d'une biopolitique qui inscrit l'enfant au cœur du développement des nations. (2014, p. 54)

Comme le rapporte Emily Martin, « [i]n Rothman's terms, "mother/fetus are seen in the medical model as a conflicting dyad rather than an integral unit" » (2001, p. 64). L'anthropologue américaine Robbie Davis-Floyd (1987) fait par ailleurs le lien entre l'industrialisation de la naissance où le bébé devient l'ultime produit final du processus de l'accouchement et l'obsession obstétricale pour le bébé parfait, reléguant

l'expérience de la personne parturiente au deuxième plan :

The most desirable end product of the birth process is the new social member, the baby; the new mother is a secondary by-product.

It was what we all were trained to always go after – the perfect baby. That's what we were trained to produce. The quality of the mother's experience - we rarely thought about that. Everything we did was to get that perfect baby. [38-year old obstetrician]

This focus on the production of the "perfect baby" entails close monitoring of the mother by procedures that enact the underlying view that the female body-machine is inherently defective and generally incapable of producing perfect babies without technological assistance from professionals. (p. 292)

Pour Deborah Lupton, la santé et le bien-être des enfants est une priorité des biopolitiques dans le contexte néolibéral, et ce faisant « [p]regnant women have thus become a prime target for neoliberal governmental strategies directed not only at the 'care of the self', but even more importantly, the 'care of the (foetal) other': the valuable potential child.[...] » (2012, p. 335)

Une autre source de peur constante vient du spectre de la poursuite qui semble être particulièrement vive en OBGYN. Sept personnes (P1, P2, P4, P5, P6, P7, P9) ont parlé à un moment ou un autre de l'entrevue des risques de poursuites dans la profession :

P1 : « [...] ils nous l'ont pas mal présenté comme quelque chose d'éthique tout en nous disant faut pas oublier que de toute façon, si jamais vous faites quelque chose qui n'est pas correct du [point] de vue éthique vous allez vous faire poursuivre [...] ».

P4 : « [...] c'est une spécialité qui se fait beaucoup poursuivre donc ils sont très frileux sur documenter bien les dossiers, se *backer* et... s'assurer que tout soit clair entre nous, la patiente, le dossier, tu sais que tout tout dise la même chose. »

P9 : « [...] il faut vraiment tout bien documenter, même chose pour, tu sais en obstétrique si on décide de mettre une ventouse ou faire des forceps, il faut que ce soit documenté dans notre note aussi, forceps appliqués après consentement blablabla obtenu, pour que si jamais ça... si jamais il y a une différence, si jamais on se fait poursuivre, ou si jamais il y a mécontentement dans le futur, de la patiente ou de la famille il faut être capable de prouver que cette discussion-là a eu lieu. [...] en gynéco-obstétrique c'est la spécialité médicale qui est plus poursuivie, au Québec et Canada, parce que c'est comme, c'est *high stakes*, des bébés à la naissance ils ont comme un potentiel incalculable, d'une vie à vivre, un potentiel incroyable [...] ».

Il serait nécessaire de questionner l'importance médico-légale que prend le consentement dans la formation en médecine. Est-ce que le consentement devient pour les médecins un outil de protection juridique davantage qu'un outil permettant de s'assurer du respect de l'autonomie de leurs patient.e.s ? En effet, le savoir-faire qui est davantage de l'ordre administratif, comme la documentation de l'obtention du consentement, semble mis de l'avant dans l'enseignement, alors que le savoir-faire relationnel et le savoir-être seraient mis de côté. Pourtant, pour que le consentement soit véritablement libre et éclairé, les nombreux critères à respecter tels que son obtention sans aucune pression extérieure, la transmission objective de l'information rendue compréhensible pour la personne, l'offre des traitements alternatifs, la possibilité pour les patient.e.s de poser des questions, etc. relèvent de compétences communicationnelles qui peuvent être beaucoup plus complexes à acquérir que celles nécessaires à la rédaction de rapports, par exemple.

Les dérives de la judiciarisation de la médecine et le poids que cela exerce dans la pratique gynéco-obstétricale ont un impact direct sur le rapport des professionnel.le.s en OB/GYN au consentement et aux risques de l'accouchement. Le tracé du monitoring fœtal, par exemple, est devenu une « preuve obligée » dans les tribunaux en cas de poursuite pour faute professionnelle, l'outil ultime puisque le seul élément objectif du dossier médical de la personne parturiente (St-Amant, 2013, p. 166-168).

Dans de nombreux pays, la judiciarisation des soins est à l'origine de l'émergence d'un exercice particulier dit de médecine défensive avec des conséquences parfois néfastes au plan financier et une dérive des pratiques médicales (excès d'exams, sélection des patients à bas-risque). À l'inverse, dans le domaine obstétrical, la traçabilité de la surveillance permettra a posteriori à un expert, en cas de litige, une lecture claire du tracé. Elle lui donnera les moyens pour démentir l'origine perinatale d'une IMC [incapacité motrice cérébrale] si l'ERCF ne révèle pas d'anomalie en faveur d'une acidose et a fortiori si la gazométrie à l'artère ombilicale du nouveau-né est normale. (Secourgeon, 2012, 533)

Ce type de dépendance à la technologie pour se protéger se fait au détriment des réels besoins et du bien-être des personnes parturientes. En guise de comparaison, aux Pays-Bas le système est fait de telle sorte que la poursuite ne sert pas de réparation en cas de faute :

[...] la création et le développement des soins périnataux aux Pays-bas (*sic*) ont été influencés par le fait qu'il n'existe pas de tradition de litiges. Ainsi, si une femme n'est pas satisfaite des soins qu'elle a reçu pendant sa grossesse et son accouchement, elle peut faire appel à un comité formé par des sages-femmes, des obstétriciens et des généralistes, qui pourront étudier son dossier [...]. Il est à remarqué (*sic*) que la famille plaignante n'aura aucune compensation financière en cas de faute, puisque la protection sociale néerlandaise prend en charge efficacement et totalement les enfants handicapés. Cette approche des soins demande ainsi le meilleur de chacun, tant du côté des professionnels que celui de la communauté. (Caudel, 2007, p. 12)

Ainsi, le sentiment de responsabilité de la vie de deux « patient.e.s » et de la mise au monde d'un bébé parfait, la menace constante de poursuites et la crainte intériorisée du corps féminin comme défaillant viennent définir la relation des gynéco-obsétricien.ne.s à la naissance sous le prisme de la peur. L'urgence constitue donc le rempart de contrôle sur ces risques omniprésents. Ce qui permet cette autorité de la peur et la subjectivité de l'urgence en périnatalité, c'est d'offrir un outil puissant pour renforcer

le rapport d'appropriation sociale du corps féminin (Guillaumin, 1978) qui devient alors un simple « fetal container » (Maier, 1989).

CHAPITRE V

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Ce que révèlent les données recueillies et leur analyse sur l'expérience de formation des étudiant.e.s en médecine permet d'amorcer ou de poursuivre plusieurs réflexions sur la culture obstétricale du système de santé québécois et sur la façon dont sont transmises les connaissances et compétences dans les études doctorales et postdoctorales en médecine. Les lacunes dans l'enseignement clinique du consentement, la vision industrielle de la naissance, l'importante place qu'occupe la hiérarchie dans la profession médicale et la vision de l'accouchement à travers les lunettes de la peur et du risque mettent en lumière une certaine culture et pensée obstétricales qui participent à la reproduction sociale des VO, en fragilisant le respect du consentement libre et éclairé des personnes enceintes et parturientes, notamment. La discussion sur le sujet pourrait être vaste et les recommandations nombreuses, mais elles nécessiteraient une refonte en profondeur d'un système complexe.

Ce chapitre reprend donc quelques enjeux discutés dans l'analyse des résultats pour proposer des recommandations autour des thèmes de la formation médicale et du consentement. Les trois premières recommandations concernent la formation et les deux recommandations suivantes concernent l'organisation du travail : la nécessité d'intégrer le processus réflexif dans la formation clinique et plus largement, une

réflexion pluridisciplinaire et intersectionnelle dans la formation en médecine, puis revoir l'organisation du travail pour permettre un enseignement clinique plus adéquat ainsi qu'un suivi prénatal assurant un plus grand respect du consentement aux soins libre et éclairé des personnes enceintes parturientes.

5.1 Processus réflexif, pluridisciplinarité et intersectionnalité

5.1.1 Favoriser le processus réflexif dans l'apprentissage clinique

La réflexion devrait prendre une importance beaucoup plus grande dans la formation clinique. L'apprentissage par osmose en contexte clinique, tel que décrit par des étudiant.e.s interviewé.e.s et dans la théorie de l'apprentissage expérientiel, serait en effet dépourvu du processus réflexif nécessaire à la formation complète des étudiant.e.s. Un des éléments révélés par le discours des participant.e.s interviewé.e.s ayant un impact sur cette lacune est les dynamiques de pouvoir empêchant la remise en question de certaines pratiques cliniques des patrons enseignants. Si la question de la culture hiérarchique est trop complexe pour tenter de la dénouer ici, certaines mesures simples pourraient être mises en place pour en diminuer l'impact négatif sur la formation clinique des étudiant.e.s.

Par exemple, un système d'évaluation systématique par les étudiant.e.s et par des personnes externes non seulement des compétences pédagogiques, mais également des compétences cliniques des enseignant.e.s devrait être mis en place pour offrir aux étudiant.e.s la possibilité d'effectuer cette réflexion nécessaire sur leurs apprentissages cliniques tout en permettant aux médecins ayant des charges d'enseignement d'avoir une rétroaction régulière sur leurs pratiques.

Aussi, les facultés de médecine devraient favoriser la création d'espaces sécuritaires pour les étudiant.e.s afin de relater leurs expériences de stages cliniques entre pairs, autant sur leurs difficultés et réussites avec les patient.e.s que sur leurs questionnements par rapport aux enseignements reçus et ce, dans un climat de confiance et de réflexion commune sur leur future profession et leur pratique professionnelle. Ces ateliers ou rencontres pourraient être supervisé.e.s par des professionnel.le.s extérieur.e.s à la faculté de médecine, en psychologie ou en travail social par exemple. Rendre ce genre de projet véritablement efficace nécessiterait cependant de dégager du temps dans les horaires à l'externat et à la résidence pour permettre une participation accrue, voire obligatoire, aux rencontres.

