

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPÉRIENCES D'ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER AU QUÉBEC :
ASYMÉTRIE DES RAPPORTS DE POUVOIR, INJUSTICE ÉPISTÉMIQUE ET VIOLENCES
OBSTÉTRICALES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

À LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

NATHALIE FERREIRA

JANVIER 2023

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.04-2020). 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 ma sœur Sibylle, qui m'a encouragée en 2014 à faire un retour aux études, qui a cru en mon potentiel et qui n'a cessé de me dire que moi aussi j'étais capable de suivre des études universitaires. Tu n'aurais jamais pensé que 8 ans plus tard je serais toujours là!

Merci à Geneviève Peel, pour tes conseils toujours précieux et essentiels à mon cheminement. Merci de m'avoir incitée à poursuivre mes études supérieures et de n'avoir que des mots d'encouragements à me donner lorsque le doute s'installe en moi. Merci de me pousser et voir en moi davantage que moi-même je suis en mesure de voir, ton amitié est précieuse.

Merci à Marine « œil de lynx » Perceval pour ta relecture assidue et ton amitié.

Un immense merci à Lorraine Fontaine, tu es le point de départ de ce projet. Notre rencontre m'a ouvert les yeux sur un monde que je ne connaissais pas. Sans nos échanges et ton amitié, ce projet n'aurait jamais été pensé et n'aurait jamais vu le jour. Tu es une femme inspirante qui a fait beaucoup pour que les personnes qui accouchent puissent enfanter dans la dignité. Merci de partager tes connaissances avec moi.

Au RNR, Sophie Mederi, Ariane K. Metellus vous êtes des femmes incroyables, merci de votre générosité et d'avoir contribué à mon cheminement dans le milieu de la périnatalité. Vos réflexions sur le sujet m'ont inspirée.

Merci à Maria Nengeh Mensah de m'avoir dirigée dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour les rires et de m'avoir laissée avancer à mon rythme (et pas avant 11h du « matin »).

Un immense merci aux répondantes. Votre courage et votre force sont inouïs et je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée lors de ces entrevues. Si je suis la première à m'en désoler, je me dois de mentionner que le caractère limitatif du gabarit d'un travail de maîtrise ne me permet pas d'exposer l'étendue des données qui ressortent de nos échanges. Je me suis efforcée malgré tout de faire honneur à vos témoignages. Merci de la générosité avec laquelle vous avez partagé votre histoire.

AVANT-PROPOS

Comme nous le verrons dans cette recherche, la question du langage, du pouvoir des mots, revêt une importance qu'on ne saurait ignorer. En effet, nos pratiques discursives et langagières, la manière dont on parle d'un objet, d'un sujet, a le pouvoir de façonner nos pensées, nos actions et même nos identités (Healy, 2005/2014). Les mots ont le pouvoir de faire exister ce qu'ils nomment de sorte que la réalité et le langage s'interinfluencent. Si nous reviendrons au chapitre 5 sur l'importance des mots, nous désirons ici expliquer nos choix d'écriture inclusive et épicène.

Dans ce mémoire, premièrement, écrit dans une perspective féministe, la règle de français arbitraire et sexiste du « masculin l'emporte sur le féminin » ne saurait avoir sa place. La féminisation du langage par l'utilisation du point médiant (·) sera utilisée. De plus, selon le guide produit par l'organisme Divergenres (2021) : « alors que le neutre ne peut être utilisé que pour représenter une ou des personnes non-binaires, l'inclusif permet de représenter une personne de n'importe quel genre ou un groupe comprenant des personnes de différentes identités de genre » (p :3). Ainsi, selon le contexte, nous utiliserons tantôt un langage épicène – avec des mots comme « personne », « individu », « patientèle », tantôt des néologismes inclusifs du type « iel » (contraction de il et elle), « ceux » (contraction de celles et ceux), « lea » (contraction de le et la), « acteurices » (contraction d'acteurs et actrices), etc¹. En outre, au chapitre 1, si le mot est écrit au masculin c'est qu'il fait référence à des hommes puisque, comme nous le verrons, la profession de médecin et donc d'obstétricien a longtemps été réservée aux hommes. De plus, pour des questions de propriété intellectuelle les citations resteront inchangées.

Ce choix d'écriture inclusive et épicène nous permet de reconnaître l'existence dans nos sociétés d'une multitude de genres, outre les catégories dominantes « d'homme » et de « femme ». Ce mémoire s'adressant à des personnes de tous genres, il est important pour nous que notre écriture reflète cette réalité. La langue française a toujours évolué avec les époques et cette réalité est appelée à se poursuivre. De plus, cela nous permet de ne pas apposer, sans savoir, un genre aux individus dans lequel ils ne se

¹ Il est important de reconnaître que ces néologismes sont un apport précieux provenant des communautés non-binaires et des membres des communautés LGBTQ+. Pour d'autres exemples de notre rédaction inclusive et épicène, voir le *Guide de grammaire neutre et inclusive* (2021) de l'organisme québécois Divergenres et le *Guide de communication inclusive* (2021) du réseau de l'Université du Québec.

reconnaîtraient pas. En tant que chercheuse s'identifiant comme une femme cis féministe et queer, il nous tient à cœur de ne pas invisibiliser la diversité des genres et des personnes et de ne pas renforcer les normes de genres cisnormatives et binaires qui peuvent être source d'oppressions et d'inégalités.

Deuxièmement, le terme « personne qui accouche », utilisé à de nombreuses reprises dans ce mémoire, fait référence à toute personne qui enfante et donc qui en a la capacité et le désir. Il s'agit de certaines femmes cisgenres, certains hommes trans, certaines personnes non-binaires ou certaines personnes s'identifiant autrement et se trouvant sur le continuum de la diversité des genres. Il est donc important de se rappeler que si la majorité des accouchements concerne des femmes cis, ce n'est pas l'unique réalité autour de cet événement.

Troisièmement, le mot « femme » sera utilisé en alternance avec le langage inclusif et épïcène particulièrement dans la portion historique de notre mémoire mais pas uniquement. Nous verrons que l'identité « femme » en tant que catégorie socialement construite joue un rôle important dans le sujet à l'étude, il est donc utilisé pour rendre compte de cette réalité. Aussi, lorsque nous parlons de « femmes », nous faisons référence principalement à des femmes cis, les femmes trans n'ayant pas la capacité d'enfanter. Cependant, celles-ci sont toutes autant concernées par de nombreux enjeux liés à la santé sexuelle et reproductive et aux discriminations que les femmes cis vivent en plus de celles liées au fait d'être des femmes trans. Elles peuvent donc se sentir tout autant concernées par les enjeux touchant à la périnatalité et participer aux luttes, tout comme les femmes cis n'ayant pas la capacité ou le désir d'enfanter. Il ne faut donc pas présumer que les femmes trans sont exclues de nos propos. Enfin, le féminin sera utilisé pour référer aux participantes/répondantes à cette étude qui n'ont pas mentionné s'identifier autrement que comme des femmes cis.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
AVANT-PROPOS	III
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	X
LEXIQUE	XI
RÉSUMÉ	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	5
1.1 L'OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE COMME PROFESSION CONSTRUITE SUR DES BASES MISOGYNES ET RACISTES	5
1.1.1 Médecine, misogynie et racisme.....	5
1.1.1.1 Obstétrique-gynécologie, misogynie et racisme	9
1.1.2 Médecine, obstétrique-gynécologie et les sages-femmes.....	11
1.2 MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT	13
1.2.1 Féminismes et médicalisation de l'accouchement	13
1.2.2 Pathologisation.....	16
1.2.2.1 Dépossession de l'enfantement et langage dévalorisant	18
1.3 DÉFINITION DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES.....	20
1.3.1 Polysémie	21
1.3.2 Formes et manifestations.....	23
1.3.3 La situation au Québec.....	24
1.4 OBJECTIFS ET PERTINENCE SOCIALE DE LA RECHERCHE	26
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE	28
2.1 POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE	28
2.2 FÉMINISME ET INJUSTICE ÉPISTÉMIQUE.....	29

2.2.1	Injustice testimoniale	30
2.2.1.1	Arrogance épistémique / excès de crédibilité	31
2.2.2	Injustice herméneutique	33
2.3	SAVOIRS FAISANT AUTORITÉ (<i>AUTHORITATIVE KNOWLEDGE</i>).....	34
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE		40
3.1	APPROCHE QUALITATIVE	40
3.2	ÉCHANTILLON ET RECRUTEMENT.....	41
3.3	L'ENTREVUE NON DIRIGÉE	42
3.3.1	Justification du choix méthodologique de l'entrevue non dirigée	42
3.3.2	Déroulement des entrevues.....	44
3.4	TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES.....	46
3.4.1	Analyse thématique	46
3.4.2	Traitement et organisation des contenus.....	47
3.4.3	Défis de l'entretien non directif	48
3.5	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	48
3.6	LIMITES DE LA RECHERCHE	49
3.6.1	L'échantillonnage	49
3.6.2	Limites liées à la problématique de recherche	51
3.6.3	Limites liées à l'entretien non directif.....	51
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		53
4.1	PROFIL DES PARTICIPANTES.....	53
4.2	POINT DE VUE SUR L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER	56
4.2.1	La salle d'accouchement	56
4.2.2	Les protocoles	57
4.3	LA RELATION AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT	59
4.3.1	Le statut d'expert	59
4.3.1.1	Savoirs en tension.....	60
4.3.1.2	Poids du statut d'expert dans les prises de décisions	61

4.3.2	La communication défailante	63
4.3.2.1	Des questions sans réponses.....	64
4.3.2.2	Une collaboration minée	65
4.3.3	Les attitudes aidantes du personnel soignant	66
4.3.3.1	Bienveillance et humanité	66
4.3.3.2	Ouverture et considération	67
4.3.3.3	Soutien et encouragements	69
4.3.4	Les attitudes nuisibles des soignant·es	69
4.3.4.1	Propos inadéquats et manque d'écoute	70
4.3.4.2	Manque d'empathie, attitudes brusques et infantilisantes	71
4.3.4.3	Attitudes coercitives.....	73
4.4	LE VÉCU DES FEMMES	74
4.4.1	Dépossession de l'enfantement.....	74
4.4.1.1	Viol.....	77
4.4.2	Sentiment de lutter avec le personnel soignant	77
4.4.3	Agentivité et résistances	78
4.4.3.1	Protéger sa bulle.....	79
4.4.3.2	Faire en cachette, contourner la règle	79
4.4.3.3	Attendre le changement de quart de travail.....	80
4.4.3.4	Demander un délai	81
4.4.3.5	S'affirmer	82
4.4.3.6	Les entraves à l'agentivité	82
	CHAPITRE 5 ANALYSE ET DISCUSSION	84
5.1	SAVOIRS FAISANT AUTORITÉ ET TRANSFERT DE L'ACTE D'ACCOUCHER DE LA PARTURIENTE VERS LE PERSONNEL SOIGNANT.....	85
5.1.1	Savoirs faisant autorité et pouvoir décisionnel.....	85
5.1.2	Pouvoir décisionnel et acte d'accoucher	87
5.1.3	Les impacts du manque de pouvoir décisionnel sur les parturientes.....	89
5.2	INJUSTICE TESTIMONIALE, CONFISCATION DES SAVOIRS ET ÉCUEILS DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL.....	90
5.2.1	Injustice testimoniale et valeur épistémique des parturientes annihilée.....	90

5.2.2	Arrogance épistémique et confiscation des savoirs.....	94
5.2.3	Faute épistémique et prise de décision anéthique.....	99
5.2.4	Les impacts de l'injustice testimoniale – objectification épistémique, déshumanisation, violences obstétricales	100
5.3	INJUSTICE HERMÉNEUTIQUE ET NÉCESSITER D’AFFIRMER SANS ÉQUIVOQUE L’EXISTENCE DES VO.....	104
5.3.1	Les impacts de l'injustice herméneutique.....	106
CHAPITRE 6 PISTES DE SOLUTION		108
6.1	JORDAN ET L’HORIZONTALISATION DES RAPPORTS DE POUVOIR PAR LE PARTAGE DE L’INFORMATION.....	108
6.2	FRICKER ET L’ADOPTION D’UNE POSTURE VERTUEUSE PAR LA DÉCONSTRUCTION DES BIAIS.....	109
6.3	LE RESPECT DES DROITS COMME OUTIL DE LUTTE CONTRE LES VO	110
CONCLUSION.....		112
ANNEXE A SCHÉMA D’ENTREVUE.....		115
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		116
ANNEXE C VOS DROITS EN SANTÉ		120
APPENDICE A AFFICHE DE RECRUTEMENT.....		123
APPENDICE B CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE		124
APPENDICE C AVIS FINAL DE CONFORMITÉ		125
RÉFÉRENCES.....		126
BIBLIOGRAPHIE		136

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1: Profil des participantes.....	55
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAMC : *Association of American Medical Colleges*

ACTS : l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

AVAC : Accouchement vaginal après césarienne

CDC : *Center for Disease Control and Prevention*

CERPÉ : Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants

CMQ : Collège des médecins du Québec

DAL : Dispositif d'aide à l'allaitement

FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

IASSW : Association internationale des écoles de travail social

ICIS : Institut canadien sur la santé

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

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OBGYN : Obstétrique-gynécologie ou obstétricien·ne-gynécologue

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

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

RNR : Regroupement Naissances Respectées. Autrefois Regroupement Naissance-Renaissance

VO : Violence obstétricale

VOG : Violence obstétricale et gynécologique

LEXIQUE

Accouchement physiologique : L'accouchement physiologique suit le rythme « naturel »² du processus d'accouchement, sans y apporter d'entrave ni de contrôle externe. Le travail se déclenche par lui-même, il se déroule sans intervention médicale (injection d'ocytocine, décollement des membranes, péridurale, etc.). et se termine par voie vaginale.

Le bloc honteux : Le bloc des nerfs honteux est une analgésie faite un peu avant la poussée. Il vise à diminuer la douleur du périnée et du vagin pendant l'accouchement. À l'aide d'une longue aiguille, on passe par le vagin pour injecter un anesthésiant dans les deux nerfs honteux ([Médicaments contre la douleur | Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans | INSPQ](#)).

Cis/cisgenre : Une personne cisgenre est une personne dont le genre correspond au sexe qu'on lui a assigné à la naissance.

Corps médical : L'utilisation du terme « le corps médical » fait référence à l'ensemble des professionnel·les de la santé.

Doula : Une accompagnante à la naissance.

Forceps : Les forceps sont des instruments métalliques en forme de pince qui sont parfois utilisés lors d'accouchements pour venir saisir la tête du bébé et aider à son extraction.

Épisiotomie : Pratique qui consiste à couper le muscle du périnée au moment de l'accouchement afin d'agrandir l'orifice vaginal pour laisser passer le bébé.

Gaz hilarant : Il s'agit d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène que les parturientes peuvent inhaler durant leurs contractions en fin de travail pour soulager la douleur (CHUM, 2013/2019).

Monitoring fœtal électronique en continu ou surveillance fœtale par cardiotocographie : Le monitoring (ou monitoring) fœtal électronique en continu consiste à apposer des capteurs, maintenus par une sangle et reliés à une machine, sur le ventre de la personne enceinte sans arrêt durant la 1^{re} phase de travail. Cet appareil permet d'écouter le cœur du fœtus et de détecter les contractions utérines. Lors de grossesses gémellaires, il est possible que soient apposés 2 moniteurs, un pour chaque fœtus. Cet appareil limite considérablement les mouvements de la personne enceinte puisque lorsque l'on bouge trop l'appareil n'est plus en mesure de capter le cœur du bébé. Pour les personnes enceintes en bonne santé expérimentant un travail spontané, cette pratique est non recommandée (OMS, 2018). L'auscultation intermittente à l'aide d'un Doppler (foetoscope) ou d'un stéthoscope fœtal est recommandée lors de

² Le terme est mis entre guillemets, car on préférera aujourd'hui parler d'un processus physiologique, cette terminologie étant moins essentialisante et plus à propos.

grossesses dites normales et est associée à une réduction des taux de césariennes et des taux d'accouchement instrumentaux (avec ventouses ou forceps)³ (Langlois, 2014).

Multipare : Ce dit d'une personne ayant accouché plusieurs fois.

Ocytocine/Pitocin : L'ocytocine est une hormone produite naturellement par le corps durant le travail lors de l'accouchement. C'est cette hormone qui provoque des contractions utérines et favorise la dilatation du col de l'utérus. Cette hormone peut être injectée à la personne enceinte lors de l'accouchement pour déclencher le travail, stimuler l'avancée du travail ou lors de la 3^e phase du travail pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. Sous sa forme synthétique, elle est aussi appelée Pitocin. Ocytocine vient du grec ancien *ôkutokos* qui signifie : « qui favorise un accouchement (*tokos*) rapide (*ôkus*) » ([ocytocine | Usito \(usherbrooke.ca\)](#)).

Parturiente : Femme en train d'accoucher. L'adjectif parturient signifie simplement : qui donne naissance, qui est en train d'accoucher.

Point du mari : acte de violence obstétricale. Se dit du fait de recoudre l'orifice du vagin plus serré pour augmenter le plaisir du conjoint lors de futurs rapports sexuels avec pénétration.

Primipare : Se dit d'une personne qui accouche pour la première fois.

Les soignant·es / le personnel soignant / le personnel médical : lorsque nous parlons de personnel soignant, nous faisons référence aux différents professionnels de la santé qui évoluent dans le milieu hospitalier. Il s'agit principalement des médecins (OBGYN, omnipraticien·nes, anesthésistes, résident·es, étudiant·es en médecine, etc.) et des infirmier·ères.

Spéculum : Outil médical en métal ou en plastique qu'on insère dans le vagin lors d'un examen gynécologique pour écarter les parois et examiner la cavité vaginale.

Stripping / décollement des membranes : Il s'agit d'une procédure consistant à insérer ses doigts dans l'ouverture du col de l'utérus et décoller manuellement la membrane de la poche des eaux. Le but de cette procédure est de déclencher des contractions utérines pour faire débiter le travail.

Trans/transgenre : Une personne trans est une personne dont le genre ne correspond pas au sexe qu'on lui a assigné à la naissance.

³ La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande elle aussi l'auscultation par intermittence; elle nous informe que : « [d]es recherches ont constaté que le monitoring fœtal n'offre aucune amélioration de l'issue de l'accouchement pour les bébés par rapport à l'auscultation intermittente. Le monitoring fœtal électronique est associé à un plus haut taux d'interventions, par exemple le recours à la césarienne ou aux forceps, comparé à l'auscultation intermittente ». [Surveillance et monitoring fœtal – Info Grossesse \(pregnancyinfo.ca\)](#)

RÉSUMÉ

Historiquement, la grossesse et l'accouchement étaient le champ de pratique des sages-femmes et traduisaient les savoirs empiriques qu'elles et d'autres femmes avaient développés sur leur corps. Mais, aux 19e et 20e siècles, en Occident, les sages-femmes perdent la main mise sur l'accouchement au profit de la nouvelle profession médicale omnipotente, métier historiquement réservé aux hommes. L'obstétrique-gynécologie voit le jour sous la lunette misogyne et raciste d'hommes qui tentent de mener cette spécialité vers la reconnaissance et la gloire auprès de leurs pairs, parfois aux dépens des femmes surtout noires ou pauvres. De nos jours, au Québec et à travers le monde, des voix s'élèvent pour dénoncer la violence obstétricale subie par les personnes qui accouchent : des abus, des mauvais traitements et des non-respects des droits des personnes vécus durant la grossesse et l'enfantement. Ainsi, c'est avec une posture épistémologique féministe que cette recherche tente, à partir de témoignages de femmes ayant enfanté dans le milieu hospitalier au Québec, de comprendre l'expérience d'accouchement dans un lieu où les rapports de pouvoir sont inégaux. Cette recherche qualitative croise les données avec deux théories clés : les savoirs faisant autorité et l'injustice épistémique. Trois points saillants ressortent de l'analyse : 1) ce sont les soignant-es qui détiennent les savoirs faisant autorité et avec eux le pouvoir décisionnel dans la salle d'accouchement. 2) Les personnes qui accouchent sont victimes d'injustice testimoniale au moment de l'enfantement. 3) L'injustice herméneutique nuit à la reconnaissance et à la lutte contre les violences obstétricales. Finalement, cette recherche met en lumière que les injustices épistémiques que vivent les personnes qui accouchent en milieu hospitalier au Québec sont la toile de fond dans laquelle s'enracinent les violences obstétricales. L'analyse témoigne de la nécessité de renverser les rapports de pouvoir inégaux dans la salle d'accouchement et de changer de paradigme autour de la naissance afin d'obtenir plus de justice périnatale.

Mots clés : Injustice épistémique, savoirs faisant autorités, violence obstétricale, accouchement, justice périnatale, rapports de pouvoir.

ABSTRACT

Historically, pregnancy and childbirth were the field of practice of midwives and reflected the empirical knowledge they and other women had developed about their bodies. But in the 19th and 20th centuries in the West, midwives lost control of childbirth to the new omnipotent medical profession, a profession historically reserved for men. Obstetrics and gynecology was born under the misogynistic and racist eye of men who tried to lead this specialty to recognition and glory among their peers, sometimes at the expense of women, especially black or poor women. Nowadays, in Quebec and throughout the world, voices are being raised to denounce obstetrical violence suffered by people who give birth: abuse, mistreatment and disrespect of people's rights experienced during pregnancy and childbirth. Thus, it is with a feminist epistemological posture that this research attempts, based on the testimonies of women who have given birth in the hospital environment in Quebec, to understand the experience of childbirth in a place where the power relationships are unequal. This qualitative research cross-references the data with two key theories: authoritative knowledge and epistemic injustice. Three salient points emerge from the analysis: 1) The *authoritative knowledge* and with it the decision-making power in the delivery room is held by the caregivers. 2) People who give birth are victims of testimonial injustice at the time of delivery. 3) Hermeneutical injustice undermines the recognition of and response to obstetric violence. Finally, this research highlights that the epistemic injustices experienced by those who give birth in hospitals in Quebec are the backdrop against which obstetrical violence is rooted. The analysis points to the need to reverse unequal power relations in the delivery room and to change the paradigm around birth in order to achieve greater perinatal justice.

Keywords : Epistemic injustice, authoritative knowledge, obstetric violence, birthing, perinatal justice, power dynamic.

INTRODUCTION

Bien avant la vague #MeToo, est apparu, en France, sur les réseaux sociaux, le mot-clic #PayeTonUtérus. C'est en 2014 que plus de 7000 femmes en 24h ont dénoncé à travers ce mot-clic les violences qu'elles ont subies lors de consultations en gynécologie ou lors de leur accouchement (Bousquet *et al.*, 2018) : des commentaires déplacés sur leur physique, des examens vaginaux brutaux parfois pratiqués sans leur consentement, des propos sexistes et des actes de maltraitements.

Face à l'augmentation de ces dénonciations, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie en 2014 une déclaration sur la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Appuyée par de nombreuses associations à l'échelle internationale, l'OMS dénonce :

[...] [les] agressions physiques, [les] humiliations graves, [les] agressions verbales, [les] procédures médicales imposées [aux femmes] de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement (incluant la stérilisation), [le] manque de confidentialité, [l']absence de consentement pleinement éclairé, [le] refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, [les] violations flagrantes de leur intimité, [le] refus d'admission dans les établissements de santé, [la] négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention de femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère est incapable d'acquitter les frais exigés. (OMS, 2014a :1)

Outre les impacts négatifs de ces mauvais traitements sur les femmes et leur bébé, l'OMS (2014a) déclare que cette réalité mine la confiance qu'ont les femmes envers les prestataires de soins, les poussant à chercher d'autres alternatives. De plus, l'OMS (2014a) déclare que si les mauvais traitements peuvent avoir lieu durant toute la grossesse et après la naissance de l'enfant, l'accouchement demeure le moment où les femmes sont les plus vulnérables. Si l'OMS (2014a) reconnaît dans son rapport que ces mauvais traitements constituent une atteinte aux droits fondamentaux des femmes, il met de l'avant un autre point essentiel en expliquant qu'un important travail de recherche doit être réalisé puisque malgré les données scientifiques qui existent sur le sujet, on ignore quand même la prévalence de ce phénomène.

Suite à cette publication, les dénonciations se poursuivent à travers le monde et en 2015, le feu est mis aux poudres lorsque des documents de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon-Sud, en France, ont fuité, révélant qu'il est attendu, dans le cadre de leur formation, que les étudiant·es pratiquent des

touchers vaginaux sur des patient·es endormi·es au bloc opératoire, sans leur consentement (Bousquet *et al.*, 2018). Une pratique également dénoncée aux États-Unis comme le rapporte Dubravka Šimonović, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies (ONU) sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences dans son rapport datant de 2019. Ces actes de non-respect et de maltraitance sont ce que l'ont nommé aujourd'hui des violences obstétricales et gynécologiques (VOG), deux concepts pour expliquer les abus et mauvais traitements que vivent les femmes, les hommes trans, les personnes non-binaires ou de la pluralité des genres lors de l'accouchement ou de consultation en obstétrique-gynécologie (OBGYN).

Pour la première fois, en 2019, le terme de violences obstétricales est utilisé officiellement par Šimonović dans son rapport à l'ONU intitulé : « Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales ». Šimonović (2019), ayant sillonné le globe, présente son rapport durant la 74^e session des Nations Unies en juillet 2019 et fait état de nombreuses violences subies par les femmes à travers le monde : des actes parfois allant jusqu'à la torture, aux mains de personnel soignant, durant l'accouchement ou durant des soins en santé reproductive.

D'autres mouvements sociaux similaires à ce qui s'est passé en France ont vu le jour : #Breakthesilence (USA), #bastacere : le madri hanno voce (Italie), #PrekinimoSutnju (Croatie), #Genoeggezwegen (Pays-Bas), #Másállapot (Hongrie) et #Minä Myös Synnyttäjänä (Finlande) (Šimonović, 2019). « Cette dernière campagne a été lancée en mai 2019 et en seulement deux semaines, 150 récits ont été reçus faisant état d'actes de violence, de violations des droits de la personne et de comportements déplacés dans le cadre des soins de maternité et des soins prénatals, obstétricaux et post-partum » (Šimonović, 2019 :8). Au Québec, à l'été 2019, le Regroupement Naissances Respectées (RNR), un organisme qui milite depuis 40 ans pour le droit des personnes vivant la période périnatale, a lancé une campagne d'appel à témoignages : « StopVOG-Québec », qui a recueilli 220 témoignages en quelques mois.

Ainsi, bien que cette recherche se penche sur l'asymétrie des rapports de pouvoir dans la salle d'accouchement en milieu hospitalier, son point de départ est la violence obstétricale (VO). En effet, la question initiale de recherche qui animait la rédaction de ce mémoire consistait à comprendre ce qui

permet l'existence des violences obstétricales. Comment se fait-il que de nos jours, des personnes qui accouchent dans des milieux de soins témoignent d'abus et de mauvais traitements ? Si notre problématique de recherche est davantage construite sur ce questionnement, un déplacement de notre angle d'étude s'est opéré à travers notre recension des écrits. La réalisation que les violences obstétricales s'inscrivent dans un système où s'opèrent de forts déséquilibres de pouvoir nous est apparue comme un angle de recherche nouveau sur lequel devait se porter ce mémoire. Aussi, cette recherche tente de répondre à la question suivante : **comment l'asymétrie de pouvoir ayant cours dans la salle d'accouchement en milieu hospitalier au Québec est vécue par les personnes qui accouchent ?**

Les enjeux autour de la grossesse, de l'accouchement, de l'humanisation des naissances ainsi que l'existence des violences obstétricales nous ont été révélés pour la première fois en 2018 lors de notre stage de dernière année de baccalauréat en travail social réalisé auprès du Regroupement Naissances Respectées. C'est avant tout la question des violences genrées et la nécessité d'adopter une posture féministe pour les analyser, qui nous ont interpellée. L'enjeu de la justice périnatale, en particulier, nous a animée tout au long de notre stage, et jusqu'à ce jour, nourrissant notre désir de réaliser notre recherche sur ces questions.

Le chapitre 1 de ce mémoire expose la problématique de recherche à travers un retour en arrière sur la construction de la médecine et de l'obstétrique-gynécologie à travers des luttes de pouvoir empreintes de misogynie, de racisme, de colonialisme et de classisme. Il présente comment l'hégémonie de la médecine, l'ascendance de la profession d'obstétricien·ne et la mise à l'écart des sages-femmes a mené à la médicalisation de l'accouchement et avec lui sa pathologisation. De plus, il expose comment certaines tensions au sein des mouvements féministes ont eu pour effet d'encourager ou de laisser aller cette médicalisation de l'enfantement. Enfin, il fait un tour d'horizon de ce que sont les violences obstétricales avant de présenter les objectifs et la pertinence sociale de cette recherche. Le chapitre 2 s'attarde à notre cadre théorique. Il dévoile notre positionnement épistémologique ainsi que les concepts d'injustice épistémique et de savoirs faisant autorité qui serviront de cadre d'analyse à cette recherche. Le chapitre 3 présente notre méthodologie de recherche. Il s'attarde à décrire notre processus de recherche sur le terrain et présente notre choix de méthode d'entrevues non dirigées. Ce chapitre expose également nos considérations éthiques et les limites de cette recherche. Le chapitre 4 présente nos résultats de recherche, basé sur une analyse thématique, il met en lumière la parole des femmes ayant participé aux entrevues de recherche. Le chapitre 5 divulgue notre analyse à la lumière des résultats de recherche, de notre

problématique et de notre cadre théorique. La discussion est présentée en 3 axes autour des savoirs faisant autorité, de l'injustice testimoniale et de l'injustice herméneutique. Des pistes d'actions sont étudiées au chapitre 6 avant la conclusion qui expose le rôle que le travail social peut jouer pour lutter contre les injustices épistémiques et les VO subies par les personnes qui vivent la période périnatale.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

« *THE DREAM of reason did not take power into account.* »
Paul Starr, 1982

1.1 L'obstétrique-gynécologie comme profession construite sur des bases misogynes et racistes

1.1.1 Médecine, misogynie et racisme

Un des tournants en Amérique du Nord dans l'institutionnalisation et la professionnalisation de la médecine moderne émane de ce qu'on a communément appelé le rapport Flexner⁴, publié en 1910. Ce rapport, réalisé par Abraham Flexner et commandité par la riche Fondation Carnegie, avait pour objectif de rendre compte de la qualité de l'enseignement de la médecine dans toutes les écoles des États-Unis et du Canada (Bailey, 2017). En effet, au 19^e et au début du 20^e siècle de nombreuses écoles à travers les États-Unis et le Canada enseignaient la médecine sans réels standards. Les conditions d'admission pour accéder aux études variaient d'un établissement à l'autre et de grandes disparités existaient quant au financement de ces écoles, à la qualité des infrastructures et de l'enseignement dispensé ; le tout menant

⁴ Le rapport s'intitule : *Medical Education in the United States and Canada : A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching by Abraham Flexner.*

pourtant de façon identique à la pratique de « la médecine »⁵ (Flexner, 1910). Cette réalité avait pour effet, selon les commanditaires du rapport⁶, de nuire à la qualité des services rendus à la population par les médecins dont les compétences variaient grandement selon l'institution dont ils étaient diplômés (Flexner, 1910). Afin de rendre plus respectable l'activité médicale, il fallait donc faire le tri dans les formations dispensées aux futurs médecins et déterminer quelles écoles étaient habilitées à former de « vrais et bons » médecins, c'est-à-dire avec des connaissances scientifiques et basées sur une médecine allopathique, en opposition à toute autre forme de « médecine » considérée comme des charlataneries telles que l'homéopathie et, plus tard, la pratique sage-femme⁷.

À l'issue de son rapport, Flexner (1910) détermina qu'il y avait, en Amérique du Nord, trop d'écoles de piètre qualité et un nombre trop élevé de médecins. Il recommanda qu'un nombre significatif d'écoles soient fermées et que moins d'étudiant·es soient formé·es ; il fallait moins d'institutions et moins de médecins, mais mieux formés (Flexner, 1910). Il proposa donc de concentrer les ressources financières et intellectuelles dans une poignée d'écoles jugées respectables (Duffy, 2011 ; Bailey, 2017). Les recommandations du rapport ont eu pour effets de standardiser, d'uniformiser et de normaliser l'enseignement de la médecine sous des formes que l'on connaît encore aujourd'hui (Duffy, 2011 ; Bailey, 2017).

Si certains considèrent que le rapport Flexner a contribué à l'amélioration de la qualité de l'enseignement médical, il a également eu pour effet d'homogénéiser la profession. Ce rapport, emprunt de misogynie, de racisme et de classisme a construit l'image idéale du médecin, devenu un scientifique, en la figure de l'homme blanc issu des classes moyennes et supérieures (Bailey, 2017). En restreignant l'accès à la

⁵ Préalablement à l'institutionnalisation et la professionnalisation de la médecine, un homéopathe, un ostéopathe, un apothicaire ou autre pouvait dire qu'il pratiquait de la médecine : « *In making this study the schools of all medical sects have been included. It is clear that so long as a man is to practise medicine, the public is equally concerned in his right preparation for that profession, whatever he call himself, – allopath, homeopath, eclectic, osteopath, or whatnot. It is equally clear that he should be grounded in the fundamental sciences upon which medicine rests, whether he practices under one name or another.* » (Flexner, 1910: viii).

⁶ Derrière l'idée de ce rapport et le financement de la Fondation Carnegie se trouvent 4 hommes connus comme étant « le cercle de Hopkins » (*The Hopkins Circle*) composé de William Welch, William Osler, Frederick Gates et Abraham Flexner (Duffy, 2011).

⁷ Cette chasse aux dits charlatans a débuté avant le rapport Flexner qui est simplement le point culminant de l'institutionnalisation de la profession. Dès 1847, au Québec est formé le Collège des médecin (CMQ), qui ouvre officiellement la chasse aux charlatans dans sa quête de respectabilité et d'hégémonie de la profession médicale (Derome et al., 2022).

profession, des mécanismes d'exclusion des moins nantis et des minorités se sont mis en place, limitant l'accès quasi uniquement aux hommes blancs aisés (Ehrenreich et English 1976/2005 ; Bailey, 2017).

Le rapport a rendu la profession élitiste notamment en exigeant obligatoirement de suivre une formation universitaire avant d'accéder aux études de médecine augmentant ainsi le coût des dites études (Bailey, 2017). De plus, de nombreuses écoles de médecine qui ont dû fermer leurs portes étaient dédiées aux femmes et aux Noirs (Ehrenreich et English 1976/2005 ; Bailey, 2017). Les écoles uniquement dédiées aux femmes, en plus d'avoir été jugées comme étant de piètre qualité, ont dû fermer leurs portes sous prétexte que la plupart des écoles de médecine acceptaient les femmes (Bailey, 2017). Aussi, il ne servait à rien, selon Flexner (1910), de dilapider l'argent en gardant ces écoles ouvertes, il valait mieux concentrer les fonds sur certaines écoles comme celles pour hommes puisque techniquement celles-ci étaient aussi ouvertes aux femmes. Mais, l'argument de la mixité des écoles de médecine est un leurre qui a permis de rediriger les fonds vers lesdites écoles « mixtes » puisque dans un climat social misogyne, les barrières que les femmes devaient franchir pour accéder à la profession devenaient quasi insurmontables. Dans son livre *The Social Transformation of American Medicine*, Starr (1982) explique : « *As places in medical school became more scarce, schools that previously had liberal policies toward women increasingly excluded them. Administrators justified outright discrimination against qualified women candidates on the grounds that they would not continue to practice after marriage.* » (p :124) En ce qui concerne les écoles réservées aux Noirs, 6 des 8 écoles fermèrent leurs portes suite au rapport, ce qui a eu pour effet de diminuer drastiquement le taux de diplomation des médecins noirs (Ehrenreich et English 1976/2005 ; Bailey, 2017; Starr, 1982).

Le racisme et la misogynie qui teintent ce rapport sont également mis en lumière par le fait que Flexner (1910) consacre un chapitre distinct de son analyse aux femmes : « *The Medical Education of Women* » (p :178) et aux Noirs : « *The Medical Education of the Negro [sic]* » (p :180). Selon Bailey (2017), le fait que ces deux groupes soient discutés dans des chapitres distincts, ainsi que les propos qui y sont tenus, placent ces groupes à la marge et démontrent que le rapport est destiné aux hommes blancs. Lorsque Flexner (1910) parle des étudiants dans le reste de son rapport, il parle d'hommes (*men*) ou de garçons (*boys*), révélant ainsi l'image qu'il se fait de l'étudiant-médecin (Bailey, 2017). De surcroît, il est

clair que lorsque Flexner parle de femmes il sous-entend des femmes blanches et lorsqu'il parle de Noirs⁸, il parle indubitablement d'hommes noirs (Bailey, 2017). La seule mention des femmes noires qui est faite par Flexner (1910) concerne leurs capacités à être des infirmières assistant les médecins noirs. Il insiste enfin sur l'importance pour les médecins noirs d'être éduqués aux principes fondamentaux de l'hygiène (Flexner, 1910). Selon Flexner (1910), les médecins noirs et les infirmières noires devraient concentrer leur pratique sur l'apprentissage de l'hygiène aux populations noires puisque celles-ci vivent en proximité avec les populations blanches et peuvent donc leur transmettre des maladies infectieuses (p : 180).

Le rapport Flexner insistait également sur le fait que la médecine est une science plutôt qu'une pratique clinique et que les médecins doivent avant tout contribuer aux avancées scientifiques (Duffy, 2011). Aussi, même si le rapport a pu contribuer à l'amélioration des services rendus à la population, il a également eu pour effet de mettre la patientèle la plus vulnérable au service des avancées médicales, plutôt que l'inverse :

Edmund Pellegrino's [professeur de médecine et d'éthique médicale] lament was proven true that doctors had become neutered technicians with patients in the service of science rather than science in the service of patients. How else to explain the seemingly unexplainable Tuskegee experiments, the Henrietta Lacks tissue culture tragedy, the many occurrences in which the physician as scientist has taken precedence over the physician as healer. (Duffy, 2011 :275)⁹

⁸ Tout au long de son rapport, Flexner réfère uniquement aux personnes noires en tant que nègres (*Negro* [sic]). Si l'on note facilement ici la violence du terme utilisé par Flexner pour désigner les personnes noires, l'emploi du terme est révélateur du racisme et du colonialisme dans lequel s'ancre la médecine.

⁹ Les expériences Tuskegee et Henrietta Lacks ont été menées de façon douteuse, sans le consentement des patient·es, sur des Afro-Américain·es à leur insu « au nom de la science ».

L'expérience Tuskegee a été menée, dès 1932 et durant 40 ans, en Alabama sur des hommes noirs atteints de la syphilis. Les chercheurs mentaient aux participants en leur faisant croire qu'ils leur donnaient un traitement alors qu'aucun traitement ne leur était donné jusqu'à leur mort. Ils étudiaient simplement l'évolution de la maladie (McVean, 2019).

Henrietta Lacks est une femme Afro-Américaine, décédée d'une tumeur au col de l'utérus en 1951. Durant son traitement, des échantillons de ses cellules uniques ont été prélevées, distribuées et utilisées pour des avancées médicales sans son consentement et sans reconnaissance. Grâce à ces cellules, des vaccins, des traitements contre le cancer ont été développés et le génome humain a été étudié. Même après sa mort, la famille d'Henrietta Lacks n'a pas été informée de la contribution de leur mère et conjointe à la science jusqu'à presque 20 ans plus tard ([Lacks, Henrietta - National Women's Hall of Fame \(womenofthehall.org\)](#)).