La médecin et anthropologue française Emmanuelle Godeau suggère également que

des temps de formation plus réflexifs destinés à favoriser l'apprentissage de la mort et de la souffrance pourraient être un moyen de faire baisser une certaine forme de violence symbolique qui atteint tous les étudiants hospitaliers et les fragilise. Être mieux préparés à cette confrontation, pouvoir en parler ouvertement dans un contexte bienveillant, apprendre à se protéger, à prendre de la distance, serait aidant pour éviter que les étudiants ne se retrouvent dans des situations difficiles [...]. (Godeau dans Auslender, 2017, p. 375)

Cette vision où le bien-être des étudiant.e.s doit être pris en compte dans leur formation de soignant.e.s s'insère dans les philosophies et théories du *care* qui sont par ailleurs de plus en plus présentes en recherche et dans le discours collectif. La philosophe Joan Tronto parle de la notion d'attention comme étant la première étape du processus du *care*, au sens d'être attentifs et sensibles aux autres, à leurs besoins (Zielinski, 2010, p. 635). Pour Agata Zielinski, qui enseigne la philosophie en faculté de médecine en France,

la *mimesis* ne suffit pas. L'empathie joue également, à partir de la conscience d'un soi vulnérable. Il s'agit, déjà, au niveau de l'attention, d'introduire une

dimension de réciprocité dans le *care* : c'est en reconnaissant que j'ai moi-même besoin de soins, besoin que l'on prenne soin de moi, que je deviendrai davantage capable de mettre le *care* au centre de mes préoccupations envers autrui (2010, p. 636)

Dans un article sur la place des sciences humaines et sociale dans la formation en médecine, la chercheuse française et maître de conférences en philosophie de la médecine Céline Lefève et le médecin chercheur français Jean-Christophe Mino rappellent qu'il y a une distinction, mais pas d'opposition entre le *cure* (soigner) et le *care* (prendre soin) et que si l'objectivation de la maladie est nécessaire en médecine pour soigner, la subjectivité du patient doit aussi être au cœur de la relation thérapeutique pour prendre soin des patient.e.s.

Ce mouvement d'objectivation représente en effet la limite de la rationalité biomédicale et il ne saurait définir la médecine tout entière. Elle exige, au-delà de l'objectivation indispensable de la maladie, de « changer de registre », d'atteindre « un point de conversion qui n'est pas un point de repli », comme l'écrivait Georges Canguilhem dans un article de 1978 « Puissance et limites de la rationalité en médecine ». Ce changement de registre, lui aussi indispensable, consiste dans la reconnaissance et la connaissance de la subjectivité du patient. La pratique du soin réclame le décentrement de l'attention du médecin (et du soignant en général) de la maladie vers le malade, une conversion du regard pour comprendre le point de vue du malade. (2011, p. 195)

Et l'apprentissage du soin en incluant cette subjectivité nécessite d'accorder une place importante à la réflexion dans la formation et dans la pratique médicale, ainsi qu'aux sciences humaines et sociales qui contribuent à « apprendre à désapprendre ce qui est devenu une seconde nature, afin de rouvrir la parenthèse de l'objectivation et de revenir à la vie subjective et ordinaire du patient. » (Lefève et Mino, 2011, p. 196)

Lefève et Mino affirment que « changer de registre et s'engager dans la réflexion sur le soin et les rapports médecine-société contribuerait sans doute à l'amélioration de la

formation médicale. » (2011, p. 187-188) Une interrogation s'impose : est-ce qu'un tel changement de registre pourrait contribuer, également, à faciliter un plus grand respect du consentement libre et éclairé des patient.e.s?

Cette question renvoie à la discussion sur la déssexualisation de l'accouchement, tel que discuté dans le cadre théorique, ayant un effet direct sur la façon de traiter les corps et les personnes parturientes pendant l'accouchement, mais aussi pendant les examens gynécologiques. Cette dissociation entre sexualité et le corps des femmes en contexte gynéco-obstétrical, une forme de déni de « la vie subjective » des personnes concernées, a un impact certain sur le consentement. Il est donc suggéré que de la formation théorique et clinique sur les violences sexuelles soit inscrite aux curriculum des doctorats en médecine. Comme un étudiant l'a mentionné pendant son entrevue, ce savoir ne leur est pas transmis et il est pourtant essentiel, en regard du taux élevé de ce type de violence dans la société québécoise (Québec, 2018). Cette formation devrait être approfondie dans les stages en OBGYN et un atelier pratique spécifique sur l'examen gynécologique (et toucher vaginal) avec des personnes ayant vécu des violences sexuelles devrait être ajouté à la formation générale. Il serait d'ailleurs pertinent de considérer l'ajout d'une question sur ce sujet dans le bilan de santé des patient.e.s que les médecins et plus particulièrement les gynéco-obstétricien.ne.s et médecins de famille pratiquant l'obstétrique doivent effectuer.

Aussi, il semble évident que l'atelier d'externat sur l'examen gynécologique avec des volontaires, qui offre justement à la subjectivité des patientes-volontaires l'autorité pédagogique, a un impact très positif sur les étudiant.e.s et sur leur apprentissage d'un consentement adéquatement obtenu pour ce genre de pratique. Il est donc souhaitable qu'il soit obligatoire dans toutes les facultés d'enseignement de la médecine au Québec et qu'il soit repris, au minimum une fois, à la résidence en OBGYN et en médecine

familiale. Plusieurs étudiant.e.s ont d'ailleurs soulevé la nécessité d'ajouter des rappels ou des cours spécifiques sur le consentement en général dans la formation clinique.

5.1.2 Pluridisciplinarité et intersectionnalité dans la formation théorique

Bien que les données recueillies sur l'enseignement de l'éthique et du consentement aient permis de révéler que les principales lacunes se retrouvent surtout dans la portion clinique de la formation médicale, introduire des notions théoriques sur les rapports de domination et sur l'intersectionnalité des violences systémiques dès le préclinique pourrait favoriser un changement favorable dans les relations thérapeutiques. Aussi, la médecine étant une profession à la fois scientifique et sociale, il est primordial qu'au cours de la formation les sciences humaines et sociales soient mises au cœur de l'apprentissage : « [l]e problème ne réside pas dans l'apport – indispensable – des sciences à la médecine, mais dans la réduction de la médecine à une science. » (Lefève et Mino, 2011, p. 193)

Lefève et Mino affirment que dans le contexte de la surspécialisation médicale et du morcellement des interventions, ayant grandement complexifié l'organisation des soins,

le travail en équipe et l'approche pluridisciplinaire sont devenus incontournables pour délivrer des soins de qualité. Le principe hiérarchique et l'autorité de la science ne suffisent plus. Le médecin doit pouvoir développer des capacités de travail en équipe et de *management* auxquelles il n'est pour l'instant pas initié. L'étudiant en médecine ne peut plus être formé dans son superbe isolement avec pour seul bagage sa science du corps et ses savoir-faire techniques. Il sera plongé dans un système de santé comportant de multiples ressources mais d'une grande complexité et très contraignant. L'économie, la sociologie du travail et des organisations, le droit peuvent participer à la formation des étudiants sur ces questions. (2011, p.191)

Dans le livre sur les maltraitances vécues par les étudiant.e.s en santé de la médecin Valérie Auslender, Lefève propose des idées pour la formation des étudiant.e.s en santé qui, bien qu'elles concernent le système français, sont également pertinentes pour la réalité québécoise :

- Inscrire dans les formations les questions psychologiques, relationnelles, éthiques, organisationnelles, politiques relatives au *soin*, à ses valeurs, ses difficultés, etc. [...];
- Inscrire dans les formations les questions relatives aux *violences* (dont le sexisme) envers les étudiant(e)s et les patient(e)s ;
- Dans les enseignements sur le soin et les violences, offrir des outils d'analyse *pluridisciplinaires* ; historiques, éthiques, anthropologiques, sociologiques, artistiques ; y inscrire des témoignages écrits, oraux, filmés de patients, familles, étudiants, soignants [...];
- Faire varier pour ces enseignements les *méthodes pédagogiques* : cours présentiels, conférences, débats, analyses de récits cliniques ou de témoignages d'étudiants en ligne [...]. (Lefève dans Auslender, 2017, p. 365-367)

Sadler *et al.* soulignent dans leur article l'importance d'inclure les droits humains en périnatalité et une discussion sur la VO dans le curriculum non seulement médical, mais dans toutes les disciplines concernées :

[...] the principles of human rights in childbirth and the discussion on obstetric violence and its impact on professionals, mothers, babies, and their families should be included in the curriculum in all relevant educational institutions (legal, medical, midwifery, nursing, and others), stressing its gender-related dimensions. This is a necessary step because many aspects of obstetric violence are not questioned, they are taken for granted and naturalised. (2016, p. 52-53)

Si cette discussion a lieu, elle doit impérativement être accompagnée d'une réflexion intersectionnelle sur les VO afin que toutes les dimensions de ce problème soient étudiées. Chaque groupe discriminé et/ou marginalisé vit des formes de dominations spécifiques qui, dans le contexte d'une violence systémique, décuplent la violence

subit. Comme le mentionne la professeure en droit et figure de proue du *black feminism* Kimberle Crenshaw,

[i]n the context of violence against women, this elision of difference in identity politics is problematic, fundamentally because the violence that many women experience is often shaped by other dimensions of their identities, such as race and class. Moreover, ignoring difference *within* groups contributes to tension *among* groups, another problem of identity politics that bears on efforts to politicize violence against women. (1991, p. 1242)

Dans un dossier de la revue sociale et politique *À Bâbord!* sur la médecine et les questions périnatales, un rapide portrait des VO particulières à certaines communautés du Québec est dressé. Le capacitisme³⁰ en période périnatale (Boisvert, 2018), les contraintes de l'éloignement géographique et l'hypermédicalisation que les personnes enceintes de plusieurs communautés des Premières Nations subissent (Challut, 2018), le racisme systémique pendant la grossesse et l'accouchement (Bessaïh, 2018) et le manque d'accès aux soins des personnes sans statut et/ou sans couverture de santé (Gérin et Houle, 2018) sont autant d'exemples de la multiplication des couches d'oppression pouvant rendre l'expérience périnatale difficile, traumatique, voire dangereuse – et dans ce cas, le danger ne venant pas de la « nature risquée » de l'accouchement, mais du traitement discriminatoire en médecine périnatale. Dans toutes ces situations, comme dans celle des personnes en situation de précarité ou de pauvreté (Maier, 1989), les choix des personnes concernées sont réduits et la fragilisation du respect de leur consentement est accrue.

Il est important aussi de mentionner que des critiques issues des mouvements déconstructivistes sur le genre soulignent que la vision médicale (et de certains groupes féministes) cisgenre et hétérocentrée de l'accouchement et de la périnatalité contribue

³⁰ « Le capacitisme désigne l'ensemble des attitudes sociétales qui dévalorisent et limitent le potentiel des personnes handicapées. » (Boisvert, 2018)

à une invisibilisation des VO que peuvent vivre, par exemple, les hommes trans ou personnes non-binaires enceintes :

Attending particularly to queer and transgender individuals' experiences, researchers in contexts of care have shown that heteronormativity positions heterosexuality as the assumed sexual identity of patients, while a persistently assumed gender binary insists patients are necessarily either men or women. Heteronormativity and gendernormativity function together to make queer, transgender, and genderqueer lives invisible and make the particular needs of queer and trans patients less likely to be met. (Harbin *et al.*, 2012, p. 150)

Les études sur le sujet sont encore inexistantes ou bien très rares, il est donc nécessaire qu'elles se multiplient dans les années à venir pour répondre à la question des différents types de violences que peuvent subir cette communauté.

En parallèle, les diverses professions exerçant en périnatalité doivent engager une réflexion commune sur leurs pratiques discriminatoires et les préjugés transmis dans leurs formations qui impactent les soins et services prodigués aux personnes concernées. Pour faciliter les recherches sur le sujet qui permettront de mettre en lumière les problèmes particuliers à la situation québécoise, des données statistiques devraient être rendues disponibles sur les différentes dimensions sociales des personnes qui accouchent en milieu hospitalier. Au Québec, les formulaires d'admission omettent de questionner, entre autres, l'appartenance ethnique, ce qui « devient alors une façon de nier les discriminations systémiques que subissent les personnes racisées dans le système de santé. » (Bessaïh, 2018, p. 46) Aux États-Unis, ces données sont accessibles et ont permis de démontrer un taux de mortalité maternelle supérieur chez les femmes noires et un nombre d'interventions médicales plus élevé :

For the last four decades, Black women have been dying in childbirth at a rate three to four times their White counterparts. Cities and states with a high African American population also have the highest rates of maternal mortality

in the country ; in some areas of Mississippi, for example, the rate of maternal death for women of color exceeds that of Sub-Saharan Africa, while the number of White women who die in childbirth is too insignificant to report. (Center for Reproductive Rights, 2014, p. 6)

Le taux de mortalité infantile des enfants noir.e.s est également plus élevé que celui des enfants blanc.he.s (Villarosa, 2018). Dans le cas des États-Unis, ces données révèlent un autre problème, puisque les taux franchement supérieurs de pauvreté dans laquelle se retrouvent les personnes racisées vont de pair avec moins d'accès aux soins de santé (Center for Reproductive Rights, 2014). Mais la classe sociale n'est pas la seule raison de ces disparités : « Education and income offer little protection. In fact, a black woman with an advanced degree is more likely to lose her baby than a white woman with less than an eighth-grade education. » (Villarosa, 2018)

5.2 L'organisation du travail et des soins

L'organisation industrielle des soins et du travail joue un rôle déterminant dans les violences systémiques de l'institution médicale. En effet, le fonctionnement du système de santé actuel priorisant l'efficacité sur la qualité des conditions de travail et des soins, il ouvre la porte aux violences psychologiques et physiologiques imposées par l'institution sur les professionnel.le.s de la santé, qui se répercutent sur les patient.e.s vivant déjà dans une situation de vulnérabilité. Ce thème de l'organisation des soins n'a pas été critiqué directement par les étudiant.e.s interrogé.e.s, mais l'analyse de leurs discours a démontré que c'est en effet un enjeu important dans la question des VO et il l'est aussi plus largement dans celle des maltraitances en santé. Un des principaux facteurs de cette dérive institutionnelle est le temps compressé au maximum pour répondre aux impératifs d'efficacité et de rentabilité :

Au plan du soin, *de facto*, la qualité se dégrade sous la pression de la quantité. Dans de nombreux services aujourd'hui, les soignants sont conduits à bâcler le soin pour tenir les objectifs quantitatifs. [...] Ainsi en arrive-t-on souvent à des situations pénibles pour les soignants, qui consistent sous la pression de l'évaluation quantitative, à céder sur la qualité, à maltraiter les patients et les familles, et en fin de compte à apporter leur concours à des pratiques que le sens moral réprouve. S'ouvre ici le domaine de la « souffrance éthique » : à force de déroger aux règles de métier, on finit par trahir l'*ethos* professionnel et bien souvent la déontologie. Puis à se trahir soi-même. (Dejours dans Auslender, 2017, p. 324)

5.2.1 L'impact des contraintes organisationnelles sur la pédagogie

Ces contraintes organisationnelles ont un impact important dans la qualité de l'enseignement médical, car en effet, « [e]nseigner, transmettre, cela prend du temps. Et ce temps entre en concurrence avec les cadences de travail. » (Dejours dans Auslender, 2017, p. 328) Comme ce fut présenté dans la section précédente, intégrer l'étude des rapports de domination dans la formation médicale clinique, comme le sexisme ou le racisme systémique, est plus que nécessaire. Déconstruire des préjugés, intégrés souvent avant même la formation médicale, au sein d'une institution reproduisant ces rapports de domination (hiérarchiques) nécessite une attention soutenue et constante. Ce type de compétence culturelle et sociale, relevant entre autres du savoir-être et de l'habileté communicationnelle, devrait aussi être transmis par les personnes en charge de la formation clinique. Pour que ce soit possible, ces enseignant.e.s doivent se voir offrir du temps pour se former d'abord, puis pour se concentrer sur leur tâche de transmission des compétences cliniques ensuite.

Chamberland et Hivon (2005) décrivent l'enseignement clinique comme « globalement informel, implicite et aléatoire. Il est rarement intentionnel et planifié et il est à la merci des aléas des soins et de l'exposition clinique des étudiants. » (p. 99-100) Le

raisonnement clinique, intrinsèquement lié au savoir biomédical, serait plus facile à enseigner que « les compétences intégrées et les savoir-faire complexes [...] développés, en particulier dans les champs de la communication, de l'éthique et du professionnalisme, [qui] sont et demeurent largement tacites, difficilement accessibles aux étudiants. » (*Ibid.*, p. 99-100) Dans l'étude sur les enseignant.e.s en contexte clinique de l'Association des Facultés de médecine du Canada, les données semblent confirmer ce manque dans la formation à la pédagogie clinique des médecins :

La majorité des enseignants cliniques interrogés a reconnu bénéficier d'un perfectionnement en faculté. D'importants obstacles les empêchent toutefois d'y participer. Selon l'étude, les cliniciens font face à une augmentation des demandes de services cliniques et ils doivent, en priorité, satisfaire les besoins de leurs patients. Les répondants ont aussi souligné le fait que les horaires, l'emplacement et les frais que représente le temps passé loin de leur bureau sont souvent les obstacles les plus importants à leur participation au perfectionnement en faculté. Les cliniciens suggèrent également que, dans bien des cas, le contenu des ateliers est trop général. Ils expriment le besoin d'ateliers sur mesure portant sur leur milieu d'enseignement clinique. (Cook, 2009, p. 3)

Aussi, les compétences en pédagogie clinique ne semblent pas être considérées différemment des compétences en pédagogie académique. Mais ne le sont-elles pas, différentes, et ne nécessiteraient-elles pas un encadrement spécifique au contexte de la formation clinique ? Bien que l'analyse de Chamberland et Hivon (2005) sur l'enseignement clinique date de plus de dix ans, il semble qu'elle soit toujours d'actualité :

[...] les observations des professeurs, des instances facultaires et de l'ensemble des organismes concernés par l'éducation médicale, qui sont à la base des nouvelles normes de formation, vont dans le même sens : les futurs médecins devraient être mieux formés aux dimensions de leur compétence professionnelle [...] telles que la communication, l'éthique, le travail collaboratif et le professionnalisme. [...] Paradoxalement, malgré l'importance que l'on doit dorénavant accorder à la formation clinique et aux enseignements qui y sont dispensés, la préparation pédagogique du corps

professoral à cette tâche reçoit quant à elle bien peu d'attention. Il semble exister certaines croyances de la part des professeurs et des facultés à l'égard de l'enseignement clinique, qui sous-estiment sa complexité réelle. Certains prétendent que l'enseignement clinique, puisqu'il est très intriqué à la pratique clinique, se fait spontanément et avec un minimum de préparation. L'« osmose » est pour ceux-ci une modalité pédagogique privilégiée, comme en témoigne cet énoncé célèbre en enseignement clinique : « *see one, do one, teach one* ». (p. 99-100)

Il serait donc pertinent d'instaurer un cours obligatoire et de la formation continue en pédagogie clinique pour toutes les personnes qui souhaitent avoir (ou qui se voient imposer pour des raisons de contraintes organisationnelles) des charges d'enseignement. La question est complexe et mérite que davantage d'attention lui soit accordée, et par les autorités médicales, et par le milieu de la recherche, car c'est probablement à partir de cet enjeu que des changements profonds pourraient, de façon réaliste, être apportés à la culture médicale, du moins dans un avenir relativement proche. Valoriser les tâches d'enseignement clinique est primordial pour amorcer un changement dans la formation médicale et ensuite dans les pratiques.

5.2.2 L'impact des contraintes organisationnelles sur le consentement éclairé

Dans la pratique en OBGYN, les contraintes organisationnelles ont un impact direct sur les patient.e.s et le vécu des VO. La gynéco-obstétrique (et la médecine en général), tel qu'expliqué précédemment, s'est construite sur une vision patriarcale et industrielle des soins et du corps. Le fait que la plupart des étudiant.e.s aient mentionné l'aspect chirurgical et le rythme de travail comme éléments d'intérêt (ou de désintérêt) pour la pratique en OBGYN est un exemple de la place qu'occupe cette vision organisationnelle basée sur la productivité et la performance dans la profession. S'il apparaît très peu probable que changer la vision protocolaire et industrielle de l'accouchement soit réaliste en contexte hospitalier dans le système actuel, il semble

très possible et même essentiel d'inviter les hôpitaux et les équipes médicales à favoriser le consentement éclairé des personnes parturientes en réorganisant la pratique obstétricale pour assurer un suivi prénatal adéquat. Il serait aussi important de favoriser les échanges interprofessionnels sur l'accouchement, entre sages-femmes, omnipraticien.ne.s et gynéco-obstétricien.ne.s pour changer la conception de l'accouchement à tendance unilatérale des médecins spécialistes, celui du risque imminent. Une réflexion s'impose sur cette culture hiérarchique où la compétitivité et l'hostilité entre professionnel.le.s en périnatalité n'est pas au service du bien-être des personnes enceintes ou parturientes et des enfants à naître, bien au contraire.