Avec un manque d'éthique identique, des expériences ont été menées sur les peuples autochtones au Canada notamment en affamant des enfants pour tester les effets de la malnutrition sur le corps (Radio-Canada, 2013). En ce qui concerne l'OBGYN précisément voir la suite de ce chapitre.

Les impacts de ce rapport se font sentir encore aujourd’hui particulièrement aux États-Unis, et présumément au Canada¹⁰, puisqu’en 2018 on comptait seulement 5% de médecins américain·es noir·es et 64,1% de médecins hommes (AAMC, 2022). Au Canada, en 2020 on comptait 56% d’hommes médecins contre 44% de femmes (ICIS, 2022). À noter que la tendance est en train de s’inverser en Amérique du Nord puisque les statistiques par tranche d’âge révèlent que de plus en plus de jeunes médecins sont des femmes ; au Québec en juin 2022 on comptait 54% de femmes médecins pour 46% d’hommes médecins (CMQ, 2022). En revanche, les spécialités chirurgicales, les mieux rémunérées, restent un domaine à forte propension masculine — 68% d’hommes contre 32% de femmes au Canada en 2020 (ICIS, 2022) — sauf l’obstétrique-gynécologie, qui est une spécialité chirurgicale composée en 2022, au Québec, à 73% de femmes (FMSQ, 2022)¹¹. Bien que l’OBGYN soit une profession comportant au Québec beaucoup de femmes, cela ne veut pas dire que la culture de la profession est exempte aujourd’hui de la misogynie sur laquelle elle s’est bâtie. Dans les facultés de médecine et dans les postes de cadre, en position de pouvoir, on retrouve par ailleurs encore majoritairement des hommes. Brière *et al.* dans Grenier (2019) expliquent que : « La culture masculine et l’effritement de la représentation au fil de la structure hiérarchique demeurent la norme [...] » (p :67). Cette réalité contribue à perpétuer une « culture masculine » en OBGYN et complique la tâche de renverser les structures misogynes qui perdurent au sein de la profession¹².

1.1.1.1 Obstétrique-gynécologie, misogynie et racisme

J. Marion Sims est un des pères fondateurs de la gynécologie américaine ; inventeur du Spéculum, il perfectionna plusieurs techniques gynécologiques en expérimentant sur des esclaves noires puis, plus tard, sur des immigrantes irlandaises pauvres. Sims est connu pour avoir été le premier chirurgien à réparer

¹⁰ Le Canada ne compile pas systématiquement et rigoureusement de données sur la race. Les données ne sont pas toujours disponibles.

¹¹ 145 hommes pour 392 femmes.

¹² Il en va possiblement de même pour le racisme en OBGYN difficile à démanteler et lié ici, de surcroît, à la faible propension estimée d’OBGYN noir·es ou autochtones (voir note 10).

avec succès des fistules vésico-vaginales¹³ et recto-vaginale¹⁴. Pour perfectionner sa technique, il utilisa des esclaves noires de l'Alabama sur lesquelles il opérât sans anesthésie (Barker-Benfield, 1976/1999 ; Axelsen, 1985). Des techniques d'anesthésie étaient pourtant disponibles dès 1842, mais réservées d'abord aux Blancs riches (Axelsen, 1985). De plus, dans une société américaine raciste et coloniale, Sims considérait les femmes noires comme étant plus résistantes à la douleur¹⁵ (Bailey, 2017). Il avait d'ailleurs tenté d'opérer sans anesthésie des femmes blanches, mais sans succès puisque celles-ci se plaignaient de la douleur (Bailey, 2017; Barker-Benfield, 1976/1999). Son analyse fait fi des rapports de pouvoir inégaux existant entre une femme blanche et une femme noire réduite à l'esclavage. Il faut considérer que les femmes blanches avaient une voix, contrairement aux femmes noires esclaves qui n'étaient pas en position de consentir ou de se plaindre. Ainsi, entre 1845 et 1859 Sims opéra Lucy, Anarcha, Betsy et d'autres femmes esclaves, sans anesthésie, jusqu'à plus d'une trentaine de fois pour certaines avant d'arriver à réparer une fistule avec succès (Axelsen, 1985).

Au nom de la science, pour la gloire du médecin, pour la légitimité de la profession d'OBGYN et pour le confort des femmes blanches privilégiées, certaines avancées en obstétrique-gynécologie se sont faites au prix de la souffrance des femmes les plus vulnérables : noires, immigrantes, pauvres. Aujourd'hui encore, rien ne prémunit l'obstétrique-gynécologie de cet héritage raciste, misogyne, colonialiste et classiste qui est aux fondements de la profession et des sociétés nord-américaines. Il devient alors important d'en être conscient·e et d'interroger les biais potentiels dans l'exercice de cette profession, car comme en témoigne Bridges (2011) dans son livre *Reproducing Race*, ce n'est pas le statut de médecin qui va nous en prémunir :

[...] there is no reason to believe that a person's decision to become a physician somehow immunizes him or her from the racism, race-thinking, and race-consciousness that pervade in the United States. It may be overly optimistic to think physicians extensive training in the biological sciences in some way cleanses them of the biases and prejudices that run rampant in the social milieu in which that training takes place. Certainly, there is nothing intrinsic about medicine or medical training that should counsel us to believe physicians, as a class, are free

¹³ Il s'agit d'un trou qui se forme dans la paroi vaginale entre la vessie et le vagin, souvent à la suite de complications lors de l'accouchement. L'urine s'écoule alors de façon incontrôlée par le vagin.

¹⁴ Il s'agit d'un trou qui se forme ici entre le vagin et l'anus.

¹⁵ Martin Pernick, professeur à l'Université du Michigan a écrit dans son livre, *A Calculus of Suffering: Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth-Century America*, sur le racisme en anesthésiologie. Il explique qu'en 1817, le *British medical journal* a publié un article stipulant : « [...] 'blacks were so insensitive to pain, that you could operate on them with as much impunity as you could operate on a cat or a dog, or a rabbit,' says Pernick. 'Among women, if you are going to have to operate on a woman, 19th century doctors would have said — it's much better to have black women, because they are less sensitive.' » (Garsd, 2017).

from “deep-seated attitudinal biases that parallel those of the general public and the media and [could] confuse [their] best clinical intentions”. (Hoberman, 2007 :512 dans Bridges, 2011 : 111)¹⁶

Comme en témoignent les récents mouvements sociaux tels que *#MeToo* et *Black Lives Matters*, les grands systèmes d’oppression qui prévalaient à l’époque où s’est établie l’obstétrique-gynécologie perdurent toujours. Malgré les importantes et réelles avancées que l’on doit à la profession d’OBGYN, ses fondements faits de luttes de pouvoir autour de la classe, du genre, de la race et à l’éthique questionnable ne peuvent être ignorés. De nos jours, dans toute l’Amérique du Nord, y compris au Québec, ce sont les femmes autochtones et noires qui continuent de témoigner des stérilisations forcées qu’elles ont subies sans leur consentement¹⁷ ou des césariennes à froid qu’elles ont endurées aux mains des OBGYN. Les sages-femmes luttent encore au Québec pour se faire une place et ouvrir davantage de maisons de naissances¹⁸ tandis que les femmes noires aux États-Unis ont 3.3 fois plus de chance de mourir durant la grossesse, l’accouchement ou le post-partum que les femmes blanches, selon le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) et les travaux de Petersen et *al.* (2019).

1.1.2 Médecine, obstétrique-gynécologie et les sages-femmes

Historiquement, la grossesse et l’accouchement étaient le champ de pratique des sages-femmes ; aussi, des femmes qui avaient développé des savoirs empiriques sur leur corps et ceux des autres femmes étaient chargées d’assister à la venue au monde des enfants (St-Amant, 2016 ; Ehrenreich et English, 1976/2005). Mais, aux 19^e et 20^e siècles en Occident, les sages-femmes perdent la main mise sur l’accouchement au

¹⁶ Cette citation met en lumière l’existence du racisme systémique dans la société américaine et l’exercice de la médecine ne saurait prémunir ses pratiquants de son influence. Le racisme systémique existe également au sein de notre système de santé au Québec et au Canada. La mort de Joyce Echaquan, une femme autochtone d’origine atikamekw en 2020 au Québec, en fut un exemple tragique dans lequel il a été déterminé que le racisme et les préjugés du personnel soignant à l’égard des Autochtones ont contribué à son décès par les mauvais soins reçus (Josselin, 2021; Kamel, 2021).

¹⁷ Des femmes autochtones dénoncent leurs stérilisation non consenties dans divers journaux et au magazine *Enquête* (Jung, 2021; Fournier, 2021).

¹⁸ Il n’existe, par exemple, toujours pas de maison de naissance à Laval. La première maison de naissance dans Lanaudière a ouvert ses portes en 2021 après 15 ans de militance (Gilbert, 2019).

profit de la nouvelle profession médicale omnipotente (Grenier, 2019 ; Ehrenreich et English, 1976/2005). Comme nous l'avons vu précédemment, la professionnalisation de la médecine a rendu sa pratique accessible uniquement aux hommes et a fait de la profession la seule considérée comme scientifiquement valide. Dans ce climat, l'institution médicale et les OBGYN ont mené une lutte contre les sages-femmes qui se sont vues affublées arbitrairement d'incompétence. Considérant que le pouvoir était dans les mains des médecins, ils gagnèrent l'exclusivité de la pratique obstétricale. Petit à petit, les hommes médecins accaparèrent les corps des femmes à travers la pratique lucrative de l'obstétrique en démonisant les sages-femmes et en faisant pression sur les gouvernements de l'époque, notamment aux États-Unis, pour faire des sages-femmes des hors-la-loi¹⁹ (Grenier, 2019 ; St-Amand, 2016 ; Ehrenreich et English, 1976/2005).

Avec ce changement de garde autour des accouchements, de nombreux·x·ses auteurices s'accordent à dire qu'il s'en suit une pathologisation du corps des femmes et de l'événement pourtant physiologique de l'enfantement²⁰. Une des raisons de cette réalité, nous explique De Koninck (2015), est que la science s'est développée dans un contexte de rapports sociaux inégaux. Le système médical s'est donc construit en excluant les femmes de la construction des savoirs sur la base de préjugés sexistes et misogynes. Ehrenreich et English (1976/2005) postulent sur la profession médicale que : « [...] c'est une forteresse conçue et érigée dans le but de nous exclure [les femmes]. [...] le sexisme en médecine n'est pas accidentel, le reflet du sexisme de la société en général ou simplement de quelques médecins. Il précède historiquement la science médicale elle-même ; c'est un sexisme institutionnalisé » (p :93).

¹⁹ Au Québec, le CMQ, lancé dans sa chasse aux « charlatans » a joué un rôle majeur dans l'extinction de la pratique sage-femme. Dès sa création et au tournant des années 1880, en raison des progrès de l'obstétrique, le CMQ fait la chasse aux femmes accoucheuses. Progressivement, le CMQ va réussir à imposer ses règles et instaurer que les sages-femmes reçoivent une licence du CMQ, en plus de devoir prouver leurs compétences aux médecins, pour pouvoir pratiquer. Ces exigences accrues de formation et les coûts associés, pour des femmes issues d'un milieu social moins nanti que celui des hommes médecins, mettent fin à la pratique sage-femme dans les villes à la fin du 19^e siècle. Malgré les pressions du CMQ, les législateurs continuent de tolérer temporairement la pratique en campagne en raison du manque d'OBGYN et dû au fait que leurs services coûtent moins cher; les paysans n'étant pas en mesure de se payer les services d'un OBGYN. À noter qu'à cette époque, les médecins eux-mêmes ne savaient pas grand chose sur les questions touchant la médecine (maladies, virus, infections, traitements, etc.) (Derome et al., 2022).

Ce n'est qu'en 1999 au Québec, une des dates les plus tardives en occident, que la pratique sage-femme redevient légale grâce aux luttes du mouvement d'humanisation des naissances.

²⁰ Selon Lahaye (2018), qui se base sur des données de l'OMS et du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé en Belgique, seuls 10% des accouchements à travers le monde seraient pathologiques (p :43).

Ainsi, la rivalité autour de l'accouchement a été une bataille des sexes et une lutte des classes, les sages-femmes n'appartenant pas à la même classe sociale que les médecins. En perdant le droit d'exercer le métier de sage-femme, des savoirs empiriques se sont perdus et la culture autour de l'accouchement s'en est vue radicalement altérée. On est passé de savoirs développés par des femmes entre elles sur leur corps à des savoirs développés par des hommes entre eux sur les corps des femmes teintés par des biais misogynes et racistes comme nous l'avons vu précédemment. Lahaye (2018) nous rappelle que « l'obstétrique s'est construite sur une culture misogyne basée sur le mythe de la dangerosité des femmes » (p :164) avec des impacts bien réels sur la culture de l'accouchement qui existent encore de nos jours.

1.2 Médicalisation de l'accouchement

Nous verrons aux points suivants comment le changement de garde autour de l'accouchement décrit au point 1.1 a provoqué un changement de culture autour de l'enfantement avec différents impacts. Ainsi, des auteurices féministes avancent que la médicalisation de l'accouchement, qui s'inscrit dans une société patriarcale, a ouvert la porte à toutes sortes d'actions et d'interventions, souvent néfastes et non nécessaires, réalisées sur les corps des femmes. Cela traduit le basculement historique d'une vision de l'accouchement comme étant un acte physiologique, où les femmes sont au centre de l'action et capable de donner naissance, à une vision de l'accouchement comme un événement dangereux et pathologique où les femmes sont incapables d'accoucher sans l'aide d'un professionnel qui agit sur son corps.

1.2.1 Féminismes et médicalisation de l'accouchement

Les courants féministes dominants d'après la Seconde Guerre mondiale, particulièrement au tournant des années 70, ont principalement revendiqué la réappropriation du pouvoir des femmes sur leurs corps et sur leur santé, notamment par l'accès à la pilule contraceptive et l'avortement sécuritaire (Labrecque,

2018 ; Desmarais, 2016). Paradoxalement, les enjeux entourant la périnatalité, tels que dénoncés par les féministes du mouvement d'humanisation des naissances qui remettaient en question la médicalisation de l'enfantement, ne semblent pas avoir intéressé les féministes majoritaires de la 2^e vague²¹. Aussi, la dissidence existait au sein même du mouvement féministe sur des questions de santé reproductive ; voyons pourquoi en faisant un bref retour en arrière.

C'est dans le jardin d'Éden que Dieu décida de punir Ève pour avoir mangé le fruit défendu de l'arbre de la connaissance du bien et du mal. Dieu dit à Ève : « [...] J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi » (Genèse, 3.16). L'Église a donc toujours considéré que les douleurs vécues à l'accouchement étaient : « [...] le juste châtiment de Dieu pour le péché originel d'Ève » (Ehrenreich et English, 1976/2005 :35). Puis, avec l'évolution de la médecine, l'accouchement sans douleur prit une nouvelle tournure, notamment grâce à la péridurale. Comme nous l'explique Lahaye (2018), cet acte médical libérait ainsi les femmes de cette injonction biblique et par extension de l'emprise de l'Église ; cela a donc été reçu par la majorité des féministes de l'époque comme une bénédiction. Elle cite à ce titre De Beauvoir qui dans *Le Deuxième Sexe* dit : « *les méthodes de l'anesthésie sont en train de démentir l'affirmation biblique "tu enfanteras dans la douleur"* » [en italique dans le texte] » (De Beauvoir, 1949 dans Lahaye, 2018 :86).

De plus, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, des politiques natalistes ont été mises en place afin de favoriser les naissances et compenser les pertes de guerre. Le modèle de la famille nucléaire a été largement promu et avec lui les femmes, qui avaient contribué à l'effort de guerre en investissant le marché du travail, ont été priées de retourner dans la sphère privée de la maison particulièrement pour faire des enfants. Face à ce recul, il était légitime que les féministes se battent pour conserver leur place sur le marché du travail et pour un contrôle de leur sexualité. Il n'est donc pas surprenant que l'accouchement, la grossesse et l'allaitement aient été théorisés, par certaines, comme des oppressions.

Ajouté à cela, il faut considérer l'influence du régime nazi sur la perception de la maternité des féministes d'après-guerre. Dans son texte, Grossman (1991) explique comment les femmes ont été instrumentalisées

²¹ Bien que la notion de vagues féministes soit critiquable, elle reste pertinente pour illustrer la compréhension que l'on se fait du courant féministe qui dominait à cette époque (Nengeh Mensah, 2005), en l'occurrence ici dans les luttes féministes autour de la santé sexuelle et reproductive.

dans un régime sexiste pour perpétuer l'idéologie nazie²². Lahaye (2018) va dans le même sens et explique que les politiques natalistes qui ont instauré une glorification de la maternité dans l'Europe fasciste et nazie des années 30 ont contribué à la sortie de la guerre à faire de l'accouchement « un impensé » (p :85) féministe. Mais, à l'inverse, pour les féministes du mouvement d'humanisation des naissances, la médicalisation de l'accouchement était perçue comme un asservissement des femmes²³.

Ainsi, les unes voient en la médicalisation de l'accouchement une perte de contrôle sur leur propre corps, une subordination au pouvoir médical, alors que les autres y voient une libération de leur condition de femme et un plus grand choix autour de leurs capacités reproductrices. Cascales et Négrié (2018) résument ainsi : « Un courant repéré comme essentialiste, ou pronature, et défendant un accouchement dit « naturel », se voit ainsi opposé à un féminisme progressiste ou promédical revendiquant un accouchement médicalisé, sécurisé, encadré par les institutions médicales, et libérant les parturientes de sa dangerosité » (p :180). Cascales et Négrié (2018) considèrent la question de la grossesse et de l'accouchement comme un point aveugle du féminisme de l'époque qui a grandement contribué à la médicalisation des corps des femmes. Avec la médicalisation de l'accouchement et l'utilisation de

²² Grossman (1991) précise que tantôt on encourageait les femmes aryennes à faire des enfants et quitter leur emploi, tantôt on stérilisait les femmes considérées comme « non désirables ». Que les femmes aient adhéré ou non à des valeurs de domesticité et de maternité, qu'elles aient fait partie de celles qui étaient encouragées ou non à faire des enfants, il est indéniable que, sous le régime nazi, l'instrumentalisation des femmes passait par le contrôle de leurs corps par l'État. Mouton (2010), expliquait que le régime du troisième Reich était fondé sur la croyance en la différence fondamentale entre les hommes et les femmes, et que le parti allait « libérer les femmes de l'émancipation des femmes [ma traduction] » (p :945). On comprend là encore pourquoi certaines féministes de la 2^e vague, en sortant de ce contexte d'après-guerre, ont construit leurs revendications de façon anti-essentialiste et avec une vision de la maternité comme quelque chose d'aliénant.

²³ Ce mouvement, plus issu à la base d'un féminisme que l'on pourrait qualifier de la femelléité, voit de *l'empowerment* dans l'accouchement et l'allaitement, un acte de puissance émancipateur. Les féministes de la femelléité mettent notamment de l'avant l'idée du « féminin sacré », cette idée d'un pouvoir féminin, que la femme puise sa force dans sa féminité, dans sa spécificité en tant que femme, c'est-à-dire principalement dans sa capacité d'enfanter. Ainsi, le combat contre le patriarcat se fait par la réappropriation de son corps et notamment par son aptitude à donner la vie qui est perçue comme un pouvoir féminin (Descarries et Roy, 1988 dans Toupin, 1998). S'il est tout à fait acceptable à un niveau individuel de trouver de la force dans l'acte d'enfanter, cette posture féministe collective comporte des angles morts. À l'instar des mouvements féministes traditionnels, le mouvement d'humanisation des naissances s'est construit de façon homogène, c'est-à-dire qu'il a travaillé à défendre principalement les intérêts des femmes cis blanches hétérosexuelles de la classe moyenne. L'idée de l'enfantement comme pouvoir féminin est un narratif qui ne s'applique pas à toutes. Les hommes trans, qui sont en mesure d'accoucher s'ils n'ont pas subi de chirurgie d'affirmation de genre, et les personnes non-binaires, risquent de ne pas s'identifier à un tel discours et donc de se sentir exclu·es des luttes. Qu'en est-il également des femmes cis qui n'ont pas la capacité ou le désir d'enfanter?

nouvelles technologies à outrance, c'est l'autonomie même des femmes, leurs droits et les savoirs qu'elles possèdent sur leurs propres corps, qui ont été attaqués.

1.2.2 Pathologisation

Cascales et Négrié (2018), à l'instar de Lahaye (2018), expliquent qu'à la base, l'accouchement est un acte physiologique ; plus que cela, l'accouchement est un réflexe, un mécanisme involontaire, et donc aucune connaissance n'est mise à l'œuvre dans l'acte d'accoucher ; le corps est conçu pour accoucher de façon autonome. Pourtant, Cascales et Négrié (2018) tout comme Lahaye (2018) décrivent les séries d'interventions par lesquelles peuvent passer les femmes à leur arrivée à l'hôpital : on les couche sur le dos, on fait des touchers vaginaux, on met le monitoring fœtal en continu, on propose de percer la poche des eaux, de décoller la membrane, on envoie l'ocytocine, etc. Autant d'interventions qui viennent perturber le déroulement normal de l'accouchement et dont la réelle nécessité est parfois remise en question. Les autrices postulent que toutes ces manipulations faites sur les corps des femmes contribuent à construire l'accouchement comme un événement pathologique puisque cela donne l'impression que l'accouchement serait impossible sans technologie. De surcroît, cette médicalisation contribue à construire les corps des femmes comme étant inapte à enfanter. L'idée de la défaillance des corps des femmes, l'idée qu'elles ne sont pas capables d'enfanter seules et que l'accouchement est un événement fondamentalement dangereux, a contribué à la médicalisation des naissances et à la pathologisation de la grossesse et de l'accouchement (Cascales et Négrié, 2018). À son tour, cette médicalisation vient consolider l'idée que la grossesse et l'accouchement sont des événements dangereux et pathologiques, particulièrement dans les représentations populaires. Ainsi, cette vision pathologique de l'accouchement justifie l'hypermédicalisation de cet événement. Telle une roue qui tourne, l'hypermédicalisation de l'accouchement contribue à lui conférer une identité foncièrement pathologique (Cascales et Négrié, 2018 ; Lahaye, 2018).

Dans son livre *Dissident Doctor : catching babies and challenging the medical status quo* Klein (2018), un omnipraticien et pédiatre néonatal, explique que le Dr DeLee, l'un des pères fondateurs de l'obstétrique, a contribué à la pathologisation de l'accouchement dans son entreprise de rendre sa profession

hégémonique. Pour ce faire, le Dr DeLee a inventé l'épisiotomie de routine et l'utilisation de forceps, une pratique qui ne peut être réalisée que par des obstétricien·nes, qui sont des chirurgien·nes, et qui a donc contribué à la mise à l'écart des sages-femmes (Klein, 2018 ; St-Amant, 2016). Klein (2018), explique que DeLee considérait d'ailleurs que les sages-femmes et les médecins généralistes accoucheuses étaient des incompetent·es. L'auteur ajoute que sous l'influence du Dr DeLee, les accouchements ont petit à petit été dépeints comme fondamentalement dangereux²⁴. Il préconisait donc la passivité totale des femmes à l'accouchement en les anesthésiant, la réalisation d'épisiotomies systématiques et l'utilisation de forceps pour extraire le fœtus (St-Amant, 2016). Les femmes étaient donc totalement dépossédées de leur accouchement, selon St-Amant (2016). Nous sommes ainsi passés d'un paradigme physiologique à un paradigme pathologique que seule l'obstétrique interventionniste saurait dompter.

Klein (2018), décrit dans les recherches qu'il a conduites auprès d'obstétricien·nes, que la naissance était vue par ceux-ci comme quelque chose d'imprévisible même chez les femmes présentant peu de risques. Les obstétricien·nes considéraient l'accouchement comme : « [...] *an opportunity for things to go wrong* » (Klein, 2018 : 213), il ajoute que les femmes étaient vues comme des bombes à retardement : « [...] *unexploded bombs that needed to be defused* » (Klein, 2018 :213). L'accouchement est donc un événement perçu à travers une lunette pathologisante par les obstétricien·nes qui, rappelons-le, sont des spécialistes de l'accouchement pathologique et des grossesses à risques.

La médicalisation de l'accouchement et les procédures, quelquefois surutilisées qui en découlent, s'inscrivent dans une culture de prévention des risques à saveur parfois outrancière. Déjà en 2005 dans un document de l'Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ), la Dre Jimenez, omnipraticienne, co-fondatrice de l'OSBL La Maison Bleue, mettait en garde contre cette culture du risque autour de l'accouchement et les impacts sur les personnes qui accouchent :

Nous vivons dans la culture du risque, la culture de la peur, et rappelons-nous que la notion du risque obstétrical a été inventée aux États-Unis. Nous sommes un peu dans cette approche

²⁴ DeLee (1920), s'appuyant sur des arguments questionnables, parle clairement de l'accouchement comme d'un événement fondamentalement pathologique : « *Labor has been called, and still is believed by many, to be a normal function. [Y]et it is a decidedly pathologic process...if a woman falls on a pitchfork, and drives the handle through her perineum, we call that pathologic-abnormal, but if a large baby is driven through the pelvic floor, we say that is natural, and therefore normal. If a baby were to have its head caught in a door very lightly, but enough to cause cerebral hemorrhage, we would say that it is decidedly pathologic, but when a baby's head is crushed against a tight pelvic floor, and a hemorrhage in the brain kills it, we call this normal* » (DeLee, 1920 dans Rushford, 2017).

en obstétrique et je nous mets en garde, intervenants, médecins de famille, obstétriciens, accoucheurs et sages-femmes, de faire très attention à cette musique du risque et de la peur, car elle n'est pas sans dommages collatéraux : nous assistons à une perte de confiance de toute une génération de femmes en leur capacité d'accoucher simplement. Loin de moi cependant l'idée de condamner toutes les avancées de la science, qui nous a sorti de l'obscurantisme et nous a menés vers le plus bas taux de mortalité au monde. En fait, c'est de l'utilisation judicieuse de la technologie dont il s'agit vraiment. Je crois qu'il va falloir que nous retournions à la notion de l'accouchement vécu comme un moment naturel, avec ses complications. Nous sommes là pour surveiller, mais attention, la surveillance c'est une chose, et l'accompagnement c'est autre chose. Il va falloir réintroduire les notions d'accompagnement, de relation et de confiance. (ASPQ, 2005 :v)

1.2.2.1 Dépossession de l'enfantement et langage dévalorisant

Comme nous l'avons vu avec le cas du Dr DeLee, avec la pathologisation vient la dépossession de l'enfantement. Ainsi, selon St-Amant (2016) : « la nouvelle obstétrique se bâtit sur l'idée de la défaillance, de la dégénérescence et de la faiblesse du corps des femmes » (p :37). Fontaine et Pino (2018) illustrent cette idée de défaillance par des notions obstétricales dévalorisantes pour les femmes telles que « “[l'] utérus paresseux”, “[le] col incompetent”, “*failure to progress*” [en italique dans le texte] » (p :41). Aussi, cette idée de dépossession s'illustre dans un langage technique dévalorisant. On peut penser également à la procédure analgésique appelée « le bloc honteux ».

À l'instar de St-Amant (2016), une sémiologue aguerrie, il est facile de mettre en lumière le langage de dépossession utilisé pour parler de la grossesse et l'accouchement par certains professionnel·les et dans la société en général. De nos jours, il est coutume d'entendre les médecins dire : « j'ai accouché 15 femmes aujourd'hui » ou les femmes elles-mêmes dire : « le médecin qui m'a accouchée ». Cette façon de parler nourrit une vision de l'accouchement où la femme est passive, ignorante de son propre corps et comptant sur un médecin pour extraire un fœtus de sa chair. St-Amant (2016), nous explique qu'à l'époque, les femmes enfantaient ou « s'accouchaient » (p :36). Mais, avec l'avènement de l'obstétrique, le langage s'est transformé et on dit maintenant « accoucher une femme » (St-Amant, 2016 :36). Lahaye (2018) confirme les propos de St-Amant (2016), et mentionne dans son ouvrage « [ces] mères qui évoquent le gynécologue qui « *les a accouchées* » [en italique dans le texte] ou parlent de « *médecins qui accouchent les femmes* » [en italique dans le texte] » (p :137). On réduit donc les femmes à la passivité alors qu'une

autre personne s'active à faire naître l'enfant. Lahaye (2018) et St-Amant (2016) expliquent que la médicalisation de l'accouchement a dépossédé les femmes de leurs capacités d'enfanter et inversé les rôles dans la salle d'accouchement. L'action d'accoucher semble être faite par la personne en position de pouvoir et non la personne enceinte. Lahaye (2018), parle de cette passivité imposée aux femmes au cours de l'histoire comme d'une injonction patriarcale qui encore une fois se traduit dans le langage : « *« un homme pénètre, une femme est pénétrée »* [en italique dans le texte], *« un homme baise, une femme est baisée »* [en italique dans le texte] [...] la femme *« tombe enceinte »* [en italique dans le texte], l'homme *« met enceinte »* [en italique dans le texte] » (p :119-120). Alors qu'autrefois les femmes accouchaient à quatre pattes ou accroupies, elles accouchent aujourd'hui, majoritairement, sur le dos, sous péridurale, dociles, passives, les pieds dans les étriers, le sexe à la vue de toustes (Lahaye, 2018 ; St-Amant, 2016).

Si la médecine et les avancées technologiques ont permis aux femmes d'accéder à une certaine autonomie et à une plus grande liberté, par un plus grand contrôle de leur capacité reproductive ; la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement s'impose comme un retour de flamme. Cascales et Négrié (2018) postulent que : « l'hypermédicalisation de l'accouchement est une forme contemporaine de domestication de la reproduction [...] » (p :184). Dans une société où l'on capitalise sur la médicalisation d'un processus physiologique, les femmes sont progressivement dépossédées de leur capacité d'enfanter, de leur autonomie et de leurs choix. Il y a alors une forme de récupération par la société capitaliste et patriarcale, dont fait partie l'institution médicale, de la capacité reproductive des femmes. Comme un retour de boomerang, une des institutions les plus puissantes de la société trouve aujourd'hui le moyen de se réapproprier le corps des femmes par un contrôle de celui-ci, à travers cette même technologie médicale qui a aidé à leur libération, et par un discours ambiant de peur et de dangerosité, même en cas de grossesse normale, autour de la capacité pourtant physiologique des femmes d'accoucher.

Lahaye (2018), explique que la médicalisation de l'accouchement et sa pathologisation, son transfert du domicile vers les hôpitaux a permis à la médecine de soumettre les femmes à l'institution médicale et donc d'assurer un contrôle sociétal sur leur corps au moment où elles donnent la vie. Cette réalité est le terreau qui permet aux violences obstétricales de prendre racine : « le socle sur lequel reposent les violences obstétricales est la croyance selon laquelle les femmes seraient inaptes à mettre au monde leur enfant. Cette croyance entraîne la pathologisation de l'accouchement justifiant toutes les contraintes médicales et tous les assauts sur le corps des femmes par la médecine » (Lahaye, 2018 : 263).

1.3 Définition des violences obstétricales

Lorsque l'on parle de violences obstétricales, de quoi parle-t-on exactement ? À l'heure actuelle, il n'existe aucun consensus à travers le monde sur une définition de la VO, le terme n'est d'ailleurs pas reconnu partout bien que plusieurs pays aient inscrit ce concept dans leurs lois. Aussi, suite à notre recension des écrits, nous retenons que lorsque l'on parle de VO, il s'agit d'un ensemble de gestes, de paroles et d'actes médicaux qui vont compromettre l'intégrité physique et mentale des personnes qui accouchent de façon plus ou moins sévère. Ces actes ne sont pas toujours justifiés médicalement et s'opposent parfois aux données et recommandations scientifiques actuelles. De plus, ils sont souvent faits sans le consentement libre et éclairé de la personne qui reçoit les soins. La littérature consultée montre qu'il s'agit de **violences systémiques/institutionnelles**, c'est-à-dire que c'est « [...] le système en soi qui, de par son organisation et son cadre rigide et hiérarchique, est générateur de violence » (Fontaine et Pino, 2018 :41), **et genrées**, c'est-à-dire que cette violence « [...] est dirigée contre une femme du fait qu'elle est une femme ou qu'elle affecte les femmes de manière disproportionnée » (Fontaine et Pino, 2018 :41). Les violences obstétricales sont donc banalisées ou normalisées puisqu'elles s'inscrivent dans un système et, de ce fait, il est difficile de repérer un coupable. Lahaye (2018) confirme et parle de la violence obstétricale comme d'une addition entre de la violence institutionnelle et de la violence basée sur le genre. La VO se situe également sur le continuum des violences sexuelles.

Si le personnel soignant n'apprécie généralement pas la formule, c'est notamment que le terme de « violence » va à l'encontre même de la philosophie, l'éthique et la déontologie liée aux professions de soins. Guérir, sauver des vies, soigner sont ce qui guide les professionnel·les de la santé avec la conviction et, par-dessus tout, l'intention de faire « le bien ». Or, cette question de « l'intention de ne pas nuire » doit être nuancée par rapport à la possibilité de faire vivre des VO. Avoir de bonnes intentions n'empêche pas de faire violence. L'histoire des violences interpersonnelles montre qu'il est possible d'exercer de la violence sans mauvaises intentions (Coates, 2015), et ce particulièrement lorsque l'on est en position de pouvoir. Ta-Nehisi Coates (2015), dans son livre sur le racisme et l'esclavage, souligne le problème que pose la question des intentions :

Le but de ce langage, fait d'« intentions » et de « responsabilité individuelles », c'est la disculpation à grande échelle. On convient que des erreurs ont été commises. Que des corps ont été détruits. Que des gens ont été réduits en esclavage. Mais on pensait bien faire. On a

fait au mieux. Cette expression, « bonnes intentions », c'est un badge qui permet de traverser l'histoire sans encombre [...]. (Coates, 2015 :53)

Lévesque et Ferron-Parayre (2021) argumentent dans un texte sur l'usage du terme « violence obstétricale » qu'il faut sortir l'intentionnalité comme critère définissant la violence. Les autrices se basent notamment sur la définition de la violence telle que présentée par le l'Organisation Internationale du Travail et sur le rapport Français du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de 2018 pour postuler que le point central pour définir la violence n'est pas l'intention mais l'existence concrète de préjudice chez la victime. « *Thus, definitions of violence that place the accent on the intent have been largely rejected of late in favor of broader conceptions of violence that underscore the victim's perceptions and the consequences for that victim* » (Lévesque et Ferron-Parayre, 2021 :1013). Elles ajoutent que les violences obstétricales ne font pas exception à cette règle, et que l'intention n'a pas sa place quand vient le temps de déterminer si les personnes enceintes ont vécu ce type de violence : « *Obstetric violence should be no exception to this rule, and any suggestions of intent should be removed from the definition. We believe that when it comes to defining obstetric violence, the perceptions of the women and persons who have been victimized should be front and center* » (Lévesque et Ferron-Parayre, 2021 :1013). C'est bien le vécu des personnes ayant été victimisées qui doit être au centre de la question de la VO et non l'intention des soignant·es.

1.3.1 Polysémie

Les premières définitions du concept de violences obstétricales nous viennent d'Amérique latine. Le pays pionnier en la matière est le Venezuela, qui a inscrit dans une loi de 2007 contre les violences faites aux femmes un alinéa spécifique sur les VO. Il s'agit de l'alinéa 13, qui définit les VO comme suit :

L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie. (Fontaine et Pino, 2018 :41)

Cette loi est intéressante puisqu'elle explique que l'appropriation des corps des femmes, dont nous avons parlé précédemment, se fait entre autres par des traitements déshumanisants ou le fait de convertir un processus physiologique en une situation pathologique, notamment en administrant des médicaments de façon abusive.

En 2009 l'Argentine emboîte le pas et adopte une loi contre la violence faite aux femmes, où la VO est définie comme suit : « Celle qu'exerce le personnel de santé sur le corps et les processus reproducteurs des femmes, résultant en un traitement déshumanisé, un abus de médicalisation et la pathologisation des processus naturels »²⁵ [Traduction libre de Pino] (Pino, s.d. [document inédit]).

En 2011 Jesusa Ricoy, une activiste Espagnole et fondatrice du mouvement *La Revolución de las Rosas* qui milite contre les violences obstétricales, proposait la définition suivante :

Obstetric violence is the act of disregarding the authority and autonomy women have over their own sexualities, their bodies, their babies and their birth experiences. It is also the act of disregarding the spontaneity, the positions, the rhythms and the time labor requires in order to progress normally when there is no need for intervention. It is also the act of disregarding the emotionalities of the mother and baby throughout the whole labor process. (Jesusa Ricoy dans Bellón Sánchez, 2014 :94)

Les États au Mexique, dont le Chiapas et le Veracruz, ont inclus les concepts de violences obstétricales et gynécologiques dans leurs lois contre les violences faites aux femmes dès 2015 (Bourrelier, 2018 :17).

L'État du Chiapas définit les VO comme suit :

La violence obstétricale est une action qui touche directement ou indirectement les processus reproductifs des femmes et peut être exprimée physiquement ou psychologiquement.

On considère de la violence physique obstétricale : les pratiques invasives telles que les touchers par plus d'une personne, incisions chirurgicales dans la région du périnée (peau, plan musculaire et muqueuse vaginale) pour accélérer l'expulsion du fœtus ; l'utilisation de forceps ; racler l'utérus sans anesthésie ; les césariennes sans justification médicale ; et l'administration de médicaments inutiles.

Alors que la violence psychologique obstétricale se manifeste dans l'utilisation d'un langage inapproprié et grossier ; la discrimination, l'humiliation, les moqueries et la critique concernant le statut de la femme et de son enfant ; et l'omission de l'information sur l'évolution de la grossesse.

²⁵ Ley N° 26.485/2009 : Título 1, Artículo 6. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

En outre, les professionnels de la santé mériteront une sanction lorsqu'ils ne prendront pas en charge les urgences obstétricales rapidement et efficacement ; ou qu'ils forceront une femme à accoucher dans la position couchée sur le dos avec les jambes surélevées alors que les moyens nécessaires pour l'accouchement en position verticale existent.

S'ajoute à cela le fait d'entraver l'attachement précoce de l'enfant avec sa mère sans cause médicale justifiable, niant la possibilité à la mère de prendre son enfant et d'allaiter immédiatement à la naissance [traduction libre de Pino]. (Pino, s.d. [document inédit])

Au Brésil, c'est en 2017 que l'état de Santa Catarina a inscrit le terme de violence obstétricale dans sa constitution, dans : « [...] une loi *prévoyant la mise en œuvre de mesures d'information et de protection pour les femmes enceintes et parturientes contre la violence obstétricale* [en italique dans le texte] »²⁶ (Bourrelier, 2018 :14).

Enfin, plus récemment, la juriste belge et militante féministe Marie-Hélène Lahaye, autrice du livre *Accouchement les femmes méritent mieux* (2018) définit la VO comme suit : « Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente » (p : 187).

1.3.2 Formes et manifestations

Ces différentes définitions se rejoignent et nous informent notamment sur les manifestations concrètes des violences obstétricales. Selon un article de Fontaine et Pino (2018) basé sur deux études, la violence obstétricale se manifeste dans :

1. L'organisation des soins : protocoles hospitaliers et routines nuisibles ou employés de manière inappropriée, multiplication des intervenant·e·s et des gestes, rapports ou relations hiérarchiques entre les intervenant·e·s, ambiance stressante et manque d'intimité, personnel changeant sans cesse et insuffisamment disponible.

2. Les attitudes : gestes, paroles ou attitudes brusques, impersonnelles ou déplaisantes; paroles induisant peur, découragement ou manque de confiance; paroles infantilisantes,

²⁶ Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017.

contrôlantes, manipulatrices ou qui réifient; propos qui sèment le doute, qui nient ou contredisent le vécu de la femme; propos agressifs ou hostiles.