Le suivi sage-femme est présenté ainsi par le Regroupement les sages-femmes du Québec :

La continuité relationnelle est un élément central du travail de la sage-femme. Habituellement, la femme est suivie par la même sage-femme durant sa grossesse et a aussi l'occasion de rencontrer la coéquipière de sa sage-femme afin d'établir un lien de confiance avec elle. Cette équipe s'assure donc que l'une ou l'autre des sages-femmes connues sera disponible pour la femme tout au long du suivi. Si le travail débute et que sa sage-femme n'est pas disponible (la femme le saura d'avance), c'est sa coéquipière qui sera responsable de l'accouchement. [...] À chaque visite prénatale, la sage-femme vérifie l'évolution de la grossesse : prise de tension artérielle, mesures, palpation, etc. Comme les sages-femmes croient que les biens-être physique et émotionnel sont inséparables, elles prennent le temps de parler avec les femmes de leurs expériences et de leurs préoccupations. Chaque visite dure environ 50 minutes, mais la première visite peut parfois être plus longue. Le (la) partenaire et les enfants sont les bienvenus aux rencontres. (Regroupement les sages-femmes du Québec)

Le suivi prénatal comporte normalement une visite par mois jusqu'à la 32^e semaine, une visite aux deux semaines entre la 32^e et la 36^e semaine et une visite par semaine jusqu'à l'accouchement. En postnatal, la sage-femme visite à domicile la famille 24 heures après la naissance, puis le troisième et le cinquième jour et la famille visite leur

sage-femme à la maison de naissance autour des troisième et sixième semaines (Regroupement les sages-femmes du Québec). Le suivi obstétrical présenté par l'Association des gynécologues obstétriciens du Québec³¹ est relativement similaire en nombre de visites, mais le suivi de grossesse normale est présenté fort différemment :

Après un questionnaire et un examen physique et gynécologique, votre médecin sera en mesure d'évaluer la date prévue de votre accouchement. Déjà, lors de cette première visite, certaines discussions pourront être élaborées avec vous en fonction de vos questions, de vos inquiétudes et de vos besoins spécifiques. Le dépistage prénatal d'anomalies fœtales fait partie de ces discussions. Certaines analyses sanguines de base vous seront prescrites auxquelles pourront s'en ajouter d'autres selon le cas. Le dépistage du diabète gestationnel est fait vers la 26e semaine de grossesse et d'autres analyses pourront également être pratiquées entre la 28e et la 32e semaine. Une échographie, dite de dépistage, est normalement pratiquée entre la 18e et la 20e semaine. Celle-ci aide à vérifier l'âge de la grossesse, préciser l'endroit où se situe le placenta de façon définitive et passe en revue l'anatomie du fœtus à la recherche d'anomalies détectables. Les visites subséquentes se font en général à une fréquence de quatre semaines jusqu'à la 32e semaine, puis aux deux semaines jusqu'à la 36e semaine et par la suite toutes les semaines jusqu'à l'accouchement. (Association des gynécologues obstétriciens du Québec)

La différence de vision présentée dans ces deux énoncés apparaît évidente. On retrouve le risque et la peur dans l'explication du suivi obstétrical, où il est surtout question de dépistage d'anomalies alors que dans le suivi sage-femme, l'emphase est mise sur l'aspect relationnel, le lien de confiance et le bien-être physique et émotionnel.

D'autre part, les réactions de type « contre-transfert » aux besoins d'agentivité des personnes à leur accouchement, qui se manifestent entre autres par une réception défavorable aux plans de naissance, est le symptôme d'un problème complexe qui doit être dénoué. Il est frappant de constater que le besoin ainsi exprimé par les personnes

³¹ Sur le site InfoGrossesse.ca de la SOGC, l'organisation canadienne des spécialistes en OBGYN, l'offre d'information est toutefois beaucoup plus complète et variée.

enceintes d'avoir un certain contrôle sur le déroulement de leur accouchement suscite un sentiment négatif de la part de certaines équipes médicales ou de certain.e.s professionnel.le.s. Des étudiant.e.s ont également partagé que le manque d'informations (ou d'informations véridiques) et de préparation des personnes enceintes ou des parents au déroulement de l'accouchement était un problème. Il faut savoir que les plans de naissance sont proposés par plusieurs établissements hospitaliers qui offrent en ligne des documents modèles à remplir et la SOGC le présente sur son site Info Grossesse comme « un document que vous préparez vous-même afin d'indiquer à votre fournisseur de soins de santé et au personnel de l'hôpital comment vous désirez que se déroule l'accouchement. » (SOGC, <https://www.pregnancyinfo.ca>)

Plutôt que de le recevoir comme un irritant et une liste de décisions se voulant fixes et immuables, il serait pertinent que les équipes médicales utilisent le plan de naissance comme un outil de dialogue pour favoriser une relation de confiance entre elles et les futurs parents, ce qui revient à favoriser une approche plus respectueuse et consciencieuse du consentement. Par exemple, si le plan de naissance était préparé conjointement avec un.e ou plusieurs membres de l'équipe médicale présente lors de la naissance, l'enjeu du consentement éclairé à l'accouchement serait grandement réduit, puisque toutes les interventions que les médecins jugent pertinentes de présenter auraient été préalablement discutées adéquatement :

Le *moment* de l'information a de l'importance pour permettre au malade de disposer, sauf urgence, d'un peu de temps pour réfléchir et lui éviter l'impression injustifiée qu'il est pressé de répondre : quelques heures, une nuit, quelques jours sont un délai qu'il mettra à profit pour s'adapter à ce qui l'attend, s'y préparer, demander des informations complémentaires avant d'apporter, dans la grande majorité des cas, son adhésion à un projet où, dès lors, sa bonne coopération sera une raison supplémentaire de réussite. (Hoerni, et Saury, 1998, p. 63)

Aussi, est-ce qu'attirer deux infirmières qui travaillent en OBGYN au suivi de chaque personne enceinte afin d'assurer la présence de l'une d'entre elles à l'accouchement serait une mesure réalisable ? Est-ce qu'offrir la couverture par la RAMQ des services d'accompagnement à la naissance pourrait aider à répondre au besoin d'agentivité des personnes enceintes ? Déjà en 2004, Hélène Vadeboncoeur rapportait dans sa thèse que, sur la question du consentement éclairé et plus spécifiquement à propos de l'information sur les médicaments donnés pendant le travail comme le Syntocinon et les analgésiques,

tous les intervenant-e-s s'entendent sur le fait que l'accouchement n'est pas le moment idéal pour recevoir de l'information. Les obstétricien-ne-s-gynécologues disent aussi que les femmes devraient être informées pendant les rencontres prénatales. Les omnipraticien-ne-s ainsi que les accompagnantes sont aussi d'avis que l'information doit se faire pendant la grossesse. (p. 174, note 101)

Pourtant, plus d'une décennie plus tard, le problème semble toujours présent. Repenser le suivi prénatal en OBGYN apparaît essentiel pour améliorer le respect du consentement libre et éclairé des parturientes et plus largement, pour améliorer l'expérience de l'accouchement en milieu hospitalier. Ce genre de changement pourrait être facilité par une plus grande horizontalité dans les relations interprofessionnelles et par une volonté de sortir l'accouchement d'une vision pathologique industrialisante.

CONCLUSION

Cette recherche a pour objectif d'aider à la création d'un dialogue entre les différentes parties concernées par les VO. Comme la majorité des voix qui s'élèvent actuellement pour parler des VO sont celles des personnes qui en ont vécu ou des personnes qui militent pour le respect des droits des personnes parturientes, il est important d'exposer les différentes perspectives, celles du milieu médical entre autres, pour favoriser une discussion sociétale sur le sujet et saisir l'ensemble du phénomène.

Le consentement aux soins étant un élément central dans l'expérience des VO et dans l'éthique biomédicale, faisant d'ailleurs partie du Code civil et du Code de déontologie des médecins, c'est l'objet d'étude qui a été choisi pour élaborer la question de recherche. D'ailleurs, le CMQ et le Barreau du Québec croient que « [l]e consentement aux soins est le point d'orgue du processus dialogique entre le patient et le médecin. » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 29) En questionnant le rôle de l'enseignement du consentement dans la reproduction sociale des VO, il a été possible de mettre en lumière certains aspects de la formation médicale au Québec, ainsi que certains aspects de la pratique en OB-GYN en général, qui ont un impact sur la façon dont l'accouchement et le consentement aux soins en périnatalité sont envisagés par le système médical. Dix étudiant.e.s en médecine provenant des quatre universités du Québec offrant la formation doctorale ont donc partagé leurs expériences de formation lors d'entretiens semi-dirigés.

Plusieurs éléments sont ressortis de ces entrevues. D'abord, l'hypothèse de recherche selon laquelle l'aspect théorique du consentement serait adéquatement transmis au préclinique, mais son enseignement pratique comporterait des lacunes a été confirmée. Par contre, il n'a pas été possible de vérifier l'hypothèse avançant qu'il existe des cultures de pratiques propres à chaque établissement, bien que certain.e.s étudiant.e.s en aient parlé indirectement, car l'échantillon était trop petit et trop varié pour avoir suffisamment de données sur des hôpitaux en particulier. En effet, les lieux de stages étaient trop nombreux pour faire émerger des données sur cette question.

Ensuite, les résultats ont démontré que la vision de la pratique qui est transmise en OBGYN correspond à celle d'une organisation des soins de type industrielle, illustrée par l'importance des protocoles et des caractéristiques de productivité et de performance de l'OBGYN. Dans cette façon de concevoir l'accouchement et la naissance, les aspects relationnel et communicationnel, importants dans la recherche du consentement, sont moins mis de l'avant. Aussi, les relations de pouvoir entre les différentes positions hiérarchiques en OBGYN telles que révélées par les étudiant.e.s et l'impossibilité de remettre en question les compétences cliniques et pédagogiques des patrons favorisent la transmission de pratiques inadéquates et/ou non éthiques. Finalement, la peur et le risque sous-jacents à l'accouchement dans la culture obstétricale rendent le spectre de l'urgence omniprésent, contexte dans lequel le consentement peut être outrepassé.

Le principal questionnement qui reste suite à la rédaction de ce mémoire concerne la pertinence du consentement aux soins en OBGYN comme outil principal pour valider le respect de l'autonomie des personnes parturientes. Compte tenu de la particularité de l'obstétrique, énoncée par les étudiant.e.s, de travailler avec la pression d'une double responsabilité morale d'une vie et d'une vie à venir, puis du facteur imprévisibilité de l'accouchement qui entre en conflit avec la standardisation du système biomédical, il

est nécessaire d'entamer une réflexion sur la valeur du consentement aux soins en obstétrique (est exclue la gynécologie pour laquelle le contexte d'urgence est plutôt rare), tel qu'il existe dans le Code civil et le Code de déontologie. Étant donné le nombre croissant de témoignages, d'articles et d'études sur les VO, dans lesquels les mentions de consentements omis ou bafoués sont nombreux, est-ce effectivement le meilleur outil pour assurer l'autonomie des personnes enceintes et parturientes ? Est-il possible d'assurer un consentement libre et éclairé dans le contexte actuel d'organisation des soins dans lequel le « débit » de patient.e.s ne permet pas, notamment, de répondre convenablement à l'aspect éclairé du consentement ? D'ailleurs, le CMQ croit que

le consentement apparaît maintenant comme un élément certes nécessaire mais insuffisant pour bien comprendre comment les décisions de soins sont prises, en situation clinique. [...] Si bien que le Collège propose avec d'autres un changement de paradigme : miser sur le processus décisionnel dans son ensemble pour que les soins soient les plus appropriés possible. » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 4)

Miser sur le processus décisionnel en OBGYN signifierait entre autres, comme ce fut suggéré dans la discussion sur les résultats, de changer les pratiques dans le suivi pré et post natal en OBGYN.

Il est évidemment utile de questionner la pertinence des accouchements non pathologiques en milieu hospitalier, qui reste et restera une institution dont la vocation est de prendre en charge les maladies et les pathologies de la population. Aux Pays-Bas, par exemple, toutes les grossesses et les accouchements « normaux » sont pris en charge par des sages-femmes et un grand pourcentage³² des accouchements se déroulent aux domiciles des parents. Mais puisque l'on peut envisager que dans un

³² À la publication de l'article de Madeleine Akrich sur le sujet en 2007, plus de 30 % des accouchements avaient lieu à domicile. (Akrich, 2007).

proche avenir les accouchements non pathologiques continueront à se faire massivement à l'hôpital, il serait pertinent pour des recherches subséquentes de réaliser des études comparatives entre la formation médicale et la formation sage-femme. Cela permettrait de constater la différence dans les cursus et les méthodes pédagogiques et peut-être, en changeant certains aspects de la formation médicale, contribuer à réduire la médicalisation des accouchements « à bas risques » en milieu hospitalier. Il est nécessaire de faire remarquer ici que lorsqu'il y a de l'ouverture à la pratique sage-femme de la part du milieu médical, c'est souvent dans l'idée d'amener les maisons de naissance à l'hôpital pour assurer l'accès à l'équipement nécessaire en cas d'urgence. Cette proposition est généralement peu enthousiasmante pour la communauté sage-femme, qui craint la médicalisation de sa pratique et la modification de sa philosophie de l'accouchement, comme c'est d'ailleurs le cas en France où la majorité des sages-femmes travaillent en milieu hospitalier (Thomas, 2017).

Une autre piste de recherche à considérer concerne le traumatisme vicariant³³, souvent associé aux intervenant.e.s en santé mentale, mais pouvant certainement toucher aussi des professionnel.le.s en périnatalité qui vivent et voient régulièrement des situations stressantes et parfois dramatiques :

Evidence shows that health personnel exposed to violence in childbirth may suffer secondary traumatic stress or compassion fatigue, understood as a secondary exposure to extreme traumatic stressors similar to those experienced by patients with primary exposure. (Sadler *et al.*, 2016, p. 51)

Est-ce que les professionnel.le.s en périnatalité ont la possibilité de faire des retours réguliers en équipe à la fois sur les accouchements difficiles et sur les accouchements

³³ « Le [trauma vicariant] peut nous affecter lorsque nous intervenons auprès d'une clientèle traumatisée et que nous entendons à répétition des descriptions détaillées de scènes perturbantes et traumatiques. Ces images troublantes peuvent devenir les nôtres et entraîner des reviviscences [...], de l'évitement [...] et un état d'alerte constant ». (Brillon, 2013, p. 30)

qui se sont bien déroulés ? Si c'est le cas, est-ce qu'il y a des ressources sur place pour accompagner les personnes qui en manifesteraient le besoin ? Même si les équipes médicales conçoivent généralement comme justifiés et nécessaires la plupart des actes médicaux à l'accouchement, elles ne sont pas à l'abri de vivre difficilement certaines scènes (en situation d'urgence notamment) dont la violence peut prendre plusieurs formes. La violence institutionnelle en général peut prendre de multiples formes et, bien qu'étant les courroies de transmission des VO, les soignant.e.s sont aussi assujetti.e.s à cette violence systémique.

Sadler *et al.* vont aussi parler de la nécessité d'une analyse des VO plus large et s'inscrivant dans les dimensions sociales et culturelles des VO, pour permettre de dévier le focus sur les « victims (women) » et les « victimisers (health professionals) » afin de reconnaître « the ubiquitous socialisation of men and women into naturalised, and thus invisible, forms of violence and power dynamics between groups. » (2016, p. 51)

Les limites de ce mémoire se situent notamment dans la taille et la nature de l'échantillon, relativement petit par rapport au nombre d'étudiant.e.s en médecine³⁴ et qui offre un mélange de discours d'étudiant.e.s du niveau externat, du niveau résidence dans différentes spécialités, puis du niveau résidence en OBGYN. L'expérience terrain en OBGYN de chacun de ces niveaux est très différente, certain.e.s ayant fait un seul stage en OBGYN et d'autres plus d'une dizaine. Il aurait peut-être été pertinent d'avoir un échantillon d'étudiant.e.s à la résidence en OBGYN seulement, pour dresser un portrait plus spécifique de la formation en OBGYN. Ce mélange de discours de différents niveaux d'études est cependant intéressant, car il offre différentes

³⁴ En 2017, le CMQ a recensé 3 863 étudiant.e.s en médecine. (<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/bilan-annuel-effectifs-medicaux-2017.aspx>)

perspectives, mais il le serait davantage avec un échantillon plus important. La répartition géographique des hôpitaux et établissements d'enseignement a également un impact sur les données. Aussi, la majorité des étudiant.e.s font leurs études et leurs stages en métropole ou dans les grands centre urbains. Les réalités en milieu rural ou en régions éloignées sont certainement différentes et à prendre en compte dans les résultats de cette étude et dans celles à venir. Des études comparatives sur l'enseignement clinique et les cultures d'établissement en région et dans les grands centres apporteraient effectivement un éclairage intéressant et plus complet sur l'état de la situation.

Il serait également pertinent pour des recherches futures de mener une enquête qualitative et quantitative plus vaste auprès des étudiant.e.s en médecine pour dresser un portrait précis du rôle de l'enseignement médical dans la reproduction sociale de certaines pratiques inadéquates et de certaines formes de violences institutionnelles. De même qu'il serait important de mener des études sur l'enseignement médical à partir du vécu et point de vue des médecins enseignant.e.s et des études spécifiquement sur l'enseignement clinique. Aussi, le rôle de l'éducation des futur.e.s médecins dans la perpétuation des VO devrait être plus systématiquement approfondi dans les études s'intéressant à la question :

The hidden curriculum in health professionals' education and practice should be included in the international agenda on obstetric violence, where the acceptance of norms, corporate discipline and punishment plays a central role, while the emotional dimensions of care are neglected. The poor working conditions of many health professionals should also be framed as forms of disrespect and abuse, as well as the consequences of being socialised within – and driven to exercise – violence. (Sadler *et al.*, 2016, p. 51)

Finalement, cette recherche permet d'ajouter un nouvel élément dans l'effort actuel pour construire conceptualiser les VO, en offrant entre autres une perspective issue du

milieu médical sur le consentement aux soins et son enseignement. Ce qui ressort de cette expérience de recherche, c'est le constat que d'une part, il y a l'intention bienveillante des soignant.e.s d'assurer d'abord la survie et ensuite la bonne santé de la personne parturiente et de l'enfant à naître, qui les incite à *agir* en amont de tous les risques envisagés, et d'autre part, il y a les personnes enceintes qui souhaitent voir leur autonomie respectée et leur besoin de sécurité répondu – un besoin qui s'exprime différemment pour chacune et qui ne passe pas nécessairement par les interventions médicales. Aussi, pour que les professionnel.le.s de la santé puissent remplir leur mission de prendre soin de la population, le système de santé doit à son tour prendre soin des soignant.e.s. Les gestionnaires et les politiciens détiennent un grand pouvoir sur ce qu'il adviendra de la façon dont la société québécoise conçoit le soin et la naissance. En France, les efforts citoyens commencent à porter fruit, avec notamment la publication en 2018 du rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes sur les actes sexistes en OB-GYN. Au Québec, les discours dominants issus du milieu médical sont encore dans la négation de la réalité des VO³⁵ et il n'y a toujours pas d'écho du côté gouvernemental. Il s'agit donc de commencer à reconnaître l'étendue internationale de ce problème systémique et de suivre le pas des pays d'Amérique latine qui le reconnaissent comme une violence sexiste. Le compromis sera peut-être difficile à atteindre, mais il est souhaitable que le dialogue s'amorce enfin.

³⁵ Voir par exemple la lettre d'opinion de Fabien Simard publiée dans *Le Soleil* en octobre 2018 (Simard, 2018) et l'article de *Planète F* (Poulin-Chartrand, 2014).

ANNEXE A

SCHÉMA D'ENTRETIEN

Déroulement :

L'entretien devrait prendre environ 60 minutes, plus ou moins selon la quantité d'informations que vous me partagerez. Vous pouvez refuser de répondre à une question sans avoir à vous justifier. Vous pouvez en tout temps décider de mettre fin à l'entretien et toutes les informations recueillies jusqu'alors seront détruites. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un appareil audio. Votre anonymat sera préservé sur l'ensemble des documents utilisés durant cette recherche.

Parcours personnel :

- Dans quel(s) établissement(s) avez-vous étudié la médecine ?
- Où en êtes-vous dans votre cheminement scolaire ?
- Combien de stages avez-vous effectués en gynéco-obstétrique ?
- Dans quels hôpitaux avez-vous effectué vos stages en gynéco-obstétrique ?
- Souhaitez-vous poursuivre vos études, votre carrière en obstétrique ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous me nommer 2-3 éléments essentiels de l'éthique médicale ? Comment avez-vous appris/acquis ces notions ? (en classe, en stage...?)
- Qu'est-ce que le consentement aux soins en quelques mots clés ?
- Quand et comment le consentement aux soins est-il abordé dans votre formation? (dans quels cours, en stage...?) Combien d'heures de cours estimez-vous avoir reçues sur l'éthique et/ou sur le consentement dans votre formation ?

- Dans votre formation, le consentement vous a été présenté comme une question davantage éthique ou juridique ? Est-ce présenté différemment dans les cours et dans la pratique (stages...) ?
- Pendant votre formation, avez-vous eu des cours ou ateliers spécifiques sur le consentement en gynéco-obstétrique – ou pour d’autres domaines médicaux (formation faux-patients/mannequins)? Avez-vous abordé le sujet du consentement en classe dans vos cours de gynéco-obstétrique ?
- Si vous le pouviez, est-ce que vous changeriez la façon d’enseigner l’éthique dans la formation en médecine ? Si oui, qu’est-ce que vous changeriez ?
- Qu’est-ce qui d’après vous caractérise un consentement libre ? Un consentement éclairé ?
- Est-ce qu’il y a des critères précis pour que le consentement de la patiente soit considéré comme obtenu et valide ? (réponse explicite, absence de non, faire répéter information...?)
- Entre la recherche de consentement libre et éclairé de la personne parturiente et le bien-être de l’enfant à naître, qu’est-ce qui est le plus important selon vous ? Et dans le milieu de l’obstétrique, selon vos observations ? Selon vous, combien de patient.e.s avez-vous lors d’un accouchement ?
- Que pensez-vous du plan de naissance ? Considérez-vous qu’il est généralement respecté ? Consulté ? Utile ? Qu’en pense généralement vos collègues ?
- À quoi sert selon vous le formulaire de consentement que doit signer la personne parturiente ? À quel moment est-il généralement signé ? Comment vos enseignant.e.s vous le présentent ?
- Les guidelines de la SOGC et du Collège sont-elles généralement consultées et mises en pratique (quand il y a des changements...)? Différence dans générations de médecins ?
- Avez-vous déjà entendu des termes, des mots ou des expressions utilisés pour catégoriser différents types de patient.e.s en obstétrique ? Des attitudes différentes ? Lesquel.le.s ?
(ex : différences culturelles ?)