3. Les pratiques : routines et protocoles abusifs (non fondés scientifiquement, inutiles, évitables, etc.); pathologisation du corps féminin; mauvais usage et surutilisation des interventions, de la médication ou de la technologie; formes de manipulation afin d'obtenir un consentement. (p : 41-42)

De plus, elles peuvent prendre des formes variées :

- Violences physiques : gestes douloureux et brusques, épisiotomies de routine, point du mari²⁷.
- Violences sexuelles : touchers vaginaux à répétition et/ou effectués par des personnes différentes, commentaires inappropriés sur l'apparence du corps ou sur la sexualité de la personne ou du couple.
- Violences psychologiques : absence de soins, atteintes à la dignité, hostilité.
- Violences verbales : remarques dégradantes, insultes, demander à la personne qui accouche de se taire, dire à la personne que son col ou son utérus est paresseux.
- Également : imposition de la position d'accouchement, monitoring du bébé en continu, injection de médicaments, d'ocytocine ou épisiotomie sans consentement.

1.3.3 La situation au Québec

Au Québec, il est important de mentionner que le gouvernement reconnaît dans sa politique de périnatalité, le recours trop fréquent à certaines interventions obstétricales et leurs impacts néfastes sur les personnes qui accouchent. Il reconnaît également le caractère physiologique de l'accouchement et l'importance de respecter l'autonomie et les choix des femmes. Ainsi, la Politique de périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour 2008-2018 stipule :

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels. Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal. Toutefois, dans une

²⁷ Lire l'article d'Urbania datant de 2019 à ce sujet ([Le point du mari : des mères québécoises se font-elles recoudre sans leur consentement? - URBANIA](#)).

société animée par la volonté de contrôler tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance. Cela exige que l'on mette en place des environnements propices et que l'on conjugue les efforts autour de cette conviction. Cela implique aussi que l'on respecte la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité. Par ailleurs, une telle approche n'exclut aucunement la nécessité d'exercer la vigilance requise, toujours dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix. (p :9)

Le gouvernement du Québec a même mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), par l'entremise du MSSS, pour réaliser un rapport dans le cadre de sa politique de périnatalité 2008-2018 afin de réduire le recours à certaines interventions obstétricales²⁸. Cette évaluation part du constat, fait par la Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers, que le recours aux interventions obstétricales dans le cas de grossesses normales est devenu la norme et que peu de propositions sont faites pour diminuer le recours à ces interventions. En revanche, il n'est pas question de violences faites aux femmes dans ce document. Aucune enquête gouvernementale n'a été menée directement sur la question des violences obstétricales, il n'y a pas non plus de reconnaissance légale de cette réalité. Cependant, bien que les termes de VOG ne soient pas utilisés, le gouvernement, notamment par l'intermédiaire du Secrétariat à la condition féminine, s'intéresse de plus en plus à la question de l'humanisation des soins gynécologiques et obstétricaux en finançant des projets autour de cette réalité.

De plus, malgré la non-reconnaissance légale de la violence obstétricale, de plus en plus d'initiatives de la société civile tendent à mettre en lumière et dénoncer les VOG. Dans les dernières années plusieurs étudiant·es en maîtrise, tout comme moi, ont fait leur recherche sur le sujet spécifique de la violence obstétricale et/ou gynécologique, récoltant par le fait même de nombreux témoignages qui donnent un aperçu de la situation au Québec. Une bourse de l'Institut de recherche en santé du Canada a, en outre, été octroyée à la professeure Audrey Ferron Paraye de l'Université d'Ottawa en 2019 pour faire avancer la recherche sur le sujet des VOG au Canada et au Québec. Enfin, comme mentionné en introduction, le RNR, qui travaille depuis plus de 40 ans à l'humanisation des naissances, a récolté plus de 200 témoignages de VOG au Québec en quelques mois suite au lancement de sa campagne d'appel à témoignages. De nombreuses voix s'élèvent un peu partout au Québec depuis quelques années pour dénoncer les VOG.

²⁸ Le document s'intitule : *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* (2012).

1.4 Objectifs et pertinence sociale de la recherche

Au terme de ce chapitre, nous avons pu donner des éléments de réponses à notre question initiale, à savoir, qu'est-ce qui permet l'existence des violences obstétricales ? La construction sociale de la médecine comme profession hégémonique et de l'enfantement comme phénomène pathologique sont des clés importantes. Aussi, il nous apparaît clair qu'au moment de l'accouchement en milieu hospitalier un déséquilibre de pouvoir s'opère dans la salle d'accouchement entre les différentes personnes présentes. Nous émettons en outre l'hypothèse que cette asymétrie de pouvoir contribue à l'existence de la VO, voire en est au fondement. Ainsi, notre recherche, centrée sur l'expérience d'accouchement des personnes en milieu hospitalier, s'efforcera de répondre à la question de recherche suivante : *comment l'asymétrie de pouvoir ayant cours dans la salle d'accouchement en milieu hospitalier au Québec est vécue par les personnes qui accouchent ?*

La recherche poursuivra donc trois objectifs spécifiques :

- Recueillir et documenter le point de vue des personnes ayant accouché en milieu hospitalier au Québec, sur leur expérience d'accouchement en contexte de déséquilibre de pouvoir.
- Analyser les propos des personnes à la lumière des théories féministes de l'injustice épistémique et des savoirs faisant autorité.
- Dégager des pistes d'actions pour l'intervention sociale.

Si nous avons décidé de mener cette recherche dans le champ du travail social, c'est avant tout pour des visées de changement social, de défense des droits et de justice sociale, des valeurs et principes qui sont au cœur de la profession de travailleuse social·e. En 2014, à Melbourne a été approuvé une nouvelle définition du travail social à laquelle souscrit l'Association internationale des écoles de travail social (IASSW) dont est membre l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS). Nous voulons insister sur quelques éléments de cette définition. Il y est stipulé que le travail social : « [...] promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le développement du pouvoir d'agir et la libération des personnes. » (Définition Internationale du Travail Social, 2014). Le travail social a pour principe : « [...] la défense des droits humains et de la justice sociale. La défense et le respect des droits humains et de la justice sociale sont la motivation et la justification du travail social » (Définition

Internationale du Travail Social, 2014). Nous pensons donc que cette recherche est en harmonie avec les principes, la mission et les objectifs du travail social.

L'accouchement est un événement marquant qui concerne des milliers de personnes — on dénombre 82 200 naissances au Québec en 2019²⁹ — et qui peut avoir des impacts à long terme dans la vie des individus et des familles. Bien que les témoignages se multiplient à travers le monde sur les questions d'abus et de mauvais traitement au moment de l'accouchement, on commence à peine à mesurer l'ampleur de ce phénomène et ses impacts durables sur la vie des personnes qui les subissent. Ainsi, pour que les individus directement concernés puissent faire sens de leur expérience, il est nécessaire d'avoir accès à des connaissances. Pour développer le pouvoir d'agir des individus, il est nécessaire de connaître la problématique à l'étude, ses ramifications et ses ancrages structurels. C'est de cette façon que le travail social a un rôle à jouer. Dans l'accompagnement immédiat de personnes ayant vécu un accouchement traumatique, mais également dans une optique de changement social par la remise en question de certaines structures hégémoniques ou certaines pratiques et par la défense des droits des personnes en période périnatale.

²⁹ Institut national de la statistique du Québec

CHAPITRE 2

Cadre théorique

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, l'obstétrique-gynécologie est une profession qui s'est construite à travers des luttes de pouvoir et en excluant les femmes, pourtant premières concernées, de la production des savoirs. Aussi, le recours à des épistémologies féministes, qui se préoccupent des dynamiques de pouvoir qui traversent la production des connaissances, est congruent. De surcroît, l'utilisation d'approches féministes, qui s'intéressent au vécu des femmes, est pertinente pour cette recherche qui a comme point de départ la valorisation de l'expérience des personnes qui accouchent, qui sont principalement des femmes cis.

Nous développerons donc le cadre théorique d'abord par la présentation de notre posture épistémologique, qui est féministe du point de vue situé (*Standpoint*). Ensuite, nous verrons comment la notion d'injustice épistémique développée par Miranda Fricker pourra servir les objectifs de recherche. Enfin, le concept de « savoirs autoritaires » de Brigitte Jordan clôturera le chapitre sur le cadre théorique.

2.1 Positionnement épistémologique

L'idéologie et les théories qui sous-tendent la production de connaissances de ce mémoire de recherche, notre posture d'analyse, est féministe du point de vue situé. Les féministes du *Standpoint* s'inspirent du marxisme et se questionnent sur l'objectivité en sciences humaines et sociales et sur la possibilité d'un point de vue privilégié sur lequel se base l'objectivité de la connaissance (Le Gallot et Millette, 2019). Cette théorie interroge surtout comment notre position sociale dans les rapports de sexes/genres influence la production de connaissances (andro/phallogcentrique).

Ainsi, la théorie du *Standpoint* postule que : « les connaissances sont toujours plurielles et situées, teintées et traversées par la position des personnes qui les ont mises à jour [...] » (Haraway, 1988 dans Le Gallot et Millette, 2019 :4). De plus, les personnes qui ont l'autorité de dire quelles connaissances comptent davantage sont les personnes qui détiennent le pouvoir, c'est-à-dire encore majoritairement des hommes

blancs cisgenres et hétérosexuels (Le Gallot et Millette, 2019). L'intérêt de cette théorie est de contextualiser les savoirs et d'ancrer les connaissances et leur production dans un espace-temps tout en abandonnant des idées telles que la neutralité ou l'universalité. En effet, le regard n'est pas neutre puisqu'il est incarné par un individu social. Tout projet doit refléter les rapports de pouvoir, les inégalités et les oppressions qui fondent les points de vue qui nous positionnent dans le monde (Haraway, 1988/1991).

À noter que les savoirs produits par les groupes dominants ne sont pas forcément invalides, mais ils sont davantage considérés comme valides, ils sont plus visibles, diffusés, cités, publiés que les savoirs venant des dominés tels que les savoirs féministes ou produits par les groupes minoritaires ou marginalisés. Notre compréhension du monde est donc biaisée ou incomplète, car elle est le reflet de la vision des dominants. Situer les savoirs sert donc à avoir une vision plus objective, plus représentative du monde, parce que plus diverse.

En somme, cet ancrage théorique nous permet d'appuyer certains éléments de notre problématique et il nous invite à « apprendre à voir d'en bas » (Haraway, 2007 :119 dans Le Gallot et Millette, 2019 :4). Nous nous intéressons donc à la production de connaissances à travers la parole des personnes qui accouchent. Dans le cas de l'accouchement en milieu hospitalier où les rapports de pouvoir sont asymétriques, nous émettons l'hypothèse que toute parole n'est pas entendue au même niveau selon la personne qui parle. Dans le cas des violences obstétricales, nous savons que la parole des personnes qui accouchent est peu entendue, souvent marginalisée et invalidée face à un discours scientifique hégémonique perçu comme étant le seul objectif et valide. C'est pourquoi cet ancrage théorique nous sera utile pour amplifier les voix des personnes qui accouchent, revaloriser leurs savoirs et légitimer leur parole souvent considérée comme subjective et à ce titre, supposément, moins valide.

2.2 Féminisme et Injustice épistémique

Dans son livre *Epistemic injustice : power & the ethics of knowing* (2007), la philosophe Miranda Fricker s'attarde aux pratiques humaines à travers lesquelles la connaissance se crée, se transmet ou est perdue.

L'autrice cherche à mettre en lumière l'éthique, dans ses dimensions du juste ou de l'injuste, derrière deux pratiques épistémiques fréquentes que sont la transmission de connaissances et notre capacité à donner du sens à nos expériences sociales. Elle postule que deux formes d'injustice se dégagent de ces deux pratiques épistémiques : l'injustice testimoniale et l'injustice herméneutique. Ainsi, l'autrice s'intéresse particulièrement aux torts faits aux individus dans leur capacité d'être des sujets de connaissances et révèle, ce faisant, les dynamiques de pouvoir qui sous-tendent la production de savoirs.

Aussi, tout comme les féministes de la théorie du *Standpoint*, Fricker (2007) nous rappelle que toute forme de connaissance doit être replacée dans son contexte, certes historique, politique, culturel et identitaire, mais particulièrement dans un contexte de rapports sociaux de pouvoir. L'épistémologie n'est donc pas neutre, et à la racine des injustices épistémiques se trouvent des structures de pouvoir inégales.

2.2.1 Injustice testimoniale

La première forme d'injustice épistémique qui nous intéresse est l'injustice testimoniale, que Fricker (2007) définit brièvement dans son introduction comme suit : « *Testimonial injustice occurs when prejudice causes a hearer to give a deflated level of credibility to a speaker's word [...] testimonial injustice is caused by prejudice in the economy of credibility [...]* » (p :1). Cette forme d'injustice est donc l'idée qu'un·e locuteurice est victime d'un déficit indu de crédibilité de la part d'un·e interlocuteurice, lié à des biais, conscient ou non, chez l'interlocuteurice concernant l'identité sociale dula locuteurice. Aussi, il y a injustice testimoniale lorsqu'une personne qui parle n'est pas jugée comme étant crédible, ou autant crédible qu'une autre personne, par l'individu qui écoute, du fait de son identité sociale. L'autrice donne l'exemple, dans son livre, d'un homme noir qui n'est pas cru par la police, ou qui n'est pas jugé crédible dans son témoignage, parce qu'il est noir. On entend par identité sociale, l'appartenance d'un individu à de grandes catégories identitaires socialement construites telles que le genre, la race, l'âge ou encore l'orientation sexuelle, par exemple. Ces étiquettes identitaires sont basées sur des stéréotypes, des préjugés et des conceptions collectives que l'on se fait de certaines catégories de personnes. Cette idée de déficit de crédibilité basé sur des préjugés liés à l'identité sociale d'un·e locuteurice est le point central du cas de l'injustice testimoniale (Fricker, 2007).

Comme nous l'avons vu précédemment, les rapports de pouvoir asymétriques ayant cours dans la salle d'accouchement, tout comme les VO, sont en partie liés à l'identité sociale de la personne. Plus précisément, à l'identité sociale réelle ou perçue de la locuteurice par l'interlocuteurice et les biais, conscients ou non, que l'interlocuteurice a envers la locuteurice. Une personne ne parlant pas bien le français, par exemple, risque de perdre en crédibilité lorsqu'elle s'exprime auprès du personnel médical, quand bien même elle a peut-être reçu une formation médicale ou de sage-femme. Par ailleurs, il n'est pas rare que les femmes témoignent du fait qu'elles n'ont pas été écoutées dans leurs désirs (plan de naissance, position d'accouchement, etc.), leur vécu (douleurs, besoins) ou que leur consentement n'a pas été respecté³⁰. L'utilité de ce concept pour notre recherche est de nous aider à mettre en lumière les injustices que peuvent vivre les personnes parturientes en lien avec un déficit de crédibilité (*credibility deficit*) dont elles seraient victimes.

En outre, il faut comprendre que souvent les individus n'ont pas conscience des biais qui sont à l'œuvre lorsqu'ils écoutent une autre personne parler. En effet, même si l'interlocuteurice se pense exempt de préjugés, la société dans laquelle elle évolue ne l'est pas, comme mentionné au chapitre 1. Aussi, le jugement de chaque individu est susceptible d'être teinté de préjugés en raison des systèmes d'oppression qui sont à l'œuvre dans nos sociétés et qui teintent nos institutions, tels que le patriarcat, le racisme ou l'homophobie pour n'en citer que quelque un.

2.2.1.1 Arrogance épistémique / excès de crédibilité

Dans leur texte sur la théorie du point de vue situé, Le Gallot et Millette (2019) nous rappellent que selon Harding (1992) : « les groupes socialement privilégiés feraient preuve d'un déficit de réflexivité inhérent à leur position, qui se traduirait par une incapacité à interroger de manière systématique les effets de cette position sur la connaissance qu'ils produisent » (Harding, 1992 :56 dans Cervulle, Quemener et Vörös, 2016 :13 dans Le Gallot et Millette, 2019 :3). Selon nous, cela rejoint l'idée d'arrogance épistémique profonde, développée par Fricker (2007), qui empêche certains individus d'accéder à la vertu, c'est-à-dire

³⁰ Plusieurs témoignages issus du mémoire de maîtrise de Mathilde Grenier (2019) sont éloquentes à ce sujet.

que des individus en position de pouvoir ayant été constamment survalorisés sont « victimes » d'un excès de crédibilité (*credibility excess*) qui les empêche d'accéder à la connaissance, à l'objectivité (Fricker, 2007).

José Medina (2011) s'est penché spécifiquement sur la question de l'injustice liée à l'excès de crédibilité de certains groupes sur d'autres et du rôle de l'imaginaire social dans ce rapport de pouvoir inégal. Tout comme Fricker (2007), Medina (2011) explique que les représentations sociales collectives dominantes que l'on se fait d'un groupe d'individus sont la trame de fond sur laquelle repose l'excès ou le manque de crédibilité accordé aux individus. Il ajoute que l'impact d'un excès de crédibilité conféré à l'interlocuteurice, même sans que celui-ci en ait l'intention, vulnérabilise de fait le locuteurice en cela qu'il peut perdre confiance en ses connaissances et capacités (Medina, 2011). De plus, d'autres observateurs de la scène auront tendance à se ranger derrière la figure d'autorité rendant encore plus difficile à entendre et moins crédible la parole du locuteurice (Medina, 2011).

Dans le phénomène à l'étude, une certaine arrogance épistémique du monde médical et l'excès de crédibilité qui lui est accordé peuvent contribuer à jouer en défaveur des personnes qui accouchent. Les représentations sociales et culturelles que l'on se fait de l'accouchement comme étant risqué, dangereux, pathologique, la peur de l'accouchement qui en découle chez les personnes parturientes et l'imaginaire social rattaché aux médecins comme étant ceux qui possèdent les connaissances absolues pour mitiger le danger dans une institution hégémonique, exacerbent les rapports de pouvoir entre les interlocuteurices. Cette réalité produit non seulement des scripts incomplets voire inexacts autour de l'accouchement, mais rend d'autant plus difficile la remise en question de ces scénarios. De plus, un excès de crédibilité empêche les individus du groupe dominant à se remettre en question, et une certaine arrogance épistémique empêche l'interlocuteurice, dans le cas qui nous intéresse, à considérer la subjectivité du locuteurice, ici de la patientèle, comme ayant une valeur épistémique quelconque. Également, cela peut avoir pour effet de miner l'agentivité de la personne qui accouche et de remettre dans les mains des soignant·es la tâche de mettre au monde l'enfant.

En somme, un déficit de crédibilité chez les personnes en parturition, qui se trouvent dans une position vulnérable, couplé à un excès de crédibilité chez les soignant·es, renforcé par une institution puissante, déséquilibre davantage le rapport de pouvoir et exacerbe les risques de traitements injustes (Medina, 2011).

2.2.2 Injustice herméneutique

La deuxième forme d'injustice épistémique qui nous intéresse est l'injustice herméneutique, que Fricker (2007) définit brièvement en introduction comme suit : « [...] *hermeneutical injustice occurs [...] when a gap in collective interpretive resources puts someone at an unfair disadvantage when it comes to making sense of their social experiences. [...] hermeneutical injustice is caused by structural prejudice in the economy of collective hermeneutical resources* » (p:1). Ainsi, dans le cas de l'injustice herméneutique, il n'est pas question de ne pas être cru, mais de ne pas être compris. La locuteurice fait face à un déficit indu d'intelligibilité lié à des biais dans les ressources conceptuelles existantes, car il y a exclusion de certains groupes, basée sur leur identité sociale, de la production de connaissances. La locuteurice n'arrive donc pas à rendre intelligible une situation d'oppression, car il y a un manque dans les ressources conceptuelles collectives.

Par exemple, le concept de viol conjugal n'a pas toujours existé, notamment parce que les femmes ne participaient pas à la production des savoirs dans nos sociétés patriarcales. Ainsi, à une époque, en Occident, une relation sexuelle forcée dans le cadre d'un mariage n'était pas considérée comme un viol, mais comme le devoir conjugal. Le concept n'existait pas pour qu'une femme comprenne et décrive ce qu'elle a vécu. Un trou dans les ressources herméneutiques collectives peut donc porter préjudice à un groupe de personnes. En somme, dans le cas de l'injustice herméneutique, soit la personne est incapable de mettre des mots sur ce qu'elle a vécu, car les ressources conceptuelles manquent, soit la personne n'est pas comprise, car ses ressources conceptuelles ne sont pas (re)connues par les groupes dominants (Fricker, 2007). Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que les rapports de pouvoir produisent une compréhension du monde qui est injuste. Les « puissants » sont compris en tant que tels, c'est-à-dire capables de rendre compte de leur vécu, d'être entendus et légitimés, et donc de se faire justice. Inversement, les personnes « marginalisées », les « impuissant·es » ont du mal à comprendre ou rendre intelligible leur propre vécu, et il devient difficile — voire impensable et impossible — de dénoncer et de demander justice.

Le concept d'injustice herméneutique nous permet tout d'abord de jeter un éclairage sur notre problématique. Nous avons vu au chapitre 1 que les femmes, surtout dans la figure des sages-femmes, ont été écartées de la production des savoirs. Cette réalité a provoqué un basculement dans les ressources

herméneutiques autour de l'accouchement et par le fait même dans la vision que l'on se fait de cet événement. Nous avons assisté à une médicalisation croissante des processus d'accouchement normaux et par ce biais, l'accouchement a été progressivement « conceptualisé » comme étant fondamentalement risqué voire dangereux. Encore à ce jour, l'accouchement en maison de naissance avec des sages-femmes ou l'accouchement à domicile sont perçus comme dangereux par beaucoup de gens³¹. De plus, le fait que la parole des femmes soit souvent marginalisée, décrédibilisée, non considérée, fait que l'existence même des violences obstétricales peine à être reconnue comme un problème social (pas de loi ou de reconnaissance des instances gouvernementales). Il peut donc être difficile de mettre des mots sur ce qu'on a vécu, d'en prendre conscience et d'obtenir justice considérant qu'il y a un trou dans les ressources conceptuelles collectives.

L'utilisation du cadre théorique de l'injustice épistémique nous permettra d'étudier les rapports de pouvoir et les injustices derrière certaines pratiques tout en réfléchissant à obtenir plus de justice en période périnatale.

2.3 Savoirs faisant autorité (*Authoritative Knowledge*)

Brigitte Jordan est une anthropologue d'origine allemande connue pour ses travaux sur l'anthropologie de la naissance et pionnière dans l'avènement du champ d'étude de l'ethno-obstétrique. L'autrice développa dans son livre *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden*

³¹ Une recherche publiée dans le magazine *The Lancet* en 2019 concernant l'accouchement à domicile démontre que, chez les femmes à faibles risques qui décident d'accoucher à domicile et dont le travail débute à la maison, le risque de mort périnatale ou néonatale ne sont pas plus grands que pour les femmes à faibles risques qui décident d'accoucher en milieu hospitalier. Hutton et al. (2019) réalisent une revue systématique des données et une méta-analyse de 14 études publiées entre 1996 et 2017 et concluent : « *Women who are low risk and who intend to give birth at home do not appear to have a different risk of fetal or neonatal loss compared to a population of similarly low risk women intending to give birth in hospital. [...] There were no differences between intended home and intended hospital groups in other neonatal outcomes including NICU admission, Apgar scores, and the need for resuscitation.* » (p :59; 68).

and the United States (1978/1993) sa théorie de l'*Authoritative Knowledge* que nous traduirons ici pour notre analyse comme « les savoirs faisant autorité »³².

Jordan (1978/1993) propose dans son ouvrage de voir la naissance comme un fait « *biosocial* » (p :3), c'est-à-dire que l'accouchement est à la fois un événement physiologique ainsi qu'une expérience sociale et singulière, au sens où la manière dont les individus donnent naissance varie grandement d'une culture à l'autre, puisque l'être humain est enchâssé dans une société donnée avec sa culture propre (Jordan, 1978/1993).

L'expérience d'enfantement peut donc être différente d'une personne à l'autre, d'une société à l'autre, en raison de la façon dont chaque culture aborde la naissance : « *The birth process is a universal part of human female physiology and biology, but [...] birth is never simply a biological act ; on the contrary, as Brigitte Jordan has written "birth is everywhere socially marked and shaped" (1993 :1) » (Davis-Floyd et Sargent, 1997 : 1). C'est la raison pour laquelle, par exemple, dans certains pays ou certaines communautés les personnes qui accouchent auront tendance à davantage se faire accompagner par des sages-femmes à leur domicile ou en maison de naissance, alors que dans d'autres pays l'accouchement se fait davantage accompagner d'obstétricien·nes en milieu hospitalier. Les aspects culturels ou sociétaux de l'accouchement s'illustrent donc notamment dans les choix que les personnes enceintes font autour du déroulement de cet événement, selon leur vision, leurs désirs et les possibilités qui s'offrent à elles³³.*

Les aspects culturels de l'enfantement peuvent également être mis en lumière par certaines statistiques. La disparité dans les taux de césariennes à travers le monde en est un exemple. Dans son dossier comportant une série de 3 articles sur l'écart des taux de césariennes à travers le monde, datant de 2018, le magazine médical *The Lancet* rapportait des taux de césariennes outranciers dans certains pays comme en République Dominicaine (58.1%) ou au Brésil (55.5%)³⁴. En comparaison, le taux de césariennes au

³² On parlera également de savoirs autoritaires ou de connaissances faisant autorité.

³³ Il faut savoir qu'au Québec, par exemple, les grossesses gémellaires ne peuvent pas avoir lieu en maison de naissances. De plus, certaines personnes peuvent désirer accoucher en maison de naissance, mais ne pas avoir ce service accessible dans leur région. Ce fut le cas d'une des répondantes.

³⁴ Selon l'OMS, le taux de césariennes idéal se situe entre 10 et 15 % (10% représentant un accès insuffisant aux césariennes et 15% une surutilisation de la procédure). Au-delà de 15%, les césariennes ne sont pas associées à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale. En dessous de 10%, un manque d'accès à cette procédure implique certainement le décès de parturientes (OMS, 2014b).

Québec s'élevait à 25.7% en 2019 et à 29.9% au Canada la même année³⁵, des taux largement supérieurs aux recommandations de l'OMS. Si les raisons pour la disparité des taux annuels de césariennes variant d'un pays à l'autre sont multifactorielles, des raisons systémiques et culturelles sont abordées dans la série d'articles publiée dans *The Lancet* sur l'utilisation grandissante de cette pratique : « [...] *the drivers of high and increasing use of CS [caesarian sections] include factors related to women's agency, families, communities, and the broader society ; factors related to health professionals ; and health-care system characteristics, financing, and culture.* »³⁶ (Boerma et al., 2018 : 1347).

C'est donc en comparant comment les femmes enfantent dans quatre contextes culturels que Jordan (1978/1993) a développé sa théorie sur les savoirs autoritaires. L'autrice rapporte à l'issue de ses recherches que dans différentes situations sociales, plusieurs types de savoirs existent, mais certains types de connaissances comptent et d'autres non.

The central observation is that for any particular domain several knowledge systems exist, some of which, by consensus, come to carry more weight than others, either because they explain the state of the world better for the purposes at hand ("efficacy") or because they are associated with a stronger power base ("structural superiority"), and usually both. (p : 152)

Elle explique que lorsqu'il est temps de prendre des décisions dans un contexte donné, certaines connaissances ont plus de poids que d'autres, certains savoirs sont davantage considérés comme légitimes, comme vrais, sont davantage écoutés, entendus, pris en compte, alors que d'autres sont dévalués et discrédités, et ce nonobstant la véracité de ce qui est avancé (Jordan 1978/1993). C'est là « la force » des savoirs autoritaires ; ce n'est pas qu'ils sont véridiques, bien qu'ils puissent tout à fait l'être, c'est que ce sont ceux qui comptent : « *The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts* [en italique dans le texte] » (Jordan 1978/1993 : 154). Par exemple, lorsque les femmes accouchent au Yucatan, les savoirs faisant autorité dans cette communauté sont ceux des sages-femmes et des femmes présentes lors de la naissance. Selon l'environnement et la reconnaissance que les autres nous portent, selon la culture et les habitudes, nos savoirs peuvent être considérés comme faisant autorité ou non. Donc

³⁵ Institut canadien d'information sur la santé. [Outil interactif des indicateurs de santé \(ciji.ca\)](https://ciji.ca)

³⁶ Pour plus de détails, voir l'article 3 du dossier. On y parle par exemple de raisons comme le fait de choisir une date de naissance propice pour l'enfant selon des croyances, de peur d'altérer de futures relations sexuelles, aussi pour des raisons de convenance du professionnel de la santé qui peut « réaliser l'accouchement » à une date et une heure qui lui convient, ou encore du fait que dans le domaine privé les médecins peuvent facturer une césarienne plus chère qu'un accouchement vaginal (Betrán et al., 2018 : 1359-1360).

les savoirs faisant autorité varient selon les cultures, les lieux d'exercice du travail, les communautés de pratiques et les rapports de pouvoir.

Ainsi, les connaissances qui font autorité se définissent comme celles sur lesquelles on va s'appuyer pour prendre des décisions, celles que l'on va juger comme ayant plus de poids dans la balance décisionnelle et qui vont guider nos actions : « [...] *the knowledge that counts, on the basis of which decisions are made and actions taken* » (Davis-Floyd et Sargent, 1997 : 4). En conséquence, lorsque Jordan (1978/1993) parle de savoirs autoritaires, elle ne fait pas tant référence aux savoirs que possèdent ceux qui sont en position d'autorité, bien que certains utilisent la notion de cette façon, mais davantage aux savoirs qui sont considérés comme légitimes, officiels, dignes de discussions et sur lesquels nos actions vont s'appuyer :

By authoritative knowledge I mean, then, the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential, on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand. (p : 154)

Selon Jordan (1978/1993), dans un milieu hautement technicisé comme une unité d'obstétrique d'un hôpital, les personnes qui savent manier les outils (forceps, ventouse, etc.), qui savent opérer les machines (moniteur fœtal, prise de pression, intraveineuse, etc.) et décoder les informations que celles-ci livrent ; ceux qui connaissent les procédures, les marches à suivre pour la gestion de la parturition ; ceux qui possèdent et contrôlent ces savoirs doivent être vus comme étant ceux qui possèdent les savoirs faisant autorité et donc ceux qui légitimement détiennent le pouvoir décisionnel dans ce contexte. L'autrice, avance cependant que dans une salle d'accouchement, de nombreux savoirs co-existent, mais que lorsqu'il s'agit de prendre des décisions, les seuls savoirs qui comptent sont ceux livrés par les médecins. Pour qu'une connaissance fasse autorité, elle doit être émise par « la bonne personne », c'est-à-dire, un·e professionnel·le de la santé (Jordan 1978/1993). Dans un tel contexte, Jordan (1978/1993) explique que les connaissances qui émanent de la personne enceinte, les savoirs subjectifs que possèdent les parturientes sur leur propre corps, ne font pas autorité et ne sont donc pas pris en considération. Les informations qui sont produites par les professionnel·les de la santé, notamment à l'aide d'outils technologiques et qui nous informent sur la situation, prennent le dessus régulièrement sur les savoirs que les personnes enceintes produisent (Jordan 1978/1993).

Ce qu'il faut comprendre enfin, c'est que ces savoirs autoritaires sont socialement sanctionnés et légitimés et que nous participons tous, dans nos sociétés technicisées, à accepter, dans le cas de la grossesse et de l'accouchement, les savoirs médicaux comme étant ceux faisant autorité (Sargent et Bascope dans Davis-Floyd et Sargent, 1997 :183).

L'auteur Paul Starr (1982), sur lequel s'appuie Jordan, présente dans son ouvrage *The Social Transformation of American Medicine* le concept d'autorité culturelle (« *cultural authority* »), une forme d'autorité que possèdent les médecins et qui fait référence au fait que certaines définitions de la réalité, certains corpus de savoirs vont avoir préséance sur d'autres et être considérés comme étant vrais et valides : « *[cultural authority] refers to the probability that particular definitions of reality and judgments of meaning and value will prevail as valid and true. [...] cultural authority entails the construction of reality through definitions of fact and value.* » (Starr, 1982 :13). L'auteur, explique que l'acquisition par les médecins à travers l'histoire de cette autorité culturelle leur a donné le pouvoir de nous informer sur notre propre condition, de déterminer qui est malade, qui est sain et même d'annoncer qui est mort : « *[...] the acquisition of cultural authority by doctors had the consequence that they came to be in charge of "the facts", that is to say, they acquired the authority to define when somebody is dead or alive, sick or well, competent or not* » (Starr, 1982 :15).

Ainsi, bien que Jordan (1978/1993) considère que les savoirs autoritaires sont produits par interactions entre les individus dans un contexte donné, d'autres chercheuses ont mis de l'avant le fait qu'ils existent, culturellement, avant même ces interactions (Sargent et Bascope dans Davis-Floyd et Sargent, 1997), c'est-à-dire qu'en tant que société, on reconnaît aux professionnel·les de la santé une autorité culturelle, à l'image de l'analyse de Starr (1982) sur des questions, ici, comme la grossesse et l'accouchement. On leur octroie un statut social qui incite à l'obéissance et la confiance avant même l'arrivée à l'hôpital (Starr, 1982).

En somme, une des particularités de ce concept est que ces savoirs faisant autorité sont socialement construits en interactions entre les individus et/ou avec le monde social. Ils sont produits par consensus entre des individus et à l'intérieur de communautés de pratiques, sanctionnés par les professionnel·les, les gouvernements, les lois, et acceptés par tous·tes comme faisant foi. Cela a pour effet de donner l'impression que ces savoirs faisant autorité sont « naturels » ; ils apparaissent au monde comme des faits immuables, des vérités émanant de l'ordre naturel des choses : « *[...] as the way things (obviously)*

are. » (Jordan, 1978/1993 :152) plutôt que des constructions et le résultat de rapports de pouvoir. Ceci rend la remise en question de ces savoirs extrêmement difficile.

CHAPITRE 3

Méthodologie

Dans ce chapitre nous expliquerons nos choix méthodologiques de recherche. Nous détaillerons le déroulement de la collecte et de l'analyse des données qualitatives, les considérations éthiques et les limites de cette recherche.

3.1 Approche qualitative

La recherche est de nature qualitative puisqu'elle vise la compréhension du phénomène à l'étude du point de vue des actrices concernées à travers leurs propos (Paillé, 2007). L'analyse qualitative est « une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explication ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène » (Paillé, 1996b dans Paillé, 2007 :413), elle correspond donc parfaitement à nos objectifs de recherche. Les données de recherche émanent de l'analyse des mots, du discours, des récits recueillis, ici, à l'aide d'entretiens de recherche qui nous permettent de rendre compte du phénomène à l'étude (Paillé, 2007).

Selon Boutin (2018), la recherche qualitative s'inspirant de la perspective phénoménologique permet : « [...] de prendre en compte la dimension implicite, sensible, subjective de l'expérience vécue, pour la rendre intelligible [...] » (p :15). C'est ce que nous nous efforcerons de faire par le choix de l'entretien comme outil de collecte de données. Nous partons du récit des personnes qui enfantent en milieu hospitalier et nous nous attardons à leur vécu.

3.2 Échantillon et recrutement

En ce qui concerne le recrutement de nos participant·es, nous avons procédé par le dépôt d'une affiche (voir appendice A) sur les réseaux sociaux (Facebook). L'annonce a été partagée par le RNR sur son compte Facebook et envoyée par courriel à leurs membres. L'annonce a également été relayée sur les pages Facebook de la professeure, directrice d'études. Dès lors, un engouement inattendu pour cette recherche s'est produit puisqu'en à peine 3 jours, 58 réponses avaient été reçues dans la boîte courriel de l'étudiante-chercheuse. Le recrutement s'est donc terminé après 3 jours en retirant l'annonce de Facebook. Au final, malgré le retrait rapide de l'annonce, c'est un total de 71 réponses qui ont été reçues, correspondant toutes aux critères de recherche. Cela démontre, selon nous, l'intérêt des personnes qui accouchent de témoigner de leur expérience et la pertinence sociale de cette recherche.

Le recrutement pour la participation à la recherche s'est fait sur la base de 3 critères :

1. Avoir accouché en milieu hospitalier au Québec entre 2014 et 2019³⁷.
2. Avoir au moins 18 ans.
3. Parler le français ou l'anglais.

Il était important pour nous que les accouchements soient assez récents pour rester frais dans la mémoire des participant·es, mais également qu'ils n'aient pas eu lieu trop récemment afin de laisser le temps aux personnes d'avoir fait un cheminement en cas d'accouchement traumatique. De plus, des particularités liées à un accouchement en temps de pandémie de Covid-19 ne constituaient pas notre objet de recherche.

Pour le choix des participant·es, nous avons procédé dans l'ordre d'arrivée des courriels. Étant donnée la grande quantité de courriels que nous avons reçus en peu de temps, il n'était pas rare que des courriels soient arrivés en même temps. Dans ce cas, et si les participant·es donnaient quelques informations sur leur accouchement, nous les avons sélectionné·es en fonctions des critères suivants, permettant une certaine diversité dans l'échantillonnage :

³⁷ Au moment des entrevues, une participante a partagé son accouchement ayant eu lieu en 2012 que nous avons pris en compte dans nos données.

- La région du Québec dans laquelle la personne dit avoir accouché.
- L'âge de la personne au moment de l'accouchement.
- Le type de grossesse (primipare, multipare, gémellaire).
- L'origine ethnoculturelle de la personne.

Nous avons sélectionné 11 personnes que nous avons contactées par courriel en précisant que la méthode employée sera une entrevue non dirigée qui consiste en un questionnaire comportant une seule question ouverte (voir annexe A). Nous avons également répondu aux 60 autres personnes pour les remercier de l'intérêt porté à notre recherche et en leur laissant le contact d'un organisme communautaire si iels ressentaient le besoin de partager leur histoire. Une des 11 personnes contactées s'est désistée en nommant ne pas être à l'aise de participer à une entrevue non dirigée.

3.3 L'entrevue non dirigée

3.3.1 Justification du choix méthodologique de l'entrevue non dirigée

Outre le choix d'une méthodologie qualitative, nous avons fait le choix d'une méthode d'entrevue non dirigée³⁸. Cette méthode moins couramment utilisée que celle des entrevues semi-dirigées nous semblait correspondre en tout point à notre posture épistémologique et nos objectifs de recherche. En effet, le choix de cette méthode s'inscrit dans une volonté de laisser les participant·es se raconter ; laisser les répondant·es parler et entrer dans une forme de dialogue avec elleux-mêmes sans interruption, sans questions qui viendraient hacher le fil du récit, sans parasitage de la part de l'interviewer ; et surtout, dans une volonté de ne pas diriger le récit, de ne pas tenter d'insuffler des réponses aux participant·es, une façon de réellement axer notre recherche sur la parole des individus.

³⁸ Les mots « entrevus » ou « entretiens » sont utilisés de manière égale tout comme les expressions « non dirigées » ou « non directives », « non directif ».