- Vous entrez pour la première fois dans la chambre d'une personne qui débute son accouchement avec votre superviseur.e et le reste de l'équipe. Quels sont les premiers gestes ou paroles qui sont faits/dites par l'obstétricien.ne ou l'équipe médicale ?
- Vous entrez pour la première fois dans la salle d'une personne parturiente avec votre superviseur.e et vos collègues. Votre superviseur.e fait un toucher vaginal. Comment ça se déroule ? Comment il ou elle vous explique la procédure ?
Vous entrez plus tard une deuxième fois dans la salle de cette même personne. Vous ou votre superviseur.e faites un deuxième toucher vaginal. Est-ce que la procédure est la même ou différente ?
- Quand vous pensez que donner de l'oxytocine est nécessaire, comment vous le présentez ? Et lorsque vous devez l'augmenter?
- Quelle réaction auriez-vous et/ou pensez-vous que votre enseignant.e et l'équipe médicale aurait si une personne en train d'accoucher est en souffrance, mais elle refuse la péridurale qui lui a été conseillée ?
- Vous est-il déjà arrivé qu'une personne refuse une césarienne d'urgence (ou entendu parler par quelqu'un d'autre)? Qu'elle ait été très réticente ? Comment ça s'est passé ? Quelle réaction avez-vous eue ?
- Pouvez-vous me raconter, lors d'un accouchement, une situation que vous avez considéré difficile/inconfortable ou particulièrement complexe à traiter ?
- Pouvez-vous me raconter un accouchement qui s'est très bien déroulé ? Quel est le facteur ou l'élément clé de la « réussite » de cet ou ces accouchement(s)?
- Que pensez-vous du consentement aux soins (selon code civil) en gynéco-obstétrique ? (Pertinent, conditions de travail propices, complique le travail...?)
- Changeriez-vous certaines choses dans le système médical en OBGYN (protocoles, conditions de travail, etc.) ? Est-ce qu'il y a des choses qui pourraient être modifiées pour rendre la recherche de consentement plus facile, plus efficace... ?

Commentaires, autres choses à ajouter ?

Année de naissance pour données sociologiques

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉTUDIANTE-CHERCHEUSE

Responsable du projet : Mathilde Grenier, candidate à la maîtrise en sociologie à l'Université du Québec à Montréal.

Pour plus de renseignements ou des questions sur le projet, vous pouvez joindre Mathilde au numéro suivant : (819) 210-0679 ou à l'adresse courriel suivante : grenier.mathilde@courrier.uqam.ca.

DIRECTION DE RECHERCHE

Cette recherche est faite sous la direction de Madame Élisabeth Abergel, professeure au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, à qui toute plainte ou critique pourra être adressée. Le numéro pour la joindre est le (514) 987-3000 poste 4470 et son courriel : abergel.elisabeth@uqam.ca

PRÉAMBULE

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche en accordant une entrevue à l'étudiante-chercheuse en charge.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

PROJET

Titre du projet de recherche

Le consentement dans la formation médicale en gynécologie-obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales.

La recherche a pour but de connaître la façon dont est utilisée et enseignée la notion de consentement au soin en gynéco-obstétrique dans la formation en médecine au Québec à l'aide d'entrevues semi-dirigées avec des étudiant.e.s en médecine. Cette étude s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre le phénomène des violences obstétricales et la façon dont elles sont reproduites socialement. Le projet devrait se terminer à l'été 2018.

PROCÉDURES

Pendant l'entrevue, vous serez amené à discuter de vos connaissances et compétences acquises sur le consentement au soin en gynéco-obstétrique pendant votre formation en médecine et sur les cultures de pratiques en lien avec le consentement observées dans les établissements où vous avez effectué vos stages en gynéco-obstétrique.

Cette entrevue sera enregistrée à l'aide d'un outil audionumérique afin de pouvoir respecter le plus fidèlement possible les propos des participant.e.s lors de la transcription. La transcription sur un support informatique sera rendue anonyme afin que vous ne puissiez être identifié.e. Certaines portions de l'entrevue pourront être transcrites dans le mémoire.

L'entrevue devrait durer entre 60 et 90 minutes et le lieu et l'heure de l'entrevue seront convenus au préalable avec la responsable du projet.

AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques quant au consentement au soin dans le domaine de la gynéco-obstétrique au Québec et plus largement aux violences obstétricales.

Vous demeurez libre de refuser de répondre à une question ou de mettre fin à l'entrevue en tout temps, et ce, sans avoir à vous justifier. La responsable est tenue d'arrêter l'entrevue si elle estime que votre bien-être est en jeu. Une liste des ressources psychologiques accessibles aux étudiant.e.s est annexée à ce formulaire dans le cas où un élément de la discussion vous causerait des inconforts ou malaises psychologiques.

CONFIDENTIALITÉ

La totalité de l'information et des renseignements personnels obtenus pendant l'entrevue seront codés afin d'assurer votre anonymat. La responsable de la recherche est la seule personne qui aura accès à ces informations et à l'enregistrement. L'enregistrement de votre entrevue sera détruit lorsqu'il aura été transcrit et le contenu de la transcription de l'entrevue sera rendu anonyme. Pour toute la durée de la recherche l'enregistrement numérique de l'entrevue, sa transcription et le formulaire de consentement seront conservés sous clés et protégés par un mot de passe au domicile de la responsable et seront détruits après le dépôt final du mémoire.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à la recherche est volontaire, c'est-à-dire sans contrainte ou pression extérieure. Vous être libre de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à en aviser Mathilde verbalement. Les renseignements obtenus jusqu'alors seront détruits sans délai.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune indemnité compensatoire n'est allouée pour votre participation à cette recherche.

QUESTIONS

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Madame Elisabeth Abergel, directrice de la recherche, (514) 987-3000 poste 4470, abergel.elisabeth@uqam.ca.

Mathilde Grenier, (819) 210-0679, grenier.mathilde@courrier.uqam.ca.

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé ce projet de recherche. Pour plus d'information sur le plan de l'éthique ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : cerpe4@uqam.ca ou (514) 987-3000, poste 3642.

REMERCIEMENTS

Votre participation est essentielle à la réalisation de cette recherche. Je vous en remercie sincèrement.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom et nom

Signature du/de la participant.e

Date

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

Je, soussignée, certifie avoir expliqué à la personne signataire les termes du présent formulaire ; avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ; que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom et nom

Signature du/de la chercheuse

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour pouvoir communiquer au besoin avec la responsable et remettre l'autre exemplaire à la responsable.

LISTE DES RESSOURCES PSYCHOLOGIQUES

Université de Montréal

- Centre de santé et de consultation psychologique de l'Université de Montréal
secteur Consultation psychologique :
514 343-6452 - Consultations d'urgence en fin de matinée et en fin de journée.

<http://www.cscp.umontreal.ca/ConsultationPsychologique/index.htm>

- Faculté de médecine
Bureau d'aide aux étudiants et résidents
514 343-6603
baer@meddir.umontreal.ca

<https://medecine.umontreal.ca/communaute/les-etudiants/bureau-daide-aux-etudiants-et-residents-baer/>

- Réseau d'entraide des étudiants en médecine
reseauUdeM@gmail.com

Université Laval

- Centre d'aide aux étudiants de l'Université Laval pour une consultation individuelle, l'étudiant.e doit d'abord remplir un formulaire en ligne :

<https://www.aide.ulaval.ca/formulaires/demande-de-consultation/>

<https://www.aide.ulaval.ca/psychologie/consultation-individuelle/>

- Aide aux étudiants de la Faculté de médecine :
Direction des affaires étudiantes de la Faculté de médecine :
418 656-2131, poste 3459 (sur les heures de bureau)
dae@fmed.ulaval.ca

<http://www.fmed.ulaval.ca/la-faculte-et-son-reseau/nos-services/aide-aux-etudiants/presentation/>

Programme d'aide aux médecins du Québec

- www.pamq.org
1-800-387-4166 ou 514-397-0888
info@pamq.org

APPENDICE B

MESSAGE DE RECRUTEMENT

(envoyé aux associations étudiantes des Facultés de médecine)

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en sociologie à l'UQAM. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la façon dont est enseigné et utilisé le consentement aux soins en gynécologie-obstétrique dans la formation médicale au Québec. Cette étude s'inscrit dans un objectif plus large de mieux comprendre le phénomène des violences obstétricales.

Je cherche donc à rencontrer des étudiant.e.s en médecine qui seraient intéressé.e.s à me rencontrer pour discuter de leur expérience. Les participant.e.s devront avoir complété au minimum deux stages dans les départements de gynécologie-obstétrique d'établissements hospitaliers du Québec.

Les entrevues sont individuelles, confidentielles et d'une durée de 60 à 90 minutes.

À noter que votre anonymat sera préservé tout au long du processus de recherche et de publication.

Merci de faire circuler dans vos réseaux !

Si vous êtes intéressé.e à participer, vous pouvez me contacter à grenier.mathilde@courrier.uqam.ca

Mathilde Grenier
Candidate à la maîtrise en sociologie, UQAM
819 210-0679

BIBLIOGRAPHIE

- AFAR. (2016). Violence obstétricale. Bibliographie. *Alliance francophone pour l'accouchement respecté, membre du Collectif interassociatif autour de la naissance*. Récupéré de <https://afar.info/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>
- Akrich, M. (2007). Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas. *La santé de l'homme*, (391) : 45-47. Récupéré de <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/05.htm>
- Almand, A. (2012). A Mother's Worst Nightmare, What's Left Unsaid: The Lack of Informed Consent in Obstetrical Practices. *William Mary Journal of Women and the Law* 18(3), 565-594. Récupéré de <https://scholarship.law.wm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1340&context=wjmjowl>
- Association canadienne des sages-femmes. (2018). Sages-femmes au Canada. Dans *CAM ASCF Canadian Association of Midwives Association canadienne des sages-femmes. Pratique sage-femme*. Récupéré de <https://canadianmidwives.org/fr/>
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. (2018). Suivi de grossesse normale. Dans *Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. Santé de la femme. Sujet d'intérêt. Grossesse*. Récupéré de <http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/grossesse/1-suivi-de-grossesse-normale.html>
- Audibert, N. (2016). « Violence obstétricale ». *Émergence d'un problème public en France*. (Mémoire de maîtrise). Sciences Po, Paris School of International Affairs.