L'entretien non directif est inspiré des travaux de Carl Rogers (en psychothérapie et recherche sociale) (Magioglou, 2008 ; Duschene, 2000). Selon Rogers, ce type d'entretiens appliqué à la recherche permet d'éliminer les biais imposés par l'interviewer (Magioglou, 2008). Aussi, l'entrevue non dirigée consiste à poser une seule question ouverte en début d'entretien à la personne participante sur un thème donné. Boutin (2018) explique :

Dans l'entretien dit non directif [...] le chercheur propose à la personne interviewée un thème donné. Cette dernière a tout le loisir de s'exprimer librement sur le sujet. Le chercheur guide le sujet de façon subtile en demandant des clarifications, en reformulant, en « reflétant » ce qui a été dit. Il soutient le sujet dans sa démarche d'explication en se gardant bien de lui souffler une réponse ou de lui soutirer une information qu'il hésite à transmettre. Il existe évidemment plusieurs niveaux de directivité. (p :35)

Nous verrons au point 3.3.2 plus en détail les techniques que nous avons mises en place durant les entretiens. Cependant, comme le mentionne Boutin (2018), il existe plusieurs niveaux de directivité dans des entretiens non dirigés. Certain·es préconisent que la personne qui conduit l'entrevue n'intervienne aucunement au-delà de question initiale posée, il est même suggéré de ne pas avoir de réactions non verbales (Boutin, 2018). Mais, de plus en plus on parle : « comme le fait A. Mucchielli (1991), d'interview non directive « active » » (Boutin, 2018 :37). Il s'agit alors de faire, par exemple, de la relance ou de la reformulation des propos de l'interviewé·e ; c'est l'approche que nous avons préconisée.

Ainsi, l'accent est mis sur l'écoute active de la part de l'interviewer qui doit uniquement intervenir pour aider l'interviewé·e à parler (Magioglou, 2008). L'interviewer n'est pas là pour juger, conseiller ou discuter, il doit parler le moins possible et relancer uniquement lorsqu'il sent que c'est nécessaire pour aider la personne à poursuivre son récit (Magioglou, 2008).

Le rôle de l'interviewer consiste surtout à servir de catalyseur, de facilitateur de l'expression des sentiments et des idées de la personne avec laquelle il s'entretient. L'interviewé est pour ainsi dire invité à s'exprimer librement, à prendre sur lui le soin d'exposer son point de vue, son ressenti. De son côté, l'interviewer évitera, cela va de soi, toute désapprobation, toute contrainte, de même que tout conseil ou toute critique. » (Boutin, 2018 :38)

L'intérêt majeur de ce type d'entretien selon Haas et Masson (2006) est « [...] celui de ne pas imposer au sujet un pré-découpage de l'objet » (p :77). En posant une seule question ouverte on cherche à donner l'espace à la personne de répondre en ses propres mots, de raconter ce qu'elle veut sans lui insuffler des

réponses tout en la laissant entrer dans une forme d'introspection à travers son récit. Ce type d'entrevue favorise donc l'accès aux savoirs des acteurs sociaux (Magioglou, 2008 ; Duschene, 2000).

L'interviewé·e peut tirer des bénéfices de sa participation à ce genre d'entrevue puisque le fait de pouvoir raconter son histoire, dans ses mots, à son rythme, sans interruption et en se sentant écouté peut avoir un effet thérapeutique sur la personne participante. Cela étant dit, il faut garder en tête que le but premier d'une entrevue de recherche n'est pas d'avoir un effet thérapeutique puisque celle-ci : « n'a pas pour but de soutenir ou de traiter, mais bien d'obtenir des renseignements, d'acquérir des connaissances sur tel ou tel aspect de l'activité humaine » (Boutin, 2018 :43). C'est notamment la raison pour laquelle un délai était préconisé entre le dernier accouchement des répondant·es et leur participation à la recherche.

Terminons ici en abordant les écueils possibles de cette méthode de recherche. Les chercheuses qui utilisent cette méthode prennent le risque de ne pas trouver de réponse à leur question de recherche. En effet, il se pourrait que l'interviewé·e s'éloigne du sujet à l'étude en répondant à la question posée et, étant moins à l'aise avec cette méthode, il est possible que les répondant·es ne parlent que très peu. Aussi, certaines dimensions du vécu de la personne pourraient rester dans l'ombre (Boutin, 2018). Certaines personnes ont par ailleurs davantage de difficultés à organiser leur pensée et livrer un récit cohérent ou logique, rendant l'analyse ultérieure des données complexes, comme nous le verrons au point 3.4.

3.3.2 Déroulement des entrevues

Nous avons réalisé 10 entrevues individuelles non dirigées d'une durée de 40 min à 1h20, entre le 26 janvier 2021 et le 19 février 2021. Le temps total octroyé pour la rencontre était de 2 heures. Les rencontres ont été enregistrées en vidéo et audio, avec le consentement des participantes, puis réécoutées et retranscrites sous forme de verbatims.

En raison de la pandémie de Covid-19, les entrevues ont dû avoir lieu sur la plateforme numérique Zoom. Cette réalité a présenté quelques avantages et quelques inconvénients. L'avantage principal d'avoir réalisé des entrevues en ligne, à distance, est que cela nous a donné accès à un plus grand bassin d'individus. Cela

nous a permis de recueillir des récits de répondantes à travers tout le Québec et donc au-delà simplement de la région de résidence de l'étudiante-chercheuse. Dans l'ensemble cette méthode a bien fonctionné puisqu'elle a permis une certaine flexibilité d'horaire. De plus, cette méthode permettait aux participantes de rester dans un endroit familier, plutôt que de devoir par exemple se déplacer dans un local à l'université, ce qui potentiellement peut être aidant et réconfortant. Cependant, quelques problèmes de connexions Internet ont pu avoir lieu interrompant ainsi les participantes dans leurs récits, mais sans que ce soit un enjeu majeur. De plus, les répondantes ayant des enfants, il est également arrivé que l'entrevue soit entrecoupée de leur présence. Il a donc fallu s'adapter à cette réalité. Enfin, une entrevue en ligne peut générer des craintes au niveau de la confidentialité chez des répondant·es, bien qu'aucune participante ne nous ait fait part de telles craintes. L'entrevue à travers un écran peut aussi mettre une distance entre l'interviewer et l'interviewé·e ; certaines personnes peuvent être plus ou moins à l'aise avec ce médium.

Pour poursuivre, sachons que concrètement dans l'entretien non directif : « [...] l'interviewer se contente de lancer la personne interrogée sur un sujet donné et de suivre le déroulement de la pensée de la personne qu'il interroge » (Boutin, 2018 :37). Ainsi, l'entrevue débutait par une mise en contexte de la part de l'étudiante-chercheuse. Il était expliqué aux participantes le cadre de la recherche, c'est-à-dire, une recherche autour du vécu des personnes qui accouchent en contexte hospitalier, un milieu où les rapports de pouvoir sont inégaux. Ensuite, l'interviewer expliquait aux répondantes qu'elles devaient simplement raconter leur histoire en lien avec la question qui allait leur être posée. Il leur était expliqué en quoi consistait une entrevue non dirigée, qu'une seule question leur serait posée avec des possibilités de relance de la part de l'interviewer, mais pas de questions préparées à l'avance autres que celle posée en début d'entrevue.

Avec cette méthode, le déroulement des entrevues pouvait varier d'une répondante à l'autre. Par exemple, certaines participantes ont raconté leur histoire pendant plus d'une heure sans aucune intervention de la part de l'interviewer. D'autres ont parlé pendant 20 à 30 minutes avant que des relances soient faites par l'étudiante-chercheuse. Des formules de relance ont été employées du type « pouvez-vous élaborer », « pouvez-vous développer », « pouvez-vous préciser », « comment vous êtes-vous sentie » et en reprenant les mots des participantes au moment de la relance. La prise de notes durant l'entrevue était donc essentielle pour pouvoir relancer les participantes sur différentes parties de leur récit, mais uniquement une fois celui-ci « terminé ».

De plus, un aspect important de l'entrevue non dirigée est de laisser la place et de tolérer les silences. Selon Boutin (2018) : « les silences sont utiles : ils ont un sens que l'interviewer doit apprendre à décoder » (p :127). Considérant que le but de ce type d'entrevue est de faire émerger la parole chez les participant·es avec le moins possible d'influence de l'interviewer, celui-ci doit se garder de vouloir combler trop rapidement les silences par la parole. Si l'interviewer sent un malaise de la part de l'interviewé·e, iel peut alors relancer. L'interviewer doit donc être en mesure de vivre avec les silences tout en étant capable de distinguer lorsqu'il est temps d'y mettre fin.

En outre, dans ce type d'entrevues, l'interviewer doit également être en mesure de faire le tri entre les questions qui émergent dans sa conscience durant l'écoute du récit. Boutin (2018) explique : « savoir questionner, c'est aussi savoir choisir, quand il s'agit d'un entretien de recherche à questions ouvertes ou de style non directif, parmi les questions qui viennent à l'esprit » (p :128). À la toute fin de l'entrevue, la question initiale de recherche était reposée aux participantes pour voir si d'autres idées émergeaient. Finalement, l'entrevue se terminait en demandant à la personne si elle avait quelque chose à ajouter, si elle pensait à une dernière chose qu'elle aimerait partager.

Les entrevues, ayant été réalisées sur Zoom, présentaient le défi d'une potentielle coupure trop abrupte entre la fin d'un entretien ayant pu générer des émotions intenses et la fin de la « relation » avec l'étudiante-chercheuse. Aussi, une fois le récit terminé l'interviewer mettait fin à l'enregistrement et un temps moins « officiel » était pris avec les répondantes pour échanger sur l'expérience d'entrevue avant de raccrocher.

3.4 Traitement et analyse des données

3.4.1 Analyse thématique

Notre recherche a été réalisée sous forme d'analyse thématique. Cette méthode d'analyse accorde une importance aux mots, aux discours, et vise à cerner les thèmes soulevés dans le matériel à

l'étude (Paillé et Muchielli, 2012). Une analyse thématique permet de rendre compte des témoignages, de les mettre en lumière, ce qui est en harmonie avec notre posture épistémologique et nos choix méthodologiques (Paillé et Muchielli, 2012). N'oublions pas que, dans le cadre d'une recherche qualitative, le but n'est pas : « [...] de procéder à une généralisation (*generalizability*) [en italique dans le texte] des résultats obtenus, comme c'est le cas en mode quantitatif, mais bien d'avoir accès aux catégories culturelles et aux hypothèses à partir desquelles les personnes interviewées se représentent et construisent le monde » (Boutin, 2018 :16), ce que nous permet de faire l'analyse thématique.

3.4.2 Traitement et organisation des contenus

Une fois les 10 entrevues terminées et enregistrées audionumériquement, l'étudiante-chercheuse les a retranscrites une à une, mot à mot, sous forme de verbatim dans Word. Par la suite, une lecture verticale de chaque verbatim a été réalisée tout en dégageant, à la lecture, les thèmes émergents. Une fois la lecture verticale terminée une lecture horizontale a été effectuée mettant en perspective les 10 entrevues. Il s'agissait alors de faire apparaître les thèmes soulevés de façon transversale entre les entrevues. Cette première lecture a permis la construction d'un préarbre avant le codage à l'aide du logiciel *Nvivo*. En effet, l'analyse thématique de ce mémoire a été réalisée à l'aide du logiciel *Nvivo* pour lequel nous avons reçu deux jours de formation.

Concrètement, une fois les verbatims retranscrits, ils ont été téléversés dans *Nvivo* afin d'être codés un à un. Dans un premier temps, en restant le plus collé aux propos des participantes, nous avons dégagé, à partir des propos recueillis, des thèmes comme : « manque de consultation des femmes de la part des soignant·es », « pas de prise en compte du plan de naissance », etc. Ces thèmes ont ensuite été regroupés pour créer des métathèmes plus larges puis des rubriques et de grandes catégories comme : « émotions, ressenti des femmes », « communication », « attitude des soignant·es », etc. Un arbre thématique a donc été construit à l'aide du logiciel et a servi au traitement des données. Plusieurs thèmes ont émergé allant jusqu'à 4 niveaux d'encodage qui, une fois regroupé et organisé, a servi à la rédaction du chapitre 4. Une fois l'arbre terminé, l'étudiante-chercheuse s'est attardée à identifier les catégories répondant à la question de recherche.

3.4.3 Défis de l'entretien non directif

En plus des enjeux présentés en conclusion du point 3.3.1, nous tenons à mentionner que le choix d'une méthode d'entrevue non directive a présenté quelques défis au moment du traitement des données. En effet, une telle méthode demande à tout·e chercheuse une excellente capacité d'analyse et d'organisation du matériel à l'étude puisque celui-ci ne présente pas de prédécoupage par catégories identifiées préalablement aux entrevues et liées à des questions préparées d'avance. Les récits étant livrés avec une liberté quasi totale par chaque répondant·e, cela rend le traitement des résultats très organique. L'organisation en thèmes est donc réalisée par lea·chercheuse de façon inductive en se laissant surprendre par les thèmes qui émergent. Il faut, en outre, accepter que, dans un premier temps, l'arbre thématique soit assez touffu et un peu instable. Ceci complexifie la rédaction des résultats, la rendant plus organique, tout comme l'organisation de l'analyse qui en découle.

3.5 Considérations éthiques

Une attention particulière doit être observée dans cette étude menée auprès d'êtres humains, c'est pourquoi, en premier lieu, une certification éthique a été obtenue auprès du CERPÉ-UQAM préalablement à la collecte de données (voir appendice B).

Il va sans dire, qu'une expérience négative d'accouchement, d'injustice profonde ou de violence obstétricale peut laisser des traces longtemps dans la vie des personnes les ayant subies, ainsi, des traumatismes peuvent ressurgir sans que l'on s'y attende au moment de l'entrevue. C'est pourquoi, il a été primordial pour nous d'être sensible et consciente de cette réalité. Comme mentionné précédemment, c'est également en raison de cette considération que les participant·es devaient avoir accouché·es depuis plus d'un an pour participer à la recherche. En outre, tant sur le formulaire de consentement (voir annexe B) qu'au début des entrevues de recherches, les répondantes ont été informées qu'elles pouvaient se retirer de la recherche à tout moment et sans justification. À noter qu'aucune participante ne s'est retirée de la recherche. Enfin, les coordonnées d'un organisme communautaire étant en mesure de les aider, au besoin,

figuraient sur le formulaire de consentement. L'étudiante-chercheuse était aussi en mesure de guider les participantes vers les ressources d'aide pertinentes si elles en manifestaient le besoin.

La confidentialité des participantes a été assurée en gardant les données sous clé, c'est-à-dire dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse muni d'un mot de passe connue d'elle seule. De plus, pour assurer l'anonymat des répondantes, le lieu exact des accouchements décrit ainsi que les noms des soignant·es, s'il y a lieu, ne sont pas partagé dans le cadre de ce mémoire. Les prénoms des répondantes ont également été anonymisés par l'utilisation de pseudonymes. Enfin, dans un souci de partage des résultats de recherche et pour rendre aux participantes ce qui leur appartient, une copie de la recherche finalisée leur a été remise par courriel.

3.6 Limites de la recherche

3.6.1 L'échantillonnage

La taille de notre échantillon (10 personnes) ne nous a pas permis d'arriver à la saturation des données comme préconisée dans le cadre d'une recherche qualitative. Le principe de saturation est atteint lorsque les nouvelles données recueillies n'apportent pas de nouvelles informations, c'est-à-dire, lorsqu'il y a une redondance dans la prise des données (Boutin, 2018). Un échantillon plus grand serait donc recommandé pour mitiger cette limite.

L'autre limite sur ce plan concerne l'homogénéité des participantes. En effet, la grande majorité de nos répondantes étaient d'origine ethnoculturelle caucasienne (10/10) québécoise (9/10). De plus, les participantes avaient un niveau d'étude généralement élevé. Aussi, de nombreux angles morts viennent se glisser dans cette recherche constituant certaines de ses limites. En effet, le vécu d'accouchement d'hommes trans, de personnes non-binaires, de personnes en couple de même sexe et/ou de personnes racisées, autochtones ou encore en situation de handicap et/ou avec des corps jugés non conforme ou hors normes comme ceux des personnes intersexuées n'est pas exploré dans cette recherche. Pourtant,

l'expérience unique d'accouchement de personnes se trouvant au croisement de différents systèmes d'oppression mériterait qu'on s'y attarde. L'impossibilité de rendre compte, dans ce mémoire, du vécu d'accouchement de personnes souvent déjà marginalisées dans notre société constitue une importante limite de cette recherche. Un mode de sélection des participant·es selon des critères de diversités, plutôt que par ordre d'arrivée, aurait pu mitiger cette limite.

Il est important de comprendre que notre échantillon est aussi le reflet des milieux dans lesquelles l'annonce de recrutement a été partagée, c'est-à-dire le milieu universitaire et le milieu de la périnatalité qui restent encore très blancs, de classe moyenne à supérieure et éduqué. Crenshaw (2005)³⁹ nous rappelle l'importance de considérer l'imbrication des différents systèmes d'oppression (race, classe, genre, etc.) dans l'analyse, la compréhension et le traitement de problèmes sociaux ou des inégalités sociales telle que nous cherchons à analyser ici. Seule une telle posture permettra réellement la compréhension du phénomène à l'étude; une posture qui regarde les angles morts et qui travaille à éviter la reproduction des rapports de pouvoir existant dans la société et au sein des mouvements sociaux, dans la production des connaissances; une posture qui nous permettrait de tendre vers un féminisme périnatal intersectionnel. À ce niveau-là, notre recherche échoue ; elle échoue à mettre en lumière une pluralité de voix et donc à offrir un portrait réel et complet de la situation que vivent les personnes qui accouchent en milieu hospitalier au Québec.

Finalement, si l'objectif de notre recherche n'est pas de prendre en compte la parole des soignant·es, il n'en reste pas moins qu'il serait intéressant, dans le cadre d'une future recherche, de s'attarder au regard que ceux-ci portent sur l'accouchement en milieu hospitalier.

³⁹ Kimberley Crenshaw est une théoricienne féministe noire ayant contribué à la conceptualisation de l'intersectionnalité, notamment en mettant en lumière les oppressions que vivent certains groupes minoritaires à l'intérieur de grands mouvements de luttes identitaires tels que les mouvements féministes ou antiracistes. Dans son texte de 2005 « Cartographie des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », elle démontre comment les femmes noires ont souvent été exclues ou relayées à la marge du mouvement féministe, mené par des femmes blanches, et du mouvement antiraciste, mené par des hommes noirs. Les femmes noires ont donc une « identité *intersectionnelle* [en italique dans le texte] en tant que femme *et* [en italique dans le texte] personne de couleur » (Crenshaw, 2005 :54) qu'il faut prendre en compte dans toute analyse.

3.6.2 Limites liées à la problématique de recherche

Si notre problématique de recherche couvre amplement les enjeux liés à l'accouchement, sa médicalisation, sa pathologisation, les violences obstétricales, il reste, selon nous, qu'un morceau fait défaut pour bien comprendre la réalité de l'accouchement en milieu hospitalier : il s'agit de tout l'aspect systémique autour de l'hôpital et sa gestion, l'approche du LEAN management, le « *just-in-time* », cette gestion hospitalière basée sur la performance et l'efficacité à moindre coût qui parfois nuit à la qualité des services cherchant toujours à faire plus avec moins⁴⁰. Les impacts du temps supplémentaire obligatoire pour les infirmier·ères et le manque de ressources humaines n'est également pas abordé dans la problématique. Enfin, l'aspect capitaliste de l'accouchement aurait pu être abordé pour bien comprendre les enjeux autour de cet événement. Il faut savoir que l'accouchement est la première cause d'un séjour à l'hôpital au Canada en 2022 selon l'ICIS ([Séjours hospitaliers au Canada | ICIS \(cihi.ca\)](https://www.cihi.ca/fr/les-sjours-hospitaliers-au-canada)), représentant, particulièrement en cas de césarienne, une source de revenus indéniable pour les hôpitaux et les obstétricien·nes.

3.6.3 Limites liées à l'entretien non directif

Nous avons mentionné précédemment, en conclusion du point 3.3.1 et au point 3.4.3, les enjeux et difficultés que représente l'entretien non directif. Sans reprendre ici tous les détails, nous tenons à mentionner que ce choix méthodologique constitue, en partie, une limite à notre recherche. En effet, les personnes interviewées étant lancées « en roue libre » dans leur récit, chaque individu raconte son histoire selon sa logique, sans réelle direction. Aussi, de nombreux pans de leur récit n'ont pas été utilisés, car, malgré leurs intérêts, ils ne répondaient pas à la question de recherche. De plus, d'autres éléments auraient mérité plus d'attention, mais la méthodologie n'a pas permis leur approfondissement. Cependant,

⁴⁰ Le livre Grenier et Bourque (2019) *Les services sociaux à l'ère managériale* décrivent bien cette formule de gestion et explique bien les enjeux de ces choix managériaux appliqués aux services sociaux.

nous ne regrettons pas ce choix méthodologique qui a permis le recueil de témoignages authentiques et spontanés.

CHAPITRE 4

Présentation des résultats

Le chapitre suivant présente les données de recherche traitées avec le logiciel *Nvivo* en analyse thématique. Trois thèmes principaux se dégagent de l'analyse des résultats en lien avec notre question de recherche. Tout d'abord, la question de l'accouchement en milieu hospitalier, c'est-à-dire le lieu physique de l'enfantement avec sa culture et ses protocoles ; ensuite, la relation entretenue avec le personnel soignant, c'est-à-dire le pouvoir que détiennent les experts, les enjeux de communication ainsi que les gestes appréciés ou néfastes du personnel à l'égard des parturientes ; enfin, le vécu des femmes, c'est-à-dire leur émotions et sentiments en lien avec leur expérience d'accouchement en milieu hospitalier et les tactiques utilisées pour tenter de reprendre du pouvoir sur leur expérience.

4.1 Profil des participantes

Cette recherche réalisée auprès de 10 participantes porte en réalité sur 17 expériences d'accouchements ayant eu lieu entre 2012 et 2019 en milieu hospitalier⁴¹. Le Tableau 4.2 présente les caractéristiques des personnes interviewées.

L'âge des femmes au moment d'enfanter variait entre 24 et 45 ans. L'âge moyen s'élevait à 31,82, ce qui est proche de l'âge où la propension pour une personne d'enfanter est la plus élevée au Québec. En effet, selon l'institut de la statistique du Québec, l'âge moyen des femmes au moment de l'accouchement en 2020 est de 30,85⁴². 6 accouchements ont eu lieu alors que les femmes avaient moins de 30 ans, 10 alors que les parturientes avaient la trentaine et 1 après 40 ans.

⁴¹ Alice a accouché de son 2^e enfant en maison de naissance, cet accouchement n'est pas pris en compte dans les données.

⁴² <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-le-quebec/tableau/naissances-et-taux-de-fecondite-selon-lage-de-la-mere-indice-synthetique-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-quebec>, consulté le 29 janvier 2022.

En ce qui concerne le niveau de scolarité des participantes, celui-ci est élevé puisque 9 des 10 participantes ont réalisé des études universitaires. Le niveau d'étude complété des femmes variait entre un secondaire 5 et des études postdoctorales (1x études secondaires, 1x certificats universitaires, 2x baccalauréats, 4x maîtrises, 2x postdoctorats).

Concernant l'origine ethnoculturelle des participantes, elles étaient toutes caucasiennes et Québécoises francophones, sauf une participante d'origine brésilienne dont la première expérience d'accouchement a notamment été teintée par le fait qu'elle ne parlait pas bien le français. On peut donc convenir qu'il s'agit là d'une marque de l'homogénéité de notre échantillon.

Pour les particularités liées aux accouchements, les parturientes ont donné naissance dans 6 régions sociosanitaires différentes au Québec. 6 accouchements ont eu lieu dans la région de Montréal, 3 dans la Capitale-Nationale, 3 en Abitibi-Témiscamingue, 2 en Montérégie, 2 en Outaouais et 1 dans la région sociosanitaire de Laval. Des 17 accouchements dont il est question dans cette recherche, 12 d'entre eux étaient des accouchements vaginaux, 6 sans péridurale et 6 avec péridurale dont un était un accouchement vaginal après césarienne (AVAC). 5 d'entre eux étaient des césariennes. Enfin, 3 des 17 accouchements concernaient des grossesses gémellaires. Ainsi, on retrouve dans cet échantillon une bonne diversité des lieux d'accouchement au Québec ainsi que des types d'accouchements qu'il est possible d'expérimenter. Nous considérons que cela constitue une des forces de notre échantillon de recherche.

Finalement, toutes les femmes étaient accompagnées d'un conjoint (et parfois d'autres membres de leur famille) au moment de leurs accouchements.

Tableau 4.1: Profil des participantes

	Âge au moment du/des accouchements	Années des accouchements	Région sociosanitaire	Niveau de scolarité complété	Origine ethnoculturelle
1.Arianne	26-28-29 ans	2017-2018-2019	Abitibi-Témiscamingue	Baccalauréat	Québécoise
2.Aurore	38 ans	2018	Montréal	Postdoctorat	Québécoise
3.Alice	24 et 30 ans	2012-2018 ⁴³	Outaouais	Secondaire 5	Québécoise
4.Valérie	31 ans	2019	Montréal	Maîtrise	Québécoise
5.Diana	26-27-31 ans	2014-2015-2018	Capitale-Nationale	Maîtrise	Québécoise
6.Daphné	33 et 36 ans	2016-2019 ⁴⁴	Montréal	Maîtrise	Québécoise
7.Maia	33 et 37 ans	2014-2018 ⁴⁵	Montréal et Montérégie	Postdoctorat	Brésilienne
8.Lara	31 ans	2017	Montérégie	Baccalauréat	Québécoise
9.Natasha	36 ans	2019	Montréal	Maîtrise	Québécoise
10.Hélène	45 ans	2019	Laval	Certificats universitaires	Québécoise

⁴³ Alice a eu un 2^{ème} accouchement entre les deux en maison de naissance. Son 3^e accouchement concernait une grossesse gémellaire.

⁴⁴ Concerne 2 grossesses gémellaires.

⁴⁵ Le second accouchement de Maia était un AVAC

4.2 Point de vue sur l'accouchement en milieu hospitalier

Le premier élément de la présentation de nos résultats de recherche concerne la façon dont les répondantes ont parlé du lieu de l'accouchement.

4.2.1 La salle d'accouchement

Les participantes ont décrit l'hôpital comme un lieu assaini, généralement très grand où de nombreux·ses employé·es transitent et se côtoient. Les participantes parlent d'un environnement aseptisé, avec beaucoup de lumières, peu de tranquillité et surtout peu d'intimité à l'image de Diana : « [...] le respect de l'intimité n'est pas tant là tsé, je pense que ça c'est un des éléments qui *clash* avec la culture qu'il y a en maison de naissance là. Tsé quand tu t'attends à ça puis la finalement t'arrives, on te demande d'enlever tes vêtements, d'être dans une jaquette [...] ». Pour Daphné, bien qu'elle comprenne la vocation d'un hôpital universitaire, elle dénonce le manque d'équilibre entre la nécessité de former la relève et le besoin pour les femmes d'avoir de l'intimité pour accoucher :

Puis moi dans mon cas y'avait onze personnes pendant que j'accouchais [...] c'est comme party là, j'veux dire j'vais appeler le hot-dog, frites, pop-corn tsé (rires) c'est quoi j'veux dire, allo l'intimité là !? [...] Il y a comme une part que, oui c'est vrai qui faut qu'on forme la relève, faut qui soient là, faut qui voient ça puis en même temps bah moi c'est mon accouchement là, j'en ferais pas quarante mille là, puis j'suis pas une viande à pâté que tout le monde peut... fait que j'trouve ça difficile en fait de voir l'importance de la passation de pouv... de savoirs puis le rapport d'intimité qu'on a à l'intérieur de ça. (Daphné)

De son côté, Aurore explique que lorsqu'est venu le moment de la poussée tout est allé très vite autour d'elle, l'environnement a changé à tel point qu'elle en a perdu ses repères avec le nombre de personnes qui gravitaient autour d'elle.

[...] là où ça a vraiment bougé c'est quand je me suis mise comme en position accroupi, là j'ai essayé de pousser mais tsé là c'est dure parce que là t'a une médecin qui est rendue là, t'as l'infirmière-cheffe, t'as une autre infirmière qui était là, en tout cas y'avait plein de monde

tsé ; j'étais comme habituée à ce qu'il aille juste mon mari, mon accompagnante, puis l'infirmière qui vienne voir de temps à autre mais *that's it*. (Aurore)

4.2.2 Les protocoles

Les participantes ont également parlé de nombreuses reprises des protocoles qu'on applique en salle d'accouchement. Daphné explique par exemple que pour son premier accouchement de jumelles, l'utilisation du double monitoring en continu a été préconisé et appliqué.

[...] on sait que pour bien faciliter l'accouchement il faut bouger, faut danser, faut faire du ballon. Mais là moi je me retrouve couchée avec deux moniteurs sur moi. Je fais comment pour... comme je subis !? J'suis là puis j'attends. J'me tourne les pouces puis je subis chaque contractions ? ça va aller comment ? [...] Je l'ai jamais su, mais d'après-moi, les bébés ils ont jamais été en danger, le rythme cardiaque est jamais descendu, tsé c'était quoi ce besoin là, ça venait d'où ? Moi dans ma tête à moi, c'est parce que c'est le protocole, c'est comme ça, voilà. Fait que ça j'ai trouvé ça difficile. (Daphné)

À noter que lors de son accouchement de jumeaux 3 ans plus tard dans le même hôpital, Daphné a cette fois-ci été auscultée par intermittence alors même que l'un de ses bébés était nettement plus petit que l'autre et devait être davantage surveillé : « [...] fait que là je ne sais pas pourquoi là ils m'ont laissé faire des ballons, ils m'ont laissée bouger, ils m'ont monitorée là vraiment pas beaucoup [...] je ne sais pas pourquoi cette fois-là, y'a comme pas eu d'enjeux de moniteur. »

Maia quant à elle a parlé de l'aspect contraignant du protocole de monitoring. Elle n'a pas pu choisir sa position de travail ni d'accouchement afin de ne pas faire bouger le moniteur.

[...] il faut avoir le moniteur attaché sur le ventre tout le temps et si on bouge un peu plus le moniteur commence à sonner ou ils entendent pas exactement le cœur du bébé, et là ils paniquent. Donc, [...] j'étais attachée à cette merde là, ils me laissaient pas bouger. Donc ça c'était la problématique que l'infirmière voyait, c'est qu'elle avait du mal à bien placer le moniteur si j'essayais de pousser à quatre pattes. (Maia)

Pour Hélène, ce sont ses besoins qui n'ont pas été pris en compte et qui n'ont pu faire le poids face à « l'argument » massue que sont les protocoles en salle d'accouchement.

[...] comme exemple quand ils disaient bon bah on va crever la poche des eaux. On disait bah attendez une petite minute. Puis là ils étaient bah non, on ne peut pas attendre, [...] c'est le protocole. Puis on sentait toujours que c'était le protocole, qu'on ne pouvait pas faire contre le protocole. Puis, [...] la minute qu'ils te donnent le pitocin ça devient assez intense, puis là l'infirmière elle arrivait à toutes les je ne sais plus combien de temps puis elle doublait ta dose. Puis là je disais : 'minute là, je ne suis plus capable'. 'Oui, on n'a pas le choix', puis elle appuie dessus. Puis là c'est : 'hey non, je ne suis plus capable, arrêtez !' Puis là elle disait : 'non, c'est le protocole'. Et eux ils revenaient tout le temps au protocole. (Hélène)

Les répondantes ont également noté que les protocoles ou procédures sont centrées sur les disponibilités du personnel médical plutôt que sur le rythme des parturientes :

La résidente arrive, c'est là qu'elle a le temps de crever mes eaux, tsé je veux dire, donc c'est pas moi qui est au centre de la procédure, c'est les médecins, c'est leur horaire tsé. Puis moi je pense que y'a de ça, c'est beaucoup heu... ils sont pris avec leur structure [...] qui facilite pas le fait que t'es au centre du truc. (Natasha)

Diana a pu expérimenter cette réalité lorsqu'après son accouchement, son bébé avait de la difficulté à être allaité. Elle explique :

J'avais demandé un DAL [un dispositif d'aide à l'allaitement], puis [l'infirmière] m'a dit : 'on n'a pas le temps, on n'a pas le temps de gérer les DAL'. C'était pour ça. Ce n'était pas parce que mon bébé était à risque immédiat de mal nutrition, c'était on ne peut pas gérer un DAL fait qu'on lui met un tube de gavage c'est plus simple. (Diana)

Les participantes ont également rapporté des situations dans lesquelles on peut penser que des protocoles ou des directives ont été suivis qui ont mené à une privation de leurs droits. Ainsi, Maia raconte que l'infirmière ne voulait ni la laisser boire, ni manger :

[...] tout le temps il y avait une infirmière à côté même à [l'hôpital X] mais elle n'aidait pas, elle me mettait des empêchements. Comme : 'ah vous buvez trop de l'eau, vous pouvez pas buver de l'eau, vous pouvez pas manger'. Dans un moment donné je voulais manger je me souviens plus qu'est-ce que c'était mais elle ne me laissait pas et quand je buvais de l'eau elle disait : 'non, vous pouvez pas trop boire, c'est limite là, pendant l'accouchement on fait pas ça ». (Maia)

De plus, Daphné et Maia ont décrit avoir été attachées à la table d'accouchement par le personnel soignant : « [...] fait que là écoute y mettent mes pieds dans les étriers, ils me *strappent* les pieds, dans les étriers » (Daphné). Si Daphné a été détachée de la table par la médecin à son arrivée dans la salle, Maia

n'a pas eu cette chance puisque ses bras sont restés attachés à la table d'opération tout le long de la césarienne, l'empêchant de prendre son bébé dans ses bras après la naissance.

Maia : Mais pendant la césarienne qu'est-ce que ça me dérangeait beaucoup, c'est que je me préparais, ok j'avais plus de douleurs [suite à la péridurale], j'étais soulagée, mais ils m'ont mise couchée sur le dos avec les bras à côté, ils ont serré les bras dans la table là pour que je bouge pas.

Interviewer : Ils vous ont attaché les bras à la table ?

Maia : oui, oui. Mais tsé comme en position de Christ là (rires) c'est pas à ça qu'on s'attend.

4.3 La relation avec le personnel soignant

Lorsque nous avons demandé aux participantes comment elles avaient vécu leur accouchement en milieu hospitalier, elles ont insisté sur la relation entre elles et le personnel soignant. Elles ont spontanément passé beaucoup de temps à raconter quelles attitudes a eu le personnel envers elles. De leur propos se dégagent 3 points principaux concernant la relation avec les soignant·es : le statut d'expert des professionnel·les de la santé qui fait autorité, la communication défailante entre le personnel soignant et les parturientes, et les attitudes des soignant·es à leur égard.

4.3.1 Le statut d'expert

Le premier point central qui se dégage de l'analyse des données sur la relation entre les parturientes et le personnel soignant concerne le statut d'expert que détiennent les professionnel·les de la santé et son rôle dans l'existence de rapports de pouvoir inégaux.

4.3.1.1 Savoirs en tension

Les personnes enceintes arrivent au moment d'accoucher, pour la plupart, avec des connaissances sur l'accouchement. Ces savoirs proviennent de lectures, de discussions avec des professionnel·les de la santé, de cours de préparation à la naissance ou encore d'expériences passées d'accouchement de leur proches ou d'elles-mêmes. Des propos des répondantes ressort l'apparition de tensions entre elles et le personnel soignant lors de la mise en avant de ces connaissances acquises.

Valérie explique qu'il a été difficile d'obtenir qu'on la débranche du soluté, qu'elle a dû insister et que cela a pris du temps, bien qu'elle savait qu'elle avait le droit de ne pas l'avoir : « J'avais lu que j'avais le droit de demander de m'enlever, parce que là j'étais branchée à un soluté. J'avais lu que j'avais le droit de demander de débrancher pour pas avoir l'espèce de poteau qui me suit partout là puis pouvoir bouger un peu plus librement. »

Pour Arianne, c'est après avoir vécu deux accouchements à l'hôpital qu'elle a décidé de s'informer davantage et préparer son troisième accouchement, ce qui a pu créer des tensions entre elle et le personnel soignant lorsqu'elle s'affirmait. Alice abonde dans le même sens. Elle explique que lors de son dernier accouchement, elle arrivait en connaissance de cause, ce qui a mis en lumière un rapport de force entre elle et le personnel soignant :

Je savais c'était quoi un accouchement physiologique, je savais un peu ce que je voulais donc c'était différent. Les rapports de forces étaient différents aussi parce que là moi je savais ce que je voulais puis de l'autre côté il y avait quelqu'un qui savait aussi ce qu'il voulait puis là on était vraiment en confrontation. Alors que la première fois je me laissais faire, fait que la personne avait le contrôle sur moi, y'avait pas de rapport de force, j'avais aucun pouvoir dans le fond dans la première histoire. (Alice)

Alice poursuit et se rappelle comment ses savoirs expérientiels acquis durant ses accouchements précédant n'étaient pas considérés comme valides par le personnel soignant. Pourtant :

J'veux dire, je savais exactement ce que je faisais là. [...] c'est ma troisième grossesse là, j'pouvais dire sans faire de test que j'étais enceinte, j'pouvais savoir comment mes bébés étaient placés exactement dans mon ventre même si j'en avait deux, puis quand j'ai accouché j'savais exactement à quel moment j'allais [commencer à pousser] [...]. Je savais exactement ce qu'il se passait dans mon corps là j'veux dire, j'avais fait ça deux fois avant. (Alice)

Ainsi, les personnes qui accouchent détiennent des connaissances ne serait-ce que sur leur propre corps et/ou des savoirs expérientiels sur l'enfantement. Or, selon les répondantes, ces savoirs ne semblent pas être considérés par les professionnel·les de la santé. Comme nous le rappelle Natasha : « [...] c'est la science qui a l'autorité sur la vérité. Puis, qui détient la vérité sur l'accouchement ? C'est eux, les spécialistes. Eux, ils vont te dire comment accoucher, comment tu devrais accoucher et toi t'arrives avec tes trucs, mais c'est pas nécessairement des langages qui sont compatibles. »

Lara continue en expliquant que, selon elle, le personnel soignant se trouve dans une position de pouvoir qui provient des connaissances qu'ils possèdent ou du moins qu'on leur reconnaît. Cette réalité rend difficile la mise en avant des connaissances détenues par les femmes, tout comme la remise en question de la parole ou des actes des soignant·es par les parturientes :

Ça vient du fait qu'on n'a pas la même base de connaissances, ok. Puis j'veux dire, au-delà de ça on va être très claire, on leur reconnaît une autorité hein, mais ça vient beaucoup je trouve de la connaissance. J'veux dire, je ne pourrais jamais avoir les connaissances d'une gynécologue, à moins que j'aie fait les mêmes études au minimal. [...] cette différence dans les connaissances fait en sorte qu'il est très difficile de questionner, parce qu'on prend pour acquis qu'elles savent davantage que nous. (Lara)

4.3.1.2 Poids du statut d'expert dans les prises de décisions

Les propos des participantes à la section précédentes, surtout ceux de Natasha et de Lara, mettent en lumière le fait que le statut d'expert a un poids particulièrement, comme nous allons le voir, au moment des prises de décisions. Aussi, c'est généralement l'expert, en la personne des professionnel·les de la santé, qui décide lorsqu'il faut prendre des décisions concernant l'accouchement.

Ainsi, les répondantes ont expliqué qu'on leur a imposé une position d'accouchement, sans considérer leur souhait ou leur vécu, comme en témoigne Hélène :

Donc la docteure [X] qui est une femme, elle est arrivée. Là, j'étais couchée sur le côté, elle me dit : 'mais pourquoi t'es sur le côté ?' J'ai dit c'est la seule manière que j'ai un petit peu moins de douleurs, c'est comme ça. [...] Fait qu'elle a fait : 'Non, là tu vas te coucher sur le

dos, les pieds dans les étriers'. Puis juste là, j'avais de la douleur. Puis là elle dit : 'Pousse où ça te fait mal, puis ça va te soulager'. Mais ça ne soulageait pas, c'était pire. (Hélène)

Maia s'est quant à elle buttée à un médecin qui ne l'a pas écoutée lorsqu'elle a demandé à recevoir l'épidurale :

J'ai beaucoup progressé au début quand j'ai commencé à pousser mais après ça a ralenti et j'ai dit : 'non, je veux une épidurale'. Et le médecin qui était de garde a dit : 'non, on va pas te donner une épidurale, il faut que tu continues à pousser parce que ça va finir'. Et j'ai dit : 'non, je veux une épidurale !' Mais elle ne voulait rien savoir : 'ah non, pousse là' et elle parlait avec les infirmières, elle me donnait pas d'attention. (Maia)

Aurore de son côté montre elle aussi dans ses propos que ce sont les experts qui décident de la marche à suivre puisqu'elle a dû attendre la disponibilité de son médecin pour expulser son placenta :

Puis là le truc encore plus *akward*, c'est vraiment le mot là, vraiment dégueulasse là. Moi j'étais prête là à l'expulser le placenta là, j'étais prête, j'avais encore des contractions. Là l'infirmière me dit : 'bah écoutez madame [X] y'a deux autres femmes qui sont en train d'accoucher, docteur elle est partie les accoucher'. Là j'étais comme fuck ! C'est quoi ton problème genre ! [...], je me disais, c'est quoi ton problème dans ta tête là, c'est juste un placenta là ! Puis même si je n'avais pas encore accouché de mon bébé puis qu'il avait fallu qu'elle parte là bah si j'avais été prête à l'expulser c'est toi qui l'aurais accueilli là j'veux dire [...] bon, en tout cas, j'étais fâchée. (Aurore)

Face à ces experts, les personnes parturientes ne se sentent pas toujours légitime de remettre en question ce qui leur est dit, comme en témoigne Arianne : « Parce qu'en fait moi j'ai pas l'expertise que eux ont, j'ai pas les années d'études que eux ont non plus derrière tout ça moi j'suis juste une maman [...] » et Lara : « [...] on fini par se dire on est qui nous là-dedans pour protester, contester, remettre en question, beaucoup, beaucoup, beaucoup... (silence) puis en fait quand j'y pense je suis dans mes droits les plus totaux et absolus de remettre en question et de requestionner, c'est mon corps [...] ». Arianne ajoute qu'il est plus difficile de se faire confiance face aux experts : « [...] c'est l'autorité qui est derrière, le professionnalisme qui est derrière qui parfois nous brime un peu dans notre instinct. Je crois que notre instinct est très fort quand on donne naissance, mais on ne l'écoute pas assez ».

Maia conclut que finalement, le personnel soignant prend des décisions à la place des personnes qui accouchent plutôt que d'offrir des soins :

C'est ça, quand on est sous les soins des autres, c'est comme si y sont pas en train de nous soigner, ils sont en train de décider qu'est-ce que c'est meilleur à nous et c'est pas ça que c'est donner les soins aux autres. [...] donc il y a une problématique de consentement ici et de pouvoir, la hiérarchie des gens [...]. Parce qu'en théorie on met les patients en avant et le personnel de la santé pour soutenir les patients mais c'est pas ça, c'est pas comme ça que je me sentais pendant l'accouchement en 2014. (Maia)

Natasha rapporte enfin que les attitudes du personnel soignant à son égard lorsqu'elle allait à l'encontre de leur opinion d'expert l'ont affectée dans l'image qu'elle se faisait d'elle-même en tant que mère, puisque la parole des experts en est une qui compte :

[...]. Moi ça m'a énormément affectée, dans ma maternité, dans mes premiers instants avec mon bébé, dans comment je me suis perçue comme mère longtemps. Tsé ils ont un pouvoir aussi là-dessus parce que ce sont des experts. C'est con, mais moi je me reposais sur eux aussi pour prendre soin de mon enfant puis me donner des réponses, puis m'accompagner. Mais c'est comme ce qu'ils me renvoyaient aussi c'est que j'étais fautive, c'est que je faisais pas correct, c'est que si je faisais pas comme ils disaient c'était pas correct. (Natasha)

4.3.2 La communication défailante

Le deuxième point central qui se dégage des propos des répondantes sur la relation avec le personnel soignant sont les enjeux de communication. Les participantes ont mis de l'avant le manque d'explications et de transparence de la part du personnel soignant à leur égard, notamment en ce qui concerne les interventions et les procédures. Ces failles dans la communication nuisent à la collaboration entre le personnel soignant et les parturientes ainsi qu'à l'expérience positive d'accouchement, tout en venant miner la confiance qu'elles ont envers les soignant·es. De plus, cela empiète sur la possibilité de donner un consentement libre et éclairé aux soins reçus.

4.3.2.1 Des questions sans réponses

Valérie explique que durant l'accouchement, les interventions ne sont pas expliquées aux parturientes, les termes employés ne sont pas vulgarisés : « [...] on ne se fait pas assez dire c'est quoi les conséquences de chacune des interventions qu'on peut prendre ; puis on ne se fait pas expliquer les mots, on ne se fait pas expliquer les termes [...] ». D'autres participantes rapportent que la seule réponse qu'elles ont trouvée à leur question était un « parce que c'est comme ça », comme en témoigne Daphné lorsque l'interviewer lui demande si elle a eu des explications sur le fait qu'elle était double monitorée : « Non, non. Parce que c'est comme ça. Il faut qu'ils suivent le bébé. En fait faut que les infirmières suivent le bébé pour qu'il aille bien mais y'a comme... non. C'est comme ça, ouais. » Il en va de même pour Alice immédiatement après la naissance de son enfant :

Ça a pris du temps avant que je m'en rende compte puis que je comprenne que je n'ai jamais eu le droit de dire quoi que ce soit. On m'a jamais expliqué ce qu'il se passait, on m'a jamais dit les interventions qu'on faisait, je l'ai appris après parce que j'ai demandé plus tard d'avoir mon dossier d'accouchement. C'est comme ça que j'ai su toutes les interventions qui ont été faites sur moi puis sur mon bébé, parce que j'en avais aucune idée au moment où ça s'est passé. (Alice)

Hélène a vécu ce manque de partage d'informations sur son accouchement comme un manque de respect : « Je sentais qu'on ne m'expliquait pas les choses puis y'avait tout le temps l'espèce de prétexte : 'faut que tu sois dans ta bulle d'ocytocine'. Ouais mais moi ma bulle d'ocytocine, si tu ne me prends pas pour une nounoune, elle va être plus grande. »

Hélène ajoute que ce manque de transmission de l'information a pour effet que les procédures ou les actes qui sont performés sur elle ne constituent pas un choix qu'elle fait. Cela avait pour effet de nourrir une certaine frustration chez elle qui n'aidait en rien à la collaboration :

[...] fait que c'est sûr qu'à un moment donné tu deviens un peu frustrée, puis c'est ça qui me mettait en opposition. C'est parce que je ne me sentais pas respectée, parce que pour moi, quand on te respecte on t'explique les choses. [...] Tsé quand ils te font des espèces de soupirs quand tu demandes quelque chose, qu'ils sont un peu exaspérés, ça te donne l'impression qu'ils veulent... qu'ils ne te respecte pas finalement là. (Hélène)

Cette frustration face à des questions sans réponse, Daphné l'a également vécue. Alors qu'elle désirait utiliser le bain, cela lui a été refusé sans qu'elle ne comprenne pourquoi :

[...] moi j'aurais adoré ça d'aller dans le bain là mais c'était un non total là, c'était totalement impossible et j'ai aucune idée pourquoi. [...] C'était, je sais pas, c'était comme ça, c'est non [...] ; c'est quand même facile à répondre : bah non madame, le bain est occupé ou bien : on a peur pour vos bébés, vous avez perdu votre bouchon y'aurait j'sais pas, des bactéries qui rentrent... [...] j'suis capable de comprendre là. (Daphné)

4.3.2.2 Une collaboration minée

Ces failles dans la communication nuisent à la collaboration entre le personnel soignant et les parturientes notamment en minant la confiance qu'elles ont envers le personnel soignant. Cela crée un fossé entre les professionnel·les et les personnes qui accouchent, qui se traduit par une idée évoquée par les participantes : le fait de ne pas avoir l'impression de faire partie de la même équipe que le personnel soignant. Alice se demande ainsi à quel moment elle doit donner le relai à l'équipe soignante vu qu'elle ne sent pas qu'ils travaillent ensemble : « C'est pas un travail d'équipe là, on se lance la balle. [...] c'est un peu moi contre eux tsé, c'est deux équipes différentes. »

Plutôt que d'être une équipe qui travaille ensemble pour le même but, il se crée une scission qui met les partis concernés en opposition :

On n'est pas dans la même approche, on n'a pas les mêmes connaissances, on n'a pas la même façon de voir nécessairement les choses. Puis tsé j'veux dire au-delà de ça c'est pas comme si l'équipe médicale se mettait en connivence avec ton équipe à toi, c'est toujours nous qui devons faire le pas vers eux. [...] quand tu y penses un petit peu ça devrait être l'inverse. (Lara)

Natasha, qui a bénéficié dans un premier temps d'un suivi sage-femme, mentionne que lors de ce suivi, la sage-femme lui présentait toujours les choix et les options qui s'offraient à elle, ce qui n'a pas été son expérience en milieu hospitalier : « [...] à l'hôpital c'est comme s'il faut leur tirer les vers du nez. » Alice abonde dans le même sens en expliquant qu'elle ne faisait jamais partie des décisions que prenait le personnel soignant à son égard :

[...] tu ne fais pas partie de leurs décisions, jamais, tsé ils ne te posent jamais la question est-ce que ça fait ton affaire ce qu'on va faire là. [...] Mais jamais je me suis sentie consultée dans aucunes décisions, jamais. C'est comme tout le monde sait mieux que toi, ce qui est bon pour toi puis ton bébé [...] mais au lieu de te l'apprendre bah ils prennent les décisions pour toi tsé. (Alice)

Les participantes réclament donc une meilleure collaboration, plus de transparence et de respect à l'image d'Hélène : « je veux quelqu'un qui va m'écouter et surtout qui va me parler et qui va faire appel à mon intelligence, puis si elle est pas prête à ça, bah qu'elle me le disent puis je vais aller ailleurs. » Lara souligne aussi ce manque de collaboration en lien avec le statut de « patiente » :

J'suis pas ta patiente, j'ai besoin de ton soutien. Là j'ai besoin de tes connaissances certes mais j'ai besoin que tu me permettes de me les approprier [...]. j'ai besoin de savoir que tu travailles pour moi, avec moi et non pas pour ton hôpital, avec tes protocoles. (Lara)

4.3.3 Les attitudes aidantes du personnel soignant

Le troisième point central qui se dégage de l'analyse des données sur la relation avec le personnel soignant concerne les attitudes que ceux-ci ont eu envers les parturientes. Si les participantes ont notamment parlé de problèmes dans la relation avec le personnel soignant, elles ont également partagé des moments de leurs accouchements durant lesquelles elles ont senti que le personnel soignant était bienveillant, respectueux, à l'écoute de leurs besoins.

4.3.3.1 Bienveillance et humanité

Lara décrit comment un changement de shift a été bénéfique pour elle puisque la nouvelle infirmière avait une approche davantage bienveillante que l'infirmière précédente : « elle est beaucoup plus douce, beaucoup plus à l'écoute, [...] beaucoup dans le respect, [elle] m'expliquait davantage, j'ai trouvé ça tellement merveilleux. »

De son côté, Natasha, qui désirait avoir un accouchement physiologique le plus naturel possible, n'a malheureusement pas eu d'autre choix que d'avoir une césarienne. Si l'histoire d'accouchement de Natasha n'a pas toujours été facile, elle nous a partagé un moment positif lors de sa césarienne :

Ce que j'ai apprécié de ce moment-là c'est que les gens qui étaient dans la salle étaient très humains. J'ai passé tout le moment qu'ils me préparaient pour la procédure à avoir une femme dans mes bras qui me serrait contre elle, qui me flattait les cheveux et tout tsé. [...] ça a été très humain la préparation à la césarienne. (Natasha)

En plus de ce moment où Natasha décrit le personnel comme ayant agi avec beaucoup d'humanité envers elle, elle nous a également mentionné le commentaire d'un médecin lors de son allaitement difficile :

Il dit : 'je vous comprends de vouloir allaiter, c'est pas grave si vous avez pas donné de la formule, ma femme ferait la même chose'. C'est vrai que le médecin comme était mon allié à travers tout ça, il n'était pas culpabilisant, il voulait m'écouter, il voulait qu'on trouve des solutions ensemble. (Natasha)

Dans le même ordre d'idée, Maia a trouvé une alliée en la personne de l'infirmière-chef au moment de son accouchement. En effet, Maia avait essuyé le refus de la médecin présente à sa demande de recevoir une épidurale. Ainsi, lorsque l'infirmière-chef est entrée dans la salle, son accompagnante à la naissance lui a alors suggéré de refaire sa demande :

Et j'avais la doula vraiment à côté de moi et quelqu'un rentre par la porte. Et elle me dit dans l'oreille, parce que j'étais en train d'avoir une contraction, et elle dit : '[Maia] maintenant tu dis encore une fois que tu veux une épidurale parce que c'est l'infirmière-chef qui vient de rentrer'. J'ai dit : 'je veux une épidurale !' Là, le médecin elle essayait de dire non et l'infirmière-chef dit : 'non ! Arrête tout là ! Arrête tout ! On va chercher l'anesthésiste, arrête ! Arrête ! Arrête !' Et là tout le monde arrête de me toucher, s'arrête tout, on va chercher l'anesthésiste, moins de 5 minutes l'anesthésiste était là [...]. (Maia)

4.3.3.2 Ouverture et considération

Lara raconte avoir apprécié l'ouverture de la docteur qui a proposé à sa famille d'observer lorsqu'elle recousait son périnée : « [...] Écoute elle permet même à mon frère, mes sœurs de regarder la couture s'ils veulent regarder tsé les points de sutures et tout ; fait que tsé quand même une super belle ouverture que

j'veux saluer parce que c'est quand même bien [...] ». Si dans le cas de Lara la médecin a en quelque sorte ouvert la porte à sa famille, pour Maia, l'obstétricienne a ouvert la porte à sa doula. Ayant vécu une première expérience d'accouchement traumatisante, Maia avait décidé de changer d'hôpital pour son AVAC, de s'offrir les services d'une accompagnante à la naissance, et elle s'était trouvée une obstétricienne en qui elle avait confiance. Elle nous a raconté comment cette seconde expérience d'accouchement fut réparatrice pour elle principalement parce qu'elle s'est sentie écoutée et respectée par le personnel soignant :

J'étais super confortable parce que les gens me laissaient confortables [...] et là c'était super aussi parce que la médecin a demandé si je voulais et si la doula voulait aider à faire des massages entre les contractions, entre les périodes que je pouvais. Et elle a laissé la doula me toucher pendant l'accouchement parce que parfois ils laissent pas ça et à moi c'était super important, c'était super. Mon mari tout le temps à côté de moi, je pouvais boire, manger, pendant l'accouchement, je sais pas (rires). J'étais quand même super à l'aise de faire ce que je voulais. Tout le monde respectait à partir de ce moment tous mes désirs [...]. (Maia)

Pour Hélène c'est sa rencontre avec l'anesthésiste qui fut très positive. L'anesthésiste a pris le temps d'expliquer à Hélène pourquoi la péridurale avait dû mal à faire effet. Hélène s'est sentie reconnue en tant que personne, respectée dans sa capacité de comprendre les choses :

L'anesthésiste, elle impeccable, aucun jeu de pouvoirs avec elle ni rien, c'était vraiment une personne qui était très compétente et rassurante parce que justement elle m'a expliqué, [...] elle m'a écoutée, je dirais peut-être une des premières. [...] Donc elle, oui l'expérience a été très positive parce que je me suis sentie respectée, reconnue comme personne. Puis même si je suis en train d'accoucher, elle a fait appel à mon intelligence donc en m'expliquant les choses. Ouais j'ai trouvé ça très positif. (Hélène)

Enfin, Maia explique comment lors de son deuxième accouchement, une des choses importantes et positives que le personnel soignant a fait est de toujours lui demander son consentement, contrairement à son premier accouchement : « À [l'hôpital X] ils ont tout le temps me demander s'ils pouvaient mettre le moniteur, s'ils pouvaient laisser le moniteur, s'ils voulaient que j'enlève le moniteur ou me donner le consentement pour entendre le cœur du bébé. C'est à l'autre extrême là. »

4.3.3.3 Soutien et encouragements

Arianne explique, de son côté, que ce qui a été aidant durant son accouchement est le fait qu'elle a reçu des encouragements de la médecin présente et qu'on la laissait libre :

Elle m'a juste dit que je faisais bien mon travail, que ça avançait bien, puis elle m'encourageait. Tsé jamais elle m'a mis les pieds dans les étriers... heu... jamais tsé. Elle m'a laissé faire ce que je voulais en fait j'ai dansé, j'ai dansé un slow avec mon mari. Puis quand il est venu le temps de pousser j'ai juste poussé parce que mon corps me disait de pousser, tsé j'avais personne qui me dit quoi faire puis c'est là que je me suis rendue compte que en fait c'était vraiment possible de pouvoir accoucher comme on le sent. (Arianne)

Pour Arianne, ce qui a fait la différence, c'est le fait que la médecin présente lors de son accouchement a su lui donner confiance en elle ; le fait que la médecin semblait avoir confiance en ses capacités d'accoucher physiologiquement lui a donné confiance en elle :

[...] une chance qu'elle était là en fait, c'est grâce à elle en fait j'crois que j'ai réussi à faire mon premier accouchement en fait sans épidurale, qui a fait aussi que j'ai été capable de faire tous les autres. Mais elle en fait, elle a eu confiance en moi... et j'ai senti que j'avais confiance en moi à cause qu'elle avait confiance en moi puis qu'elle voyait que j'étais capable de le faire. (Arianne)

Aurore, décrit également comment les encouragements du personnel soignant par rapport à sa démarche d'accoucher sans épidurale constituent un moment positif dans son accouchement : « elle me l'a dit : 'lâchez pas madame [X], vous êtes capable, c'est vraiment beau ce que vous faites' ». À ce moment, elle explique s'être sentie soutenue comme si elle faisait partie d'une équipe, à l'inverse de ce que nous avons vu précédemment : « j'avais un feeling comme ça là, comme dans le sport, c'est ça. C'est ce sentiment-là d'être soutenue, d'être encouragée. »

4.3.4 Les attitudes nuisibles des soignant·es

En ce qui concerne les attitudes qui ont nui à leur expérience d'accouchement, les parturientes rapportent en premier lieu l'impression de ne pas être écoutée par le personnel soignant dans leurs questionnements

ou leurs besoins. Elles rapportent également des attitudes des soignant·es du type chantage émotionnel, des propos dénigrant à leur égard, des blâmes, un ton de voix inapproprié ou des attitudes jugeantes par rapport à leur choix.

4.3.4.1 Propos inadéquats et manque d'écoute

Des participantes rapportent avoir reçu des propos inadéquats de leur OBGYN. Hélène par exemple a subi les propos dénigrant de sa gynécologue en lien avec son âge : « Je m'en rappelle, dans ses mots elle m'a dit : 'là, va falloir qu'on te provoque, puis tu veux pas que ton bébé il meurt parce que c'est le dernier. On s'entend, à l'âge que t'as !'. Donc, me semble que ça ne se dit pas. »

Alice, quant à elle, a subi des propos dénigrants de son obstétricien en lien avec son poids : « [...] puis j'avais pris beaucoup, beaucoup de poids fait que à un moment donné, à 41 semaines j'étais dilatée à 4 centimètres, mon obstétricien m'a dit : 'oh bah là t'es rendue à 200 livres, on va arrêter le massacre puis on va te provoquer'. »

Dans le même ordre d'idée, Natasha ne s'est pas sentie écoutée et soutenue lorsqu'elle a informé l'infirmière qu'elle voulait un accouchement « naturel », et donc qu'elle ne voulait pas qu'on lui propose de péridurale ou d'autres méthodes de soulagement de la douleur, et que l'infirmière a refusé :

Elle m'a dit : 'je ne peux pas te le garantir que je te proposerai pas des méthodes pour soulager ta douleur parce que tu vas souffrir, tu vas avoir vraiment très mal et moi je suis pas capable de voir quelqu'un souffrir. Donc, si tu souffres c'est sûr que je vais t'offrir de la médication'. Fait que là moi je suis comme... ok mais moi je veux pas. Moi, je suis préparée à un accouchement naturel dans la mesure du possible. Je dis pas que je pourrais pas changer d'idée mais comme j'veux pas que tu m'en offres. Mais elle pouvait pas me le garantir elle. Fait que moi ça m'a pas fait sentir super écoutée, je t'avoue. (Natasha)

De plus, Natasha explique avoir ressenti que les émotions telles que la tristesse ou la colère qu'elle pouvait vivre à certains moments de son accouchement, ont nui à sa capacité de se faire entendre :

À partir du moment où tu deviens émotive, t'es plus crédible. Moi, c'est ça que j'ai senti. J'étais en colère, j'ai perdu toute ma crédibilité. J'étais attristée ou en détresse parce que mon

bébé était malade, on m'écoutait moins. C'est comme dès que c'était l'émotion qui était là, puis pourtant l'accouchement c'est un lieu où tu vis des émotions c'est bien là je pense [...] mais j'ai trouvé que les émotions étaient pas bien accueillies. Fallait comme que je respire puis que j'explique de façon rationnelle à des gens ce que je voulais pour être entendue. (Natasha)

4.3.4.2 Manque d'empathie, attitudes brusques et infantilisantes

Aurore rapporte qu'une infirmière, contrairement aux autres infirmières, ne comprenait pas sa démarche de vouloir accoucher physiologiquement sans péridurale et n'a ressenti aucune empathie de sa part :

Elle, elle ne comprenait rien de la démarche, rien pantoute ! C'était un zéro, zéro ! Un zéro, zéro, zéro ! Mais même moins que zéro. C'était comme genre : 'pourquoi vous faites tout ça madame, c'est quoi votre problème, réveillez-vous, ça ne marche pas comme ça'. [...] elle disait : 'oh je comprends pas pourquoi vous faites ça, vous prenez pas de péridurale, ça serait bien plus facile pour vous, vous vous donnez du trouble pour rien'... Puis comme dans l'attitude aussi, tu sentais qu'elle avait aucune espèce d'empathie pour ça. Elle est rentrée la première fois puis elle a dit : 'bah mon dieu qu'est-ce qu'il se passe ici, c'est quoi le problème ?!' Elle dit : 'pourquoi vous avez fermé la lumière puis na, na, na, les néons, elle dit je ne vois pas bien'. (Aurore)

Pour Daphné ce sont les gestes et paroles brusques lorsque la médecin lui recousait le périnée après l'accouchement qui l'ont marquée. Daphné avait hâte qu'on arrête de la toucher et a demandé à la médecin si elle avait bientôt terminé de la recoudre :

Tsé elle m'a vraiment répondu sec, j'peux comprendre qu'elle avait son job à faire; mais elle aurait pu être empathique puis comprendre que j'venais d'accoucher puis que j'avais peut-être pas envie qu'on me fouille dans le vagin puis qu'on me recoud puis que... Fait qu'elle était comme super bête, super... à pique là en fait là. Donc zéro dans la compassion. (Daphné)

Valérie de son côté s'est vu offrir divers moyens d'induction pour accélérer le travail afin qu'elle libère la chambre qu'elle occupait au plus vite ce qui l'a fait se sentir bousculée :

Est-ce que on peut comme attendre encore un peu? J'ai l'impression que je n'ai pas eu le temps de faire ni du ballon, ni d'aller marcher, ni rien. Fait que là [le médecin interne] était comme un peu raide, puis pas super ouvert, puis il est comme parti en me laissant dire [...] si c'est long tsé va falloir qu'on t'en... parce que là t'occupe la chambre. Si c'est long, ça bloque

quelqu'un d'autre fait qu'il faudrait te mettre dans une autre salle puis te transférer. Fait que là j'étais comme voyons là ?! Tsé 3 heures, il me semble que ce n'est pas long. Fait qu'à je me suis comme mis à pleurer parce que j'étais vraiment sous le choc de me faire bousculer comme ça. (Valérie)

Natasha quant à elle a été obligée de subir un toucher vaginal extrêmement douloureux et n'a pas été entendue lorsqu'elle a demandé que cesse ce geste médical invasif :

[...] à ce moment-là dans la fin de la soirée l'interne est venue pour... voir si j'étais dilatée, si dans le travail j'avais dilaté. Et puis heu... elle m'a fait un toucher vaginal. Y'avait plusieurs personnes dans la salle, puis elle m'a fait un toucher vaginal extrêmement douloureux. Je sais pas pourquoi, mais tsé comme j'étais en train d'accoucher, ça m'a fait comme vraiment mal. Et je lui ai demandé d'arrêter comme pendant, j'ai crié de douleur. Je lui ai demandé d'arrêter. Puis, elle a pas arrêté. Elle a juste continué pour le savoir et là ça, ça m'a vraiment comme... je pleurais ma vie, j'veux dire je pleurais de douleurs [...] puis elle m'a pas écoutée. (Natasha)

Daphné raconte s'être rendue à l'hôpital à 35 semaines et 4 jours en raison de contractions. Elle s'est tout d'abord faite accueillir par une étudiante en médecine dont elle qualifie l'attitude d'infantilisante :

Je m'en vais à l'hôpital puis la première des choses que je rencontre, j'me souviens plus si c'était un interne ou un externe là peu importe, mais une étudiante en médecine hyper condescendante [...]. Elle était là puis elle me parlait comme un enfant là, un enfant de 10 ans. Fait que déjà en partant heu... y'avait comme un, ce n'était pas agréable tsé. Tu ne te sens pas reçue dans un endroit calme, repos, accompagnée, etc. (Daphné)

Elle explique ensuite que des discussions avaient lieu entre l'étudiante et le patron pour savoir s'il fallait ralentir les contractions médicalement pour prolonger la grossesse. À ce moment, Daphné sentait qu'elle allait accoucher, en plus de l'attitude infantilisante, Daphné s'est sentie décrédibilisée en tant que femme enceinte qui connaît son corps :

Puis moi j'étais, 'bah là c'est parce que j'vais accoucher, je l'sais j'ai des contractions, je vais accoucher !' Puis [l'étudiante en médecine] comme elle parlait avec son chef elle disait : 'bah peut être qu'on pourrait te donner des médicaments puis te mettre dans une chambre, puis bla bla bla', puis elle m'expliquait tout ça puis j'étais comme : 'non ! Je suis venue accoucher'. Puis, d'la manière dont elle me répondait c'était : 'non non, j'pense que vous n'avez pas compris madame, je vais vous répéter'. Puis j'étais comme : 'non, non, non, non, c'est toi t'as pas compris, moi j'vais te dire, moi j'accouche maintenant'. Fait que déjà y'avait ce rapport de force là de... que je n'étais pas entendue. Je n'étais pas, je n'étais pas crédible dans mon rôle de mère qui sens que mon corps il va accoucher. (Daphné)

4.3.4.3 Attitudes coercitives

Si nous avons vu que les décisions sont souvent prises par les experts sans égard aux parturientes, les répondantes ont également rapporté avoir pris des décisions les concernant mais sous la pression et la contrainte du personnel soignant. Alice donne l'exemple du moment où on lui demande si elle veut avoir une péridurale lors de son accouchement de jumeaux :

Là c'est : 'tu signes ici pour avoir l'épidurale'. Ok, puis si mettons je la veux pas ? 'Bah on te la donnera pas, mais c'est parce que si tu la veux, ça te tentera pas de signer quand ça va faire vraiment mal, fait que t'es aussi bien de signer tout de suite, parce que quand tu vas être dans la grosse douleur puis que je vais te donner le crayon pour signer ça te tentera pas, puis tu pourras pas l'avoir si t'as pas signé, fait que t'es aussi bien de signer tout de suite'. Bon j'vais signer d'abord, c'est correct, j'vais signer. (Alice)

Hélène rapporte qu'elle s'est sentie contrainte par le personnel infirmier. Dans son cas, il s'agissait de signer un formulaire qui stipulait que les soignant·es avaient le droit de mettre dehors son accompagnante à la naissance s'ils le jugeaient nécessaire. Face à un refus de signer de la part d'Hélène, l'infirmière-chef est venue à sa rencontre et l'a obligée à signer :

[...] [l'infirmière en cheffe] elle était dans ma chambre, puis elle voulait pas laisser rentrer l'accompagnante. Elle ne voulait pas s'en aller. Puis, elle me disait : 't'as pas le choix, il faut que tu le signes'. Puis moi, pendant ce temps-là, j'ai des contractions qui ne sont pas plaisantes, j'ai justement une espèce d'anneau de feu. Je me sentais vraiment comme... sous la contrainte puis c'est ça, faut que tu le signe, c'était comme il n'y avait pas d'autres choix. (Hélène)

Cette attitude coercitive est allée loin pour Maia qui décrit les attitudes du personnel à son égard comme une forme de « terrorisme » médical. N'ayant pas accès à la RAMQ, elle a dû déboursier de l'argent avant chaque soin reçu :

'Il faut que vous payiez donc envoyez votre mari à la comptabilité parce qu'il faut qu'il paye pour qu'on peut vous mettre dans une chambre et soulager la douleur, sinon vous irez rester ici et accoucherez comme ça'. Donc ça, c'est le début du terrorisme que j'ai vécu (rire) pendant mon premier accouchement. (Maia)

Maia explique que cette attitude à son égard s'est poursuivie tout au long de son accouchement. L'infirmière lui demandait le reçu du dépôt avant chaque nouvelle intervention. Aussi, au moment

de recevoir la péridurale, il a fallu encore payer mais cette fois-ci de l'argent liquide était exigé : « [...] je voulais l'épidurale et [...] il faut payer encore une autre fois et cette fois-ci on n'accepte pas de chèque ou on n'accepte pas de carte de crédit, il faut que ce soit en espèce, et il faut que mon mari va chercher encore de l'argent [...]. »

4.4 Le vécu des femmes

Nous en venons maintenant au troisième thème principal de cette étude, c'est-à-dire comment les femmes ont vécu leur accouchement. Les participantes ont parlé de comment elles se sont senties durant leur accouchement face aux attitudes du personnel soignant et à toute la réalité hospitalière que nous avons abordé précédemment. Ainsi, les répondantes ont dit s'être parfois senties dépossédées, intimidées, infantilisées, rabaisées, incompetentes, pas écoutées, pas considérées.

4.4.1 Dépossession de l'enfantement

Tout d'abord, Daphné nous livre ses impressions quant au fait de devoir se rendre à l'hôpital pour une induction lors de son second accouchement. Elle explique avoir pris tout son temps le jour de son accouchement avant de se rendre sur place car elle n'était pas pressée : « d'aller à l'abattoir ». Lorsque Daphné nous a raconté son histoire, elle a spontanément utilisé cette image pour parler de l'hôpital et de son induction, nous lui avons donc demandé en fin d'entrevue pourquoi elle avait choisi ce mot-là :

[...] j'avais le sentiment d'être une vache puis d'aller à l'abattoir. C'est comme hey là c'est ton heure là puis bah là tu t'en vas accoucher là là. Tsé y'a comme rien de naturel, y'a rien de spontané, y'a rien de comme, hein tsé la magie, le hein mon Dieu c'est maintenant que ça se passe ! Oh ! Tsé y'a comme, cet émerveillement, cette spontanéité-là, elle n'est vraiment pas là. C'est comme une vache là qui rentre dans l'abattoir puis c'est comme bah c'est maintenant que ça s'passe, bye, tchao, tsé j'me sentais vraiment vraiment comme ça là. C'était comme bah c'est ton heure, c'est maintenant. (Daphné)

La dépossession s'exprime aussi lorsque Daphné dit s'être sentie comme « de la chair à pâté » face au manque d'empathie de la médecin qui lui recousait le périnée après son accouchement de jumeaux. Daphné explique qu'elle a trouvé ce moment difficile et dit : « [j'avais] hâte qu'on me lâche physiquement là, [j'avais] hâte de me réapproprier un petit peu mon corps ».

Pour Aurore, c'est de s'être sentie intimidée par tous les experts qui gravitaient soudainement autour d'elle, rendant difficile pour elle l'affirmation de ses désirs, qui a créé un sentiment de dépossession de son accouchement :

Là ils étaient tous là puis déjà ça en partant c'est un peu intimidant, je me souviens de m'être sentie intimidée. Ça c'était la première chose. La deuxième chose c'est qu'à partir du moment où elle dit 'non, non, assoyez-vous puis vous allez pousser en poussée bloquée' puis heu... puis bon, là c'est vrai que je me suis sentie énormément dépourvue. Je me suis sentie dépossédée, c'est vraiment ça. (Aurore)

Si Aurore nomme avoir vécu de la colère, d'autres participantes ont parlé du manque de choix et de la communication défailante avec le personnel soignant durant leur accouchement, qui a pu mener à ce même sentiment de dépossession. Ainsi, Alice parle de cette dépossession sous la forme d'un sentiment de ne rien pouvoir contrôler, de n'avoir aucun choix ni pouvoir décisionnel sur son propre accouchement :

On m'a dit ce que je devais faire, on ne m'a pas proposé heu... bon bah ça c'est les risques si je te provoque, les risques si je ne te provoque pas, qu'est-ce que t'en pense ? Ça n'a pas été une discussion ouverte là [...]. 'T'as mal, ça va être l'épidurale puis c'est ça! Puis là tu viens dans ton lit puis c'est ça'. [...] J'suis arrivée là comme un animal, comme n'importe quoi puis ils m'ont pris en charge. Comme ils font avec toutes les autres femmes dans le fond. (Alice)

Alice explique avoir ressenti des regrets, de la culpabilité et de l'incompétence en lien avec ce manque d'autonomie décisionnelle :

J'ai regretté vraiment beaucoup de choses avec ma fille, le regret je l'ai porté, la culpabilité je l'ai portée pendant des années puis aujourd'hui c'est moins pire puis pourtant tsé je t'en parle puis j'en pleure encore. [...] le fait que les décisions aient été prises par quelqu'un d'autres que moi ça m'a fait sentir comme incompétente [...]. (Alice)

Diana, qui a vécu 3 accouchements en milieu hospitalier, nomme avoir senti qu'elle se faisait « organiser » par le personnel soignant. Lorsque je lui ai demandé de développer là-dessus, elle a parlé d'une forme de perte d'autonomie.

Moi j'ai eu des accouchements par césarienne là fait que... t'as vraiment du contrôle sur rien du tout [...]. Ils disent quand est-ce que ça se passe, ils t'amènent, t'as pas de contrôle sur quoi que ce soit là. [...] même ton corps tu ne le contrôle plus du tout là fait que tsé, c'est quand même une situation vraiment de perte d'autonomie puis de contrôle assez intense là. [...] Ils peuvent te déplacer, tout se fait autour de toi, on ne te demande pas ton avis là. (Diana)

Daphné de son côté rapporte une discussion avec sa médecin dans laquelle elle lui a mentionné ne pas vouloir se faire poser un soluté dès son arrivée à l'hôpital. Sa docteure lui a alors répondu que cela n'allait pas être possible, qu'aucun médecin allait accepter de ne pas lui mettre le soluté. L'interviewer a donc demandé à Daphné comment elle s'était sentie par rapport à cela :

Bah t'as pas le choix là. Moi, quand elle m'a dit ça j'ai pleuré dans son bureau là, j'ai vraiment, vraiment pleuré là, ça a été comme un choc, ça a été (pause). Je ne sais pas c'est comme heu... (silence). C'est ça, t'as pas le choix, c'est comme ça. T'es t'obligée, c'est obligé d'être comme ça. Fait que t'as comme aucun pouvoir décisionnel sur ton corps en fait (silence). (Daphné)

Précédemment, Maia nous a partagé avoir été attachée à la table, au niveau des bras, lors de sa césarienne. Maia a vécu cet événement comme une perte de pouvoir :

C'est comme si on perd tout notre pouvoir et tout notre contrôle du moment. C'est un moment magique dans la vie mais que ça perd de la magie instantanément parce qu'on se sent hors contrôle complètement. [...] C'est vraiment un sentiment d'incapacité où on n'est pas, on perd complètement l'autonomie. C'est comme si on n'était pas capable de juger qu'est-ce qui se passe au moment ; c'est eux qui ont le bon jugement sur la situation, ça peu importe comment on se sent. C'est très incapacitant. (Maia)

Alice résume avec du recul ce que cette culture de la prise en charge et la dépossession de son enfantement lui ont laissé comme marques :

Je ne sais pas comment dire, ça t'enlève une partie de la force que t'as besoin pour devenir mère. Ils te privent (pause, soupir), ils te privent d'une partie de toi qui est essentielle quand tu deviens mère. C'est ça être mère, c'est prendre toutes les décisions puis avoir tout sur tes épaules [...] Ils ne t'expliquent pas les raisons mais ils te disent tout le temps quoi faire, du début à la fin. Puis après ça on se demande pourquoi les mères trouvent ça si difficile quand y reviennent chez eux tsé (pause). Mais ils te détruisent une partie de toi au moment où cette partie-là devrait naître. C'est comme ça que je l'ai vécu en tout cas. (Alice)

4.4.1.1 Viol

Hélène, qui a rapporté avoir subi une épisiotomie sans son consentement, nomme avoir vécu ce geste médical non-consenti comme un viol : « Et heu... sans me le demander, sans demander à mon conjoint ni à personne, elle m'a fait une épisiotomie, alors que j'en avais pas du tout besoin. [...] J'ai ressenti ça un petit peu comme un viol. » En plus de cette situation, Hélène nous a raconté avoir subi un *stripping* sans son consentement; ce qu'elle a aussi ressenti « comme un viol » :

Tsé, y vont jusqu'à ton col de l'utérus sans te le dire. Heu... je l'ai senti... je me suis sentie blessée, je me suis sentie vulnérable, heu... tsé quand je te dis j'en ai eu des *flash-backs* longtemps là de... (silence) Parce que tu te sens à sa merci. Puis t'as beau te reculer jusqu'au bout ou est-ce que tu sais le dossier est un peu incliné, moi j'étais rendu sur la partie inclinée du dossier, mais elle est là puis elle te suit puis elle a la main rentrée dans ton vagin puis elle pousse puis de toute évidence elle se fout un peu de te faire mal ou pas. Fait que moi je trouve que c'est comme un viol. (Hélène)

Natasha qui a rapporté avoir vécu un toucher vaginal très douloureux durant lequel elle n'a pas été entendue explique avoir vécu ce moment comme « une violence obstétricale ». Elle explique par ailleurs que ce geste a créé dès lors une scission entre elle et le personnel soignant puisque cela a eu pour effet de briser le lien de confiance qu'elle avait envers les soignant·es.