- Auslender, V. (2018). *Omerta à l'hôpital*. Paris : Éditions J'ai Lu. (Œuvre originale publiée en ©2017).
- Bacon, J. (2018). *Uiesh / Quelque part*. Montréal : Mémoire d'encrier.
- Bataille, P. et Virole, L. (2013). Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de la reproduction et palliative. *La nouvelle revue du travail*, 2, 1-16. Récupéré de <https://journals.openedition.org/nrt/613#text>
- Baudoin, J.-L. et Pariseau, M.-H. (1987). Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. *Médecine/sciences*, 3(1), 8-12. Récupéré de http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/3587/MS_1987_1_8.pdf?sequence=1
- Beaud, J.-P. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier, B. (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5^e éd). (p. 211-242). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Beck, U. (2008). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. (L. Bernardi, trad.). Paris : Flammarion. (Œuvre originale publiée en ©1986)
- Bellón Sánchez, S. (2014). *Obstetric violence : Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issue ?* (Master thesis). Utrecht University et Universidad de Granada. Récupéré de <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>
- Benoit-Huneault, S. (2018). *Maternité, engagement militant et relations d'amitiés : le cas de groupes féministes radicaux montréalais vers une articulation travail militant-famille*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal, Récupéré d'*Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM* <https://archipel.uqam.ca/11418/1/M15467.pdf>
- Bessaïh, N. (2018, janvier). Entrevue avec Hirut Melaku, accompagnante à la naissance. Racisme systémique en périnatalité ?. *À bâbord !*, (72), 46-47.

- 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. Récupéré de [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)
- Bogdan-Lovis, E. (1995). *The death of birth: A critical interpretive analysis of second wave liberal feminist efforts to influence women's childbirth experiences in the united states during the last third of the twentieth century*. (Mémoire de maîtrise). Michigan State University. Récupéré de *ProQuest Dissertation and Theses Global* <https://search-proquest-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/docview/304216850?accountid=1471>
- Boisvert, I. (2018). Le non-respect du libre arbitre des femmes en situations de handicap. *À bâbord!*, (72), p. 49.
- Bourdieu, P. et Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Brennan, T., Blank, L., Cohen, J., Kimball, H., Smelser, N., Copeland, R., ... Merino, J. (2002). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243–246. doi: [10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012](https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012)
- Brière, S., Auclair, I., Deschênes, C., Fournier, G., Fournier, P. -S., Gosselin, H. L., ... Villeneuve, M. (s. d.). Les femmes dans les métiers et professions traditionnellement masculins : une réalité teintée de stéréotypes de genre nécessitant une analyse critique, systémique, comparative et multidisciplinaire. Rapport de recherche Programme Actions concertées. *Fond de recherche Société et culture*. Récupéré de <http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Egalite/Rapport-scientifique-femmes-metiers-masculins.PDF>
- Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(3), 29-35. Récupéré de <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Psychologie+Québec+-+mai+2013/0329fa1d-aa02-45a9-ae52-6ef0df692a68>

- Cadorette, M. (2006). *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois. L'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie. Tome I et II.* (Thèse de doctorat). Québec, Université Laval. Récupéré d'*Archimède, Collection mémoires et thèses électroniques* <http://www.theses.ulaval.ca/2006/23768/>
- Cascales, B. et Négrié, L. (2018). L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ?. *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 179-185. <https://doi.org/10.3917/tgs.039.0179>
- Center for Reproductive Rights. (2014). Reproductive injustice. Racial and Gender Discrimination in U.S Health Care. A Shadow Report for the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination. Récupéré de https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CERD_Shadow_US_6.30.14_Web.pdf
- Challut. I. (2018). L'expérience des femmes autochtones. Éloignement et hypermédicalisation. *À bâbord!*, (72), p. 50.
- Chamberland, M. et Hivon, R. (2005). Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie médicale*, 6(2), 98-111. Récupéré de <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2005/02/pmed20056p98/pmed20056p98.html>
- Clarke E., A., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. et Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization : Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine . *American Sociological Review*, 68(2), 161-194. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/1519765>
- Clarke, A., Fishman, J. R., Fosket, J. R., Mamo, L. et Shim, J. K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, 18(2), 11-42. Récupéré de http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2000_num_18_2_1489
- Claudé, P. (2007). *La prise en charge du bas risque obstétrical : un état des lieux aux Pays-Bas pour des propositions françaises.* (Mémoire d'École de sage-femme). Metz, Université Henri Poincaré Nancy I. Récupéré de http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_CLAUDEL_PRISCILLA.pdf

- Collège des médecins du Québec. (2017, décembre). Répartition des médecins selon le groupe d'âge et selon le sexe. Médecins inscrits actifs. Dans *Collège des médecins du Québec. À propos du Collège. Statistiques*. Récupéré de <http://www.cmq.org/page/fr/repartition-age-sexe.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2018, janvier). Bilan annuel du Collège des médecins du Québec sur les effectifs médicaux. Dans *Collège des médecins du Québec. Nouvelles*. Récupéré de <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/bilan-annuel-effectifs-medicaux-2017.aspx>
- Collège médecins du Québec et Barreau du Québec. (2018). Le médecin et le consentement aux soins. Document de référence. *Collège des médecins du Québec*. Récupéré de http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf?fbclid=IwAR1K-Wx9AK9xQF_RXOR1444pyzLiA7vD2urV6koFqKqE0BIgTLsxlSsjrk
- Collin, J. et Jacob Suissa, A. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33. Récupéré de <https://www.erudit.org/revue/nps/2007/v19/n2/016048ar.pdf>
- Code civil du Québec*. RLRQ, c. 64, art.11. CCQ-1991. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
- Code civil du Québec*. RLRQ, c. 64, art.13. CCQ-1991. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
- Code criminel*. LRC. (1985). c. C-46, art. 223. Récupéré de <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-50.html?txthl=223#s-223>
- Code de déontologie des médecins*. RLRQ., c. C-26, a. 28-29. Récupéré de <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/2083452>

- Cook, D. (2009). Étude sur les enseignants cliniques des facultés de médecine du Canada. Document de travail. *Association des facultés de médecine du Canada*. Récupéré de <https://afmc.ca/pdf/Etude%20sur%20les%20enseignants%20cliniques%20-%20un%20document%20de%20travail%201.pdf>
- Crenshaw, K. (1991, July). Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. Récupéré de <https://www-jstor-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/stable/pdf/1229039.pdf?refreqid=excelsior%3Aac2f9aa8567cee74c26201baf8f2588>
- Daly, M. (1991). *Gyn/Ecology. The Metaethics of Radical Feminism* (2^e éd.). Londres : The Women's Press. (Œuvre originale parue en ©1978).
- Davis-Floyd, R. E. (1987, septembre). Obstetric Training as a Rite of Passage. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 288-318. Récupéré de <https://www.jstor.org/stable/649201>
- Dejours, C. (2018). Quand le « tournant gestionnaire » aggrave les décompensations des soignants. Dans Auslender, V., *Omertà à l'hôpital* (p. 317-333). Paris : Éditions J'ai Lu. (Œuvre originale publiée en ©2017).
- Delphy, C. (2013). *L'ennemi principal. 1. Économie politique du patriarcat*. Paris : Syllepse. (Œuvre originale parue en ©1997)
- Descarries, F. et Corbeil, C. (2002). La maternité au cœur des débats féministes. Dans F. Descarries et C. Corbeil (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, 23-50. Montréal : Les Éditions Remue-Ménage. Récupéré de http://classiques.uqac.ca/contemporains/descarries_francine/maternite_debats_feministes/maternite_debats.html
- D'Gregorio, P. R. (2010). Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111, 201-202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds : obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

Dickens, B. M. et Cook, R. J. (2015). Types of consent in reproductive health care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (128), 181-184. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1016/j.ijgo.2014.11.001>

DONA International. (2019). What is a doula?. Récupéré de <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>

Ehrenreich, B. et English, D. (2016a). *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine.* (L. Brown et C. Germain, trad.) Montréal : Les Éditions du remue-ménage. (Œuvre originale publiée en ©1973).

Ehrenreich, B. et English, D. (2016b). *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes.* (M. Valera, trad.) Paris : Éditions Cambourakis. (Œuvre originale publiée en ©1973).

El Kotni, M. (2017, 31 juillet). L'épisiotomie fait la Une : Retour sur la semaine où ma veille s'est emballée. [Billet de blogue]. Récupéré de <https://mouniaelkotni.com/2017/07/31/lepisiotomie-fait-la-une-retour-sur-la-semaine-ou-ma-veille-sest-emballee/>

Fédération des médecins spécialistes du Québec. (2017). Effectifs médicaux. Dans *Fédération des médecins spécialistes du Québec. Notre profession.* Récupéré le 2 décembre 2018 de <https://www.fmsq.org/fr/profession/repartition-des-effectifs-medicaux>

Federici, S. (2014). *Caliban et la Sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive.* (collectif Senonevero et J. Guazzini, trad.). Marseille : Senonevero et Genève-Paris : Entremonde. (Œuvre originale publiée en 2004).

Flynn, C., Damant, D. et Bernard, J. (2014). Analyser la violence structurelle faite aux femmes à partir d'une perspective féministe intersectionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 28-43. doi : [10.7202/1029260ar](https://doi.org/10.7202/1029260ar)

Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique* (9^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige. (Œuvre originale publiée en ©1963).

- Fraisse, G. (2017). *Du consentement*. France : Éditions du Seuil. (Œuvre originale parue en 2007).
- Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/423472>
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/422690>
- Gauthier, I. (2000). *Analyse de la norme sociale comme contrainte au consentement : L'exemple de la recherche biomédicale en situation d'urgence*. (Thèse de doctorat). Université McGill. Récupéré de *Proquest Dissertations and Theses Global* <https://search.proquest.com/docview/304768424?accountid=14719>
- Gérin, C. et Houle, V. (2018). La douleur des femmes sans statut. *À bâbord!*, (72), p. 48.
- Godeau, E. (2018). Comment se construire sous des insultes répétées ? Dans Auslender, V., *Omertà à l'hôpital* (p. 368-377). Paris : Éditions J'ai Lu. (Œuvre originale publiée en ©2017).
- Gouilhers, S. (2017). *Gouverner par le risque : une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*. (Thèse de doctorat). Université de Genève. Récupéré de *Archive ouverte UNIGE* https://archive-ouverte.unige.ch/unige:101730?fbclid=IwAR0gRwoWOx61ZaCybUMc34MEXjU_ah5-tQ2-G2otG5xzCOL5Jlue_1R4yxg
- Guillaumin, C. (1978, février). Pratique du pouvoir et idée de Nature. L'appropriation des femmes. *Questions Féministes*, (2), 5-30. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/40619109>
- Harbin, A., Beagan, B. & Goldberg, L. (2012). Discomfort, Judgment, and Health Care for Queers. *Bioethical Inquiry*, 9(2), 149-160. doi : [10.1007/s11673-012-9367-x](https://doi.org/10.1007/s11673-012-9367-x)
- Herrera Vacaflore, C. (2016). Obstetric violence : a new framework for identifying challenges in maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(7), 65-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>