[...] ça m'a fait me sentir plus en confiance, comme vraiment plus en confiance. Déjà que là il faisait noir, j'étais inquiète pour mon bébé, ça faisait des heures que j'accouchais, mais je t'avoue que ce geste-là a beaucoup fait que moi je ne me suis pas sentie accompagnée ni respectée. Tsé je veux dire vraiment comme y'avait plusieurs personnes dans la pièce, personne ne s'est insurgé, moi je criais, j'avais mal, c'était comme si c'était normal que j'avais mal. (Natasha)

4.4.2 Sentiment de lutter avec le personnel soignant

Nous avons vu précédemment que certaines femmes ont abordé l'idée qu'elles ne sentaient pas qu'elles faisaient partie de la même équipe que le personnel soignant. Certaines participantes avaient l'impression d'être en lutte avec le personnel médical ou avec le système qu'ils incarnent, à l'image d'Hélène : « [...]

t'es supposée être zen parce que l'ocytocine aide. Moi l'ocytocine quand j'ai accouché, j'en avais pas parce que je me sentais pas aimée, encouragée. Je me sentais vraiment comme qui fallait que je me batte contre le système. »

Hélène raconte comment le fait que le personnel médical ne réponde pas à ses questions et ne lui donne pas d'explications afin qu'elle puisse prendre ses décisions lui a donné l'impression de devoir subir son accouchement plutôt que de le vivre :

Je sentais qu'il aurait fallu que je sois un peu la petite fille de 22 ans, un peu nunuche qui fait, peu importe ce que le médecin lui dit ou l'infirmière lui dit aveuglement, alors que moi dans la vie je suis une personne rationnelle, qui aime prendre ses propres décisions. Là bah, je me fais comme... je dois subir mon accouchement plutôt que le vivre. (Hélène)

En plus de la scission qui s'est créée entre Natasha et le personnel soignant, elle avait aussi cette impression de devoir lutter contre les soignant·es, qui se traduisait notamment par la nécessité de défendre ce qu'elle désirait pour son accouchement, comme par exemple vivre un accouchement naturel : « [...] tout au long de la journée, ce sentiment de vraiment lutter pour avoir un accouchement, tsé essayer d'accoucher, essayer de me concentrer, mais je sentais qu'il fallait aussi que je défende ce que je voulais. »

Valérie quant à elle parle davantage de contrôle et de devoir débattre avec le personnel soignant traduisant cette idée de lutte : « En fait pour moi le contrôle, je l'ai senti beaucoup par le fait que j'ai eu l'impression que je devais souvent débattre mon point, souvent m'obstiner, souvent redemander. [...] Puis j'ai réussi somme toute à, à peu près, vivre qu'est-ce que je voulais vivre, mais il a fallu vraiment souvent que je m'obstine [...]. »

4.4.3 Agentivité et résistances

Si les participantes ont fait le récit de rapports de forces entre elles et le personnel soignant, de manque d'autonomie ou de choix lors de leurs accouchements, elles ont rapporté avoir utilisé des stratégies pour réduire l'asymétrie de pouvoir dans la salle d'accouchement et reprendre du contrôle sur les décisions les concernant. Nous avons appelé cette agentivité des « stratégies de résistances » qui peuvent prendre

différentes formes. Ces stratégies vont du fait de s'affirmer et de ne pas céder aux pressions du personnel soignant, au fait de s'engager dans une négociation avec ceux-ci, en passant par des actions plus radicales comme le fait de contourner les règles et faire les choses en cachette.

4.4.3.1 Protéger sa bulle

Dans un premier temps, Natasha décrit comment l'environnement dans sa chambre d'accouchement l'empêchait de rentrer dans sa bulle. Elle parle du bruit ambiant de discussions autour d'elle mais également de la luminosité du moniteur fœtal qui la dérangeait. Ainsi, Natasha explique que pour arriver à se mettre dans sa bulle, elle a choisi d'aller s'enfermer dans le noir dans la salle de bain de la chambre : « j'ai passé une bonne partie de mon travail sur la toilette, une couverture sur la tête puis une lampe de poche, la porte fermée. J'étais comme laissez-moi tranquille tsé. » Elle décrit ce moment comme étant celui par lequel elle s'est le plus réapproprié une forme de pouvoir lui appartenant :

Puis ça c'est peut-être mon plus beau moment d'accouchement c'est quand j'étais toute seule ou avec mon conjoint puis que y'avait personne d'autre. Tsé ça ces moments-là sont rares dans mon expérience, y'en a pas eu beaucoup. Mais tsé c'était mes plus beaux moments d'accouchement. J'veux dire je me sentais je te dirais le plus en pouvoir, assise sur ma toilette avec ma couverture sur la tête, j'avais vraiment l'impression que c'est moi qui décidais ce que je faisais. C'était complètement *weird* mais c'était là que j'étais bien, puis j'étais capable de décider que c'était là que j'étais, sans être dérangée. C'est là que je me suis sentie le plus en pouvoir c'est quand j'étais toute seule avec mon conjoint ou seule avec mon bébé. (Natasha)

4.4.3.2 Faire en cachette, contourner la règle

Si Natasha a pris l'initiative de s'isoler pour retrouver du pouvoir sur son accouchement d'autres participantes ont fait le choix d'ignorer les demandes du personnel soignant définitivement ou temporairement. Valérie par exemple s'est fait interdire par l'infirmière présente de manger, une demande qu'elle a décidé de ne pas respecter :

Ensuite l'infirmière elle m'a dit que j'avais pas le droit de manger, puis là il était comme cinq heure du soir, puis j'avais pas tant dîné, fait que j'avais vraiment faim. Puis là je savais que je m'en allais accoucher fait que... (rires) Je savais aussi parce que j'avais lu la charte des droits des femmes enceintes que j'avais le droit de manger, fait que quand elle était partie de la chambre j'ai mangé quand même puis tant pis. (Valérie)

Diana de son côté explique comment elle a repoussé le moment où le personnel soignant voulait quitter avec son bébé pour la pouponnière en prolongeant son allaitement puisqu'elle n'était pas prête à laisser sa fille quitter pour la pouponnière : « je l'ai allaité pendant une heure et demie (rires) parce que j'étais comme non, non mais vous partez pas avec elle là, fait que c'était ça. [...] tu m'as dit que tant que je l'allaitais tu me laissais aller, fait que je vais l'allaiter longtemps [...]. »

Dans le cas de Daphné, c'est son besoin de ne pas être double monitorée en continu lors de l'accouchement de ses jumelles qui l'a poussée à trouver une stratégie de contournement :

[L'infirmière] m'a dit : 'la seule manière que tu peux te lever c'est d'aller faire pipi'. Bon bah coudonc' j'vais avoir pipi souvent, ça va être ça qui est ça. Fait que là appelle l'infirmière, elle enlève les moniteurs, j'me promène dans le corridor ben, ben, ben, ben, lentement, j'm'en vais aux toilettes, j'm'assois, je prends mon temps. Bon j'me relève, je sors, j'marche dans l'corridor ben, ben, ben, ben longtemps. Là j'sonne, ok je suis prête vous pouvez me remoniturer. Puis heu 15 min plus tard, j'sonne, j'ai envie de pipi fait que là enlève les moniteurs... tsé gros niaisage là, sérieux ! Fait que pendant tout le long j'ai envie de pipi [...]. (Daphné)

4.4.3.3 Attendre le changement de quart de travail

Une stratégie mise en place par Maia lors de son second accouchement afin de tenter d'avoir ce qu'elle voulait a été d'attendre le changement de quart de travail pour changer de médecin. En effet, Maia avait eu une expérience moins satisfaisante avec la médecin présente sur le moment puisque celle-ci avait refusé de lui donner une péridurale et qu'elle a dû attendre la présence de l'infirmière-chef pour l'obtenir. Suite à cet événement, et après avoir reçu sa péridurale, Maia convient avec sa doula qu'elle va arrêter de pousser et se reposer considérant que le changement de personnel est proche et que potentiellement un·e médecin plus à l'écoute de ses besoins pourrait prendre le relai. Ainsi, l'infirmière demande à Maia :

[...] 'est-ce que tu veux te reposer [Maia] ? Est-ce que tu veux continuer à pousser ? Peut-être je pense que c'est meilleur de faire une pause, donne-toi un peu de temps'. Et là encore j'ai dit que ce sont les moments magiques de la doula. Elle regarde pour moi, elle dit : '[Maia], en 15 min ça va changer l'équipe de garde et le médecin qu'on n'aime pas elle va partir, va venir un autre, peut-être ça va être la même merde mais peut-être ça va améliorer. Donc je te conseil à te reposer.' J'ai dit oui, parfait, on attend (rires). (Maia)

4.4.3.4 Demander un délai

Une autre stratégie mentionnée par plusieurs répondantes a été de négocier un délai avant toute procédure notamment pour réfléchir. Ainsi, Daphné a demandé un délai avant de se faire déclencher ce qui finalement a permis que le travail débute naturellement :

À six heures j'avais comme pas vraiment de contractions, tsé j'avais des contractions mais ça ne me faisait pas vraiment mal. Fait que là à six heures ils sont venus ils sont comme bah là ça fait comme 7 heures de temps, ça avance pas, ton col il ouvre pas bla, bla, bla, faudrait comme agir maintenant. Puis avec [la doula] on se regarde on est comme ok bah là, est-ce qu'on peut juste en discuter entre nous ? Fait que là ça l'a juste permis qu'on s'assoie, qu'on se regroupe, puis qu'on se dise ok mais qu'est-ce qu'on veut nous là ? Fait que finalement on est venu à la conclusion qu'on se dit ok mais on va se donner une heure, l'heure de la chance. Puis à sept heures j'ai mon placenta qui a décollé puis mes contractions sont parties là comme super intense là, vraiment là comme j'accouchais là. (Daphné)

De son côté Lara a pu négocier une heure de plus avant de commencer à pousser, ce qui lui a permis de se reposer un peu :

[...] Puis là ben le travail avance, puis là j'arrive à dilatation complète et je négocie avec eux parce que là j'suis capable de plus négocier, j'suis un peu plus présente, la douleur est moins là et là je leur demande, je dis est-ce que c'est possible d'attendre ? Pouvez-vous me dire il est à quelle station à l'intérieur ? S'il est encore très haut le bébé, parce que ça me tentait pas de pousser pendant 4 heures de temps (rires). Tsé on va minimiser ça autant que possible, donc j'disais est-ce que y'a possibilité d'attendre ? Puis ils me disent on pourrait aller jusqu'à une heure, j'ai dit c'est parfait on prend le une heure, on va laisser aux contractions le temps de faire leur effet. (Lara)

4.4.3.5 S'affirmer

Finalement, la plupart des participantes ont fait le récit, à différents moments de leur accouchement, de leur capacité à s'affirmer et tenir tête au personnel médical afin que leurs souhaits soient respectés ou pris en compte.

Pour Aurore, il s'agit notamment du moment qui a précédé son accouchement, puisque le médecin voulait la faire venir à l'hôpital pour une induction le soir même alors qu'Aurore ressentait le besoin de se reposer chez elle avec son conjoint avant d'aller le lendemain à l'hôpital pour son induction.

Alors, là ce fut une magnifique discussion, au cours de laquelle je me suis fait jouer le, le... on dit chantage émotionnel : 'mais vous savez madame [X], vous êtes en train de jouer avec la vie de votre enfant, à ce point-ci je ne peux rien garantir'. Ah j'ai dit bah écoutez docteur [X], j'ai dit depuis le début vous ne garantissez rien, ni vous ni aucun de vos confrères ou de vos consœurs. Puis j'ai dit écoutez, si je suis capable, qu'on me reconnait la faculté de disposer de mon corps, puis que je peux avorter à ma guise, j'imagine que je suis en mesure de déterminer à ma guise, le moment auquel mon bébé est prêt à venir au monde. Donc j'ai dit votre induction, vous allez la garder pour quelqu'un d'autre. J'ai dit moi je ne me présenterai pas à l'hôpital ce soir, il n'en n'est pas question. [...] Fait que j'ai dit vous ne me faites pas confiance puis en passant bah vous ne faites pas confiance aux femmes en général. (Aurore)

Comme nous l'avons vu précédemment, Valérie qui avait lu qu'elle avait le droit de ne pas être branchée à un soluté, n'a pas hésité à insister à plusieurs reprises qu'on le lui débranche et ce jusqu'à ce que ce soit fait : « Ça, ça a été le premier accro parce que j'ai dû demander 3 fois pour qu'ils me débranchent, heu puis l'infirmière elle était pas sûre puis il a fallu qu'elle demande à une autre, puis à une autre, fait que ça a été vraiment long ; ça, ça m'a un petit peu irritée déjà dès le départ. »

4.4.3.6 Les entraves à l'agentivité

Il ressort finalement des propos des répondantes quelques éléments qui peuvent venir entraver la capacité d'agir des parturientes. Ainsi, Maia revient sur le fait qu'elle ne connaissait pas assez ses droits lors de son premier accouchement, ce qui a nui à sa capacité de s'affirmer, en plus de mal maîtriser le français et de ne pas avoir de RAMQ.

Donc pour moi c'est avoir la tête préparée, si je savais ça au début, peut-être toute l'expérience était différente, parce que j'aurais interdit différemment. Comme 'non, je ne veux pas ça et vous n'avez pas le droit de faire ça à moi, on va appeler une autre personne'. J'avais toute une situation difficile, je venais d'arriver au Québec, je parlais pas très bien le français, j'avais pas la RAMQ, je connaissais pas les processus ou la hiérarchie qui se passe dans une chambre d'accouchement parce qu'il y a ça aussi. Et connaître nos droits ou qu'est-ce que c'est acceptable, qu'est-ce que c'est pas acceptable. (Maia)

En plus du manque de connaissances qui peut miner l'agentivité des personnes qui accouchent, le fait qu'accoucher est un événement douloureux rend l'affirmation de soi et l'expression de ses choix sur le moment très difficiles, particulièrement dans la phase de travail : « [...] c'est ça avec des contractions aussi rapprochées on n'a plus la tête à réfléchir donc si la médecin veut faire des interventions sur toi ou te dis que c'est mieux pour toi ou pour ton bébé en fait, t'as plus vraiment le temps de réfléchir » (Arianne). Cette réalité met les femmes à la merci du personnel soignant comme nous l'explique Hélène :

[...] c'est sûr qu'à ce moment-là on a de la difficulté à faire des phrases complètes parce que rendu là on a des contractions à toutes les 30 secondes qui durent 20 secondes donc c'est un peu difficile de se faire entendre. [...] moi tsé je suis une personne qui a de la *drive* dans la vie [...] puis là je me sentais vraiment à la merci parce que tu peux rien faire là, tu peux pas te lever et dire moi je m'en vais accoucher ailleurs (rires). (Hélène)

Tout comme Arianne ou Hélène, Lara nous explique que la douleur nuisait à sa capacité de faire valoir ses droits et qu'elle s'en est donc complètement remise au personnel soignant malgré elle :

[...] là ils me demandent de transférer au lit. Et là rendu là pour vrai mon cerveau est plus là, ok, je ne suis pas capable de gérer pour moi-même, il aurait fallu une autre personne qui me rappelle mes droits, qui me rappelle ce que j'avais l'droit, de tout ça parce que j'étais plus là du tout. [...] j'ai remis tout mon pouvoir dans leurs mains, mais littéralement tout, [...] j'ai comme fait bah [...] j'vais me fier à vous et ce que vous allez faire parce qu'au point où j'en suis rendue, je suis brûlée là, j'suis fatiguée. [...] Pour vrai j'aurais jamais eu la force de remettre en question tout ce qu'ils m'amenaient. (Lara)

CHAPITRE 5

Analyse et discussion

« Diagnostic technologies, from the most mundane and routine ultrasound to the most exotic embryo transplant, have in common that they work toward the construction of the fetus as a separate being – they reify, they make real, the fetus. They make the fetus a visible, audible presence among us, and they do that by doing two other things. They medicalize pregnancy, and they render invisible and inaudible, women. » Katz Rothman, 1992

À la lumière de la présentation des données recueillies plusieurs éléments d'importance émergent que nous discuterons et analyserons au chapitre suivant en 3 points saillants. Premièrement, on note que les savoirs faisant autorité sont ceux des soignant·es provoquant notamment un glissement de l'acte d'accoucher des parturientes vers le personnel soignant. Deuxièmement, il appert que les personnes qui accouchent sont victimes d'injustice testimoniale au moment de l'enfantement résultant en des écueils dans le processus décisionnel et menant ultimement à de la violence obstétricale. Troisièmement, nous verrons comment l'injustice herméneutique s'imbrique avec l'injustice testimoniale que vivent les répondantes nuisant ainsi à la reconnaissance et à la lutte contre les violences obstétricales. Enfin, tout au long de cette discussion, nous verrons comment s'imbriquent et se répondent les éléments développés dans notre problématique de recherche avec notre cadre théorique et nos résultats. Notre analyse mobilisera d'abord la théorie des savoirs faisant autorité de Jordan puis celle de l'injustice épistémique de Fricker.

5.1 Savoirs faisant autorité et transfert de l'acte d'accoucher de la parturiente vers le personnel soignant

5.1.1 Savoirs faisant autorité et pouvoir décisionnel

À la suite de la présentation de nos résultats de recherche, un premier constat apparaît autour des questionnements suivants : au moment de l'accouchement, qui prend les décisions ? Comment sont prises les décisions ? Qui détient le pouvoir décisionnel ?

De nombreux exemples témoignent du fait que les connaissances sur lesquelles sont basées les prises de décisions, celles qui guident les actions autour de l'accouchement, c'est-à-dire les savoirs faisant autorité, sont celles du personnel soignant, considéré comme les experts de l'accouchement. Reprenons l'exemple d'Aurore qui se fait annoncer par l'infirmière qu'elle doit attendre le retour de la médecin pour pouvoir expulser son placenta. Bien qu'Aurore ressente dans son corps que le moment est venu pour elle d'expulser son placenta, car elle a des contractions, cette connaissance ne fait pas autorité. Ce qu'elle sait qu'elle est en train de vivre dans son corps n'est pas entendu ni pris en compte ; ce n'est pas ce qu'Aurore sait et dit qui guide l'action mais ce que l'infirmière décide. Aurore est donc tenue d'attendre le retour de la médecin pour pouvoir procéder à l'expulsion du placenta. On comprend que ce que la répondante dit n'a pas de statut dans ce contexte et ce n'est pas elle qui est responsable du déroulement de l'accouchement. Seule l'autorisation de pousser, donnée ici par la médecin, peut permettre à l'accouchement de continuer.

Poursuivons avec l'exemple d'Hélène qui de son côté a nommé à la médecin présente qu'elle se sentait mieux d'accoucher en position sur le côté. Cette connaissance, basée sur son vécu, n'a pas été considérée par la médecin qui lui a demandé, bien que ce fût plus douloureux, de se placer en position sur le dos, les pieds dans les étriers, sans raison médicale apparente. Donc, ce qu'Hélène partage de son expérience subjective ne fait pas le poids dans la balance décisionnelle par rapport à ce que la médecin juge comme étant adéquat pour que l'accouchement se poursuive. Hélène n'a également pas été entendue lorsqu'elle a demandé à l'infirmière d'attendre avant de lui injecter une nouvelle dose d'ocytocine de synthèse, car, elle n'était plus capable de supporter l'intensité des contractions. Là encore, cette connaissance n'est pas

celle sur laquelle l'infirmière s'est appuyée pour guider son action. Ainsi, l'infirmière fait fi du vécu d'Hélène et administre la dose d'ocytocine puisque la connaissance qui fait foi ici est celle dictée par le protocole.

Enfin, reprenons l'exemple de Maia qui a nommé vouloir recevoir la péridurale, ce qui lui a été refusé par la médecin. Celle-ci lui demandait de continuer de pousser puisqu'elle considérait que l'accouchement allait bientôt finir. Donc, ce sont les savoirs de l'experte médicale qui font autorité et sur lesquels est basée la décision de refuser la péridurale à Maia. La parturiente n'est pas entendue dans son besoin et, ses connaissances ne faisant pas autorité, elle est dans l'obligation de se soumettre à l'autorité médicale. Rappelons-nous que Maia finira par recevoir la péridurale grâce à l'intervention de l'infirmière-chef. D'autres exemples peuvent être mis de l'avant dans nos résultats qui témoignent du fait que les savoirs autoritaires sont ceux des soignant·es, comme le fait qu'on refuse le droit à Maia et Valérie de boire ou manger, qu'on attache Maia et Daphné à la table d'opération, qu'on refuse un DAL à Diana ou qu'on réponde aux questionnements des parturientes avec des énoncés comme : « t'as pas le choix », « t'es obligée », « c'est comme ça ». Bien que co-existent dans tous ces exemples les savoirs émis par les parturientes et les savoirs émis par les soignant·es, seuls ceux livrés par le personnel soignant comptent pour la décision finale.

Aussi, que ce soit en raison du statut d'expert du personnel soignant, de leur capacité à comprendre et utiliser les outils technologiques du milieu, en raison du pouvoir que leur confère les protocoles, les règlements de l'hôpital, l'organisation du travail et sa hiérarchie ou de la légitimité qu'ils reçoivent en tant que soignant·es au sein de l'institution hospitalière, le constat est sans équivoque : les savoirs faisant autorité lors de l'accouchement en milieu hospitalier sont ceux énoncés par le personnel soignant. Rappelons-nous ici que l'importance des savoirs faisant autorité n'est pas qu'ils sont vrais ou non mais que ce sont ceux qui comptent pour prendre des décisions. Ce sont les connaissances sur lesquelles on s'appuie pour guider nos actions dans un contexte donné. Dès lors, nous constatons que ce sont les soignant·es qui prennent les décisions. Nos résultats corroborent ce que Jordan postule dans sa théorie : les individus qui maîtrisent les outils technologiques utilisés autour de la naissance, qui possèdent les connaissances pour naviguer un milieu hautement technicisé tel que l'hôpital, qui savent manœuvrer le système, sont ceux qui possèdent les savoirs faisant autorité et avec eux le pouvoir décisionnel (Jordan 1978/1993).

5.1.2 Pouvoir décisionnel et acte d'accoucher

Ceci nous amène à un second constat autour du questionnement suivant : à qui appartient l'accouchement ? Qui est-ce qui accouche ? Jordan (1978/1993), explique que le processus décisionnel lors de l'accouchement est intimement lié au fait de savoir « à qui appartient l'accouchement » : « [...] *who 'owns' the birth* » (p :87). Quel est le niveau d'autonomie des parturientes ? Qui est autorisé à déterminer ce qui se passe et quand ? C'est cela qui détermine à qui appartient l'accouchement (Jordan 1978/1993).

Nous avons vu au chapitre 1 comment la construction sociale de la médecine a donné au corps médical l'autorité culturelle sur l'accouchement ; cela a notamment eu comme impact la médicalisation et la pathologisation de cet événement desquelles découle également une culture de la prise en charge. Au fil du temps, l'accouchement a donc été construit comme un événement médical qui, en milieu hospitalier, se produit en présence de personnel soignant et d'un·e patient·e : « *Since parturition is seen as a medical event, the woman appears, and is treated, as a patient* » (Jordan 1978/1993 :89). Dès lors, en tant que patient·e concerné·e par un acte médical, une partie de la responsabilité de notre santé est transférée au personnel soignant qui va nous prendre en charge à notre arrivée à l'hôpital. Par extension, lorsque l'on parle de personnes enceintes, la responsabilité s'étend au fœtus. Ainsi, dans un tel schéma, l'autonomie des personnes parturientes, particulièrement autour des prises de décisions, semble de fait être reléguée au second plan. Alice témoigne : « c'est comme si tout le monde sait mieux que toi, ce qui est bon pour toi puis ton bébé ». Jordan (1978/1993) ajoute que cette culture médicale a eu pour effet de soumettre les naissances à un processus décisionnel basé sur des critères médicaux issus d'une vision pathologique de l'enfantement :

The physician's competence is medical, that is, concerned with the management of pathology by surgical, pharmacological, and technological means. The assimilation of childbirth into the medical realm subjects the birth event to medical decision-making criteria whose appropriateness and justification stem from a pathological view of pregnancy and birth.
(p : 90)

Cette réalité construit encore davantage les savoirs faisant autorité comme étant ceux du personnel soignant dans un milieu peuplé d'experts médicaux qui agissent dans le cadre d'un événement considéré comme médical, envers une patientèle, dans une institution de soins. Dans ce contexte, et après l'analyse de nos résultats de recherche, nous observons une décentration de l'acte d'enfanter de la parturiente vers

le personnel soignant. C'est-à-dire, qu'au lieu de trouver les personnes qui accouchent au centre de l'action et des décisions, on y trouve plutôt les membres du corps médical qui s'activent à « faire naître l'enfant ».

Nous avons établi précédemment que les personnes enceintes ne sont pas celles qui sont autorisées à déterminer la marche à suivre au moment de l'enfantement car elles ne détiennent pas les savoirs faisant autorité. Ce manque d'autonomie décisionnelle positionne en quelques sortes les personnes parturientes sur les lignes de côtés, comme assistant à leur propre accouchement, ce qui renforce l'idée qu'il s'opère un glissement de l'acte d'accoucher des parturientes vers les soignant·es. Nous insistons ici sur le mot « assister » à son accouchement, au sens de regarder se dérouler un événement, puisque les propos des participantes démontrent, à de nombreuses reprises, qu'elles sont placées en spectatrices de leur accouchement alors qu'elles sont pourtant les premières concernées par leur enfantement. Ceux qui « assistent », ici au sens d'aider, sont en réalité les soignant·es mais comme en témoignent les propos des répondantes, l'acte « d'assister » est plutôt réservé aux parturientes. Par exemple, Natasha le nomme clairement : « c'est pas moi qui est au centre de la procédure, c'est les médecins, c'est leur horaire tsé » lorsqu'il faut crever ses eaux selon la disponibilité de la médecin résidente. Hélène de son côté a expliqué avoir eu l'impression : « de devoir subir [son] accouchement plutôt que de le vivre » alors que les décisions étaient prises pour elle plutôt qu'avec elle. Alice, quant à elle, démontre dans ses propos ce manque d'autonomie décisionnelle qui ne place pas celles qui enfantent au centre des procédures : « ils ne t'expliquent pas les raisons mais ils te disent tout le temps quoi faire, du début à la fin ». Daphné dénonce également : « fait que t'as comme aucun pouvoir décisionnel sur ton corps en fait » lorsqu'on lui annonce que lui sera imposé le soluté. On revient donc au fait que l'accouchement semble appartenir au personnel médical et non à la personne enceinte qui est celle qui finalement « est témoin » de son propre accouchement.

Ce manque d'autonomie décisionnelle qui place les personnes qui enfantent en spectatrice de leur accouchement est également mis en lumière lorsque certaines répondantes expliquent qu'elles ont eu l'impression de devoir lutter contre le personnel soignant pour avoir ce qu'elles voulaient, à l'image de Natasha : « tout au long de la journée, ce sentiment de vraiment lutter [...] je sentais qu'il fallait aussi que je défende ce que je voulais » ou de Valérie : « [...] j'ai eu l'impression que je devais souvent débattre mon point, souvent m'obstiner, souvent redemander ». Enfin, cette réalité se reflète également lorsque l'on pense à certaines stratégies de résistances mises en place par les répondantes pour reprendre du pouvoir

décisionnel. Celui qui se résigne à l'utilisation de ruses ou de stratagèmes pour répondre à ses besoins n'est pas celui qui détient le pouvoir décisionnel ni celui à qui appartient l'accouchement.

Cette décentration de l'acte d'accoucher, mise en lumière par nos résultats de recherche, avait été exposée dans notre problématique au chapitre 1. Repensons ici au langage autour de l'accouchement et du médecin qui dira communément : « J'ai accouché » tant de femmes aujourd'hui. Mais qui a accouché ? « J'ai » fait référence au médecin alors que ce sont les femmes qui ont accouché. Ou les femmes qui vont dire « le médecin qui m'a accouché ». Mais qui a accouché ? Ici encore cela renvoie au médecin alors que ce sont les parturientes qui ont accouché.

5.1.3 Les impacts du manque de pouvoir décisionnel sur les parturientes

Si certains individus peuvent trouver cela rassurant et apprécier de ne pas devoir porter la responsabilité des choix les concernant, les témoignages des répondantes démontrent plutôt qu'elles se sont senties dépossédées, à l'image d'Aurore : « c'est vrai que je me suis sentie énormément dépourvue. Je me suis sentie dépossédée, c'est vraiment ça », alors qu'elle n'a pas pu choisir sa position d'accouchement. D'autres participantes ont parlé de « perte d'autonomie » comme Diana ou Maia : « c'est vraiment un sentiment d'incapacité où on n'est pas, on perd complètement l'autonomie, c'est comme si on était pas capable de juger qu'est-ce qui se passe au moment, c'est eux qui ont le bon jugement sur la situation, ça peut importe comment on se sent ». Hélène nomme s'être sentie « nunuche » alors qu'Alice explique : « le fait que les décisions aient été prises par quelqu'un d'autre que moi ça m'a fait sentir comme incompétente ».

Nous avons vu au chapitre 2 que ce qui fait la force des savoirs autoritaires est le fait qu'ils finissent par être acceptés par la majorité des gens comme faisant foi « naturellement », comme étant de l'ordre naturel des choses et non pas comme étant socialement construits. Ainsi, aux yeux de certain·es, il peut paraître tout à fait normal et raisonnable que ce soit les soignant·es qui prennent les décisions. Cependant, cette façon de procéder fait fi du consentement aux soins que doivent donner les patient·es ainsi que du droit à l'autonomie et à l'autodétermination des individus. En outre, il est important de comprendre ici

qu'il n'est pas question de savoir si ce sont les « bonnes » décisions qui ont été prises ou non mais bien de mettre de l'avant, à la lumière de nos résultats, des écueils dans le processus décisionnel et ses impacts.

En somme, l'analyse des témoignages tend à démontrer que les savoirs que les femmes détenaient sur leur corps, les informations qu'elles livraient, ne constituaient pas des savoirs faisant autorité lors de leur accouchement en milieu hospitalier au Québec. Elles n'étaient généralement pas assez partie prenante des décisions les concernant et elles n'étaient pas au centre de l'action ce qui a pu mener à un sentiment de dépossession de leur accouchement.

5.2 Injustice testimoniale, confiscation des savoirs et écueils dans le processus décisionnel

Nous avons vu au point précédent que les savoirs faisant autorité dans la salle d'accouchement sont ceux du personnel soignant, révélant un manque de pouvoir des parturientes sur les choix les concernant. Nous présenterons subséquemment l'injustice testimoniale que les individus vivent au moment de l'enfantement, un concept sous-jacent, selon nous, aux savoirs faisant autorité et qui impacte, à son tour, le processus décisionnel. En effet, nous postulons que si les savoirs faisant autorité sont ceux des soignant·es, si les connaissances que détiennent les personnes qui accouchent sur leur corps, leurs besoins, leur vécu, ne sont pas pris en compte par le personnel soignant, c'est notamment à cause de l'injustice épistémique que vivent les personnes qui enfantent. C'est ici que, selon nous, s'imbrique la théorie de *l'Autoritative Knowledge* de Jordan et de l'injustice épistémique de Fricker.

5.2.1 Injustice testimoniale et valeur épistémique des parturientes annihilée

Comme nous l'avons vu au second chapitre, l'injustice épistémique s'intéresse à l'éthique et aux rapports de pouvoir autour de la production et de la transmission de savoirs. Cette théorie met en lumière comment les préjugés qui existent en société envers des groupes d'individus, les préconceptions qu'on a sur un sujet,

un objet ou un événement, peuvent affecter la perception que l'on se fait d'une situation et jouer, dans le cas de l'injustice testimoniale, sur le niveau de crédibilité que l'on accorde aux individus qui partagent leurs connaissances ou qui livrent un témoignage.

À la suite de l'analyse de nos résultats de recherche, un constat émerge : la parole des parturientes semble ne pas avoir de réelle valeur épistémique aux yeux des soignant·es dans le contexte de l'accouchement en milieu hospitalier. Mettons tout de suite de l'avant que si l'information transmise par la personne qui accouche n'est pas jugée comme ayant une quelconque valeur épistémique, ces connaissances ne pourront jamais être celles qui font autorité. Ainsi, lorsque les participantes parlent de leur vécu, partagent des connaissances sur leur corps, expriment leurs besoins, de nombreux exemples témoignent du fait qu'elles ne sont pas entendues. Certains propos des répondantes, repris au point 5.1, qui démontrent que les savoirs faisant autorité sont ceux des soignant·es, sont aussi révélateurs de l'injustice testimoniale vécue par les parturientes.

Avant de poursuivre, précisons que pour qu'il y ait injustice épistémique il faut injustement causer du tort à un individu : « *[epistemic injustice] involve experiences – at once unfair and harmful – where a person is wronged as a knower [en italique dans le texte], as a giver of knowledge or an interpreter of experiences* » (Carel et Kidd, 2021 :75). Pour que quelque chose constitue une injustice, elle doit être nuisible (dommageable) et aussi injustifiée (abusive, erronée) soit parce qu'elle est discriminatoire ou injuste (Fricker, 2007).

To be an injustice, there must be *harm* [en italique dans le texte] and *unfairness* [en italique dans le texte]. Think, for instance, of the ways that prejudice can drive us to refuse to recognise someone *as* [en italique dans le texte] rational; or cases where contempt for a certain group shows itself as unwillingness to take up the concepts that would render their distinctive experiences intelligible. (Carel et Kidd, 2021 :75)

Pour bien comprendre, il est important de donner un exemple qui nous aide à voir ce qui est ou n'est pas de l'injustice, ici, testimoniale. Par exemple, si en tant que femme j'arrive chez le garagiste et je partage mon opinion sur comment réparer le moteur de ma voiture alors que je n'ai aucune connaissance sur ce sujet, ce qui pousse le garagiste à ne pas m'écouter, il ne commet pas d'injustice testimoniale. « *Sometimes we are right not to take someone seriously; and sometimes we cannot make sense of someone's social experiences, no matter how hard we try—these would not be epistemic injustices* » (Carel et Kidd, 2021 :75). Cependant, si je démontre clairement que j'ai des connaissances à ce sujet ou que je témoigne des bruits

que faisait ma voiture en la conduisant et que le garagiste ne m'écoute pas ou préfère parler avec mon conjoint, parce que suis une femme et donc présumément je ne connais rien à la mécanique, alors, il commet une injustice testimoniale à mon égard.

Maintenant que l'on comprend bien ce qui constitue une injustice testimoniale, reprenons certains exemples issus de notre recherche qui montrent que les connaissances subjectives produites par les parturientes sont peu ou pas entendues par le personnel soignant. Ces « données » sont régulièrement, indûment et injustement, évacuées par les soignant·es des prises de décisions. Prenons l'exemple d'Hélène lorsqu'elle nomme à l'infirmière qui vient pour augmenter la dose d'ocytocine : « minute là, je ne suis plus capable [...] je ne suis plus capable, arrêtez ! » et qu'on procède malgré tout, cela met en lumière le fait que ce qu'Hélène dit n'a pas assez de valeur épistémique aux yeux de l'infirmière pour être entendu et considéré. Dans le même ordre d'idée, Natasha a rapporté avoir subi un toucher vaginal extrêmement douloureux et avoir communiqué cette information à la médecin avant de demander que ce geste cesse. Pourtant, cette connaissance transmise par Natasha sur son vécu n'a pas permis l'arrêt de cette procédure : « j'ai crié de douleur. Je lui ai demandé d'arrêter. Puis, elle a pas arrêté. [...] elle m'a pas écoutée ». La médecin ignore Natasha, révélant notamment le manque de valeur épistémique accordé aux propos émanant de la parturiente. Daphné de son côté explique qu'elle sentait qu'elle allait accoucher de façon imminente et qu'elle a communiqué cette connaissance à l'étudiante en médecine qui ne semble pas l'avoir crue. L'information transmise par Daphné à l'étudiante en médecine, ce qu'elle sait qu'il se passe dans son corps, la connaissance qu'elle partage, n'est pas jugée comme crédible ou assez importante pour être prise en considération. Daphné elle-même le nomme : « [...] je n'étais pas entendue. Je n'étais pas, je n'étais pas crédible dans mon rôle de mère qui sens que mon corps il va accoucher ». Natasha a également nommé avoir ressenti ce manque de crédibilité qu'on lui accordait particulièrement lorsqu'elle était émotive : « À partir du moment où tu deviens émotive, t'es plus crédible. Moi, c'est ça que j'ai senti. J'étais en colère, j'ai perdu toute ma crédibilité. J'étais attristée ou en détresse parce que mon bébé était malade, on m'écoutait moins ». Les émotions vécues par Natasha semblent avoir miné la valeur épistémique que le personnel soignant accordait à ses propos.

Ces exemples, tout comme le reste de nos résultats de recherche, démontrent que les personnes qui accouchent sont lésées dans leur capacité de transmettre des connaissances et donc dans la possibilité d'être considérées comme des sujets possédants des savoirs. Cela se traduit notamment par le fait qu'on ignore ce que nous communiquent les parturientes, qu'on ne les écoute pas, qu'on refuse de prendre en

considération leur interprétation de ce qu'elles vivent, voir même qu'on les oblige à se soumettre à l'autorité médicale. Cela envoie le message aux parturientes qu'elles ne sont pas équipées pour participer aux prises de décisions les concernant, qu'elles ne détiennent pas le niveau de crédibilité nécessaire à cette tâche ; elles sont ainsi victimes d'injustice testimoniale.

Maintenant que nous avons établi que nos répondantes ont été victimes d'injustice testimoniale, nous en venons à nous questionner sur ce qui se trouve en toile de fond de ces injustices testimoniales ; sur quoi reposent-elle ? Une première réponse réside dans les implications liées au statut de « patient·e » dans l'institution médicale. Carel et Kidd (2021), qui ont spécifiquement réalisé des travaux sur l'injustice épistémique que vivent les personnes malades, expliquent qu'une des difficultés d'être membre de la patientèle dans un hôpital est d'ordre épistémique. C'est-à-dire que tout comme nous l'avons vu dans nos résultats de recherche, les patient·es font face à des difficultés en lien avec leur pouvoir d'agir (agentivité) et leur statut en tant que sujet savant. Ceci a pour effet que les membres du corps médical ne cherchent pas toujours à avoir l'opinion des patient·es et que les connaissances qu'ils nous partagent ne sont pas toujours entendues ni considérées :

When you become a patient, the views, knowledge, opinions, and preferences that provide the substance and texture of your distinctive individuality are not always sought, taken into account, and acted upon. Even when you offer your views, they can be rejected, ignored, or tuned out by the medical objective, scientific, and practical stance, which is always in a hurry to get through to the next patient and often oblivious to the impact of words, gestures and of course, decisions, on the individual sitting in that hospital bed [...]. (p :1)

Cette réalité, tout comme les rapports de pouvoir inégaux dans la salle d'accouchement, empêche certain·es soignant·es d'entendre comme il se doit ce que les personnes parturientes leur partagent comme connaissances. On le voit clairement aux points de notre chapitre 4 consacré au statut d'expert, à la communication défailante et aux attitudes nuisibles des soignant·es. De plus, outre le statut de « patient·e » dont sont affublées les personnes enceintes, il est important de retourner au premier chapitre de notre mémoire pour comprendre sur quoi reposent ces injustices testimoniales. La construction sociale de la médecine comme profession hégémonique, le paternalisme médical, le sexisme en OBGYN, les préjugés envers les femmes⁴⁶, les croyances autour de la grossesse et l'accouchement et sa

⁴⁶ Un rapport de 2012 réalisé par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) présente les stéréotypes dont sont victimes les femmes dans le système de santé en santé sexuelle et reproductive ainsi que les biais dont fait preuve le personnel soignant à leur égard.

pathologisation, tout cela constitue la toile de fond sur laquelle reposent les injustices testimoniales vécues par les personnes qui accouchent en milieu hospitalier au Québec⁴⁷.

5.2.2 Arrogance épistémique et confiscation des savoirs

Outre l'injustice testimoniale vécue par les parturientes en raison de leur identité sociale (femme et enceinte, membre de la patientèle, etc.) et de la vision que l'on se fait de l'enfantement (pathologique, dangereux, douloureux), qui teintent les soins donnés aux personnes qui accouchent, il convient ici de s'attarder à un autre élément qui exacerbe les rapports de pouvoir inégaux dans la salle d'accouchement et qui contribue à l'injustice testimoniale vécue par les personnes parturientes. Il s'agit de l'arrogance épistémique/excès de crédibilité qui existe au sein du corps médical. Le statut d'expert des soignant·es dans une institution de soins hégémonique teintée de paternalisme joue un rôle important dans l'injustice testimoniale que vivent les personnes qui accouchent. En plus de ne pas être crues, jugées crédibles ou entendues, nous constatons à la lecture de nos résultats de recherche qu'il s'opère une forme de confiscation des savoirs de la part du personnel soignant envers les parturientes. Ceci, selon nous, est révélateur de l'arrogance épistémique qui existe au sein du milieu médical. Cette arrogance épistémique se manifeste particulièrement lorsque le personnel soignant néglige de partager des informations les concernant aux parturientes. Il arrive que les soignant·es agissent sans consulter les personnes qui

⁴⁷ En plus des notions abordées au chapitre 1, d'autres cas bien répertoriés d'inégalités vécues par les femmes en santé mettent en lumière les injustices testimoniales dont elles sont victimes :

1. On peut penser au cas de l'endométriose qui peut prendre jusqu'à 10 ans avant d'être correctement diagnostiqué, notamment parce que lorsque les femmes parlent de leurs douleurs menstruelles elles ne sont pas prises au sérieux par les médecins ou ces douleurs sont normalisées (Agarwal et al., 2019).
2. Les femmes sont moins bien diagnostiquées lorsqu'elles font un infarctus que les hommes, ce qui peut mener à de graves conséquences. Leurs symptômes sont moins bien compris et plus souvent associés à de l'anxiété ou des brûlements d'estomac (Pelletier et al., 2014; La Press canadienne, 2022).
3. Une étude américaine de 2008 a statué que les femmes qui se présentaient à l'urgence avec des douleurs abdominales sévères attendaient en moyenne plus longtemps que les hommes pour recevoir un analgésique (65 min vs 49 min pour les hommes) et étaient moins susceptibles de recevoir des antidouleurs, tout comme les personnes afro-américaines. Les chercheurs ont postulé qu'il y avait chez les soignant·es un biais inconscient lié au genre de la personne (Chen et al. 2008).

accouchent, sans leur expliquer les procédures, en omettant de répondre adéquatement à leurs questions, sans partager leurs savoirs avec les personnes enceintes.

Reprenons ici les propos d’Alice, qui explique : « on m’a dit ce que je devais faire, on ne m’a pas proposé heu... bon bah ça c’est les risques si je te provoque, les risques si je te provoque pas, qu’est-ce que t’en pense ? ». Et de poursuivre : « tu ne fais pas partie de leurs décisions, jamais, tsé ils ne te posent jamais la question est-ce que ça fait ton affaire ce qu’on va faire là tsé (rires). [...] jamais j’mesuis sentie consultée dans aucunes décisions, jamais ». Hélène, Natasha et Daphné témoignent du même enjeu : « je sentais qu’on ne m’expliquait pas les choses [...] » (Hélène) ; « [...] fallait que je leur tire les vers du nez puis que j’essaye moi de me faire une tête à partir du peu d’infos qu’ils me donnaient, parce qu’ils ne me consultaient pas » (Natasha) ; « [...] moi j’aurais adoré ça d’aller dans le bain là, mais c’était un non total là, c’était totalement impossible et j’ai aucune idée pourquoi. [...] C’était, je sais pas, c’était comme ça, c’est non [...] » (Daphné). Valérie conclut : « [...] on ne se fait pas assez dire c’est quoi les conséquences de chacune des interventions qu’on peut prendre ; puis on ne se fait pas expliquer les mots, on ne se fait pas expliquer les termes [...] ». Des réponses aux questionnements des parturientes comme « c’est comme ça » ou « c’est le protocole », qui nous l’avons nommé démontre qu’elles ne détiennent pas les savoirs faisant autorité, témoignent également d’une forme d’arrogance épistémique de la part des soignant·es. Rappelons ici que « c’est le protocole » ne constitue pas une réponse valide permettant de justifier un acte médical réalisé sur un·e patient·e.

De plus, l’arrogance épistémique se manifeste également lorsque certain·es soignant·es parlent des personnes qui accouchent entre elleux devant celles-ci sans considérer leur présence ni les impliquer dans la conversation. Daphné l’a vécu lorsque l’interne en médecine parlait d’elle avec son parton devant elle sans la considérer et Natasha également alors que les soignant·es avaient des discussions cliniques sur l’état de santé de son bébé, à côté d’elle, comme si elle n’était pas là : « [...] tout le monde s’inquiétait de mon bébé, mais on faisait comme si j’étais pas là et que je les entendais pas, mais comme ils parlaient juste à côté de moi. [...] Là moi c’est sûr que je les entends, mais on ne m’inclut pas dans la conversation [...] ».

Ainsi, ce manque d’inclusion des parturientes dans les discussions les concernant, tout comme cette confiscation des savoirs, vient confirmer l’idée que la parole des personnes qui accouchent semble ne pas avoir de réelle valeur épistémique aux yeux des soignant·es. Les attitudes et façon de faire du personnel

médical semblent traduire l'idée que ce que les parturientes pourraient nous partager comme connaissances sur leur vécu, leur opinion, leurs besoins, a tellement peu d'importance ou de valeur épistémique qu'il n'est même pas nécessaire de les inclure dans les discussions et les décisions les concernant. L'injustice testimoniale et l'arrogance épistémique s'imbriquent donc dans le cas de l'accouchement en milieu hospitalier au Québec, révélant indéniablement des rapports de pouvoir inégaux dans la salle d'accouchement qui impactent négativement l'expérience des personnes qui accouchent. Maia conclut :

C'est ça, quand on est sous les soins des autres, c'est comme si y sont pas en train de nous soigner, ils sont en train de décider qu'est-ce que c'est meilleur à nous et c'est pas ça que c'est donner les soins aux autres. [...] donc il y a une problématique de consentement ici et de pouvoir, la hiérarchie des gens [...]. Parce qu'en théorie on met les patients en avant et le personnel de la santé pour soutenir les patients, mais c'est pas ça, c'est pas comme ça que je me sentais pendant l'accouchement en 2014. (Maia)

Il convient maintenant de reprendre certains éléments qui, selon nous, permettent l'existence de cette arrogance épistémique. En se basant sur nos résultats de recherche, il semble s'agir d'un problème construit à un niveau systémique relié notamment à la culture du milieu médical et au statut d'expert du personnel soignant.

Tout d'abord, l'institution médicale hégémonique paternaliste dont découle une culture interventionniste et de prise en charge semble contribuer à produire et légitimer l'arrogance épistémique dont font preuve certain·es soignant·es. Cette culture dans laquelle baigne le personnel médical semble encourager à « prendre des décisions pour » plutôt que « prendre des décisions avec » la patientèle ; à « pendre en charge » plutôt qu'à « prendre en compte » comme en témoignent nos résultats de recherche. Cette culture du milieu ajoute une composante systémique sur laquelle repose l'excès de crédibilité accordé au corps médical. Il est donc important de comprendre que le pouvoir ne s'exerce jamais seul. C'est-à-dire que même lorsqu'il se produit entre des individus (à un niveau interpersonnel), il est soutenu par des structures, une institution donnée, ancrée dans un contexte social particulier : « [...] *any operation of power is dependent upon the context of a functioning social world – shared institutions, shared meanings, shared expectations, and so on* » (Fricker, 2007: 11-12). Le personnel soignant semble agir comme véhicule du pouvoir octroyé par l'institution médicale et ses actions au sein de l'institution sont légitimées par ce milieu, comme en témoigne l'invocation des protocoles pour justifier des actions non consenties.

L'arrogance épistémique des soignant·es repose donc en partie sur des enjeux systémiques, ce qui peut rendre difficile la remise en question de cette posture et des actes qui en découlent.

De plus, le statut d'expert octroyé aux individus évoluant légitimement au sein de l'institution médicale joue également un rôle dans la construction de cet excès de crédibilité des soignant·es. Il est important de comprendre ici qu'il ne s'agit pas de remettre en question l'expertise médicale que détient le personnel médical spécialisé en obstétrique sur l'accouchement. Plusieurs répondantes ont d'ailleurs mentionné l'importance de l'expertise des professionnel·les de la santé. Medina (2011), postule que les représentations sociales collectives dominantes que l'on se fait d'un groupe d'individu sont la trame de fond sur laquelle repose l'excès de crédibilité accordé aux individus. L'enjeu est donc davantage lié à l'imaginaire social collectif autour de ce statut et au pouvoir qui y est attaché et non pas à l'expertise médicale en soit, bien qu'ils soient liés. Cette réalité a notamment pour effet de vulnérabiliser les parturientes au sens où, comme nous l'avons abordé brièvement plus haut, cela complexifie la possibilité pour les personnes qui accouchent de remettre en question les actions des soignant·es, à l'image de Lara : « [...] on fini par se dire on est qui nous là-dedans pour protester, contester, remettre en question, beaucoup, beaucoup, beaucoup [...] ». De plus, il peut miner l'agentivité des parturientes comme pour Arianne qui semble ne pas considérer que son statut de femme ayant accouché précédemment compte pour quelque chose face aux expert·es : « parce qu'en fait moi j'ai pas l'expertise que eux ont, j'ai pas les années d'études que eux ont non plus derrière tout ça moi j'suis juste une maman [...] ».

Ainsi, le problème est lié à la façon dont ce statut influence la relation de soin tant du point de vue des soignant·es que des parturientes. À ce titre, Lara explique bien ce qu'elle attend de l'expertise des soignant·es, son besoin étant que cette expertise soit mise à son service pour la soutenir, pour travailler avec elle de façon horizontale. Lara rejette donc la notion d'être une « patiente » et la prise en charge que cela sous-entend : « j'suis pas ta patiente, j'ai besoin de ton soutien. Là j'ai besoin de tes connaissances certes, mais j'ai besoin que tu me permettes de me les approprier [...]. j'ai besoin de savoir que tu travailles pour moi, avec moi et non pas pour ton hôpital avec tes protocoles ».

Ceci nous amène à aborder un point important, bien que ce sont les soignant·es qui détienne le pouvoir en milieu hospitalier et à ce titre la responsabilité première d'horizontaliser ces rapports de pouvoir inégaux, c'est-à-dire de les amoindrir, il est important de reconnaître que les personnes qui accouchent jouent également un rôle dans la verticalité de ces rapports de pouvoir en lien avec le statut d'expert. En

effet, bien que l'institution médicale semble encourager à la passivité des parturientes, certaines personnes qui accouchent peuvent désirer s'en remettre complètement aux expert·es et attendre des soignant·es qu'iels « les accouchent ». Lara admet que même si ce n'était pas son désir, la fatigue a fini par avoir raison d'elle et elle s'en est remise complètement au personnel soignant : « [...] j'ai remis tout mon pouvoir dans leurs mains, mais littéralement tout, [...] j'ai comme fait bah [...] j'avais me fier à vous et ce que vous allez faire parce qu'au point où j'en suis rendue, je suis brûlée là, j'suis fatiguée. [...] ». Évidemment, Lara était également fatiguée de lutter avec le personnel soignant, mais on peut penser que certains individus s'en remettent volontairement et volontiers aux expert·es, ce qui, dans la mesure où cela constitue un choix, est tout à fait acceptable bien que cela nourrisse la verticalité de la relation patient·e/soignant·e.

En somme, armé de leur expertise, de leurs bonnes intentions, de leur statut et de leur légitimité au sein du milieu de pratique, les membres du corps médical sont placés en position d'être ceux « qui savent », au sens d'un savoir qui serait « surplombant », omnipotent, facilitant la présence d'une certaine arrogance épistémique, augmentant ainsi considérablement les chances de traitements injustes des personnes parturientes. Les exemples repris plus haut témoignent sans équivoque de cette arrogance épistémique et du déficit de réflexivité de certain·es soignant·es. En outre, le fait que certains enjeux se situent à un niveau macrosocial, systémique et structurel, fait que l'exercice de notre pouvoir peut se faire en dépit de nos croyances et/ou sans qu'on ne s'en rende compte. Cette réalité a pour effet que les soignant·es peuvent mal agir, non pas intentionnellement, mais au contraire, en dépit de leurs intentions. Il résulte de la nature systémique sous-jacente à l'injustice testimoniale et l'arrogance épistémique un potentiel d'invisibilisation des abus vécus dans la relation de soin au moment de l'accouchement. Ainsi, les injustices et préjudices que certaines personnes qui accouchent vivent proviennent non pas d'un pouvoir tyrannique qui voudrait les dominer, mais de pratiques quotidiennes d'interlocuteurs bien intentionnés, en position de pouvoir, qui opèrent dans un imaginaire social collectif et une institution hégémonique teintée de préjugés et qui (re)produisent des injustices épistémiques (Fricker, 2007).

5.2.3 Faute épistémique et prise de décision anéthique.

Nous avons établi que les savoirs faisant autorité sont ceux des soignant·es, que les personnes qui accouchent vivent de l'injustice testimoniale exacerbée par l'arrogance épistémique du milieu médical et qui leur porte préjudice. Il est maintenant important de souligner que beaucoup de ces injustices se produisent au moment de prendre des décisions concernant l'accouchement.

Havi Carel, professeure de philosophie à l'Université de Bristol, explique en entrevue avec la BBC que lorsque les médecins essayent de poser un diagnostic, de choisir le meilleur médicament pour un·e patient·e ou de décider de la marche à suivre pour le meilleur traitement, ils s'engagent fondamentalement dans une entreprise épistémique (Bari, 2021). Aussi, lorsque l'on s'engage dans une telle démarche, il est impératif de consulter la patientèle. Si les professionnel·les de la santé ne s'entretiennent pas avec la personne concernée, si iels ne prennent pas en compte l'expertise que le patient·e détient sur son vécu et les connaissances qu'il·elle détient sur son corps, alors, ces professionnel·les de la santé commettent une faute qui est d'ordre épistémique et moral. Iels commettent un acte qui est alors jugé anéthique (Bari, 2021).

Ainsi, lorsque les soignant·es ignorent la personne parturient ou ne prennent pas en considération ce qu'elle dit, lorsque les soignant·es réalisent des actes médicaux sans la permission de la personne enceinte, lorsqu'ils ne partagent pas toute l'information pertinente sur la situation avec la personne concernée et qu'au final les décisions sont prises par le personnel soignant à la place des personnes qui accouchent et non avec elles, une faute épistémique et morale est commise par les membres du corps médical révélant, ce faisant, un manque d'éthique indéniable dans la prise de décisions. Ces écueils dans le processus décisionnel rendent non seulement les décisions anéthiques, mais en plus rendent impossible l'obtention du consentement libre et éclairé de la personne qui accouche.

Carel et Kidd (2021) confirment dans leurs recherches qu'il existe des écueils dans le processus décisionnel entre professionnel·les de la santé et patientèle et que les outils manquent pour réellement prendre en compte les perspectives de chacun·e. Mais, au-delà de cette réalité, Carel et Kidd (2021) nous ramènent au besoin crucial des patient·es d'être entendu·es, d'être compris·es et de faire partie intégrante du processus décisionnel les concernant :

Important, intimate decisions involving you, your body and your life, are made without sufficient tools to handle the differing views, perspectives, and tangible gaps in understanding between the patient's point of view and that of health professionals. Amid the desire for certainty, care, and cure, there is also a powerful desire – a need, even – to be heard, to be able to communicate the reality of one's circumstances and help others to understand. This is not merely a psychological need to be heard, although this is certainly important. It is the critical need for patients to be able to put forth views and preferences in order for these to be an integral part of decision-making process. 'Nothing about me without me', as the slogan goes. (p : 2)

Ainsi, selon nous, lorsque l'on ne considère pas que ce que la personne qui accouche dit a une valeur épistémique quelconque, c'est la prémisse pour que le processus décisionnel soit anéthique. Même si l'on part du principe que les soignant·es cherchent à agir dans le meilleur intérêt des personnes parturients, leurs actions non consenties sur celles-ci n'en sont pas moins un exercice de leur pouvoir qui est contraire à l'éthique, à la déontologie et aux droits de la personne.

5.2.4 Les impacts de l'injustice testimoniale – objectification épistémique, déshumanisation, violences obstétricales

L'injustice testimoniale que vivent les personnes qui accouchent a de nombreux impacts concrets sur celles-ci. Suite à l'analyse de nos résultats, il appert que cette injustice conduit à l'objectification épistémique des individus au moment de l'enfantement, un concept développé par Fricker (2007) et qui mène à une forme de déshumanisation. De plus, cette injustice a pour effet de fragiliser la relation de soin entre la patientèle et le personnel soignant. Enfin, nous postulons qu'il en résulte l'apparition de violences obstétricales.

Nous avons vu précédemment que les répondantes n'étaient généralement pas placées au centre de l'action lors de leur accouchement, elles ne détiennent pas les savoirs faisant autorité, elles ne participent pas activement aux prises de décisions les concernant et les soignant·es n'accordent pas de réelle valeur épistémique à leur propos. Ainsi, il appert, selon notre analyse, que les parturientes ne sont pas des agentes épistémiques actives lors de l'enfantement. Elles passent alors d'une posture potentielle de sujet connaissant à objet subissant et sont victimes d'objectification épistémique (Fricker, 2007). En effet, Fricker (2007) postule que lorsqu'une personne est victime d'injustice testimoniale, cette personne est

épistémiquement objectifiée : « *When a hearer undermines a speaker in her capacity as a giver of knowledge, the speaker is epistemically objectified* » (Fricker, 2007 :133). Cette objectification épistémique que vivent les parturientes s'illustre notamment dans les propos des répondantes en lien avec le fait qu'elles n'avaient aucun pouvoir décisionnel : « Fait que t'as comme aucun pouvoir décisionnel sur ton corps en fait (silence) » (Daphné), « [...] tout se fait autour de toi, on ne te demande pas ton avis là » (Diana), « C'est comme si on perd tout notre pouvoir et tout notre contrôle du moment. [...] C'est vraiment un sentiment d'incapacité où on n'est pas, on perd complètement l'autonomie » (Maia). Lorsque les personnes enceintes parlent et qu'elles ne sont pas crues, entendues, considérées, elles sont exclues de la communauté des sujets fiables en qui l'on peut avoir confiance et sont indûment privées d'une forme de respect fondamentale qui devrait leur être accordée en tant que personne qui est en train d'accoucher (Fricker, 2007). Nos résultats démontrent que cette objectification épistémique a notamment pour effet de nuire à la relation de soin et d'être déshumanisante.

Tout d'abord, l'injustice testimoniale vécue par nos répondantes provoque une perte de confiance envers les soignant·es, une réalité que Kidd et Carel (2018) avaient déjà étudié lors de leurs recherches sur l'injustice épistémique dans le milieu médical :

[...] experiences of being ignored, dismissed or even silenced, and other wrongs that occur within healthcare contexts, typically compromise the epistemic relationships between ill persons and health professionals. The sense that they are somehow at odds with one another or that their interests and perspectives conflict should be a source of serious concern to healthcare providers. (Kidd et Carel, 2018 :212)

Cette réalité est mise en lumière lorsque plusieurs répondantes parlent de se sentir « en lutte » avec le personnel soignant ou avec avec le système, d'avoir l'impression « de ne pas faire partie de la même équipe » que les soignant·es, de se « lancer la balle ». Natasha le nomme concrètement, le lien de confiance s'est effrité après s'être faite ignorer par la médecin lors du toucher vaginal douloureux qu'elle a dû subir : « [...] ça m'a fait me sentir plus en confiance, comme vraiment plus en confiance [...] je t'avoue que ce geste-là a beaucoup fait que moi je ne me suis pas sentie accompagnée ni respectée ».

Ensuite, l'injustice testimoniale a un effet déshumanisant. Lorsque lea locuteurice est affecté·e dans sa capacité en tant que sujet connaissant et en tant que transmetteur de savoirs, en plus de lea priver indûment du respect qui lui est dû, c'est dans sa capacité de raisonner qu'iel est atteint·e (Fricker, 2007). Le fait que nous sommes des êtres de raison est constitutif de notre humanité ; ainsi, lorsqu'un individu

est injustement pas entendu, pas cru, pas considéré, il est dévalué en tant qu'être humain (Fricker, 2007). Aussi, lorsque les personnes parturients sont injustement lésées dans leur capacité à transmettre de l'information, à produire des connaissances concernant leur vécu, leur corps, c'est une atteinte à leur capacité de raisonner qu'on leur fait vivre et c'est à ce titre déshumanisant (Fricker, 2007). Le sujet n'est pas reconnu comme « un sujet connaissant » qui produit des connaissances valides et valables sur sa situation. On peut citer ici l'exemple d'Aurore qui devait « débattre » avec la médecin pour lui expliquer qu'elle sentait qu'elle allait bien et qu'elle repoussait son induction au lendemain :

[...] là, je lui ai demandé, pensez-vous vraiment que je serais assez folle pour mettre la vie de mon enfant en danger que je porte depuis presque 9 mois ?! Si je pensais qu'il était en danger, que je resterais chez nous ? Je serais la première à me rendre à l'hôpital peut-être ben ! Fait que j'ai dit vous ne me faites pas confiance puis en passant bah vous ne faites pas confiance aux femmes en général. (Aurore)

De plus, cette déshumanisation s'illustre particulièrement au chapitre 4 dans la partie sur les attitudes nuisibles des soignant·es envers les femmes (4.3.4) et dans le vécu de dépossession de l'enfantement décrit par les répondantes (4.1.1). Cela ressort également dans le langage utilisé par les répondantes, des mots comme se sentir « comme une vache qui va à l'abattoir » (Daphné), comme « de la chair à pâté » (Daphné), « comme un animal » (Alice), « comme n'importe quoi » (Alice), comme d'avoir vécu du « terrorisme » (Maia), ou avoir le sentiment d'avoir été « violée » (Hélène). Cela se traduit enfin dans tous témoignages qui démontrent un manque de respect à l'égard des répondantes.

De surcroît, cette déshumanisation est visible dans le fait que l'injustice testimoniale provoque une perte de confiance de l'individu en ses capacités épistémiques (Fricker, 2007). À force d'être invalidé, de ne pas être considéré comme un sujet savant et comme ayant une valeur épistémique, il devient plus difficile de défendre ses idées, de s'affirmer et de faire preuve de ce que Fricker (2007) a appelé du courage intellectuel. Carel et Kidd (2021) reprennent cette idée dans leurs travaux :

An alarming feature of many pathocentric⁴⁸ epistemic injustices is that they can nullify a person's capacity to resist the injustice being done. When subjected to an injustice, a natural response is to protest it, for instance, by deploying epistemic abilities like arguing, criticizing, and offering counter-evidence. But when suffering an epistemic injustice, one may undergo a depletion of epistemic authority. The ill person's testimonies are denied credibility; when

⁴⁸ Concept développé par Carel et Kidd. Concerne l'injustice épistémique spécifiquement vécue par les malades/patient·es.

they make arguments, these are deprived of their force, since they are perceived as coming from an incompetent source. (p :9)

Comme l'avait nommé Ariane ou Lara, il est difficile d'avoir confiance en ses capacités face aux expert·es, particulièrement lorsque l'on sent qu'il faut lutter contre celles-ci. Si plusieurs répondantes ont su faire preuve d'autorité épistémique notamment en s'affirmant (voir point 4.4.3 agentivité et résistance), les témoignages tendent à démontrer que l'injustice testimoniale que les personnes qui accouchent vivent, couplée à l'arrogance épistémique du personnel soignant, mine l'agentivité des individus, c'est-à-dire notamment leur courage intellectuel, ce qui est d'autant plus déshumanisant.

Marya et Patel (2021) consacrent un chapitre de leur livre *Inflamed* aux questions de OBGYN, un livre qui lie la santé à des injustices structurelles. Iels postulent : « *The work of dehumanization relies on the repetition of epistemic injustice, sedimented through denying women's experience about, knowledge of, and authority over their own bodies* » (p :208). Ces propos viennent confirmer notre constat : les injustices épistémiques que vivent les personnes parturientes sont déshumanisantes et reposent, entre autres, sur la négation de l'expérience, de la connaissance et de l'autorité des femmes sur leur propre corps.

Les ramifications de cette réalité sont majeures puisque l'expérience d'accouchement marque les individus bien au-delà de cet événement et parfois tout au long de leur vie. Ainsi, Alice explique que son expérience négative d'accouchement l'a privée d'une partie d'elle dont elle avait besoin en tant que mère : « Je ne sais pas comment dire, ça t'enlève une partie de la force que t'as besoin pour devenir mère. Ils te privent (pause, soupir), ils te privent d'une partie de toi qui est essentielle quand tu deviens mère [...] ils te détruisent une partie de toi au moment où cette partie-là devrait naître ». Natasha explique de son côté que ça l'a affectée dans la perception qu'elle se faisait d'elle-même en tant que mère : « Moi ça m'a énormément affecté, dans ma maternité, dans mes premiers instants avec mon bébé, dans comment je me suis perçue comme mère longtemps ». Hélène parle des « *flash-backs* » qu'elle a longtemps eu suite à son expérience.

En conclusion, nous avons postulé que l'injustice testimoniale que vivent les personnes qui accouchent en milieu hospitalier au Québec annihile leur valeur épistémique, que les parturientes vivent de l'objectification épistémique et qu'à ce titre elles vivent de la déshumanisation. Nous avons exposé les injustices que subissent les parturientes et certaines ramifications qui en découlent. Nous postulons maintenant que ces injustices portent un nom spécifique : celles de violences obstétricales. En effet, les

injustices épistémiques que vivent les personnes qui accouchent en milieu hospitalier au Québec sont la toile de fond dans laquelle s'enracinent les violences obstétricales. Les témoignages des répondantes sont imprégnés d'abus de pouvoir, de manques de respects à leur égard, de propos abjects, vils, dégradants, méprisants, les concernant, d'actes de violence et de non-respect de leurs droits. Leurs droits à l'autonomie, à l'autodétermination, à la dignité, à la possibilité de donner un consentement libre et éclairé, sont indéniablement bafoués. Voyons maintenant comment sont liées injustice testimoniale, injustice herméneutique et violences obstétricales.

5.3 Injustice herméneutique et nécessiter d'affirmer sans équivoque l'existence des VO

Lors de nos entrevues de recherche, une seule répondante a explicitement nommé qu'elle considérait avoir vécu de la violence obstétricale. D'autres répondantes n'ont jamais utilisé le terme bien qu'elles en avaient vécu, d'autres enfin ont dit penser ne pas en avoir vécu alors que, selon les définitions présentées au chapitre 1, leurs témoignages étaient caractéristiques de VO. Selon nous, ceci est révélateur de l'injustice herméneutique existant autour de cette question.

Rappelons-nous que ce n'est pas uniquement lorsqu'une personne offre sa parole, donne son opinion ou partage ses connaissances qu'elle peut être injustement désavantagée, c'est aussi dans la disponibilité des concepts appropriés pour lui permettre d'articuler l'expérience qu'elle essaye de transmettre, comme l'explique Fricker au micro de la BBC (Bari, 2021). Nous avons vu au chapitre 2 que l'exclusion de certains groupes sociaux de la production des savoirs, souvent basée sur leur identité sociale, crée des biais dans les ressources conceptuelles collectives (Fricker, 2007). Notre compréhension du monde est donc le reflet de l'interprétation qu'en font les groupes dominants (Fricker, 2007). Nous avons vu au chapitre 1 qu'historiquement les femmes ont été exclues de la production des savoirs autour de l'enfantement ; dès lors, les femmes et les groupes féministes qui les représentent en périnatalité ont été herméneutiquement marginalisés. C'est-à-dire que les femmes et les groupes féministes n'ont pas participé aux développements collectifs de concepts sur « leur communauté » au même niveau que d'autres groupes plus puissants tels que, par exemple, les institutions offrant des soins obstétricaux et les individus œuvrant en leur sein, les ordres professionnels, les associations de soignant·es ou les instances politiques

concernées. Ce faisant, cela place les femmes dans une position injustement désavantageuse dans laquelle elles sont plus à risque de vivre des expériences sociales, soit pour lesquelles elles manqueront de concepts de référence pour comprendre ce qu'elles vivent, soit qui les placeront dans une situation où il est difficile de se faire comprendre auprès des autres (Fricker, 2007).

If you're a member of a group which in any case doesn't get an equal shot at contributing their concept, their social meanings, their social interpretations to the pool of shared concepts then you're an hermeneutically marginalized subject and that puts you at an unfairly increased risk of having social experiences that either you don't have the concept to properly understand or if you and your community do, others are more likely to lack those concepts. So that either you will have trouble interpreting the experience and/or you'll have trouble getting others to find it intelligible. (Fricker, 2021 dans Bari, 2021)

Ainsi, nous postulons qu'en raison de l'injustice herméneutique entourant les questions de maltraitances lors de l'enfantement, il a longtemps existé un trou dans les ressources conceptuelles collectives pour expliquer et rendre intelligible les expériences d'abus et de mauvais traitements vécus par les personnes qui accouchent. De nos jours, ce trou semble avoir été comblé par la création du concept de violence obstétricale ; il existe maintenant un terme pour que les personnes qui enfantent puissent rendre compte adéquatement de leur vécu. Cependant, ce concept, émanant de groupes qui restent de nos jours herméneutiquement marginalisés, peine encore à faire son chemin dans la société en général et particulièrement, il peine à être reconnu par les institutions qui offrent des soins obstétricaux et les instances gouvernementales. Les personnes qui accouchent peuvent donc avoir du mal à prendre conscience qu'elles ont vécues des VO et, lorsqu'elles diront en avoir vécu, ce concept marginal ou marginalisé sera difficile à être compris par les dominants. C'est le déficit d'intelligibilité causé par l'injustice herméneutique.

En somme, l'injustice testimoniale que vivent les personnes parturientes en milieu hospitalier au Québec est aussi rendue possible à cause de l'injustice herméneutique qu'elles vivent et particulièrement à cause de la marginalisation herméneutique historique des femmes. C'est ici que s'imbriquent l'injustice testimoniale et herméneutique : les femmes vivent de l'injustice testimoniale notamment parce qu'historiquement elles ont été herméneutiquement marginalisées. La parole des femmes étant marginalisée ou décrédibilisée, il devient difficile de conceptualiser son vécu en des termes qui seront reconnus à leur juste valeur par toutes. Telle une roue qui tourne, le manque de ressources conceptuelles autour d'une situation injuste d'abus rend difficile, pour la personne concernée, la possibilité de bien

comprendre ce qui a été vécu et donc de bien s'exprimer, ce qui met en jeu sa crédibilité et encore une fois la possibilité d'être crue et de se faire comprendre comme il se doit (Fricker, 2007).

5.3.1 Les impacts de l'injustice herméneutique

Le fait qu'actuellement au Québec il n'existe pas de reconnaissance officielle de la violence obstétricale, ni par les instances offrant des soins obstétricaux, ni par les législateurs ou les instances gouvernementales, perpétue et constitue une injustice herméneutique. En effet, si le concept n'est pas reconnu par toutes, s'il n'est pas inscrit dans des documents officiels, s'il n'est pas nommé, popularisé, utilisé largement, on peut dire qu'à un certain niveau il « n'existe pas » et le trou dans les ressources conceptuelles perdure.

Cette réalité a plusieurs impacts : à un niveau individuel, il empêche de mettre des mots adéquats sur son vécu et ainsi de reconnaître pour soi-même l'expérience de violence endurée et d'obtenir la reconnaissance des autres de cette violence subie. Lévesque et Ferron-Parayre (2021) postulent que les femmes vivent une injustice herméneutique lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de communiquer leur expérience de VO en tant que telle et que cela revient à nier leur expérience de violence :

Based on Fricker's (2007) examples, we contend that a woman experiences hermeneutical injustice when she is unable to communicate her experience of obstetric violence as such, either because the term does not exist or because the experience is not acknowledged by the society in which she lives or the institutions that provide obstetric care. Hence, her experience is denied. (p :1015)

De plus, il devient difficile de collectiviser notre vécu avec d'autres personnes, de voir que nous ne sommes pas seul dans notre situation et ainsi de pouvoir agir ensemble pour dénoncer. Cette injustice herméneutique autour des VO complexifie indéniablement la lutte et complique, voir rend impossible, la possibilité d'obtenir justice pour les victimes. Il est donc nécessaire d'aller au-delà des termes « d'abus », de « mauvais traitements » ou de « soins respectueux » pour lutter efficacement contre ce que sont les violences obstétricales.

Il faut comprendre ici que s'il est dans l'intérêt des personnes enceintes de rendre cette situation d'oppression intelligible, il est dans l'intérêt des milieux de soins et de leurs instances de résister à la reconnaissance de ce concept. En effet, le fait de ne pas reconnaître la VO pour ce qu'elle est garde à distance la possibilité de s'attaquer aux racines du problème. Les termes d'abus et de mauvais traitements ou de soins respectueux permettent d'individualiser le problème, et à ce titre de le marginaliser, tout en remettant la responsabilité des abus à quelques individus malveillants ou maladroits. Les violences obstétricales sont une forme de violence genrée et systémique qui s'inscrit dans une culture médicale et obstétricale patriarcale, paternaliste et misogyne, et qui émane de rapports de pouvoir inégaux. C'est donc en grande partie la culture hospitalière et la vision de l'accouchement qu'il faut changer.

En conclusion, l'injustice herméneutique que vivent les personnes expérimentant la période périnatale empêche la pleine reconnaissance de l'existence des VO retardant ainsi la possibilité d'obtenir justice. Un premier pas vers cette justice serait la reconnaissance inéluctable par toutes de l'existence de la VO.

CHAPITRE 6

Pistes de solution

« Respecter ça ne veut pas dire adhérer. Ça veut dire : plutôt que de perdre son temps dans un bras de fer (j'ai raison, tu as tort), essayons de trouver un terrain commun. Une relation de soin, ce n'est pas un rapport de force. »
Martin Winkler, *Le cœur des femmes*, 2009

Lors des entrevues, les répondantes ont spontanément partagé de nombreux exemples d'attitudes aidantes que certain·es soignant·es ont eu envers elles. Ces exemples constituent en soi des pistes de solutions. Il s'agit de pratiques décrites par les participantes comme étant « humaines » et « respectueuses ». Selon notre analyse, il s'agit là de pratiques qui contribuent à réduire et horizontaliser les rapports de pouvoir, des pratiques qui reconnaissent une valeur épistémique aux personnes qui accouchent et qui sont respectueuses de leurs droits.

6.1 Jordan et l'horizontalisation des rapports de pouvoir par le partage de l'information

Les différents modèles de pratiques autour de l'accouchement décrit par Jordan (1978/1993) dans son livre, témoignent de milieux et de façons de procéder qui horizontalisent les rapports de pouvoir entre les personnes présentes au moment de l'accouchement et les personnes qui accouchent. Dans ces modèles, l'information circule plus librement et chaque personne partage ses connaissances avec les autres, chacun informe l'autre à partir de « son point de vue ». Lors d'accouchements au Yucatan par exemple, l'autrice explique que lorsqu'il faut prendre des décisions, les savoirs de la sage-femme, de la parturiente et des femmes présentes lors de l'accouchement sont pris en compte. Jordan (1992) a également étudié dans

son texte *Technology and social interaction : notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings* comment les savoirs peuvent être distribués de façon plus horizontale pour prendre des décisions dans un milieu hautement technicisé. Jordan (1992) a donc étudié comment les décisions sont prises dans un centre d'opération d'une compagnie aérienne. Le centre d'opération est un lieu hautement technicisé qui coordonne toutes les opérations au sol d'une compagnie aérienne et qui est divisé en différents postes de travail. Jordan (1992) explique que chaque personne est à son poste et chacun·e travaille à informer l'autre sur ce qu'iel connaît, ce qu'iel sait et qu'iel voit depuis son poste. Si un problème survient ou qu'une décision doit être prise, chacun·e informera les autres sur la situation et les informations seront disponibles à toutes. C'est la mise en commun des informations que détient chaque membre de l'équipe qui permettra ensuite de prendre une décision (Jordan, 1992). Ce genre de modèle permet une production conjointe des informations et contribue à horizontaliser les rapports de pouvoir.

Cette horizontalisation des rapports de pouvoir tient parfois à peu de choses, à l'image d'Aurore qui après avoir reçu les encouragements de l'équipe soignante sentait qu'elle faisait partie de la même équipe qu'elle. Arianne, quant à elle, nomme que la confiance en elle que lui a témoigné la médecin, lui a donné confiance en ses capacités d'enfanter physiologiquement. Ce genre d'attitude remet la parturiente au centre de l'action et donne l'impression de travailler ensemble vers un même but.

6.2 Fricker et l'adoption d'une posture vertueuse par la déconstruction des biais

Fricker (2007) parle de son côté de la posture vertueuse que doit adopter l'interlocuteurice lorsqu'iel écoute un·e locuteurice. Cela signifie concrètement que, même si l'interlocuteurice se pense exempt·e de préjugés, la société dans laquelle iel évolue ne l'est pas, comme nous l'avons vu au chapitre 1. Ainsi, les interlocuteurices doivent constamment rester à l'affût des biais ambiants qui circule dans la société, dans le milieu de soin et en elleux-mêmes. La personne qui écoute doit adopter une approche de déconstruction des préjugés ambiants afin de devenir ce que Fricker (2007) nomme un·e interlocuteurice vertueuse. Il faut avoir une sensibilité particulière à l'autre et rester critique envers soi-même. Il s'agit de réaliser que parfois, si l'on ne comprend pas ce que l'autre tente de nous faire comprendre, cela peut être dû à nos biais, à un manque dans les ressources conceptuelles collectives ou à notre incapacité à comprendre et

reconnaître les ressources conceptuelles offertes par la locutrice (Fricker, 2007). C'est de cette façon que l'interlocutrice évitera de porter préjudice à la locutrice et cela conduira à des actions plus éthiques et justes. Lorsqu'une décision doit être prise, les personnes doivent s'affranchir de leurs préjugés et de leurs conditionnements pour accéder à une autonomie qui contribuera à une prise de décision éthique.

Il s'agit en somme, selon nous, de reconnaître notamment une valeur épistémique à l'autre. Le témoignage d'Hélène est parlant à cet égard. Hélène nomme en parlant de l'anesthésiste : « [...] elle m'a expliqué [...] elle m'a écoutée. [...] je me suis sentie respectée, reconnue comme personne. [...] elle a fait appel à mon intelligence donc en m'expliquant les choses ». Si Hélène décrit ce moment comme quelque chose de très positif, c'est, selon nous, dû au fait que l'anesthésiste lui a reconnu une valeur épistémique et par extension, son humanité.

Dans le cas de l'injustice herméneutique, Fricker (2007) explique qu'être un·e interlocutrice vertueuse ne suffit pas. En effet, puisque la marginalisation herméneutique, tort causé aux individus lorsqu'il y a injustice herméneutique, est avant tout le produit de rapports sociaux de pouvoirs inégaux ; une posture d'écoute vertueuse ne peut suffire à contrer cette marginalisation. Fricker (2007) postule qu'il faut s'engager dans des actions politiques menant à des changements sociaux en profondeur ; ce sont les structures sociales qu'il faut ébranler pour contrer la marginalisation herméneutique :

[...] hermeneutical marginalization is first and foremost the product of unequal relations of social power [...]. Shifting the unequal relations of power that create the conditions of hermeneutical injustice (namely, hermeneutical marginalization) takes more than virtuous individual conduct of any kind; it takes groupe political action for social change. (p :174)

6.3 Le respect des droits comme outil de lutte contre les VO

Si l'importance et la nécessité de respecter les droits des personnes enceintes durant toute la période périnatale peut paraître évidente, force est de constater, à la suite de l'analyse de nos résultats de recherche, que les droits des personnes enceintes et des personnes qui accouchent ne sont pas toujours respectés. Cette réalité est génératrice de violences obstétricales et c'est souvent, bien que pas

uniquement, autour du droit à l'autonomie, à l'autodétermination et au consentement libre et éclairé aux soins que les droits sont bafoués. Šimonović (2019) rappelle dans son rapport à l'ONU que : « la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique considère que l'exercice du consentement éclairé est une obligation, même si celui-ci peut être fastidieux et chronophage » (p :13). D'ailleurs, dans ce même rapport, il est considéré que le consentement libre et éclairé est un droit de la personne et un rempart à ce type de violence (Šimonović, 2019). Notons que l'absence de consentement libre et éclairé constitue une violation des droits de la personne dont les États et leur système de santé pourraient être tenus responsables (Šimonović, 2019).