- Hoerni, B. et Saury, R. (1998). *Le consentement. Information, autonomie et décision en médecine*. Paris : Masson.
- Illich, Y. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : Éditions du Seuil.
- Kapsalis, T. (1997). *Public Privates. Performing Gynecology from Both End of the Speculum*. Durham and London : Duke University Press.
- Labrecque, M. (2018). *Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal.
Récupéré de *Papyrus, dépôt institutionnel*
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2620/browse?type=author&value=Labrecque%2C+Mariane>
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement. Les femmes méritent mieux*. Paris : Michalon Éditeur.
- Laurendeau, F. (1987). La médicalisation de l'accouchement. Dans F. Saillant et M. O'Neill (dir.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (p. 138-183). Montréal : Les Éditions Saint-Martin. Récupéré de
http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/accoucher_autrement/accoucher_autrement.pdf
- Le Breton, D. (2017). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige. (Œuvre originale publiée en ©1990).
- Lefève, C. (2018). Peut-on former au soin dans la violence ? Dans Auslender, V., *Omertà à l'hôpital* (p. 357-367). Paris : Éditions J'ai Lu. (Œuvre originale publiée en ©2017).
- Lefève, C. et Mino, J. (2011). Former de vrais thérapeutes : La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine. *Études*, 414(2), 187-198. Récupéré de <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/revue-etudes-2011-2-page-187.htm>

- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S. et Rousseau, C. (2016). Détresse, souffrance et violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance. Montréal : Département de sexologie et Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal.
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle. *Recherches Féministes*, 31(1), 219-238. Récupéré de <https://search-proquest-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/docview/2088829362?accountid=14719>
- Liu, K. E., Shapiro, J., Robertson, D. et Chamberlain, S. (2010, septembre). Examens pelviens menés par des étudiants en médecine. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, (246), 876-878. Récupéré de https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui246PS1009F_000.pdf
- Lorriaux, A. (2015, 2 février). Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? *LCI*. Récupéré de <https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital-1518908.html>
- Lothian, J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 4-6. doi : [10.1624/105812404X1707](https://doi.org/10.1624/105812404X1707)
- Löwy I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le *Women Health Movement* et les transformations de la médecine aux Etats-Unis. *Travail, genre et sociétés*, 2(14), 89-108. <https://doi.org/10.3917/tgs.014.0089>
- Löwy, I. (2011). Historiography of Biomedicine : « Bio », « Medicine », and in Between. *Isis*, 102(1), 116-122. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/10.1086/658661>
- Lupton, D. (2012). 'Precious cargo': foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329-340. <https://doi.org/10.1080/09581596.2012.657612>

- MacDougall, H. et Langley, G. R. (2018). L'éthique médicale d'hier, d'aujourd'hui et de demain. *Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Récupéré de <http://www.royalcollege.ca/rcsite/bioethics/primers/medical-ethics-past-present-future-f#summary>
- Maier, K. E. (1989). Pregnant Women : Fetal Containers or People with Rights? *Affilia*, 4(2), 8-20. <https://doi.org/10.1177/088610998900400201>
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston : Beacon Press. (Œuvre originale publiée en ©1987).
- Martin, S. (2011). *Le désenfancement du monde. Utérus artificiel et effacement du corps maternel*. Montréal : Liber.
- Marzano, M. (2006). *Je consens, donc je suis...* Paris : Presses Universitaires de France.
- Memmi, D. (2010). L'autoévaluation, une parenthèse ? Les hésitations de la biopolitique. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 128/129, 299-314.
- McAra-Couper, J., Jones, M., & Smythe, L. (2012). Caesarean-section, my body, my choice: The construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. *Feminism & Psychology*, 22(1), 81-97.
- Merchant, C. (1979). *The Death of Nature : Women, Ecology and the Scientific Revolution*. San Francisco : Harper and Row.
- Michaud, Y. (2014). Définir la violence ?. *Les Cahiers Dynamiques*, (60), 30-36. <https://doi.org/10.3917/lcd.060.0029>
- Moutel, G. (2003). *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine. Entre idéalismes et réalités cliniques*. France : L'Harmattan.
- Moutquin, J.-M. (dir.), Rossignol, M. et Boughrassa, F. (2012). Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque (Rapport ETMIS 8(14)). Récupéré du site Web de l'INESSS :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

- Montazeau, O. (2010). L'industrialisation de la naissance. *Spirale*, 54(2), 91-111.
<https://doi.org/10.3917/spi.054.0091>
- Nader, M. (2012). *La médicalisation : concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfiguration des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'*Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM* <http://www.archipel.uqam.ca/5243/1/D2392.pdf>
- Négré, L. et Cascales, B. (2016). *L'accouchement est politique. Fécondité, femmes en travail et institutions*. Breuillet : Éditions l'Instant présent.
- Oakley, A. (2016). The sociology of childbirth : an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health and Illness*, 38(5), 689-705.
<https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1111/1467-9566.12400>
- Paternotte J., Potin, J., Diguisto, C., Neveu, M.-N. et Perrotin, 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 & Fertilité*, 40(5), 279-283.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.039>
- Pierre, F. (2007). Information en obstétrique : du conte de fées au jeu de dupes, où se situent notre pratique quotidienne et son évaluation ?. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, (35), 753-756.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.08.008>
- Possamai-Inesedy, A. (2006). Confining risk : Choice and responsibility in childbirth in a risk society. *Health Sociology Review*, 15(4), 406-414. Récupéré de <http://web.b.ebscohost.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5483004b-657a-43da-b473-bd11a2bd51ac%40pdv-sessmgr02&bdata=Jmxhbm9ZnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=23167866&db=a9>

- Poulin-Chartrand, S. (2014, 23 avril). Bébé en santé, maman violentée. Dans *Abus dans la salle d'accouchement*. *Planète F Magazine*. Récupéré de <https://www.planetef.com/dossier/abus-dans-la-salle-daccouchement/bebe-en-sante-maman-violentee-2/3/>
- Québec. Institut national de santé publique. Centre d'expertise et de référence en santé publique. (2018). Ampleur des agressions sexuelles au Québec. Dans *Expertises. Sécurité, prévention de la violence et des traumatismes. Prévention de la violence interpersonnelle. Rapport québécois sur la violence et la santé*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebécois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles/ampleur-des-agressions-sexuelles-au-quebec>
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des services de santé et médecine universitaire. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Québec. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science. (2015). *Statistiques de l'enseignement supérieur – Édition 2013*. Rédigé par C. Décarie-Deblois, A. Sanschagrin, D. Gagnon-Dupuis et F. M. Bordage, Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré le 13 juin 2017 de http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/administration/librairies/document/s/Ministere/acces_info/Statistiques/Statistiques_ES/Statistiques_enseignement_superieur_2013.pdf
- Reiger, K. et Dempsey, R. (2006). Performing birth in a culture of fear : an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*, 15(4), 364-373. Récupéré de <http://web.b.ebscohost.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/ehost/detail/detail?vid=0&sid=911da05c-18c5-4256-8783-745571c65468%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9ZnIvc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=23167860&db=a9h>
- Regroupement les sages-femmes du Québec. Le suivi sage-femme. Dans *RSFQ Regroupement les sages-femmes du Québec. Profession sage-femme*. Récupéré de <https://www.rsfq.qc.ca/suivi-sage-femme>

- République Française. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport 2018-06-26-SAN-034. Récupéré de http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal : Les Éditions du remue-ménage.
- Rivard, A. (2013). Le *risque zéro* lors de l'accouchement : genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain. *Globe*, 16(2), 27-47. Récupéré de <https://www.erudit.org/fr/revues/globe/2013-v16-n2-globe01420/1025212ar/>
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5^e éd). (p. 293-316). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. et Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. Récupéré de <https://www-jstor-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/stable/26495890>
- Schlumbohm, J. (2002). Comment l'obstétrique est devenue une science : La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(3), 18-30. Récupéré de https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_2002_num_143_1_2851
- Secourgeon, J.-F. (2012). L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et la gestion des événements indésirables graves. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, (41), 526-540. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.05.005>

- Simard, F. (2018, 9 octobre). Violences obstétricales : notre réalité est fort différente. *Le Soleil*. Récupéré de <https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/violences-obstetricales-notre-realite-est-fort-differente-54edb00bceaf7a30760987a61836604f>
- Singer, M. (1986). Developing a Critical Perspective in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(5), 128-129. Récupéré de https://www-jstor-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/stable/649010?seq=1#metadata_info_tab_contents
- 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. Récupéré d' *Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM* <http://www.archipel.uqam.ca/6134/1/D2593.pdf>
- Tew, M. (1990). *Safer Childbirth ? A Critical History of Maternity Care*, New York : Springer US.
- Thomas, C. (2017). L'accompagnement global par les sages-femmes. *Anthropologie & Santé*, (15). Récupéré de <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729#quotation>
- Université Laval. Doctorat de 1^{er} cycle en médecine. Dans *Faculté de médecine. Programmes d'études*. Récupéré de <http://www.fmed.ulaval.ca/programmes-detudes/etudes-en-medecine/doctorat-de-1ercycle-en-medecine/presentation/>
- Université Laval. S'impliquer et faire carrière à la Faculté. Dans *Faculté de médecine. Faculté et réseau*. Récupéré de <http://www.fmed.ulaval.ca/faculte-et-reseau/a-propos-de-la-faculte/simpliquer-et-faire-carriere-a-la-faculte>
- Université McGill. Considering a Career at McGill ? Dans *Faculty of Medicine Academic Affairs. A Career at McGill*. Récupéré de <https://www.mcgill.ca/medicine-academic/positionsavailable>

- Université McGill. Structure du programme. Dans *Études médicales de premier cycle. MDCM et programmes doubles*. Récupéré de <https://mcgill.ca/ugme/fr/mdcm-et-programmes-doubles/structure-du-programme>
- Université de Montréal. Structure du programme. Dans *Faculté de médecine. Études. Doctorat en médecine*. Récupéré de <https://medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine/structure-du-programme>
- Université de Montréal. Titres, prérequis et processus de nomination universitaire. Dans *Faculté de médecine Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. Département. Vie professorale. La carrière de professeur*. Récupéré de <https://medfam.umontreal.ca/departement/vie-professorale/carriere-professeur/processus/>
- Université Sherbrooke. Le programme de doctorat en médecine. Dans *Facultés. Facultés de médecine et des sciences de la santé*. Récupéré de <https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/index.php?id=31380>
- 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. Récupéré de [https://www.academia.edu/10133252/Thèse de doctorat La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire de quelle humanisation parle-t-on](https://www.academia.edu/10133252/Thèse_de_doctorat_La_naissance_au_Québec_à_l'aube_du_troisième_millénaire_de_quelle_humanisation_parle-t-on)
- Villarosa, L. (2018, 11 avril). Why America's Black Mothers and Babies Are in a Life-or-Death Crisis. *The New York Times Magazine*. Récupéré de <https://www.nytimes.com/2018/04/11/magazine/black-mothers-babies-death-maternal-mortality.html>
- Warren, K. J. (1998, juin). The Legacy of Carolyn Merchant's the Death of Nature. *Organization & Environment*, 11(2), 186-188. Récupéré de <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1177/0921810698112005>
- World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Récupéré de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=865F46FF9AEEDF4E1616A46C429F7C6A?sequence=1

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631-641. Récupéré de <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/revue-etudes-2010-12-page-631.htm>

Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control, *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

Zolesio, E. (2009). Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. *Travail, genre et sociétés*, 22(2), 117-133. <https://doi.org/10.3917/tgs.022.0117>