Nous avons vu que l'expérience des répondantes a été considérablement améliorée lorsque leur consentement aux soins était respecté. Demander son consentement aux soins aux patient·es est un acte qui horizontalise les rapports de pouvoir. Cette action, au-delà d'être respectueuse des droits des individus, des codes de déontologies, de l'éthique et de la morale, a pour effet de reconnaître que le pouvoir décisionnel concernant son propre corps appartient à la personne. C'est une façon de remettre au centre des soins la personne qui accouche, de reconnaître son droit à l'exercice du jugement moral, de reconnaître son autonomie et, là encore, par extension, son humanité.

CONCLUSION

Au terme de cette recherche, nous avons vu comment la construction sociale de la médecine et de l’OBGYN à travers notamment la mise à l’écart de la pratique sage-femme et le mépris des femmes, dans une société misogyne, plane encore sur l’OBGYN de nos jours. Nous avons vu comment la montée en puissance de l’autorité médicale sur les corps des femmes enceintes a contribué à la pathologisation de l’enfantement, sans grande résistance de certaines féministes d’après-guerre. Cet historique, dont découle le pouvoir accordé à l’institution hospitalière, et le statut prépotent accordé aux membres du corps médical dans nos sociétés, engendre une asymétrie de pouvoir dans la salle d’accouchement. De plus, les connaissances sous-jacentes au statut d’expert de la santé, la maîtrise des outils technologiques du milieu et la légitimité d’action qui leur est attribuée, rend les professionnel·les de la santé « maîtres en la demeure » au sein de l’institution hospitalière. Incidemment, cela leur confère les savoirs faisant autorité et avec eux le pouvoir décisionnel dans la salle d’accouchement. Notre analyse a permis de montrer que s’opère alors un glissement de l’acte d’accoucher des parturientes vers le personnel soignant et avec lui une dépossession de l’enfantement pour les participantes. En outre, notre analyse a permis de lier cette réalité aux injustices épistémiques dont sont victimes les personnes qui enfantent en milieu hospitalier au Québec : valeur épistémique de la parole des personnes qui accouchent abrogée par les membres du corps médical, confiscation des savoirs de la part du personnel soignant et éthique dans le processus décisionnel balayé; résultant en une objectification épistémique des personnes enceintes et de la déshumanisation lors de l’enfantement. Le tout, se produisant au sein d’un système où la marginalisation herméneutique des femmes et des personnes issues de groupes minoritaires est encore bien ancrée, permettant que se poursuive la négation de l’expérience de violences obstétricales des personnes qui accouchent et l’invisibilisation des violations de leurs droits.

Nous avons vu que les violences obstétricales, reposant notamment sur une soumission indue et injuste des personnes qui enfante à l’autorité médicale et que nous qualifions d’oppression, sont liées à des enjeux systémiques et sociaux nécessitant dès lors des changements en profondeur. Selon Medina (2013) dans Carel et Kidd (2021), nos vies épistémiques sont inextricablement liées à nos vies éthiques et sociopolitiques ; ainsi, toute analyse épistémologique doit mener à des changements profonds tant sur le plan personnel que structurel.

Dans son livre *The Epistemology of Resistance*, Medina offre les outils pour mieux comprendre et lutter à l'intérieur de nos sociétés démocratiques, qui restent structurellement et épistémiquement injustes (Medina 2013 dans Carel et Kidd, 2021). Ainsi, selon Medina (2013), l'injustice épistémique nécessite comme réponse la résistance épistémique (*epistemic resistance*) :

Epistemic injustices (such as unequal access to and participation in knowledge practices, vitiated testimonial dynamics, phenomena of hermeneutical marginalization, to name some central ones) call for *epistemic resistance* [en italique dans le texte], that is, for the use of our epistemic resources and abilities to undermine and change oppressive normative structures and the complacent cognitive-affective functioning that sustains those structures. (p :3)

La résistance passe par des mécanismes et opérations de contestation selon Medina (2013) dans Carel et Kidd (2021), c'est-à-dire que les individus doivent s'engager dans un activisme transformateur capable de changer les structures et les relations sociales. Medina (2013) dans Carel et Kidd (2021), explique comment l'analyse épistémique peut être mise au service de l'activisme social. C'est ici, selon nous, que le travail social peut et doit jouer un rôle de premier plan.

Si les travailleuses sociales et sociales peuvent évidemment accompagner les personnes qui accouchent sur le plan individuel/microsocial, notre analyse tend à démontrer que c'est avec une méthode d'organisation communautaire et à travers des actions collectives, sur un plan davantage macrosocial, que le travail social peut jouer un rôle majeur dans l'éradication des oppressions que vivent les personnes enceintes.

L'organisation communautaire s'intéresse prioritairement à des projets visant le changement social et cherche à s'attaquer à des problèmes sociaux (Duperré, 2007/2014). On retiendra ici la définition des problèmes sociaux de Duperré (2007/2014) : « [les problèmes sociaux] sont définis comme étant une réalité objective qui affecte un grand nombre d'individus. La situation est jugée ou perçue subjectivement comme étant anormale et « intolérable » (Lamoureux *et al.*, 2002 : 252) en contraste avec les normes sociales en vigueur (Dumont, Langlois et Marin, 1994 ; Dorvil et Mayer, 2003) » (p :195). Nous considérons que les violences obstétricales sont un problème social et à ce titre, les travailleuses sociales et sociales intéressées à lutter contre les problèmes sociaux, devraient s'engager dans des actions de défense des droits des personnes en période périnatale. Le traitement des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement semble être un reflet du traitement des femmes dans nos sociétés structurellement, systématiquement et épistémiquement injustes. Lutter pour davantage de justice périnatale équivaut à

lutter pour plus d'égalité entre les hommes et les femmes et entre les femmes elles-mêmes, pour une société plus égalitaire et démocratique.

Avant de mettre un point final à cette recherche, nous avons compris à ce moment de notre lecture que lorsque l'on est victime d'injustice testimoniale, la personne qui témoigne n'est pas crue par la personne qui reçoit ce témoignage, et ce, sans fondement. L'effet pernicieux de cette forme d'injustice étant que les « puissant-es » peuvent témoigner de leur vécu et seront crus sur parole alors que les voix plus marginalisées ont le fardeau de prouver que ce qu'elles disent est vrai, armées parfois uniquement de leur témoignage qu'on ne juge pas crédible. Ce mémoire étant rempli de témoignages de femmes ayant accouchées en milieu hospitalier au Québec, nous espérons qu'au-delà de notre analyse, leur parole sera crue et entendue par les lectorices.

Nous espérons donc qu'une lecture vertueuse de ce mémoire nous permettra collectivement :

- d'entendre sans ambages la parole des personnes qui accouchent, alors que s'empilent les témoignages de violences obstétricales dans des mémoires, des thèses, dans les journaux, dans des recherches ou auprès d'organismes communautaires ; et,
- de se mobiliser pour une action menant à des changements concrets ; que par exemple, soit mise sur pieds une commission d'enquête tenant des audiences et consultations publiques pour faire toute la lumière sur l'ampleur du phénomène des violences obstétricales⁴⁹.

Il appert, au terme de cette recherche, qu'un changement de culture et de paradigme autour de la naissance au Québec est indispensable. Face à l'ampleur de la tâche qui se dresse devant nous, comme l'ont postulé Klein (2018) et Lahaye (2018), il semble que cela ne prendra rien de moins qu'une révolution ; car, si l'on peut aujourd'hui mourir dans la dignité, il serait grand temps que l'on s'assure que toutes les personnes qui accouchent puissent enfanter dans la dignité et le respect de leurs droits.

⁴⁹ Peu avant la révision finale de ce mémoire a eu lieu, en novembre 2022, un colloque intitulé *Briser le silence sur les violences obstétricales et gynécologiques : documenter les discriminations sexistes et racistes* organisé par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse. Ceci constitue une étape importante vers la reconnaissance et la documentation de ce problème social.

ANNEXE A

Schéma d'entrevue

Bref accueil de la personne répondante : Remercier la personne d'avoir accepté de participer à l'entrevue.
Demander à la personne si elle préfère être tutoyée ou vouvoyée.

Mot d'introduction :

L'entrevue devrait durer un maximum de 90 minutes selon ce que vous partagerez. Avez-vous des questions sur le formulaire de consentement⁵⁰ ? Je vous rappelle que vous pouvez en tout temps décider de mettre fin à l'entretien et toutes les informations recueillies jusqu'alors seront détruites, si tel est votre désir. L'entretien sera enregistré de façon audio ou vidéo selon votre choix. L'enregistrement sera utilisé seulement pour la transcription de l'entrevue. À la fin de l'entrevue, je vous poserai quelques questions d'ordre sociodémographiques. Votre anonymat sera préservé sur l'ensemble des documents utilisés durant cette recherche. Avez-vous des questions avant que l'on débute ?

Annonce du déroulement de l'entrevue :

Comme le mentionnait mon affiche, j'essaie de comprendre comment les personnes qui accouchent vivent leur accouchement à l'hôpital, dans un lieu où les rapports de pouvoir entre les individus sont inégaux. Je m'intéresse donc à apprendre comment vous, qui avez accouché dans ce milieu, avez vécu ce déséquilibre de pouvoir au moment de votre accouchement. Le schéma d'entrevue ne compte qu'une seule question ouverte.

Question : Pouvez-vous me raconter votre expérience d'accouchement à l'hôpital, en regard de ce déséquilibre de pouvoir ?

⁵⁰ Vu que les rencontres sont par Zoom, le formulaire signé aura déjà été transmis par courriel à l'étudiante-chercheuse.

ANNEXE B

Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Expériences d'accouchement en milieu hospitalier : points de vue du Québec sur l'asymétrie des rapports de pouvoirs dans la salle d'accouchement

Étudiant·e-chercheur·e

Nathalie Ferreira, étudiante à la maîtrise en travail social avec concentration en études féministes (profil mémoire de recherche), Université du Québec à Montréal, [REDACTED]

Direction de recherche

Mémoire réalisé sous la direction de Maria Nengeh Mensah, professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal, [REDACTED]

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique un entretien d'une durée maximale de 90 minutes par Zoom afin de vous poser des questions relativement à votre expérience d'accouchement en centre hospitalier. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire 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 de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

Description du projet et de ses objectifs

Le projet a pour but de répondre à la question de recherche suivante : « *comment l'asymétrie de pouvoir ayant cours dans la salle d'accouchement en milieu hospitalier au Québec est vécue par les femmes et les personnes qui accouchent ?* » La recherche se fera auprès de 10 personnes ayant accouché en milieu hospitalier au Québec.

Les objectifs sont les suivants :

- Recueillir et documenter le point de vue des personnes ayant accouché en milieu hospitalier au Québec, sur leur expérience d'accouchement en contexte de déséquilibre de pouvoir.
- Analyser les propos des personnes à la lumière des théories féministes.
- Dégager des pistes d'action pour l'intervention sociale.

Critères d'inclusions :

- Avoir donné naissance en centre hospitalier au Québec entre 2014 et 2019.
- Avoir au moins 18 ans au moment de l'entrevue et parler français ou anglais.
- Avoir la capacité de donner son consentement libre et éclairé.

Nature et durée de votre participation

Votre implication dans cette recherche consiste à :

1. Participer à un entretien individuel sur Zoom ou par téléphone d'une durée maximale de 90 minutes.
2. Accepter d'être enregistré-e. L'entrevue sera enregistrée sur Zoom de façon vidéo et audio, soit uniquement à l'audio ou avec un appareil cellulaire, selon votre préférence.
3. Répondre à des questions a) sociodémographiques vous concernant et b) une question ouverte sur votre expérience d'accouchement en milieu hospitalier.

Avantages liés à la participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre la possibilité de partager votre expérience d'accouchement en milieu hospitalier en toute confidentialité, d'être écouté-e, d'être entendu-e et de faire sens de votre histoire à travers votre récit. Outre cela, vous ne retirerez personnellement pas d'avantages directs à participer à cette étude. Toutefois, vous contribuerez à une réflexion active sur un sujet aussi important et peu documenté que l'expérience des rapports de pouvoirs inégaux dans la salle d'accouchement. Cette recherche pourra avoir de nombreuses retombées positives pour la société ; votre participation contribuera donc à l'avancement de la science.

Risques liés à la participation

Raconter son expérience d'accouchement, dans le cas où vous en gardez un souvenir difficile, peut raviver des émotions négatives. Le partage de votre expérience pourrait donc perturber votre état émotif. Sachez qu'en tout temps vous pouvez communiquer votre malaise avec l'étudiante-chercheuse qui pourra mettre fin à l'entrevue.

Voici une ressource qui saura vous aider :

Regroupement Naissances Respectées (autrefois connu sous le nom de Naissance-Renaissance)
469 rue Jean-Talon Ouest, bureau 410
Montréal, Québec, H3N 1R4
(514) 392-0308
info@naissance-renaissance.qc.ca.

L'organisme spécialisé en défense des droits en période périnatale à 45 centres en périnatalité à travers toute la province qui sont leurs membres.

Confidentialité

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participant-es :

- Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiante-chercheuse et de sa directrice de recherche et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats ;
- Les noms des participant-es ne paraîtront dans aucun rapport ;
- Les divers documents de la recherche seront codifiés et seules l'étudiante-chercheuse et sa directrice auront accès à la liste des noms et des codes ;
- Les matériaux de la recherche seront conservés sous clé et les données numériques telles que les enregistrements Zoom seront conservés séparément dans l'ordinateur personnel de l'étudiante-chercheuse, à son domicile, accessible seulement avec un mot de passe. Les données enregistrées sur le cellulaire de l'étudiante-chercheuse ne peuvent être accessibles sans le mot de passe du cellulaire. Elles seront en outre téléchargées et déplacées dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse puis supprimées du téléphone cellulaire.
- Les données seront conservées jusqu'à 3 ans après l'acceptation finale du mémoire de maîtrise. Elles seront ensuite détruites.

En acceptant de participer à cette recherche, vous consentez à ce que les résultats soient utilisés par l'étudiante-chercheuse lors de communications scientifiques dans des congrès, lors de cours en classe ou pour être diffusés auprès d'organismes

communautaires œuvrant dans le domaine. Les données resteront en tout temps anonymisées. De plus, la recherche pourra faire l'objet de publications dans des revues scientifiques ou servir à concevoir du matériel de sensibilisation (dépliant, brochure, affiche ou présentation orale avec support visuel de type PowerPoint) pour des organismes et/ou des institutions s'adressant aux femmes et/ou aux professionnels de la santé et aucun-e participant-es ne pourra y être identifié-es.

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par l'étudiante-chercheuse dans l'éventualité où elle poursuivrait des études doctorales ? (Ce projet de recherche sera évalué et approuvé par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant sa réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié-e que par un pseudonyme).

Oui Non

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce projet ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser l'étudiante-chercheuse verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet, soit la directrice de la recherche : Maria Nengeh Mensah, professeure à l'École de travail social de l'UQAM, [REDACTED]

Soit l'étudiante-chercheuse : Nathalie Ferreira, étudiante à la maîtrise en travail social avec concentration en études féministes, UQAM, [REDACTED]

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ FSH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer (n° de certificat : 4639). Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ FSH : cerpe.fsh@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642].

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et je tiens sincèrement à vous en remercier.

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 Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné·e certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;

(b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

ANNEXE C

Vos droits en santé

Cette liste de vos droits est directement tirée de la « Trousse d'information sur les violences obstétricales et gynécologiques » que l'étudiante-chercheuse a réalisé pour le Regroupement Naissances Respectées en juin 2019.

(<http://www.vosdroitsensante.com/>)

Les droits de la personne sur son corps :

Le droit à **l'intégrité, à la dignité et à l'autonomie** de chaque personne est conféré par la *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Charte des droits et libertés de la personne (QC)*. On considère donc que la personne a le droit au respect, elle a le droit de faire des choix la concernant, quels qu'en soient la nature ou les conséquences. Souvent, dans des cas de VOG, ces droits sont brimés.

Le **droit à l'inviolabilité** de la personne, donc d'être protégée contre toute forme d'atteinte qu'une autre personne peut lui porter est conféré par : l'art. 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne (QC)*, L'art. 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, L'art. 10 du *Code civil du Québec*. De plus, l'art. 265 du *Code criminel* prévoit une infraction pour voies de fait à l'égard de toute personne qui porte atteinte à l'intégrité d'une autre sans son consentement. Ce droit est également reconnu par le *Code de déontologie des médecins* qui stipule que le consentement libre et éclairé doit être obtenu avant toute intervention, notamment aux articles 4, 28, 29, 30.

Le **droit à l'autonomie** de la personne, donc de disposer de son corps comme elle veut, est conféré par : la *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Charte des droits et libertés de la personne (QC)* ; sous le concept du droit à la liberté de la personne.

Le **droit à l'intégrité** de la personne, donc le droit d'une personne au maintien de son état est conféré par : l'art. 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne (QC)* et l'art. 10 du *Code civil du Québec*.

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, 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. » — Art. 11 du

CCQ.

Le consentement aux soins :

Le consentement aux soins est un droit souvent bafoué lors de suivi obstétricaux et gynécologiques. Des témoignages affluent concernant le non-respect de ce droit au Québec.

La notion de consentement est conférée par : l'art. 9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et l'art. 11 du *Code civil du Québec*.

Il est important de souligner que le consentement n'est valide que s'il est libre et éclairé, donné par la personne elle-même ou un tuteur légal, de façon verbale ou écrite. Il peut en outre être retiré à tout moment. Le consentement est également un processus continu et perpétuel et ne s'arrête pas tant que l'épisode de soin n'est pas terminé.

La notion de consentement libre est conférée par : l'art. 10 du *Code civil du Québec* et l'art. 28 du *Code de déontologie des médecins*.

Un consentement libre signifie l'expression de la volonté de la personne donné : sans influence induite, pression, menace ou intimidation, sans résulter de l'altération des facultés de la personne, sans erreur sur le traitement ou sur la personne qui le reçoit.

La notion de consentement éclairé de la personne (donc le droit d'une personne au maintien de son état) est conférée par : l'art. 10 du *Code civil du Québec* et l'art. 28 du *Code de déontologie des médecins*.

Un consentement éclairé signifie que la personne doit être en mesure de prendre sa décision en toute connaissance de cause. Donc, le ou la professionnel.le de la santé doit partager avec le ou la patient.e toutes les informations pertinentes afin que la personne puisse prendre sa décision, et ce dans un langage clair et accessible. Le ou la médecin peut même recommander certaines lectures pour contribuer à la prise de décision.

Le statut juridique du fœtus :

Le fœtus n'a pas de statut juridique ni au Canada ni au Québec, il n'est donc pas titulaire des mêmes droits que la mère. Un fœtus devient un être humain seulement lorsqu'il est sorti du corps de sa mère (art. 223 du *Code criminel*). Ainsi, un fœtus n'a pas de personnalité juridique, il n'a pas d'existence juridique distincte de celle de la mère et ne détient ainsi aucun droit qui pourraient limiter ceux de la mère.

Aucune forme de contrainte juridique ne peut être imposée à la personne qui accouche pour protéger le fœtus, si elle est apte à consentir ; aucune décision ne peut être prise à l'encontre de la future mère sur la base de la protection du fœtus.

Droits relatifs à la procréation :

Au Québec, il est inscrit dans la loi que la personne devrait pouvoir avoir le **droit de choisir le ou la professionnel.le ou l'établissement pour les soins**. Ce droit est conféré par : l'art. 6 et 259.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur les sages-femmes*

Un mot sur l'article 13 du Code Civil du Québec :

L'article 13 du CCQ stipule que :

« 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. »

Cependant, il faut être en mesure de prouver l'urgence réelle de la situation ainsi que le fait que votre consentement ne pouvait être obtenu au moment de l'épisode de soins. De plus, une réponse de votre part jugée déraisonnable par le personnel soignant ne peut être considérée comme preuve de votre inaptitude à consentir aux soins qui vous sont suggérés. Cela irait à l'encontre de votre droit à l'autonomie.

- Vous pouvez demander l'accès à votre dossier médical en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. (<http://www.cai.gouv.qc.ca/questions-frequentes/les-dossiers-medicaux/>).
- Vous pouvez en tout temps vous adresser à l'établissement de santé pour porter plainte ou vous rendre sur le site Internet du Collège des médecins du Québec (<http://www.cmq.org/page/fr/formulaire-plainte.aspx>) ou de l'Ordre des sages-femmes du Québec (<http://www.osfq.org/grand-public/philosophie/>) pour y formuler une plainte.

APPENDICE A

Affiche de recrutement

PARTICIPANT·ES RECHERCHÉ·ES

**VOUS AVEZ ACCOUCHE EN MILIEU
HOSPITALIER AU QUÉBEC ET VOUS
VOULEZ PARTAGER VOTRE EXPÉRIENCE?**

Dans le cadre de la maîtrise en travail social, je cherche à comprendre votre expérience d'accouchement en milieu hospitalier, un lieu où les rapports de pouvoirs entre les individus sont inégaux. **Je cherche à apprendre comment vous**, qui avez accouché dans ce milieu, **avez vécu ce déséquilibre de pouvoir au moment de votre accouchement.**

Je vous invite à participer à une entrevue d'une durée maximale de 90 minutes par Zoom ou téléphone.

Votre participation est confidentielle et votre anonymat sera préservé.

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'UQAM. N° de certificat: 4639

POUR PARTICIPER :

- AVOIR DONNÉ NAISSANCE EN CENTRE HOSPITALIER AU QUÉBEC ENTRE 2014 ET 2019.
- ÊTRE MAJEUR·E AU MOMENT DE L'ENTREVUE.
- PARLER FRANÇAIS OU ANGLAIS.

COMMUNIQUEZ AVEC
ferreira.nathalie@courrier.uqam.ca

Les personnes racisées, membre des communautés LGBTQIA2s+, en situation de handicap, sont fortement encouragées à participer.

APPENDICE B

Certificat d'approbation éthique

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Expériences d'accouchement en milieu hospitalier : points de vue du Québec sur l'asymétrie des rapports de pouvoirs dans la salle d'accouchement
Nom de l'étudiant:	Nathalie FERREIRA
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (concentration études féministes)
Direction de recherche:	Maria Nengeh MENSAH

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.


Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

APPENDICE C

Avis final de conformité



No. de certificat : 2021-3533
Date : 2023-01-09

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Expériences d'accouchement en milieu hospitalier : points de vue du Québec sur l'asymétrie des rapports de pouvoirs dans la salle d'accouchement

Nom de l'étudiant : Nathalie Ferreira

Programme d'études : Maîtrise en travail social (mémoire de recherche)

Direction(s) de recherche : Maria Nengeh Mensah

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs voeux pour la suite de vos activités.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sylvie Lévesque'. The signature is fluid and cursive.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

RÉFÉRENCES

- AAMC. (2022). *Diversity and Inclusion – Diversity in Medicine: Facts and Figures 2019 – Figure 19: Percentages of Physicians by sex, 2018*. <https://www.aamc.org/data-reports/workforce/interactive-data/figure-19-percentage-physicians-sex-2018>
- Agarwal, S.K., Chapron, C., Giudice, L.C., Laufer, M.R., Leyland, N., Missmer, S.A., Singh, S.S et H.S. Taylor. (2019). « Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action », *American Journal of Obstetric and Gynecology*, vol. 220, issue 4, p. 354.e1-354.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.039>
- ASPQ. (2005). *Perspectives sur les réalités de la naissance : Échos d'une conférence – Synthèse de la Conférence annuelle 2004*. Bibliothèque Nationale du Canada, 90 pages.
- Axelsen, D. E. (1985). « Women as Victims of Medical Experimentation: J. Marion Sims' Surgery on Slave Women, 1845-1850 », *Sage journals*, vol. 2, n°2, p. 10-13.
- Bailey, M. (2017). « The Flexner Report: Standardizing medical students through region, gender, and race-based hierarchies », *American Journal of Law & Medicine*, vol. 43, n°2-3, p. 209-223. <https://doi.org/10.1177/0098858817723660>
- Barker-Benfield, G.J. (1976/1999). « Architect of the Vagina » (ch.10), *The Horrors of the Half-Known Life : Male Attitudes Toward Women and Sexuality in 19th Century America*, New York, Taylor & Francis Group, p. 85-111.
- Bari, S. (2021, 27 avril). « Epistemic Injustice » [Épisode de balado audio], *Arts & Ideas*, BBC Radio3. [BBC Radio 3 - Arts & Ideas, Epistemic Injustice](https://www.bbc.com/radio3/arts-ideas/epistemic-injustice)
- Bellón Sánchez, S. (2014). *Obstetric Violence : Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* [Mémoire de maîtrise, Université d'Utrecht]. <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/18094>

- Betrán, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M.R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S.Z., Gülmezogul, A.M. et S. Downe. (2018). « Optimizing caesarean section use 3: Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies », *The Lancet*, vol. 392, n°10155, p. 1358-1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A.R., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D. et M. Temmerman. (2018). « Optimizing caesarean section use 1: Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections », *The Lancet*, vol. 392, n°10155, p. 1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Bourrelrier, C. (2018). « *Violences obstétricales* » : Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale [Mémoire de maîtrise, Université de Tours]. [Violences obstétricales : Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale. | Camille Bourrelrier - Academia.edu](#)
- Bousquet, D., Couraud, G. et M. Collet. (2018). « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », *Haut conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes - République française*, Paris, 173 pages. [Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes \(haut-conseil-egalite.gouv.fr\)](#)
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif: théorie et pratiques, 2^e édition*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 218 pages.
- Bridges, K. M. (2011). *Reproducing Race : An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialization*, Los Angeles, University of California Press, 306 pages.
- Carel, H. et I. J. Kidd. (2021). « The predicament of patientes », *Royal Institute of Philosophy Supplement*, Cambridge University Press, vol. 89, p. 65-84.
- Cascales, B. et L. Négrié. (2018). « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ? », *Travail, genre et sociétés*, vol.1, n°39, p. 179-185.

Chen, E.H., Shofer, F.S., Dean, A.J., Hollander, J.E., Baxt, W.G., Robey, J.L., Sease, K.L. et A.M. Mills. (2008). « Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain », *Academic Emergency Medicine Journal*, vol. 15, issue 5, p. 414-418. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x>

CHUM. (2013/2019). *Votre accouchement – les antidouleurs qui peuvent vous aider* [document d'information], 4 pages. [Votre accouchement - Les antidouleurs qui peuvent vous aider \(chumontreal.qc.ca\)](http://chumontreal.qc.ca)

Coates, T.-N. (2015). *Une colère noire : lettre à mon fils*, Éditions J'ai lu, 186 pages.

Collège des Médecins du Québec. (2022). *Médecins actif seulement – Répartition générale*. [Médecins actifs seulement \(cmq.org\)](http://cmq.org)

Crenshaw, K. (2005). « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes », *Cahiers du genre*, n°39, p. 51-82.

Davis-Floyd, R.E. et C.F. Sargent. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press, 510 pages.

Définition Internationale du Travail Social. (2014). OTSTCFQ. [Microsoft Word - Définition corrigée sans marques.docx \(otstcfq.org\)](http://otstcfq.org)

De Koninck, M. (2015). « Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin », *Éthique et voix des femmes*, vol. 28, n°1, p. 79-96.

Derome, B. et D. Goulet (2022). « Episode 1 : La fondation du Collège ; Episode 2 : La révolution médicale et les premières décennies ; Episode 3 : Un premier code de déontologie et le conseil de discipline » [Émissions de balado audio]. *175 ans d'histoire*, Collège des Médecins du Québec. [Balado : 175 ans d'histoire \(cmq.org\)](http://cmq.org)

Desmarais, L. (2016). *La bataille de l'avortement : chronique québécoise*, Montréal, Les éditions remue-ménage, 548 pages.

Divergenres. (2021). *Guide de grammaire neutre et inclusive* [Guide]. Québec. guide-grammaireinclusive.indd (divergences.org)

Duchesne, S. (2000). « Pratique de l'entretien dit 'non-directif' ». Dans M. Bachir (dir.), *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 9-30.

Duffy, T.P. (2011). « Historical Perspective in Medical Education: The Flexner Report – 100 Years Later », *Yale Journal of Biology and Medicine*, n°84, p. 269-276.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178858/>

Duperré, M. (2007/2014), « L'organisation communautaire : une méthode d'intervention du travail social ». Dans J.P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), *Introduction au Travail Social 2^e édition*, Presses de l'Université Laval, p. 193-218.

Ehrenreich, B. et D. English. (1976/2005). *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 99 pages.

FIGO. (2012). « Harmful stereotyping of women in health care », *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*, Londres, p. 28-32. [Pages \(glowm.com\)](http://pages.glowm.com)

Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada: A Report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, Bulletin n°4, New York City, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 346 pages.
<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015003215145&view=1up&seq=5>

FMSQ. (2022). *Les effectifs médicaux*. [Les effectifs médicaux | Fédération des médecins spécialistes du Québec \(fmsq.org\)](http://les-effectifs-medicaux.fmsq.org)

Fontaine, L. et N. Pino. (2018). « Pleins feux sur la violence obstétricale », *À babord ! Revue sociale et politique*, Montréal, Héon & Nadeau Ld, n°72, p. 40-42.

- Fournier, S. (2021, 23 septembre). « On m'a volé ma fertilité ». *Radio-Canada*. [« On m'a volé ma fertilité » | Radio-Canada.ca](#)
- Fricke, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power & the Ethics of Knowing*, Oxford, Oxford University Press, 188 pages.
- Garsd, J. (2017, 5 septembre). « In New York, this statue causes some students to shudder ». *The World*. [In New York, this statue causes some students to shudder | The World from PRX](#)
- Gilbert, J.-M. (2019, 11 octobre). « Maison de naissance : construction imminente à Repentigny ». *Journal La Revue*. [Maison de naissance : construction imminente à Repentigny \(larevue.qc.ca\)](#)
- Grenier, M. (2019). *Le consentement en obstétrique-gynécologie dans la formation médicale et la reproduction sociale des violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/12949>
- Grossman, A. (1991). « Feminist Debates about Women and National Socialism », *Gender & History*, vol. 3, n°3, p. 350-358. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0424.1991.tb00137.x>
- Haas, V. et E. Masson. (2006). « La relation à l'autre comme condition à l'entretien », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°71, p. 77-88.
- Haraway, D. J. (1988/1991). « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective » (ch. 9), *Simians, Cyborgs and Women: the Reinvention of Nature*, New-York, Routledge, p. 183-201.
- Healy, K. (2005/2014). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice (2nd ed.)*, New-York, Bloomsbury Publishing Plc, 258 pages.

Hutton, E.K.; Reitsma, A.; Simioni, J.; Brunton, G. et K. Kaufman. (2019). « Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses », *EClinicalMedicine published by The Lancet*, vol. 14, p. 59-70.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

ICIS. (2022). *Profil des médecins au Canada en 2020*. [Profile des médecins au Canada, 2020 | ICIS \(cihi.ca\)](#)

INESSS. (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*. [Rapport vol. 8 n°14]. Gouvernement du Québec.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

Jordan, B. (1992). « Technology and social interaction : notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings », *Institute for Research on Learning, Palo Alto*, IRL Report n°IRL92-0027, 58 pages.

Jordan, B. (1978/1993). *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Fourth Edition*, Waveland Press, Illinois, 235 pages.

Josselin, M.-L. (2021, 1^{er} octobre). « Joyce Echaquan : le racisme est une des causes de la mort ». *Radio-Canada*. [Joyce Echaquan : le racisme est une des causes de la mort | Dossier - Joyce Echaquan | Radio-Canada.ca](#)

Jung, D. (2021, 24 mars). « « Je ne me sentais plus femme » raconte une Autochtone stérilisée malgré elle ». *Radio-Canada*. [« Je ne me sentais plus femme », raconte une Autochtone stérilisée malgré elle | Radio-Canada.ca](#)

Kamel, G. (2021). *Rapport d'enquête. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès. POUR la protection de LA VIE humaine. Concernant le décès de Joyce Echaquan. 2020-00275*. Bureau du Coroner Québec. [2020-EP00275-9.pdf \(gouv.qc.ca\)](#)

Kidd, I. J. et H. Carel. (2018). « Healthcare Practice, Epistemic Injustice, and Naturalism », *Royal Institute of Philosophy Supplement*, Cambridge University Press, vol. 84, p. 211-233.

Klein, M. (2018). *Dissident doctor, catching babies and challenging the medical status quo*, Madeira Park, Douglas and McIntyre, 288 pages.

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]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/21340>

Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 289 pages.

Langlois, H. (2014). *La surveillance fœtal durant le travail* [document d'information], INSPQ, 19 pages. [tcip surveillance fœtale ébauche \(inspq.qc.ca\)](http://www.inspq.gc.ca/tcip-surveillance-fœtale-ébauche)

La Press canadienne. (2022, 20 mai). « Infarctus du myocarde : les femmes attendent plus longtemps que les hommes ». *Radio-Canada*. [Infarctus du myocarde : les femmes attendent plus longtemps que les hommes | Radio-Canada.ca](https://www.radio-canada.ca/actualite/santé/infarctus-du-myocarde-les-femmes-attendent-plus-longtemps-que-les-hommes)

Le Gallo, S. et M. Millette. (2019). « Se positionner comme chercheuses au prisme des luttes intersectionnelles : décentrer la notion d'allié·e pour prendre en compte les personnes concernées », *Genre, sexualité & société*, n°22, 19 pages. <https://doi.org/10.4000/gss.6006>

Lévesque, S. et A. Ferron-Parayre. (2021). « To Use or Not to Use the Term 'Obstetric Violence' : Commentary on the Article by Swartz and Lappeman », *Violence Against Women*, vol. 27, n°8, p. 1009-1018.

Magioglou, T. (2008). « L'entretien non directif comme modèle générique d'interaction », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol.2, n°78, Presses universitaires de Liège, p. 51-65

Marya, R. et R. Patel. (2021). *Inflamed*, New York, Farrar, Straus and Giroux, 496 pages.

- McVean, A. (2019, 25 janvier). « 40 Years of Human Experiment in America : The Tuskegee Study ». *McGill : Office for Science and Society – Separating Sense from Nonsense*. [40 Years of Human Experimentation in America: The Tuskegee Study | Office for Science and Society - McGill University](#)
- Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imagination*, New York, Oxford University Press, 352 pages.
- Medina, J. (2011). « The Relevance of Credibility Excess in a Proportional View of Epistemic Injustice: Differential Epistemic Authority and the Social Imaginary », *Social Epistemology*, vol. 25, n°1, p. 15-35. <https://doi.org/10.1080/02691728.2010.534568>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Mouton, M. (2010). « From Adventure and Advancement to Derailment and Demotion: Effects of Nazi Gender Policy on Women's Careers and Lives », *Journal of Social History*, Oxford University Press, vol. 43, n°4, p. 944-971. [10.1353/jsh.0.0361](https://doi.org/10.1353/jsh.0.0361)
- Nengeh Mensah, M. (dir.) (2005). *Dialogue sur la 3^{ème} vague féministe*, Montréal, Les éditions remue-ménage, 247 pages.
- OMS. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être* [document d'information], document WHO/RHR/18.12, 8 pages. [WHO-RHR-18.12-fre.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12-fre.pdf)
- OMS. (2014a). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins* [déclaration de l'OMS], document WHO/RHR/14.23. [WHO RHR 14.23 fre.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23-fre.pdf)
- OMS. (2014b). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes* [déclaration de l'OMS], document WHO/RHR/15.02. [WHO RHR 15.02 fre.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02-fre.pdf)

Paillé, P. (2007). « La recherche qualitative. Une méthodologie de la proximité ». Dans Henri Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux, Tome III, Théories et méthodologies de la recherche*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 409-443.

Paillé, P. et A. Muchielli. (2012). « L'analyse thématique » (ch.11), dans *L'analyse qualitative en sciences humaines*, Paris, Armand Colin, p. 231-314.

Pelletier, R., Humphries, K.H., Ahimony, A., Bacon, S.L., Lavoie, K.L., Rabi, D., Karp, I., Tsadok, M.A. et L. Pilote. (2014). « Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, issue 7, p. 497-504.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.131450>

Petersen E.E., Davis, N.L., Goodman, D., Cox, S., Mayes, N., Johnston, E., Syverson, C., Seed, K., Shapiro-Mendoza, C.K., Callaghan, W.M. et W. Barfield. (2019). « *Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011–2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013–2017* ». *MMWR Morb Mortal Wkly*, n°68, p. 423–429. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6818e1>

Radio-Canada. (2013, 16 juillet). « Des enfants autochtones auraient servi de cobayes pour des régimes expérimentaux ». *Radio-Canada*. [Des enfants autochtones auraient servi de cobayes pour des régimes expérimentaux | Autochtones : hier, aujourd'hui, demain | Radio-Canada.ca](https://www.radio-canada.ca/actualite/indigenes/2013/07/16/indigenes-cobayes-experimentaux)

Rushford, M. (2017). « The DeLee protocols: the pathologization of childbirth », *Pathways – to family wellness*, issue n°53. <http://pathwaystofamilywellness.org/Pregnancy-Birth/the-delee-protocols-the-pathologization-of-childbirth.html>

Segond, L. (trad.). (v. 1963). *La Sainte Bible*. Alliance biblique universelle, Pays-Bas, Jongbloed.

Šimonović, D. (2019). « Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales », Nations Unies, document A/74/137, 27 pages.

St-Amand, S. (2016). « Déconstruire l'accouchement pour retrouver l'enfantement », *À babord ! Revue sociale et politique*, Montréal, Héon & Nadeau Ld, n°72, p. 36-39.

Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books Inc., 513 pages.

Toupin, L. (1998). « Les courants de pensée féministes », *Les classiques des sciences sociales*, l'Université du Québec à Chicoutimi, p. 1-34. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.tol.cou>

BIBLIOGRAPHIE

Cervulle, M., Quemener N. et F. Vörös. (2016). *Matérialismes, culture & communication, Tome 2 : Cultural studies, théories féministes et décoloniales*, Paris, Presses de Mines, 350 pages.

D'Gregorio, R. P. (2010). « Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 111, Issue 3, pages 201-201.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>

Ferron-Parayre, A. et F. Légaré. (2013). « Décision partagée et délibération éthique : comment faciliter la prise de décision clinique ? ». Dans Farmer, Bouthillier et Roigt (dir.). *La prise de décisions en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro*, Presses de l'Université du Québec, p. 23-36.

Gagné, J. (dir.). (2021). *Guide de communication inclusive* [Guide]. Université du Québec. [guide-communication-inclusive_uq-2021.pdf \(uquebec.ca\)](#)

Grenier J. et M. Bourque (dir.). (2019). *Les services sociaux à l'ère managériale*, Presses de l'Université de Laval, 306 pages.

Lamothe, J. (dir.). (s.d.). *Guide de féminisation ou la représentation des femmes dans les textes* [Guide]. Université du Québec à Montréal. [Guide-de-féminisation-ou-la-représentation-des-femmes-dans-les-textes.pdf \(uqam.ca\)](#)

Rioux, C., Weedon, S., London-Nadeau, K., Paré, A., Juster, R.-P., Roos, L.E., Freeman, M. et L.M. Tomfohr-Madsen. (2022). « Gender-inclusive writing for epidemiological research on pregnancy », *BMJ Journal of Epidemiology & Community Health*. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2022-219172>